

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAÍDO EN EL PROYECTO 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

BOLETINES N° 15.896-11 (S).-

HONORABLE CÁMARA:

La **Comisión de Salud** viene en informar, en segundo trámite constitucional y primero reglamentario, el proyecto de la referencia, originado mensaje de S.E. el Presidente de la República.

CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS PREVIAS.

1) La idea matriz o fundamental del proyecto, de acuerdo a lo establecido por el Senado como cámara de origen, es 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.

2) Normas de carácter orgánico constitucional.

El artículo 130 septies contenido en el numeral 3) del artículo 1°, en virtud de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 8°, en relación con el artículo 66, inciso segundo, ambos de la Constitución Política de la República.

3) Normas de quórum calificado.

Los numerales 1), 2), 3), con excepción del artículo 130 septies que contiene; 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 11) y 12), del artículo 1°; los artículos 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 8° y 9° permanentes, y los artículos transitorios segundo, tercero, cuarto, quinto, séptimo, octavo, noveno y décimo, en virtud de lo dispuesto en el artículo 19, numeral 18° y artículo 66, inciso segundo, ambos de la Constitución Política de la República.

4) Normas que requieren trámite de Hacienda.

En conformidad a lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley Orgánica del Congreso Nacional, están en esta situación los numerales 1), 2), 3) en lo referido en los artículos 130 bis y 130 ter que incorpora, 4), 5), 9), 10), 11) y 12) del artículo 1°; y los artículos 2°, y 3°, permanentes. Asimismo, los artículos segundo, tercero, séptimo, octavo, noveno, décimo, duodécimo y decimotercero transitorios.



Firmado electrónicamente

<https://extranet.camara.cl/verificardoc>

Código de verificación: C60509D55108883E

5) El proyecto fue aprobado, en general, por la unanimidad de los diputados presentes (13 a favor).

Votaron a favor las diputadas y los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Cordero, Gazmuri (Presidenta), Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Romero y Rosas.

6) Diputado informante: señor Tomás Lagomarsino Guzmán.

I.- RESUMEN DE LOS FUNDAMENTOS DEL MENSAJE.

En la exposición de motivos del mensaje se hace presente que por más de diez años el sistema de financiamiento de salud privada ha venido arrastrando una situación que se ha tornado cada vez más crítica y se ha unido a esto la altísima judicialización del sistema en torno a la fijación de los precios bases de los contratos de salud previsional.

Añade que durante años se han discutido eventuales reformas estructurales al sistema de financiamiento de salud, sin que ninguna de ellas se haya materializado.

En este contexto, durante noviembre y diciembre de 2022, la Corte Suprema dictó varias sentencias que, en un hecho histórico, fijaron criterios generales aplicables a todos los contratos de salud vigentes de las Instituciones de Salud Previsional.

Por ello hoy se torna indispensable otorgar un marco legislativo para el cumplimiento de tal jurisprudencia. Asimismo, es necesario abordar el financiamiento de la salud, que afecta al sector en forma íntegra: personas usuarias del sistema de salud, prestadores tanto públicos como privados, el Fondo Nacional de Salud y las Isapre.

Se precisa que el sistema de salud chileno se caracteriza por ser mixto tanto en su financiamiento como en la provisión de prestaciones. A nivel de financiamiento, están presentes el Fondo Nacional de Salud como asegurador estatal y las Instituciones de Salud Previsional como entidades privadas, todos ellos fiscalizados por la Superintendencia de Salud.

En cuanto al financiamiento privado de salud ofrecido por las Isapre, de conformidad a la ley, el contrato de salud celebrado entre una persona y una Isapre debe cumplir con ciertos mínimos, entre ellos: (i) precio del plan; (ii) forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes, prestaciones y beneficios; y, (iii) las Garantías Explícitas de Salud (GES) relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, contempladas en la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud.

Se señala, asimismo, que la judicialización del sistema privado de financiamiento de salud es un problema que se ha hecho particularmente relevante desde hace más de diez años. En su mayoría, se trata de casos en que personas afiliadas reclaman que su Isapre aumentó o fijó el precio de sus planes no ajustándose al decreto ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Recuerda que la Corte Suprema estableció una nueva jurisprudencia respecto a la denominada tabla de factores que usan las Isapre para determinar el precio final de los contratos previsionales de salud, que va en línea con lo fallado anteriormente

por el Tribunal Constitucional y por las diversas Cortes de Apelaciones y en esta nueva jurisprudencia, la Corte Suprema definió criterios generales en la materia.

En particular, el máximo tribunal resolvió dejar sin efecto toda tabla de factores empleada por las Isapre en sus planes de salud, que sea distinta de la Tabla Única de Factores definida por la Superintendencia de Salud que, a la fecha de las sentencias, es la tabla vigente de la Superintendencia contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019.

El mensaje hace referencia a que la Corte Suprema instruyó, por un lado, a cada Isapre calcular el precio final de todos los contratos de salud que administren, sujetándose a los criterios fijados en sus fallos y, por otro, a la Superintendencia de Salud que, en ejercicio de sus facultades, determine el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud administrados por las Isapre a los términos de la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019. Ordenó luego al ente regulador disponer las medidas administrativas para que, en el evento que, de la aplicación de la Tabla Única de Factores de la Superintendencia, se determine un precio final del contrato inferior al cobrado y percibido por las Isapre, las cantidades recibidas en exceso sean restituidas como excedentes de cotizaciones a las personas afiliadas.

Asimismo, el mensaje se refiere al financiamiento público de salud que se materializa a través de la operación del Fondo Nacional de Salud, cuya principal tarea es otorgar cobertura financiera a las distintas atenciones en salud. Dicha cobertura financiera otorgada por Fonasa, consistente en otorgar acceso, cobertura y protección en salud a las personas a través de un Plan de Salud Único, se encuentra regulada principalmente en el Libro II del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Hizo presente el mensaje que la aplicación de la jurisprudencia ya mencionada tiene la potencialidad de producir un potente impacto en lo que se refiere a la continuidad de la protección financiera que los contratos de salud de las Isapre aseguran, lo que podría comprometer el acceso a la atención de salud de las personas beneficiarias del mismo.

Para ello, el proyecto de ley propone una forma de implementación de lo establecido por el máximo tribunal, y dota de herramientas a la Superintendencia de Salud, para que cuente con el marco necesario a efecto de dar cumplimiento a lo ordenado por la Corte Suprema.

Establece que la iniciativa legal tiene por fin viabilizar el cumplimiento de la jurisprudencia, asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicha jurisprudencia por parte de las Isapre protegiendo la viabilidad financiera de las mismas, y fortalecer al Fondo Nacional de Salud a través de la creación de una nueva modalidad de acceso a la provisión financiera del del mismo, que permita acoger a nuevos beneficiarios en condiciones similares a las que hoy contempla el sistema privado.

Con ese objetivo el proyecto propone:

1. Ajustar la normativa vigente para la implementación de la jurisprudencia de la Corte Suprema:

a. Dotar a la Superintendencia de Salud de las facultades legales necesarias para implementar las instrucciones dadas por dicho Tribunal.

b. Establecer la presentación por parte de las Isapre de un plan de devolución de las deudas generadas ante la adecuación de los planes de salud, especial

consideración de proteger los derechos de las personas que se encuentran adscritas al sistema de salud privado.

c. Determinar que las cantidades percibidas en exceso por adecuación de planes de salud no serán parte de los índices que deben cumplir las Isapre.

d. Establecer un privilegio de primera clase para los créditos generados a favor de las personas afiliadas.

e. Establecer un procedimiento de autorización para el retiro de utilidades.

f. Establecer sanciones penales por conductas antieconómicas que puedan afectar el cumplimiento de la obligación del plan de devolución de deudas.

2. Reducir la judicialización del sistema privado de financiamiento de salud.

Para ello:

a. Facultar a la Superintendencia de Salud para determinar el precio que las Isapre pueden cobrar por las Garantías Explícitas en Salud.

b. Establecer un orden de pago entre prestadores con cargo a la garantía que cada Isapre debe mantener.

c. Perfeccionar el Índice de Costos de Salud (ICSA) y fijarlo mientras esté pendiente el pago total de la deuda informada en el plan de devolución de cada Isapre.

3. Fortalecer del Fondo Nacional de Salud. Para ello:

a. Crear una nueva modalidad de atención de Fonasa, denominada Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC). En tal sentido, regula los beneficiarios de esa nueva modalidad; el contenido de la misma, su fiscalización, y normas supletorias respectivas.

b. Establece la reclasificación de oficio, por parte del Fonasa, de las personas de los grupos B, C y D.

A su vez, el proyecto de ley comprende la creación de un Consejo Asesor, de carácter técnico y consultivo, que tendrá como objetivo entregar recomendaciones ante las decisiones que adopte la Superintendencia de Salud en relación con procedimiento de cálculo de deudas y de devoluciones. En particular, se delimita el ámbito mínimo respecto del cual deberá emitir sus recomendaciones, se determina su composición, y los detalles de nombramiento de sus integrantes, algunas inhabilidades de los mismos, y la regulación de situaciones específicas que se entienden como conflicto de interés.

III. SÍNTESIS DE LA DISCUSIÓN EN LA COMISIÓN, Y ACUERDOS ADOPTADOS.

A) Discusión general.

- **Intervenciones en el seno de la Comisión.**

a) **La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza**, quien expuso en base a una presentación, se refirió a las sentencias dictadas por los tribunales de justicia sobre el precio del aseguramiento privado de salud, que llevan a la presentación del proyecto de ley.

Indicó que la primera de ellas, respecto a la adecuación del precio base, dejó sin efecto las alzas comunicadas por las Isapre en 2022, por falta de fundamentación, e instruyó a la Superintendencia que dicte las normas necesarias para la correcta aplicación de dicho procedimiento.

Por su parte, la segunda sentencia, relativa a la tabla de factores, dispuso lo siguiente: el uso de la tabla de factores de la Superintendencia de Salud desde abril 2020; que lo cobrado por uso de otras tablas desde abril 2020 es un cobro en exceso y

debe ser devuelto, que si por el cambio de tabla bajan los precios del plan, deben aplicarse y, si significan alzas, se mantiene el precio al momento del fallo; que se suspende el cobro a personas menores de dos años.

Por último, la tercera sentencia dice relación con el valor de la prima GES, la cual obliga a las Isapre a cobrar el valor de la prima GES calculada por el “Estudio de Verificación del Costo” en forma general, retrotrayendo el alza que fue comunicada en octubre de 2022 con la entrada en vigencia del decreto GES 87.

Debido a lo anterior, recalcó la necesidad de aprobar el proyecto de ley para dar cumplimiento a las sentencias judiciales, con la correcta preservación del sistema y los beneficios de las personas.

Con respecto a los efectos en los beneficiarios de la tabla de factores, indicó que el 33% de las personas tiene la nueva tabla, y el 67% de las personas tienen una tabla distinta a la Tabla Única de Factores (TUF), donde al 53% de estos últimos se les cobró en exceso (89% son mujeres). Respecto al efecto del fallo GES, comentó que hubo una rebaja de la prima por parte de las distintas Isapre.

Manifestó que con la aplicación de lo instruido en las sentencias referidas, el ingreso futuro de la industria, en términos generales, se reduce en 23% aproximadamente. Con ello, los ingresos de las Isapres serían menores a los costos de los beneficios de los afiliados (tomando en cuenta las prestaciones y las licencias médicas) lo que dificultaría financiar las atenciones de salud y las prestaciones que se otorgan actualmente.

Las consecuencias del sistema, sin este proyecto de ley, son múltiples. Para los beneficiarios, constituye el deterioro de la cobertura con el consiguiente aumento del gasto de bolsillo, además de los ‘corralitos’ y la pérdida de la posibilidad de elección. Para las Isapres, los ingresos serán insuficientes con el deterioro de indicadores, insolvencia, intervención y quiebra. Para los prestadores, hay riesgos de cierre, quiebra de clínicas, menos liquidez y menores remuneraciones. Y, finalmente, para el Fisco, constituirá un aumento del gasto por Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud, y arbitraje internacional.

En cuanto a los objetivos del proyecto de ley, menciono las siguientes:

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 a las sentencias de la Corte Suprema relativa a la aplicación de la Tabla Única de Factores de Riesgo (TUF) que determine la Superintendencia de Salud (SIS), todo lo cual tiene por objeto compatibilizar los derechos de las personas junto a la continuidad de las prestaciones de salud.

3. Evitar la judicialización en el sistema de salud privado. Para eso, establece nuevas facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud, 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 hagan cargo de una reforma del sistema de salud.

En cuanto a los contenidos de la iniciativa, resaltó la creación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), que permite a 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, junto al ajuste anual de la prima por condiciones de siniestralidad de la cartera.

Asimismo, se permite que Fonasa redistribuya 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 y, expresamente, lo faculta para dar continuidad a los tratamientos médicos, GES, judicializados, y CAEC, a los pacientes afiliados a una Isapre cuyo registro es cancelado; sin embargo, este último punto fue rechazado, en parte, en el Senado.

Respecto de las nuevas atribuciones que se proponen para la Superintendencia de Salud, mencionó la creación de un Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, de carácter permanente, con las funciones de recomendar la aprobación o rechazo del plan de pago y ajustes que presenten las Isapre a la Superintendencia. Además, en la primera designación se contempla la participación del Congreso Nacional para luego seguir con el procedimiento de Alta Dirección Pública.

Asimismo, se faculta a la Superintendencia para que emita una circular que indique a las Isapre lo siguiente:

- La adecuación de los contratos a la Tabla Única de Factores de la Superintendencia.

- La obligación de ofrecer planes al 7% de las remuneraciones imponibles como piso para el futuro.

- La consideración de un precio mínimo del plan equivalente al 7% de la cotización, para la estimación del cobro en exceso por uso de tablas distintas.

- La presentación de un plan de pago de la deuda con un máximo de diez años, y ajustes de contención de costos para la solvencia y mantención de sus obligaciones con los afiliados.

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

Finalmente, se establece que la deuda existente no afecte los indicadores legales de las aseguradoras.

Hizo presente que en el Senado se rechazó la continuidad de la vigencia del pago de los tratamientos médicos bajo la modalidad de Cobertura Adicional por Enfermedades Catastróficas (Caec). y, que la Superintendencia de Salud determine el precio correspondiente a las Garantías Explícitas en Salud que podrán cobrar las Isapres.

Sin embargo, por otra parte, se incorporó la 'mutualización' como elemento para la estimación de la deuda por los cobros en excesos. Se trata de una figura que el Ejecutivo sostiene que es inadmisibles por dos motivos: porque se trata de una materia incorporada mediante una indicación parlamentaria, en circunstancias que es de índole de seguridad social y, por tanto, de iniciativa exclusiva del Presidente de la República pero, también, porque podría la Constitución desde una perspectiva del fondo del asunto..

Por último, reiteró que el objetivo del proyecto es cumplir las sentencias y al mismo tiempo 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.

En el mismo sentido y con el fortalecimiento de Fonasa y la modalidad de cobertura compartida, se busca dar más opciones a la clase media afiliada al sistema público

Finalmente, argumentó que las medidas de la propuesta se enfocan en dar mayor certeza a los aseguradores privados y fortalecer a la Superintendencia para la implementación de las medidas dispuestas en las sentencias, proponiendo 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.

b) El Director Nacional del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), señor Camilo Cid Pedraza explicó que este proyecto de ley es una respuesta política para una situación concreta que está ocurriendo en el sistema, que ha generado una migración de 650.000 personas desde el sistema privado al sistema público, precisando que en la actualidad Fonasa se hace cargo de 16.250.000 personas.

Señaló que las herramientas con que cuenta Fonasa, la constituyen la modalidad de atención institucional -Cesfam y hospitales públicos-, y la modalidad de libre elección, que da acceso a prestaciones en clínicas privadas a través de un bono de atención.

Explicitó que Fonasa tiene una operación de 1.500 millones de dólares anuales con los sistemas privados (10% de su financiamiento); sin embargo, para el mundo proveedor privado es un componente muy importante, con el 39% de su ingreso total.

Informó que las personas provenientes del sistema privado, en general, tratan de mantener a sus proveedores de origen, a través de la modalidad de libre elección, generándose una protección financiera menor a la que estaban acostumbrados (la protección puede llegar 38% del costo total de esa prestación), considerando las prestaciones ambulatorias y hospitalarias. En cambio, las coberturas de Isapre, más allá de lo que digan las caratulas de publicidad, llega al 65% de protección. Entonces, indicó, la idea es aumentar la cobertura financiera del sistema público de un 38% a un 65%, lo cual aplicaría fundamentalmente al ámbito hospitalario.

Sostuvo que se propone otorgar competencias a Fonasa para que pueda construir una arquitectura y al mismo tiempo generar las condiciones para las licitaciones que se deben realizar para que las compañías de seguro se presenten ofreciendo una póliza para los beneficiarios de la MLE de Fonasa.

Hizo presente que a través de reuniones sujetas a la ley de lobby ha propiciado diálogos con compañías de seguros y otras entidades, para recibir opiniones y comentarios respecto de la idea. Al respecto, sostuvo que se trata de que la póliza sea adecuada con condiciones de seguridad social aunque no lo sea.

Aclaró que esperan que no se produzca la saturación del sistema porque existen medidas concretas para poder resolver la problemática.

En el mismo sentido, indicó que la propuesta de ley contempla tres situaciones ante una posible insolvencia, mencionando la continuidad de atención de GES, CAEC (rechazado en el Senado) y en casos de medicamentos y tratamientos de alto costo.

Respecto a la prima que se cobraría en este seguro complementario MCC, esbozó que sería de aproximadamente de \$35.000 o menos. En cuanto a los incentivos

que podrían tener las compañías de seguros para participar en este tipo de operaciones, apuntó al volumen de personas que intervendrían, circunstancia que permitiría negociar y llegar a algún tipo de acuerdo.

Sobre el particular, la señora Ministra de Salud, indicó que en la actualidad se está ofreciendo una gran cantidad de seguros complementarios a Fonasa, lo que seguirá existiendo con independencia de otro mecanismo que se aplique. Sin embargo, atendida la posibilidad de negociar que tendrá Fonasa, se vislumbra obtener un seguro de mejor calidad, en el sentido de evitar las preexistencias, segmentación por sexo y edad, y con el establecimiento de una tarifa plana sin exclusiones.

En relación con algunas consultas, afirmó que no existen subsidios del sector privado a Fonasa; el único subsidio implícito que existe en el sistema es el otorgado por Fonasa a las personas expulsadas de las Isapres

Respecto a la llamada mutualización, opinó que la única institución que realiza mutualización plena es Fonasa, cuestión que no ocurre en el sistema privado donde la solidaridad es completamente residual, toda vez que se cobran primas ajustadas al principio de equivalencia en riesgo.

Por último, aclaró que las prestaciones que otorga el sector privado son inmensamente menores a las proporcionadas por el sistema público, ya que generalmente las personas adscritas a Fonasa utilizan prestadores privados para realizar determinados exámenes a través de la modalidad de libre elección, pero se atienden generalmente o en mayor proporción en los hospitales públicos.

En cuanto a la deuda existente que ocurrió debido a la gran crisis sanitaria que afectó a Chile, afirmó que han ido pagándola paulatinamente, con compromisos claros y concretos.

c) El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres Jeldes manifestó que respecto de la deuda total que tienen las Isapres con las clínicas, a diciembre de 2023, ella ascendería a 228.000 millones de pesos y, si se suman las deudas no facturadas de prestaciones ejecutadas, llegaría a 453.000 millones de pesos.

Sobre el comportamiento del sistema de salud durante 2023, afirmó que el sistema en su conjunto tuvo utilidades por 7.226 millones de pesos, no obstante, 5 de 7 Isapres abiertas tuvieron pérdidas.

A mayor abundamiento, indicó que durante enero de 2024 hubo un impacto por aplicación del GES, que significó ganancias por 1.324 millones de pesos en el sistema en su conjunto.

Finalmente, afirmó que todas las Isapres estarían cumpliendo con los indicadores de liquidez y patrimonio, los cuales han ido mejorando hasta diciembre.

d) El Presidente de la Asociación de Isapres Chile (AICH), señor Gonzalo Arriagada expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión.

En primer término, afirmó que, de no contar con la llamada Ley Corta de Isapre, dichas instituciones no tienen destino, lo que podría generar una crisis en el sistema de salud a nivel general. Ello, por cuanto recordó que casi tres millones de personas eligieron el sistema de Isapre y se han mantenido, miles de ellos, por muchos años; en consecuencia, la idea es responder a los beneficiarios y mantener sus

coberturas. Entonces, agregó, para poder cumplir sus funciones, las Isapre requieren equilibrio financiero, y los fallos de la Corte Suprema han puesto en riesgo dicho equilibrio y, consecuentemente, el aseguramiento de los afiliados, por lo que se amenaza la estabilidad del sistema de salud.

Por lo anterior, estimó prudente impulsar una buena ley que permita cumplir los fallos y reponer el equilibrio financiero, toda vez que sería la única manera de mantener las coberturas de los beneficiarios y evitar una crisis con efectos sistémicos.

En cuanto a por qué la falta de equilibrio financiero en las Isapre impactaría el sistema de salud público y privado, manifestó que sin el 60% de financiamiento de las Isapre, parte significativa del prestador privado podría quebrar, impactando la capacidad de atención del sistema de salud y afectando a beneficiarios de Isapre y Fonasa, además de miles de trabajadores.

Asimismo, hizo alusión a un cuadro respecto a la importancia de la salud privada, enfatizando en la composición del sistema de salud, alcance del sector privado y composición de beneficiarios.

En cuanto a los contenidos de los fallos de la Corte Suprema (CS) que han puesto en riesgo el equilibrio financiero de las Isapres, mencionó lo siguiente:

1. Precio base. La CS señaló que las alzas o adecuaciones de precios que se estaban haciendo en Isapre con aplicación de la ley que regula la materia, resultaban insuficientes en la práctica y, por tanto, exigió que la Superintendencia de Salud validara dichas alzas. Al respecto, opinó que este es un tema ya resuelto pero que ha afectado al sector.

2. GES. Producto de las alzas originados con la aplicación de los decretos respectivos, que se realizan cada tres años, donde se introducen nuevas patologías que están cubiertas por esta cobertura o se modifican las definiciones de las coberturas de las patologías del decreto anterior. Informó que en la última alza del GES, la CS estimó que no estaban suficientemente verificadas y producto de aquello las dejó sin efecto, retrotrayendo los valores a los precios que se cobraban antes. Explicó que este tema aún subsiste, toda vez que no existe solución legal que permita que las adecuaciones de precios por GES sean suficientes para el máximo tribunal. A mayor abundamiento, reiteró que la CS define los precios que las Isapre deben aplicar, determinando que se deben cobrar los precios del decreto GES anterior, con un valor mínimo en consideración al Estudio de Verificación de Costos EVC; sin embargo, en el mismo fallo se indica que el EVC no considera aspectos relevantes para definir un valor GES apropiado, tales como, GES CAEC, traslados, gastos asociados a la administración y gestión de pacientes. Por último, hizo presente que al estar definidos a partir del decreto anterior, excluyen las nuevas coberturas.

3. Tabla de factores. El fallo aun esta sin aplicar y para ello, se estaría tramitando la Ley Corta de Isapre, para permitir regular los factores que según lo instruyó tribunal. Pero, además, se debe determinar los excesos que eventualmente existen y aplicar las medidas tendientes a reponer el equilibrio financiero.

Mencionó que, en otras palabras, la Corte Suprema refrendó la Tabla Única de Factores (TUF) de la Circular N°343, ordenando aplicarla a todos los contratos, incluidos los antiguos, con aplicación retroactiva desde abril de 2020. Asimismo, fijo condiciones para el cumplimiento (no alza y eventual restitución) y, suspensión del cobro de beneficiarios menores de dos años, circunstancia que ya está en aplicación.

Por otro lado, hizo presente que las Isapre siguen usando la misma tabla de factores porque hasta el día de hoy la norma no permite calcular precios sin aplicar tabla de factores, precisando que su uso no es una elección, sino que una obligación para las Isapre.

En el mismo sentido, acotó que las Isapre hasta el día de hoy, no pueden unilateralmente eliminar las tablas antiguas; solo se permitiría en la medida que se den instrucciones al efecto en la ley -actualmente- en trámite. Lo anterior, porque el fallo de la CS ordena a la Superintendencia de Salud instruir el cambio de las tablas antiguas por las nuevas, pero la Superintendencia ha declarado que no tiene facultades para cumplir ese fallo y que se requiere de una ley.

Respecto de por qué los fallos ponen en riesgo el equilibrio financiero del sector Isapre, argumentó que el financiamiento de las coberturas y servicios proviene totalmente de los recursos aportados por las cotizaciones de sus afiliados, de tal manera que si los ingresos por cotizaciones no permiten financiar los beneficios, se invalida la condición basal del sistema. A ello se suma indicó, que en 2023, el total de la cotización se destinó al pago de licencias, prestaciones y gestión del sistema.

En cuanto a la mutualización, señaló que es inherente a todos los sistemas previsionales y de aseguramiento y, en caso de las Isapres, también está presente. Explicó que la mutualización consiste en que todos los beneficiarios pagan su cotización y los recursos son destinados y utilizados en quienes necesitan atención, posibilitando el financiamiento de las prestaciones; en otras palabras, con la plata de todos se puede solventar a personas en caso de necesitarlo en un momento determinado. Al respecto, indicó que el 16% de los beneficiarios se atribuyó el 79% del gasto bonificado en el sistema.

A mayor abundamiento, afirmó que la opinión de expertos en derecho, como los profesores Patricio Zapata, Jorge Correa Sutil, Ramiro Mendoza y Arturo Fernandois, por diversas consideraciones, concluyeron que la mutualización aplicada al cálculo de la deuda por fallo de tablas, no resulta inconstitucional; no infringe el principio de separación de funciones y no incumple las sentencias dictadas por la Corte Suprema.

Por último, acotó que en el período en el cual la Corte Suprema ordena calcular eventuales excesos por tabla de factores, los ingresos provenientes de las cotizaciones no fueron suficientes para cubrir las prestaciones y licencias médicas de los beneficiarios del sistema Isapre, generándose una pérdida de más de 200 mil millones de pesos.

Respecto a la Ley Corta de Isapre, manifestó que pudiese estar aprobándose en mayo y si eso es así, los precios debiesen bajar en agosto, donde también se esperaría que se aprobaran los planes de ajuste y pago, para que solamente, en noviembre-diciembre se pueda recuperar el equilibrio financiero y también se paguen los excesos.

Finalmente, opinó que es más adecuado que la aplicación de los fallos referidos a las tablas, inicio de pago de excesos y medidas de ajustes previstas en la ley sea de forma simultánea.

Frente a una consulta, explicó que en los últimos dos años las Isapres perdieron 200 mil millones de pesos y lo complejo no sería eso, sino que mantener un sistema continuamente desfinanciado. Si bien, en general los hombres jóvenes emigraron de las Isapres a Fonasa y, por eso, el sistema público no ha sentido un verdadero impacto en lo sanitario porque generalmente son sanos, sin preexistencias o tratamientos

crónicos, el efecto se verá cuando la cartera completa llegue al sistema público; en este último caso es donde se verían las dificultades.

e) El Presidente de la Asociación de Clínicas A.G, señor Javier Fuenzalida expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión.

En primer término, informó que Clínicas de Chile A.G. ha mantenido un permanente interés y participación en el avance de la ley corta de Isapres. Principalmente, porque su resultado tiene un directo impacto en los pacientes, médicos y en el funcionamiento de los establecimientos.

Acotó que han participado en todas las instancias disponibles, para colaborar y poner fin a la enorme incertidumbre con la que han debido operar por años.

Hizo presente que el sistema privado atiende a 11 millones de pacientes anualmente, que el 52,9% de las prestaciones son realizadas en pacientes Fonasa en modalidad libre elección (MLE), lo que aumenta en regiones. Por tanto, a su juicio, los prestadores privados debiesen tener un rol mayor en la disminución de las listas de espera.

Informó que resuelven en promedio cerca del 20% de las listas de espera, con una potencialidad resolutive aún mayor. A su vez, en atenciones específicas como diálisis, se contribuye con el 90% y, en trasplantes, con 89%. En el mismo sentido, las camas críticas alcanzan el 30% del total nacional y son un aporte muy relevante en la atención de las campañas de invierno y Covid-19.

Expresó que los prestadores privados se encuentran en alerta debido a una interminable incertidumbre y falta de certeza jurídica en la que han debido trabajar. En el mismo sentido, acotó que los fallos de la Corte Suprema deben cumplirse, pero de forma tal que no se afecte al sistema de salud en su totalidad.

Agregó que, pese a tener los establecimientos de salud “copados” existen problemas de financiamiento real como consecuencia de esas incertezas, sobre todo teniendo en consideración la deuda existente por parte de las Isapre y Fonasa, precisando que la operación es posible por los pagos por prestaciones que reciben de los sistemas de aseguramiento público (39,1%) y privado (60,9%).

Afirmó que, sin la participación de los prestadores privados, el sistema de salud público es incapaz de atender los requerimientos de la población. La caída abrupta de una o más Isapres afectaría en forma directa la atención de los pacientes: se produce un efecto en cadena, pues se afectaría la sostenibilidad financiera de los establecimientos prestadores, de los médicos y, de las atenciones respectivas.

Mencionó que las vías de solución y cumplimiento de los fallos deben tener en cuenta, por lo menos, los siguientes tres aspectos:

1. Crisis de liquidez de los prestadores privados. El 50% de los gastos lo constituyen las remuneraciones del personal. La deuda total a los prestadores privados es de 908 mil millones de pesos, donde las Isapres adeudan aproximadamente 636 mil millones de pesos y, la deuda pública ascendería a 272 mil millones de pesos, donde solo serían exigibles 212 mil millones, de los cuales 154 mil millones debería Fonasa y 58 mil millones los servicios de salud. Sobre el punto, hizo hincapié en que la constante amenaza de colapso del sistema por falta de liquidez ha tenido importantes y negativas consecuencias en la postergación y congelamiento de inversiones en el sector, que impacta directamente en menor tecnología, sistemas, obras y equipamiento.

2. Garantías insuficientes y liquidación ineficaz. Al 31 de enero de 2024, de acuerdo con sus estimaciones, las garantías de las Isapres disponibles para pagos a los prestadores sumaban \$372 mil millones, cifra menor a los \$429 mil millones del mes anterior; por tanto, considerando que la deuda que mantiene el aseguramiento privado es -estimativo- de \$636 mil millones, la cobertura promedio ponderada es 58% de la deuda con los prestadores.

3. Disminución de la oferta privada a pacientes y aumento del colapso del sistema público y crisis sanitaria. Argumentó que la crisis del sistema, la pérdida del equilibrio financiero y la eventual quiebra de una o más Isapres complejiza la relación a nivel de prestadores y pacientes ya que, quedarían sin financiamiento un porcentaje importante de prestaciones que se otorga a las personas y, las altísimas deudas del sistema de Isapres con los prestadores, quedarían con posibilidad remota de pago, lo que afectaría de manera grave su operación y subsistencia. Lo mencionado pudiese provocar la insolvencia de varios establecimientos, especialmente los más pequeños y de regiones, lo que sin duda irá a recargar un ya colapsado sistema público de salud, que hoy enfrenta listas de espera históricas.

Opinó que, en síntesis, se requiere con urgente certeza para el funcionamiento del sistema de salud, y las medidas necesarias para cumplir los respectivos fallos emanados de la Corte Suprema, con objeto de evitar un colapso del sistema y una severa crisis de liquidez en el sistema prestador privado. En este sentido, aclaró que la crisis del financiamiento tiene el potencial de generar una crisis sanitaria donde los principales afectados serán, precisamente, a quienes se busca cuidar y proteger.

A su vez, manifestó que en el corto plazo deben considerarse las siguientes medidas: 1. Garantías legales completas y liquidables, con mecanismo de liquidación "ejecutiva". 2. Contar con mecanismos de financiamiento hacia el mundo prestador que permita mitigar los efectos de esta crisis. 3. Arancel Fonasa y licitaciones que consideren los costos reales de la salud.

Finalmente, sugirió para futuro evaluar la necesidad de un plan de salud universal y avanzar en instancias permanentes de complementariedad público-privada, como también, la reformulación del sistema de licencias médicas y convertir a Fonasa en un ente autónomo, tipo Banco Central.

Frente a una consulta, manifestó que se ha parado la inversión en las clínicas, lo que conduce a una problemática de largo plazo.

Hizo especial énfasis en la gran problemática que ocasionan las licencias médicas fraudulentas, que representan una cifra muy importante que afecta los recursos que debieran ser utilizados en materias propias de salud.

f) La Presidenta de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), señora Solange Berstein Jáuregui expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión.

En primer término, se refirió a los tres mandatos de dicha institución, mencionando la estabilidad y solvencia; conducta de mercado (transparencia y protección de las personas) y, el desarrollo o evolución del sistema financiero, entregando mejores productos que se ajusten a las necesidades de las personas.

Se trata de un organismo de carácter técnico y descentralizado, cuyo objetivo es velar por el correcto funcionamiento, desarrollo y estabilidad del mercado

financiero en beneficio de las personas; fiscaliza a más de siete mil entidades, lo que representa el 77% de los activos del mercado financiero del país. Dichos activos equivalen a 642 mil millones de dólares, donde las compañías de seguros son la segunda mayor industria en términos de activos bajo la supervisión de la CMF.

Indicó que el proyecto de ley en discusión, al involucrar como oferentes a las compañías de seguros complementarios de salud, estaría dentro del ámbito de acción supervisora y reguladora de la CMF. Con ello, las compañías asumen nuevos contratos y riesgos que deben ser supervisados por ésta. Asimismo, la iniciativa establece claramente el alcance de la supervisión de CMF, refiriéndose a la solvencia y conducta de las compañías de seguros que venden los seguros complementarios de salud. Por su parte, Fonasa supervisaría la licitación.

Sobre la resolución de controversias, si bien la CMF atenderá los reclamos derivados de los contratos de seguros complementarios, conforme la Constitución vigente la resolución de diferencias contractuales corresponde a los tribunales de justicia, que incluyen tribunales arbitrales como ocurre en los seguros. Esto conforme el artículo 543 del Código de Comercio.

En cuanto a la extensión de los negocios y licitación, manifestó que las compañías de seguros (vida y generales) participarán como segunda capa a través de un seguro complementario de salud licitado y, luego, ofreciendo otros seguros complementarios de salud a personas que hayan contratado o no el seguro licitado.

Recalcó la importancia de contar con una masa a licitar que permita asumir los riesgos a un precio menor al que podrían obtener los cotizantes si contratan un seguro en forma particular, ya que el seguro licitado podría incorporar a muchas personas de distinto perfil etario y riesgo.

Sobre los requisitos de participación de las aseguradoras, informó que en las bases de licitación se establecerán las condiciones y exigencias a cumplir por las compañías de seguros tanto al momento de participar en los procesos licitatorios como durante la ejecución del contrato adjudicado. Entre ellas: clasificaciones de riesgo mínimas con las que deberá contar cada oferente al momento de la licitación, 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.

Acotó que es importante que estos requisitos sean compatibles con las exigencias generales aplicables a estas compañías conforme la ley de seguros y la normativa de la Comisión para el Mercado Financiero.

A mayor abundamiento, contó que la licitación de este seguro incorporará un nuevo grupo de asegurados con coberturas que serán exigibles en el corto plazo. Esta característica, llevará a las compañías que se adjudiquen la licitación a invertir un mayor monto de recursos en instrumentos más líquidos (corto plazo), lo que podría tener algún impacto en la demanda y en el precio de dichos instrumentos.

Por último, indicó que la CMF valora el proyecto de ley corta de Isapres, en que la mayoría de los alcances en la discusión del proyecto observados por la CMF han sido incorporados. Sin embargo, existen algunas preocupaciones, tales como, que el seguro complementario de salud, que sería voluntario, cuente con una masa asegurada suficiente que permita asumir adecuadamente el riesgo; que haya una correcta determinación de la prima en las bases de licitación y se ajuste en base a las modificaciones del arancel y siniestralidad, de modo que sea suficiente para cubrir los riesgos; incobrabilidad de las primas, que llevaría a otorgar cobertura gratis por 2 o 3

meses (Las personas que incumplan el pago de la prima complementaria, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos, dentro de un período de doce meses, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria); plazo de licitación: ideal mayor a un año; desde el punto de vista institucional, según se establece, quedan claros los roles que corresponden a cada organismo supervisor involucrado, respetando los respectivos mandatos y responsabilidades actuales de dichos organismos.

g) El Presidente de la Asociación de Aseguradores de Chile A.G., señor Alejandro Alzérreca expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión.

En primer término, comentó que las compañías de seguro son una institución financiera, por tanto, no está dentro de su rol participar del ecosistema sanitario, asegurar el acceso a la salud o hacerse cargo de las listas de esperar. En consecuencia, solamente cubren un porcentaje del gasto de bolsillo que tienen las personas cubiertas frente a un evento contenido en la cobertura de la póliza, precisando que es de vital importancia estar regulado y fiscalizado por la CMF.

Explicó que el seguro de salud o póliza de seguro de salud de las compañías de seguros, se encuentran regidas por el DFL N°251, de 1931, y se entiende como un contrato mediante el cual una compañía de seguros otorga protección financiera a sus asegurados en el financiamiento del gasto de bolsillo que realiza por prestaciones de salud, a cambio del pago de una prima. Ese gasto de bolsillo se genera en prestaciones cubiertas por el contrato de seguro y que pueden estar cubiertas como no cubiertas por el sistema de salud. Por su parte, su contratación es voluntaria bajo un análisis precontractual del riesgo, el cual puede ser contratado de manera individual o colectiva.

Mencionó que las principales leyes reguladoras en materia de seguros son el Código de Comercio (Libro II, Título VIII, "Del Contrato de Seguro"); el DFL N° 251, de 1931 (ley de seguros) y, la ley N° 21.000, que crea la Comisión para el Mercado Financiero.

Sostuvo que la CMF debe fiscalizar y regular a las compañías de seguros en su correcto funcionamiento, desarrollo y estabilidad como participantes del mercado financiero, junto con resguardar su relación con los asegurados. De acuerdo con esto, en la supervisión de la CMF se distinguen dos grandes ámbitos: solvencia y conducta de mercado. En el cumplimiento de estos objetivos se debe velar porque las personas o entidades fiscalizadas cumplan con las leyes, reglamentos y otras disposiciones que las rigen, pudiendo ejercer la más amplia fiscalización sobre todas sus operaciones.

Explicó que se debe tener en consideración los tres principios en el diseño de un seguro:

1. Mutualización de riesgos. Permite el funcionamiento de los seguros, ya que las aportaciones de cada asegurado se destinan a un fondo común para financiar las pérdidas aseguradas de unos pocos. En este principio base de la técnica de seguros, está la transferencia de riesgos entre el universo asegurado. En caso de desviaciones, las compañías de seguros responden con su patrimonio.

2. Ley de grandes números. Permite a los aseguradores predecir la siniestralidad esperada, ya que a medida que aumenta el número de asegurados, menor será la desviación de los resultados respecto a la probabilidad esperada. La distribución

de la probabilidad de enfermarse en el grupo convergerá hacia la probabilidad de enfermarse real a medida que aumenta el tamaño del grupo.

3. Transferencia de riesgos. Mediante el pago de una prima, los asegurados transfieren parte del riesgo financiero que enfrentan a una compañía de seguros.

Hizo presente que las personas se aseguran porque desconocen cuándo requerirán de atención médica, cuánto de esos servicios necesitarán o cuáles serán sus efectos y, también, enfrentan el riesgo de grandes pérdidas monetarias ante la posibilidad de enfermar.

Por otro lado, acotó que las primas en los seguros colectivos, respecto de trabajadores, cuentan con el todo o parte de financiamiento del empleador, quien contrata la póliza para todos ellos (ingreso de toda la empresa a la póliza). En seguros individuales hay apreciación precontractual del riesgo.

A mayor abundamiento, mencionó que en la actualidad estarían operando más de treinta compañías que ofrecen servicios de salud, lo que garantiza un grado de competencia bastante razonable.

Recalcó que durante la tramitación del proyecto de ley en el Senado, esta Asociación planteó una serie de problemas técnicos en su diseño, que lo hacen inviable, principalmente en cuanto al ingreso y terminación anticipada por parte de los asegurados –que contratan en forma voluntaria- y los efectos del no pago de prima, el conocimiento de aranceles previo a la licitación, la fiscalización de un ente regulador no propio de las compañías, entre otros.

Argumentó que el diseño de un seguro requiere de algunos elementos básicos que lo hacen técnicamente factible, por tanto, es indispensable tener elementos necesarios en el diseño de la MCC, para contener una cobertura que proporcione certezas técnicas, mencionando las siguientes:

1. La póliza debe ser colectiva o masiva. Esto es independiente de que los beneficiarios ingresen en forma voluntaria.

2. El contratante o “patrocinador” (en el caso de ser una póliza masiva) debe ser Fonasa.

3. La prima debe ser enterada y cobrada por Fonasa, junto a la cotización legal, y ser esta institución quien la entregue a la o las compañías adjudicadas.

4. La prima debe estar expresada en UF.

5. El periodo mínimo de permanencia de cada asegurado (y su grupo familiar) debe ser anual por cohortes mensuales.

6. Los beneficiarios de la póliza deben ser los afiliados (titular) y todas sus cargas legales. La entrada y salida de beneficiarios debe ser de acuerdo con este mismo grupo (al retirarse o ingresar un titular sale o entra junto a sus cargas).

7. La renuncia de los asegurados solo puede producirse en el mes de la anualidad. Los beneficiarios que han renunciado o dejado de pagar la prima solo podrán volver, junto a su grupo familiar, al cabo de un año (período mínimo de reincorporación).

8. La póliza debe ser depositada en la CMF previo a la licitación para el conocimiento de los potenciales oferentes.

9. La cobertura debe ser un porcentaje previamente definido de un arancel conocido previo a la licitación.

10. Solo debe cubrir servicios ambulatorios y hospitalarios (procedimientos, exámenes, consultas, cirugías, etc.).

11. No debe cubrir medicamentos ambulatorios ni otro tipo de prestaciones que no esté considerado en la MLE. Tampoco medicamentos o prestaciones cuyo origen es una sentencia judicial.

12. Debe existir un capital asegurado total anual por grupo familiar y beneficiario (límite o tope anual de gastos a indemnizar). El proceso de afiliación y desafiliación en la MCC debe hacerlo Fonasa e informarlo a las compañías.

13. No debe considerar un seguro catastrófico. Al menos durante los primeros años mientras se toma experiencia ya que lleva a mayor incertidumbre, lo que se traducirá en prima.

14. Las bases de licitación deben establecer claramente las condiciones de una posible prórroga, evitando condiciones que desincentiven la participación de las compañías.

15. Como en el caso de los seguros colectivos, en caso de una nueva licitación, la nueva compañía adjudicada debe cubrir a quienes integran las cohortes mensuales que han cumplido un año, más los nuevos asegurados según las reglas previamente establecidas.

16. Previo a la licitación, Fonasa deberá entregar, junto a las bases, toda la información histórica y técnica para la cuantificación del riesgo.

17. En caso de una prórroga, debe establecerse en las bases las condiciones para ello y una fórmula de reajuste de prima que tenga relación con la siniestralidad del contrato.

Por último, mencionó que el proyecto de ley señala que la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará a Fonasa en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios en la MCC, sin perjuicio de las facultades de la Comisión para el Mercado Financiero respecto de las compañías de seguros. Además de lo anterior, el proyecto de ley señala en otro artículo que “la Superintendencia de Salud fiscalizará todo aspecto que resguarde la correcta aplicación de la presente ley”. Explicó que, lo anterior preocupa a la industria debido a que no se entrega certeza respecto al rol de la Superintendencia de Salud y sus facultades respecto a las compañías de seguros, pólizas y asegurados de la MCC.

Finalmente, hizo presente que comparten la preocupación de las consecuencias sistémicas que produciría la insolvencia del sistema privado de salud, donde la solución no radica en eliminar el sistema privado, sino en fortalecer el sistema como un todo, potenciando la colaboración público privada, en beneficio de las personas, por tanto, cumplir con las condiciones técnicas mínimas, antes expuestas, no garantiza la viabilidad de la cobertura ya que, en caso de insolvencia del sistema privado, quienes contraten esta alternativa (MCC) serán quienes no puedan tomar una cobertura en alguna de las nuevas Isapres (sin impacto por los fallos), produciendo un serio problema de selección adversa.¹

¹ El director del Fondo Nacional de Salud, señor Camilo Cid comentó que la gran mayoría de los temas y observaciones realizadas por parte de las aseguradoras ya fueron incorporados a través de indicaciones, donde las primas, por ejemplo, ya se encuentran en UF, como también, la incorporación de las familias y las renunciaciones bajo ciertas circunstancias, sin embargo, aún se deben analizar otros aspectos, como sería el tema del seguro catastrófico. Dejó en claro que existen otras condiciones que deben separarse de la ley y establecerse en la licitación propiamente tal.

h) En representación de la Confederación de Cooperativas de Chile, participaron su presidente y vicepresidente, señores Horacio Azócar Bustamante y Mauricio Cárcamo, respectivamente.

Hicieron presente que han venido intentando incluir al mundo cooperativo al sistema hace mucho tiempo y agradece que en esta oportunidad se tome en consideración este rubro. Informó que en Chile existen más de 1.900 cooperativas de distinto tipo y cada año han estado creciendo cerca del 12%, respecto del año anterior y, además, con un universo de más de 2.200.000 asociados económicamente activos.

Expusieron en base a una presentación que dejan a disposición de la Comisión. En primer término, afirmó que la propuesta es positiva y aprecian ser escuchados. Explicó que es una organización sin fines de lucro con más de 56 años de trayectoria, entregando protección en salud y bienestar a miles de personas en todo el país, y miembros de la Alianza Cooperativa Internacional (ACI), institución fundada en 1895 con el fin de promover el modelo cooperativo en el mundo. Cuentan con más de 55.000 socios vigentes y más de 100.000 beneficiarios, no tienen barreras de ingreso y permanencia, no restringen por género, edad ni preexistencias, con promedio de cobertura del 42,5%. Son fiscalizados por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a través de la DAES.

Recalcó que, el “cooperado” es un socio, dueño de la cooperativa, en donde existe una relación colaborativa, con derechos y obligaciones, las que deben cumplirse para recibir los beneficios de su participación.

Estimó importante que se incorpore a las cooperativas dentro de las reformas al sistema de salud como un complemento del sistema público y privado para favorecer el acceso de las personas a los servicios de salud.

Agregó que, la reforma debiese considerar los siguientes puntos: 1. Permitir la participación a otras instituciones sin fines de lucro, del ámbito de la salud, que puedan responder a las necesidades planteadas en este proyecto. 2. Adaptar los requisitos a los nuevos actores que pudieran interesarse en este llamado. 3. Incluir a otras instituciones que tengan un rol y facultades de fiscalización, como es el DAES del Ministerio de Economía para las cooperativas.

i) La representante de la Sociedad Civil Usuarios de Isapres, señora Victoria Beaumont expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión.

Explicó que la opinión de los beneficiarios de las Isapres ha estado en un segundo plano en toda esta discusión, ya que todos los representantes de las posturas en disputa en este proyecto de ley, han utilizado a las personas para abogar por un resultado u otro. Algunos desde la vereda de la protección a los pacientes y otros en la vereda de la indemnización económica.

Como introducción, informó que todo se inicia con el fallo emitido por la Corte Suprema, que dio efecto general a lo resuelto, a pesar de que menos del 4% de los afiliados recurrieron a raíz de la modificación de la tabla 343.

Indicó que en la revisión de la ley corta en el Senado tuvieron escasísima incidencia, logrando ser invitados en la última sesión de presentaciones después de mucha insistencia. Es más, esbozó que la Comisión de Salud del Senado convocó a una Comisión Experta con participación del Ejecutivo, de la industria, de asesores de los legisladores y de expertos, pero sin participación de los cotizantes. En este contexto,

agradeció la invitación emanada de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Donde

En cuanto a la iniciativa, manifestó que tiene por objetivo hacer cumplir el fallo de la Corte Suprema, esto es, modificar los planes vigentes (no actualizados a la nueva tabla 343) y devolver todo excedente que se haya generado desde abril 2020 a la fecha.

Explicó que lo anterior, generaría la insolvencia, de todas o de algunas de las actuales compañías, creándose un escenario paradójico de dañar el acceso y la protección de salud de los afiliados a dicho sistema. Por lo tanto, la idea matriz del proyecto de ley debe considerar la variable de proteger el acceso a la atención de salud de dichos cotizantes lo que, a su juicio, no estaría siendo preservado con la redacción actual.

Asimismo, afirmó que el proyecto se ha monetizado en exceso, porque ha puesto en primer lugar el pago de una potencial deuda en desmedro del deber superior de proteger el acceso y atención de salud de las personas. En consecuencia, es importante hacer el esfuerzo de proyectar el mayor gasto esperado para el Estado, por concepto de ingreso de afiliados con riesgo alto al Fonasa.

Respecto de cuáles son los intereses de los cotizantes, declaró que actualmente se mantienen en el sistema 1.700.000 personas, estas personas están esforzándose por permanecer y, la gran mayoría desearía permanecer en el plan actual, con alzas contenidas y, por supuesto aceptando el pago de un monto adeudado, ante la expectativa creada por el fallo; sin embargo, opinó que no es posible cumplir dicha expectativa.

Mencionó que se podrían presentar tres escenarios en el futuro: la quiebra masiva (menos probable), la quiebra parcial (más probable) y, no tener quiebras (poco probable), explicando sus efectos sobre los beneficiarios de Isapre mayores y enfermos crónicos, jóvenes y sanos y, beneficiarios de Fonasa, como también, que pasaría con el gasto por parte del Estado. A mayor abundamiento, en el segundo escenario (más probable, 50% de la cartera), serían 300.000 beneficiarios mayores y enfermos crónicos forzados a trasladarse a Fonasa. Los otros 300.000 permanecerían en Isapre. Asimismo, son 1.100.000 beneficiarios jóvenes y sanos, por tanto, se supone que por la mayor oferta un 80% permanece en Isapre.

Por lo anterior, sostuvo que el incumplimiento GES aumentaría en más del 20%; las listas de espera quirúrgicas en más del 10% y, las listas de espera de consultas de especialidad en más del 20%. Lo anterior, en una proyección bastante conservadora. Por último, reiteró que el escenario más probable es la quiebra parcial de las empresas y la mantención del sistema a través de otras compañías (actuales o nuevas). Este es el escenario con mayor cantidad de efectos adversos para las personas, el sistema en su conjunto y en el gasto fiscal, por tanto, es perentorio encontrar una solución alternativa de equilibrio.

Acotó que es muy difícil que en esta salida no se perjudique a los afiliados al sistema de Isapre, a través del incremento de los planes y, esto genera, la disyuntiva de elegir si proteger el acceso a la salud y la continuidad o una “potencial” devolución que a la luz de la quiebra estará muy por debajo de lo prometido.

Finalmente, señaló, entre otras, las siguientes sugerencias o recomendaciones para el proyecto de ley:

1. Mayor participación ciudadana, creando un Consejo de Representantes de los cotizantes para cada Isapre.

2. El Comité Experto que contempla la ley asesorará al Consejo de Representantes de Isapre.

3. El Plan de Pago y Ajustes aprobado por las partes será entregado a la Superintendencia de Salud para su formalización y seguimiento y, en ningún caso la Superintendencia de Salud lo podrá objetar.

4. Mientras esté vigente el Plan de Pago y Ajustes, el Consejo de Representantes designará dos directores en el Directorio de la Isapre. Estos directores, que tendrán todos los derechos y obligaciones de un director de la Isapre, podrán ser miembros del Consejo de Representantes o Directores Profesionales Expertos.

5. El Plan de Pago y Ajustes, en lo referente a la Adecuación Extraordinaria del Precio Base, podrá considerar un incremento del precio base, reducciones de gastos de administración por parte de la Isapre y estrategias de contención del gasto en salud acordados por las partes

6. En cuanto al Pago de la Deuda el Plan de Pago y Ajustes podrá contemplar la condonación parcial de la deuda, monto y plazos de la deuda a pagar y la capitalización de la deuda, es decir, conversión en acciones.

Es relevante, se expresó, llegar a acuerdos con las Isapres, a través de mecanismos establecidos y transparentes.

j) El Magíster en Economía y ex jefe de estudios de la Superintendencia de Salud, señor David Debrott expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión.

Se refirió a la modificación unilateral del régimen de excedentes, es decir, que no se pueden tarifcar los planes por debajo del 7% de la cotización obligatoria; segundo, como se realiza el tratamiento de la deuda y; tercero, lo relativo al plan de pago que se propone, donde lo más relevante no dice relación con la atribución exclusiva del Ejecutivo (que es una cuestión de carácter formal y procedimental), sino más bien, con la mutualización.

Respecto a la modificación unilateral del régimen de excedentes, declaró que en la versión actual de la ley se prevé que las Isapres pueden establecer los precios de los planes, cuando se contratan, por el debajo del 7% y también prevé que, a lo largo del tiempo, podrían caer por debajo de ese 7% y a esa diferencia se le considera como excedentes, los cuales se devuelven de una forma determinada. Por otro lado, los excesos de cotización se deben devolver a los pocos días en que ocurre.

Aclaró que el régimen de excedentes tiene una protección constitucional de propiedad de los afiliados, son inembargables, constituyen parte de la masa hereditaria de las personas y están considerados en los contratos; por tanto, al pretender modificar eso, se estaría modificando cada uno de los contratos.

Respecto del proyecto de ley, señaló que el punto 7) establece que la modificación que se realiza solo aplica para los nuevos contratos suscritos desde el momento de la promulgación de la ley, opinando que lo anterior no tiene ninguna incidencia en la reducción de la deuda.

Por su parte, el artículo 8 dispone que no obstante lo señalado en el punto 7, se podrá realizar una modificación extraordinaria, por una sola vez, donde no se

considera esa situación, aplicándose a todos los contratos vigentes. Ello trae como consecuencia que se trata de una disposición expropiatoria para los contratos vigentes al momento de promulgar la ley, como también, ilegal al aplicarse retroactivamente para anular una deuda privada. A su vez, sostuvo que generaría una judicialización masiva, porque habría una parte de la deuda que no se estaría pagando.

Respecto del no registro de la deuda como deuda contable, el proyecto de ley desde su origen establece que la deuda que se determine no este registrada para efectos contables ni para efectos de cumplimiento de los estándares legales y, particularmente, para efectos de la constitución de garantía frente a insolvencia. Lo anterior pone en grave riesgo a las clínicas y prestadores privados en general, ya que elude el cumplimiento de los estándares legales obligatorios y se debilita la garantía para hacer frente a las quiebras, en consecuencia, si hay quiebra no habrá fondos para pagar las deudas, debilitando la posición financiera de las clínicas y otros acreedores.

Explicó que si la mayor deuda que las Isapres tendrán durante un periodo determinado de tiempo no tiene expresión contable en los estándares financieros, ni en la reserva de fondo, se torna una situación muy compleja desde el punto de vista de la macroeconomía financiera del sector.

Respecto al plan de pago, indicó que se establece un plazo de hasta 10 años y en modalidad propuesta por la Isapres. Al respecto, opinó que la modalidad de pago es demasiado abierta y flexible, debiendo estar en concordancia con el sistema financiero, que, además, no considera la edad de los beneficiarios.

Hizo presente estar en contra de la mutualización por diferentes razones.

Por último, indicó que la iniciativa plantea que puede haber un alza de precio base para compensar lo que se debe pagar y además se deberán considerar los costos operacionales y financieros, cuestión que a su juicio sería un exceso, por lo que dicha redacción debiese quedar mucho más acotada a la deuda real que tienen las Isapres con las personas.

En cuanto al monto de la deuda, indicó que el número de los 1.400 millones estaba estimado a mayo de 2023, por tanto, ese monto seguirá incrementándose mientras no se implemente la nueva tabla de factores de riesgo. Acotó que lo importante es el efecto que tiene sobre un monto determinado, algo similar pasaría con el alza de la prima ges aunque ya se revirtió a partir de enero de 2024.

Hizo presente que en la comisión técnica que se creó en el Senado, se hicieron estimaciones respecto de cuánto pudiese reducirse la deuda y, si se implementa la mutualización y el corte de los excedentes, varía de 1400 a 1100 millones de dólares. La problemática tiene variables toda vez que, si se acepta la mutualización y el término de los excedentes, efectivamente se disminuye la deuda y, por tanto, no sería tema el plazo de la misma, haciendo alusión a los diez años. A su juicio, se debe mirar en conjunto las variables existentes, precisando que algunas son inmodificables porque son las que le dan consistencia al fallo.

k) El médico cirujano y ex Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Ricardo Fábrega aclaró que hace más de diez años no tiene vinculación contractual con el sistema de salud público.

En primer término, mencionó observaciones concretas al proyecto de ley, señalando las siguientes premisas.

1. Los fallos de la justicia se cumplen.

2. Se debe impedir que las personas salgan perjudicadas por la crisis.
3. No debe existir un perdonazo a las Isapres.
4. Se debe evitar que la solución comprometa los fondos públicos.

Al respecto, hizo presente que los mandatos no están en el mismo nivel. El primer mandato es totalmente obligatorio, institucional, civilizatorio; el segundo es un mandato político evidente y mínimo, algo que el país debe comprometer; el tercero y cuarto son mandatos gubernamentales. Son pocas las crisis de costo cero, teniendo en consideración que ya la discusión de cómo resolver este tema ha involucrado un costo alternativo enorme para el parlamento y el gobierno.

Respecto al contexto del sector, manifestó que teniendo en cuenta los criterios previos, hay que agregar algunos elementos de contexto con el fin de no confundirlos con la crisis que busca enfrentar el proyecto.

El primer elemento contextual es la situación estructural del sistema de salud. Al respecto, comentó que el sistema chileno tiene una falla estructural evidente, al ser un sistema dual e inequitativo. El acuerdo técnico internacional para resolverlo es bastante evidente a estas alturas, pero en Chile no hay acuerdo. El actual proyecto de ley corta no está diseñado, ni puede estarlo, para resolver esa falla estructural, precisando que está bien que se concentre en la solución de la crisis y no se caiga en la tentación de tratar de resolver otros problemas.

El segundo elemento contextual es la situación de demandas y pendientes en el sector salud. Sobre el punto, declaró que resolver la crisis es sólo algo higiénico. No se puede pedir que la resolución de la crisis financiera de las Isapres resuelva otros grandes problemas del sector salud. Es cierto que, si no se resuelve bien esta crisis, puede repercutir en el resto del sistema, pero existen las atribuciones para que eso no ocurra. Lo que es necesario tener claro es que al igual que no se puede pretender que este proyecto resuelva la situación estructural del sistema en su conjunto, tampoco está llamado a resolver las fallas funcionales y operativas del sistema.

En el mismo sentido, mencionó algunas afirmaciones orientadoras que son claves: 1. Afirmó que el fallo determina exactamente como calcular la deuda; sin embargo, algunos trataron durante meses de instalar que la justicia no determinó cómo calcular la deuda y que había que hacer una interpretación correcta, lo que es falso. Indicó que se puede saber exactamente cuánto es la deuda y cada Isapre lo sabe. Por su parte, la superintendencia también lo sabe y lo ha calculado perfectamente para todos los contratos; en consecuencia, la deuda quedó establecida el día del fallo y desde entonces no hace sino aumentar mes a mes, lo cual es parte del patrimonio de las personas, es su propiedad y es inembargable. Es importante que las Isapres y la Superintendencia informen a cada cotizante de cuanto es la deuda, ya que es un acto de mínima transparencia.

2. Explicó que es posible mantener funcionando el sistema prestador privado si algunas de las Isapres entrasen en insolvencia producto del fallo. Al contrario de lo que parece haberse instalado en la opinión de muchos, las Isapres no hacen prestaciones de salud. Son solamente un intermediador financiero. Por tanto, si se mantiene el flujo financiero, ni los prestadores, ni los usuarios deberían verse afectados. Aclaró que la institucionalidad chilena tiene atribuciones para que ante un incumplimiento de una o más Isapres el sistema siga funcionando.

3. Dejó en claro que, cualquier rebaja de la deuda, tendrá costo fiscal. Dado que la deuda establecida ya es propiedad de las personas según lo determinado por la

justicia, y cualquier rebaja que efectúe alguna autoridad del poder público con posterioridad es un acto expropiatorio. Argumentó que, conociendo la historia del sistema y lo elevado de los montos, un alto porcentaje de las personas recuperarán por vía judicial lo que les pertenece. Es importante que esto se tenga presente y se hagan los informes de costo fiscal correspondiente si se insistiera en incorporar artículos que rebajan la deuda. No hacerlo es un notable abandono de deberes y será reclamado judicialmente en su momento; por tanto, recomendó a las autoridades no cometer ese error, porque no podrán alegar inocencia o desconocimiento.

4. Afirmó que cualquier incumplimiento de este fallo, tendrá serias repercusiones en la fe pública, toda vez que este tema está en la preocupación de los ciudadanos de Chile y les importa; no existe justificación para amparar desde el poder público un incumplimiento del fallo.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, realizó las siguientes sugerencias para, a su juicio, mejorar el proyecto de ley:

1.- Debe corregirse aquello que intenta rebajar la deuda. Explicó que la mal llamada mutualización es una redistribución de deuda entre acreedores objetivos y supuestos deudores, siendo completamente contraria a los principios de la seguridad social. Opinó que es muy creativo y decididor que se hayan atrevido a proponerlo y a aprobarlo en primera instancia. Esto debe rechazarse, ni siquiera es legítimo que se discuta porque no nace de una indicación del Ejecutivo, el cual, además, tiene un enorme costo fiscal por la vía de las demandas por expropiación. A su vez, debe eliminarse la rebaja de deuda por planes con costo menor al 7%, toda vez que lo cierto es que el día del fallo y hasta hoy, la cotización mayor que el precio del plan se considera legalmente un excedente. La ley es clara en afirmar que estos excedentes son inembargable e incluso heredables, por tanto, como la deuda quedó establecida al momento del fallo, ninguna elucubración posterior es válida. Si el Ejecutivo y el Congreso insistieran en aprobar este punto, debe existir un informe financiero con supuestos claros y evidentes que hasta la fecha no existe.

2.- Debe corregirse lo relativo al cálculo de precios futuros y agregar la capitalización de los dueños. Sostuvo que está bien que se aumenten los precios de los planes para compensar la rebaja de la tabla de factores; si se hace bien, los hombres deberán pagar más y las mujeres y adultos mayores menos. Pero no está bien que se use el aumento de precios para pagar la deuda, ya que eso debe hacerse con capitalización.

3.- Deben corregirse los plazos de devolución. Afirmó que no es posible que a un adulto de 84 años se le pretenda devolver lo adeudado en diez años, opinando que es un exceso y se deben hacer correcciones considerando la edad.

4.- Debe corregirse el problema de la falta de garantías. Aclaró que el Estado no puede quedar desarmado ante el riesgo de insolvencia de una Isapre, esbozando que toda la deuda debe ser contabilizada y no es posible que se actúe como si la deuda no existiera.

I) El economista del Centro de Estudios Libertad y Desarrollo, señor Pablo Eguiguren expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión.

Sostuvo que Chile tiene un gasto en salud equivalente, en términos de porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), al promedio de la OECD. Aun así, se supera a los países desarrollados en métricas sanitarias relevantes (mortalidad por

enfermedades cardíacas, cáncer, vacunación); sin embargo, los problemas apuntan a la oportunidad de la atención, y la mejora en gestión hospitalaria, que es esencial.

En cuanto a la sostenibilidad del sistema, estaría en riesgo, según cuadros propios elaborados² con datos obtenidos desde la Superintendencia y el Informe Comité Técnico del Senado, en relación con las utilidades de las Isapres a septiembre de 2023, donde muchas presentan números rojos. Sin embargo, de las ganancias de todo el sector por alrededor de 9.000 millones, las cuales solo se explican por la presencia de un actor, elemento que estaría cayendo por la vía de disminución del GES.

Isapre	Utilidades al 30/09/23 (en MM\$)	Caída estimada de ingreso operacional por Fallo GES	Número de beneficiarios a octubre 2023
Colmena	3.142	5,3%	651.002
Cruz Blanca	-5.055	14,8%	482.879
Vida Tres	1.522	6,5%	149.969
Nueva Masvida	5.155	17,7%	273.618
Banmédica	-9.264	8,4%	648.916
Consalud	17.489	25,8%	525.252
Esencial	-3.571	0%	19.361
TOTAL	9.417		2.750.997

Sobre los impactos colaterales de un eventual colapso del sistema, indicó que el Informe de Estabilidad Financiera del Segundo Semestre 2023 – Banco Central dispone que: *“La delicada situación financiera de las Isapres se ha prolongado. La exposición directa del sector financiero es acotada y el deterioro en la situación de este sector ha llevado a las instituciones bancarias a incorporar un mayor riesgo dentro de su gestión de cartera. Como se ha mencionado en informes anteriores, este caso realza la importancia de una correcta evaluación del riesgo de la cartera por parte de los bancos, con la finalidad de constituir oportunamente las provisiones necesarias y suficientes para cubrir las pérdidas, acorde a la normativa vigente emitida por la CMF.”*

Respecto a las preocupaciones, indicó que los parlamentarios tienen múltiples, tales como, evitar el quiebre del sistema asegurador y prestador privado; que el proyecto de ley no se transforme en un “perdonazo”; que no incremente excesivamente los precios a los afiliados, y que las Isapres contribuyan en resolver la problemática. Al respecto, sostuvo que es la oportunidad de mantener el sistema asegurador privado, pero transformarlo en una lógica de seguridad social.

² El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres dejó en claro que las cifras explicadas por el señor Eguiguren son de elaboración propia y no son datos de la Superintendencia de Salud, toda vez que existen otros mecanismos o instrumentos para el cálculo correcto de lo que se presentó.

Hizo presente que muchas personas estiman que el fallo de la Corte Suprema es claro y preciso, en cambio otros, sostienen lo contrario. Tal es la discusión, que ya ocupa varios meses la búsqueda de solución. Comentó que existen muchas opiniones respecto de cuánto sería el monto que deben pagar las Isapres, no obstante, afirmó que si llegan a quebrar no se devolverán recursos y, además, cientos de miles de familias estarán en una peor posición con respecto a la salud.

Recordó que la mutualización fue el mecanismo que logró unanimidad entre los miembros del comité técnico que nombró la comisión de Salud del Senado, donde también, hubo otras alternativas que se analizaron; sin embargo, el fallo dispone que: *“será el órgano fiscalizador quien, en su caso, determinará la forma de proceder a su cómputo y diseñará las directrices, forma y condiciones de devolución, en caso de corresponder”*. En base a lo anterior, afirmó que la mutualización permitirá que las alzas de precio sean acotadas y que se evite la quiebra sistémica.

Finalmente, estimó de importancia efectuar un cálculo correcto y actualizado de la deuda; retomar el equilibrio financiero, y terminar con las preexistencias considerando un fondo de compensación de riesgo y un plan único.

Frente a algunas consultas, el señor Eguiguren recalcó que los indicadores presentados son de elaboración propia y son un proxy de la gravedad del sistema. Por otro lado, aclaró que no es que los prestadores privados estén al final en el orden de pago en caso de la quiebra de las Isapres, sino que después de los afiliados. Por tanto, al existir dicha prioridad y en caso de que la deuda sea impagable, no quedarán recursos para los prestadores.

Respecto a la integración vertical, declaró que es efectiva, toda vez que el mismo proyecto de ley otorga ciertas prioridades para que las deudas se paguen de manera distinta a las clínicas que son parte de un mismo holding.

Sobre si es justa la mutualización, opinó que lo importa es que la gente mantenga su cobertura.

En cuanto al costo para el país opinó que, para determinarlo, faltan números ya que no tiene conocimiento de los recursos que debiese desembolsar el sistema público para poder financiar las licencias médicas de las personas con mayores ingresos.

Indicó que, si las personas cuentan con recursos para proveerse un seguro propio de salud, deba hacerlo el sistema público, que debiese tener su prioridad en las personas que no tienen recursos.

Finalmente, aclaró que existe una mera expectativa por parte de la gente, toda vez que se filtró una cifra aproximada que no dice relación con un cálculo final. Entonces, indicó que difícilmente se puede exigir una cifra que no está escrita en ningún parte, opinando que cualquier intento de solución generará reclamos por parte de grupos de personas.

m) La directora de Estudios del Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián, señora Carolina Velasco expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión.

En términos generales, explicó que el proyecto de ley al no abordar el problema de fondo que origina el fallo judicial crea un listado de reglas complejas para

hacer ajustes financieros. Asimismo, estimó relevante tener un sistema privado con reglas de seguridad social, en virtud de la jurisprudencia arraigada en los últimos años.

La iniciativa legal mantiene las reglas cuestionadas, como los miles de planes, discriminación, falta de control de costos; además, crea una institución nueva sin atribuciones, ni recursos, ni independencia, y amplía las facultades de la Superintendencia de Salud, pero sin recursos ni dotación necesaria.

Agregó que, además, se efectúa una reforma a Fonasa, pero no para la mayoría de sus usuarios, sino para que quienes paguen aproximadamente \$ 30.000 por integrante del hogar, para que se puedan atender en recintos privados. La introducción de la MCC en el proyecto de Isapres implica una reforma incompleta de Fonasa, que no asegura funcionamiento de la MCC (según los propios aseguradores), que además complejiza la tramitación del proyecto, toda vez que Fonasa sigue sin poder asegurar a sus beneficiarios una atención oportuna, y se mantiene siendo una entidad política y unipersonal.

A mayor abundamiento, explicó que el proyecto segmenta aún más el sistema de salud creando dos nuevos grupos, que discriminan por salud y recursos:

a) Nuevas Isapres sin deuda, con planes baratos para personas sanas ya que pueden rechazar a enfermos.

b) Modalidad de Cobertura Complementaria MCC, para personas de mayores ingresos de Fonasa, con prestadores y recursos privados.

Manifestó que lo anterior, va en contra de la lógica de cobertura universal en salud de la Organización Mundial de la Salud y no transparenta el problema de financiamiento de Fonasa.

En cuanto a las propuestas o condiciones mínimas, sugirió las siguientes:

1. Abordar el problema de regulación en las Isapres que origina la judicialización sin segmentar más el sistema de salud, prohibiendo la discriminación a todas las Isapres; ampliando el fondo de compensación GES de la Superintendencia que lleva casi 20 años funcionando y; procurando que la deuda permita la participación de todos en igualdad de condiciones, y que su magnitud no castigue a los usuarios.

2. Abordar los problemas de Fonasa, para que al menos defina condiciones de los convenios con prestadores en todas las modalidades, para evitar condiciones diferentes para quienes no pueden pagar la prima.

Consultada, la señora Velasco comentó que el fondo de compensación ya existe e, incluso, la Superintendencia de Salud ya ha hecho sus propuestas para mejorar sus propios fondos y, ese cálculo se puede hacer. En consecuencia, se requiere implementar para poder eliminar las preexistencias.

Respecto de quienes serían beneficiarios de la MCC, sostuvo que efectivamente estaría pensando para que las personas de Isapres se trasladen a Fonasa, pagando una prima adicional y manteniendo sus coberturas. Sin embargo, para que ello sea operativo, se requiere contar con mayores recursos que permita generar una adecuada modalidad de libre elección, sin segmentación.

Por último y respecto a cómo debiese operar un nuevo seguro, manifestó que se debiese armonizar el seguro primario, para posteriormente, generar convenios con el objeto de lograr una prestación completa.

n) El académico y economista de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, señor Álvaro Clarke expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión.

En términos generales, se refirió a la estimación de los efectos económicos en Isapres y prestadores de salud por el cambio de tabla de factores.

Señaló que antes de la circular N°343 de la Superintendencia de Salud, de diciembre de 2019, existían planes de hombres y de mujeres con tablas de Factores (TF) por sexo y edad, donde el precio base del plan de los hombres era tres veces más barato que el de las mujeres, lo que se explicaba porque entre otras materias la mujer paga toda la prima de maternidad. Después de la circular antes mencionada, se conforman planes mixtos con tablas únicas de factores y precio base mixto, donde la misma Superintendencia de Salud indicó que: *“La mayoría de las Isapres, salvo Nueva Masvida, muestran aumentos en el precio base promedio de sus planes. Los mayores incrementos corresponden a Vida Tres y Cruz Blanca, ambas con +42,8%, seguidas por Banmédica (+40,3%) y Consalud (+25,2%). Se hace presente, que el aumento de los precios base constituye un mecanismo utilizado por las Isapres para solventar la disminución de precios que experimentan mujeres y adultos mayores de 65 años”.*

Dicho lo anterior, informó que la tercera Sala de la Corte Suprema en el fallo respecto a las devoluciones, dispone que: *“deberá calcular el precio final de todos los contratos de salud que administre, multiplicando valor del plan base correspondiente por la suma de los factores del grupo familiar, aplicando para ello la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343 de la Superintendencia de Salud.”* Es decir, elimina los planes de hombres y mujeres; por tanto, la aplicación del fallo de manera retroactiva debe considerar un valor base compatible con la Tabla Única de Factores (TUF), que, por definición, debe corresponder a un plan mixto. En consecuencia, un precio base mixto coherente con dicho plan. Indicó que, para hacer las estimaciones correctamente se hace necesario calcular el valor de ese precio base.

Acotó que, por el contrario, si el cálculo se efectúa usando el precio base de los planes antiguos, que corresponde al hombre entre 30 y 35 años, a las mujeres, deja fuera, entre otras cosas, la prima por maternidad. En otras palabras, bajo esa fórmula de cálculo, nadie pagaría esa prima, sin embargo, se sabe que en ese período el grupo de mujeres de referencia si tuvo cobertura de maternidad y muchas obtuvieron los beneficios de maternidad de su Isapres, como pagos de prestaciones y licencias médicas. Lo anterior se produce porque, obviamente, los planes de hombres no incluían la prima por maternidad, dicha prima se introducía a través de las antiguas tablas de factores.

A mayor abundamiento, explicó que no corresponde aplicar el valor base de los planes antiguos al cálculo de las devoluciones aplicando la TUF ya que los contratos antiguos fueron estructurados en función a un precio base para “hombre entre 30 y 34”, y la nueva tabla tiene un precio base asociados a “mujeres y hombres entre 25 y 34”, cuyo costo técnico es más alto, como lo prueban los propios análisis realizados por la Superintendencia de Salud.

Por último, informó que en el documento “Estimación de los Efectos Económicos en Isapres y Prestadores de Salud por el cambio de Tabla de Factores” se hace un cálculo estimando el valor base de un “plan mixto”, concluyendo que, este debería costar un 40% más que un “plan sólo de hombres”, agregando que, siguiendo esta metodología, el monto a devolver sería USD 493 millones. En síntesis, la compensación se reduciría en US\$ 949 millones, desde los USD 1.442 millones calculados originalmente por la Superintendencia de Salud.

o) El Presidente de la Federación de Sindicatos Profesionales de la Salud Privada (Fesprosap), señor Delfin Levicoy en términos generales, señaló que es un sector que no tiene todo resuelto desde el punto de vista de los trabajadores.

Acotó que la carencia que existe en Chile en temas de salud generó un problema mayúsculo en el sistema, especialmente después que se produjo un alza evidente en los planes de las Isapres. Por su parte, comentó que los empleadores del sector privado han señalado que si las Isapres quiebran los prestadores privados deben cerrar, precisando que en la misma red de salud UC CHRISTUS realizaron negociaciones, pero siempre con el miedo a lo que podría suceder en el futuro.

Como sector privado de la salud, estimó preocupante el constante riesgo de la fuente laboral de los trabajadores, teniendo en consideración que la eventual solución a la problemática estaría en la ley corta de Isapre; sin embargo, quedó demostrado que no es tan sencilla por todo el tiempo transcurrido

Sugirió pensar en alguna de las tantas aristas de las leyes para que la fuente laboral de las personas no se ponga en riesgo, opinando que la alianza público-privada quizás puede solucionar muchos inconvenientes, siendo el trabajo realizado en la pandemia un buen ejemplo para las autoridades.

Opinó que todas las aristas de la ley se deben abordar con responsabilidad y compromiso, escuchando siempre a los trabajadores vinculados. Sostuvo que uno de los temas más complicados aparte de una posible quiebra de los titulares, sería la salud mental de los trabajadores.

Por último, manifestó que la capacidad que pueden tener algunas personas de pagar un porcentaje complementario para mejorar su cobertura en salud es positiva, pero es necesario que aquellas personas que no puedan pagarlo sean subsidiados por el Estado, a fin de poder optar al MCC.

p) El Presidente Nacional de Técnicos y Profesionales de Fonasa (Anptuf), señor Felipe Tamayo expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión.

En primer término, señaló que representan, integran, defienden, escuchan y acompañan a las personas asociadas en su vida laboral, con respeto, transparencia y equidad. Estima que es un momento crucial para el futuro de la salud pública en Chile, siendo imperativo abordar un tema que impacta directamente en las preocupaciones de todos los ciudadanos que anhelan una reforma integral en salud.

Por ello, estimó importante visibilizar qué es Fonasa y cuáles son sus funciones, que lo consideran dentro de las encuestas como una de las diez mejores marcas evaluadas, toda vez que no solo venden bonos y tienen cajeros, sino que también, otorga el acceso y protección financiera en la Modalidad de Atención Institucional MAI-GES y no GES; Modalidad de Libre Elección MLE; tratamientos de alto costo (Ley Ricarte Soto); atenciones certificadas como ley de urgencia; otros servicios de protección financiera; financiamiento del Subsidio de Incapacidad Laboral SIL, y servicios de información y asesoría en salud. Asimismo, estaría encargado de la gestión de recaudación de cotizaciones; gestión del financiamiento de los establecimientos de salud públicas, y gestión de compra de servicios de salud a prestadores privados.

En cuanto a la ley corta de Isapres, manifestó que esperan fortalecer a la Superintendencia de Salud; regular a las Isapres que surgieron de un modelo en dictadura sin la posibilidad de conversar un proyecto de ley y modernizar y fortalecer Fonasa, con el objeto de dar seguridad a las personas en sus atenciones de salud y coberturas asociadas.

En ese contexto, respaldó la aprobación de la ley corta de salud como un paso necesario hacia una reforma integral en el sistema de salud de Chile, siendo el momento justo para trabajar en asegurar un acceso equitativo y de calidad a la atención médica para todos los habitantes del país, opinando que esta ley no solo debe abordar los desafíos actuales, sino sentar las bases para una reforma integral de la salud en el futuro.

Dicho lo anterior, manifestó que en 2024 la dotación legal del Fonasa es de 1.243 cargos de los cuales, a diciembre de 2023, 1.134 estarían provistos, lo que constituye la actual dotación efectiva de la institución. Al respecto, indicó que el 62% de la dotación se encuentra en grado 14 o menor, quienes apenas superan los \$700.000 líquidos y, el 25% de la dotación se encuentra en grado 18 o menor, bordeando el actual sueldo mínimo de 556.000 líquidos.

A mayor abundamiento, se refirió a la situación de los funcionarios del Fonasa, haciendo comparaciones con la población asegurada, servicios dependientes del Ministerio de Salud y otros servicios públicos similares, como también, haciendo alusión a las brechas existentes en su planta. Afirmó que a pesar de que los datos son bien valorados por la ciudadanía, toda vez que Fonasa ocupa el lugar N°9 entre las 252 marcas evaluadas, es reconocida como líder de la categoría salud.

Indicó que para que la ley sea productiva y no una recarga más para los funcionarios de Fonasa, se requiere de un aumento de dotación; carrera funcionaria efectiva; 14 días de descanso reparatorio para Fonasa; Bono Trato Usuario BTU y asignación de fortalecimiento y, por último, una modificación a la ley de planta que les permita igualar las condiciones de los otros servicios públicos, incluso, dependientes del Ministerio de Salud.

q) El Presidente (s) de la Asociación Nacional de Funcionarios de Fonasa (Anaff), señor Orlando Soto Conejeros expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión.

En primer término, señaló que son la asociación más antigua de Fonasa, con 30 años de vida en el servicio, representando a todos los estamentos auxiliares, administrativos, profesionales y directivos de todo Chile.

Hizo presente que los beneficiarios de Fonasa a diciembre de 2023 son 16.229.898 personas: 13.087.603 son titulares y 3.142.295 lo constituyen las cargas. Han tenido un crecimiento de beneficiarios entre 2022 y 2023 de 616.000 personas, lo que se explica por la migración de Isapres al sistema público. Sin embargo, dijo que a pesar del crecimiento sostenido de beneficiarios que ha tenido Fonasa, el número de funcionarios, entre 2021 y 2022, solo ha aumentado en 27 personas.

Por otro lado, explicó que desde la creación de las Isapres no han funcionado en el ámbito de la seguridad social, sino que se han desarrollado con criterios de aseguradoras, existiendo tablas de riesgo, preexistencias, etc. Por su parte, acotó que muchas generaciones de trabajadores, en estos años, han creído que poseen libertad de elegir; sin embargo, ocurre que cada trabajador posee la salud que puede pagar.

Puntualizó que, entendiendo que los fallos judiciales han establecido un nuevo escenario y eventualmente un colapso, la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) es una alternativa que permite mantener la cobertura en salud para ese grupo de personas que no podrán sostener el alza de precios en la aseguradora privada.

Respecto a la mutualización, declaró que no pueden ser los propios usuarios de las Isapres quienes paguen la deuda.

Como organización de trabajadores de Fonasa, siempre han apostado a un sistema de seguridad social pleno, es así que el modelo de fondo único de salud es el norte y se ve la MCC como un paso hacia ese objetivo.

Por último, estimó relevante analizar una modificación del DFL1, toda vez que existen muchos topes respecto de los grados existentes, donde hay cargos en la planta que tienen muy poca capacidad. Asimismo, recalcó la importancia de aumentar la dotación del Fonasa; mejorar la infraestructura de las sucursales; contar con una asignación de fortalecimiento y BTU, como también, un aumento en el presupuesto para tecnología.

- **Votación en general del proyecto.**

La Comisión, compartiendo los objetivos y fundamentos tenidos en consideración en el mensaje, y luego de recibir las opiniones, explicaciones y observaciones del Ejecutivo, y de las demás personas especialistas e instituciones que han expuesto sus puntos de vista al interior de esta, que permitieron a sus miembros formarse una idea de la iniciativa legal sometida a su conocimiento, **procedió a dar su aprobación a la idea de legislar por unanimidad de las diputadas y los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Cordero, Gazmuri (Presidenta), Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Romero y Rosas.**

B) **Discusión particular**.³

Artículo 1.-

Esta disposición, que consta de once numerales, propone introducir modificaciones en el decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005, y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.

Numeral 1).

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

³ El contenido de la discusión, en forma pormenorizada, consta en las actas respectivas de la Comisión, puestas a disposición de los diputados y público en general en la página web de la Cámara de Diputados, cuyo contenido no se señala en este informe atendido la extensión a que daría lugar éste.

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

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

----- Se presentó una indicación, de los diputados Bravo y Lilayu para intercalar en el literal g), incorporado por el numeral 1) del artículo 1, entre la palabra “elaborar” y las palabras “la o las pólizas de seguro”, la expresión “los requisitos mínimos de”.

Puesta en votación, se rechazó por no obtener quórum de aprobación (6 votos a favor, 4 en contra y 2 abstenciones). Votaron a favor los diputados y diputadas Bravo, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino y Lilayu. Votaron en contra los diputados Astudillo, Molina, Palma y Riquelme (en reemplazo del diputado Rosas). Se abstuvieron los diputados Cariola y Moreno (en reemplazo del diputado Romero).

El texto propuesto por el Senado se aprobó por unanimidad (12 votos a favor). Votaron las diputadas y los diputados Astudillo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Moreno (en reemplazo del diputado Romero) y Riquelme (en reemplazo del diputado Rosas).

Numeral 2).

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

Se aprobó por unanimidad (12 votos a favor). Votaron las diputadas y los diputados Astudillo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Moreno (en reemplazo del diputado Romero) y Riquelme (en reemplazo del diputado Rosas).

Numeral 3).

Tiene por objeto incorporar, a continuación del artículo 130 de la ley vigente, el siguiente Capítulo VIII, que contiene los artículos 130 bis, 130 ter, 130 quáter, 130 quinquies, 130 sexies, 130 septies, 130 octies y 130 nonies, nuevos.

Atendido que se analizó en particular en forma separada cada artículo, y con votación dividida, se consignará de esa forma en este informe

- El texto del artículo 130 bis, propuesto por el Senado, es del siguiente tenor:

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

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

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

----- Se presentaron cuatro indicaciones.

1. De los diputados Lagomarsino, Gazmuri, Cariola y Astudillo, para reemplazar en el inciso primero del artículo 130 bis la expresión “en las materias de su competencia en relación con las Instituciones de Salud Previsional” por la oración: “en el proceso de restitución de los cobros realizados en exceso por aplicar tablas de factores elaboradas por ellas mismas y distintas a la Tabla Única de Factores”.

Se aprobó por mayoría de votos (12 a favor y 1 abstención). Votaron a favor las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Moreno (en reemplazo del diputado Romero) y Riquelme (en reemplazo del diputado Rosas). Se abstuvo el diputado Rey (en reemplazo del diputado Celis).

2. De los diputados Bravo y Lilayu para agregar en el inciso primero, la palabra “Autónomo” luego de la palabra “Consejo”.

Se rechazó por no obtener quórum de aprobación (6 votos a favor, 5 en contra y 2 abstenciones). Votaron a favor las diputadas y diputados Aedo, Bravo, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Lagomarsino y Lilayu. Votaron en contra los diputados Cariola, Gazmuri, Molina, Palma y Riquelme (en reemplazo del diputado Rosas). Se abstuvieron los diputados Astudillo y Moreno (en reemplazo del diputado Romero).

3. De los diputados **Bravo, Lilayu** y Lagomarsino, para eliminar el inciso segundo del artículo 130 bis.

Se aprobó por mayoría de votos (12 a favor y 1 abstención). Votaron a favor las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Moreno (en reemplazo del diputado Romero) y Riquelme (en reemplazo del diputado Rosas). Se abstuvo el diputado Rey (en reemplazo del diputado Celis).

4. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma, Rosas, Bravo y Lilayu** para incorporar un inciso final en el artículo 130 bis, del siguiente tenor:

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

Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor). Votaron las diputadas y los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Moreno (en reemplazo del diputado Romero) y Rosas.

El resto del artículo, es decir, el inciso tercero (que ha pasado a ser inciso segundo), se aprobó por unanimidad (13 votos a favor). Votaron las diputadas y los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Moreno (en reemplazo del diputado Romero) y Rosas.

- El texto del artículo 130 ter, propuesto por el Senado, es del siguiente tenor:

“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.”.

----- Se presentaron cuatro indicaciones.

1). De los diputados Bravo, Lilayu y Lagomarsino, para reemplazar en el inciso primero del artículo 130 ter, la oración: “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” por “Serán nombrados por el Presidente de la República y ratificados por mayoría simple en el Senado”.

Se rechazó por no obtener quórum de aprobación (6 votos a favor, 5 en contra y 1 abstención). Votaron a favor los diputados Aedo, Bravo, Cordero, Lagomarsino y Lilayu y Meza (en reemplazo del diputado Romero). Votaron en contra los diputados Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas. Se abstuvo la diputada Gazmuri.

2) De la diputada Gazmuri para eliminar, en el artículo 130 ter, el párrafo final del inciso primero, a partir de “Estas designaciones...”.

Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Moreno (en reemplazo del diputado Romero) y Rosas.

3) De la diputada Gazmuri, para reemplazar el inciso segundo del artículo 130 ter, por el siguiente:

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

Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Meza (en reemplazo del diputado Romero) y Rosas.

Por igual votación, se entiende rechazado el inciso segundo propuesto por el Senado.

4) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas, para reemplazar el inciso tercero del artículo 130 ter, por el siguiente:

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

Se aprobó por mayoría de votos (7 a favor y 6 en contra). Votaron los diputados Astudillo, Cariola, Gazmuri, Lagomarsino, Molina, Palma y Rosas. Votaron en contra los diputados Aedo, Bravo, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Lilayu y Meza (en reemplazo del diputado Romero)

Por igual votación, se entiende rechazado el inciso tercero propuesto por el Senado.

Sometido a votación los incisos primero y cuarto del artículo 130 ter, fueron aprobados por unanimidad. El primero por 13 votos, de los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Meza (en reemplazo del diputado Romero) y Rosas; el cuarto, por 12 votos, de los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Meza (en reemplazo del diputado Romero).

- El texto del artículo 130 quáter, propuesto por el Senado, es del siguiente tenor:

“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.”

----- Se presentó una indicación de los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas, para reemplazar el artículo 130 quáter por el siguiente:

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

Se aprobó por unanimidad (12 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Meza (en reemplazo del diputado Romero).

Por igual votación, se entiende rechazado el artículo propuesto por el Senado.

- El texto del artículo 130 quinquies propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

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

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

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

3) Tener interés económico personal en uno o más de los aspectos o asuntos que le corresponde conocer en el ejercicio de su función, o tenerlo su cónyuge o

conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, o una persona jurídica, en la que tenga, directa o indirectamente, el diez por ciento o más de la participación, acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerza en ella funciones de administración y/o control.

4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

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

----- Se presentó una indicación del Ejecutivo, para reemplazar el artículo 130 quinquies, por el siguiente:

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

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

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

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

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

4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

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

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

Fue aprobada por unanimidad (12 votos a favor), **salvo el inciso final, que se aprobó por mayoría de votos** (8 a favor, 2 en contra y 2 abstenciones).⁴

La unanimidad fue dada por los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de la diputada Molina), Palma y Rosas.

El inciso final obtuvo los votos a favor de los diputados Aedo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo de diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Palma y Rosas; los votos en contra de los diputados Celis y Ulloa (en reemplazo de la diputada Molina); y las abstenciones de los diputados Astudillo y Palma.

- El texto del artículo 130 sexies propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“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.

⁴ Se solicitó votación dividida de la indicación.

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

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

Se aprobó por unanimidad (11 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Meza (en reemplazo del diputado Romero).

- El texto del artículo 130 septies propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

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

Se aprobó por unanimidad (11 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Meza (en reemplazo del diputado Romero).

- El texto del artículo 130 octies propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

"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.

----- Se presentó una indicación del diputado Lagomarsino, para intercalar, a continuación del vocablo “meses” y antes del punto y seguido, la oración siguiente: “mientras duren las atribuciones contempladas en esta ley”.

Sometida a votación, en conjunto con el artículo, se aprobó por unanimidad (11 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Meza (en reemplazo del diputado Romero).

- El texto del artículo 130 nonies propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“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.”

Se rechazó por unanimidad (11 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Meza (en reemplazo del diputado Romero).

Numeral 4).

Tiene por objeto reemplazar el artículo 142.

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“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.”.

----- Se presentó una indicación del diputado Lagomarsino para reemplazar el vocablo disyuntivo “o” por una coma, y agregar la frase “, o ambas” luego de la palabra “Complementaria”.

Sometida a votación, en conjunto con el artículo, se aprobó por unanimidad (11 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Rosas.

Numeral 5).

Tiene por objeto incorporar, a continuación del artículo 144, los siguientes artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies, 144 septies y 144 octies, nuevos.

- El texto del artículo 144 bis propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

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

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

Se aprobó por unanimidad (9 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Bravo, Cariola, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Rosas.

- El texto del artículo 144 ter propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“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.”.

----- Se presentó una indicación del Ejecutivo para reemplazar el artículo 144 ter, por el siguiente:

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

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

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

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

beneficiarias del Libro II de este decreto con fuerza de ley, a que se refiere el artículo 24 de la ley N° 18.681, que establece normas complementarias de administración financiera, de incidencia presupuestaria y personal.

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

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

Se aprobó por unanimidad (12 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de la diputada Molina), Palma y Rosas.

- El texto del artículo 144 quáter propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“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.”.

----- Se presentaron tres indicaciones.

1) De los diputados Bravo y Lilayu para reemplazar, en el inciso primero, la palabra “calendario” por la frase “de vigencia de la póliza respectiva”.

Se aprobó por unanimidad (12 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Schubert (en reemplazo del diputado Romero).

2) Del Ejecutivo para reemplazar, en el inciso tercero, la expresión “protección financiera especial” por la frase “cobertura del seguro catastrófico”.

Se aprobó por unanimidad (12 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Schubert (en reemplazo del diputado Romero).

3) Del Ejecutivo para reemplazar, en el inciso quinto, la frase “Asimismo, la”, por “La”.

Se aprobó por unanimidad (12 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Schubert (en reemplazo del diputado Romero).

Por igual votación se aprobó el resto del artículo propuesto por el Senado.

- El texto del artículo 144 quinquies propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

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

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

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

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

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

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

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

----- Se presentaron nueve indicaciones.

1) Del Ejecutivo para reemplazar, el inciso segundo, por el siguiente:

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

Se aprobó por unanimidad (12 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Schubert (en reemplazo del diputado Romero).

Por igual votación se entendió rechazado el inciso segundo propuesto por el Senado.

2) Del Ejecutivo para agregar, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando el actual a ser cuarto y así sucesivamente:

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

Se aprobó por unanimidad (11 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina y Palma.

3) Del Ejecutivo para agregar, en el actual inciso tercero, que ha pasado a ser cuarto, el siguiente párrafo final:

“Sin perjuicio de lo anterior, podrán existir condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares, las cuales quedarán determinadas en la póliza. Con todo,

el precio de la prima para grupos familiares nunca podrá ser mayor a la suma de las primas de todos sus integrantes.”.

Se aprobó por unanimidad (11 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina y Palma.

4). Del diputado Lilayu para intercalar en el inciso cuarto del artículo 144 quinquies, entre la frase “del artículo 144 ter y” y el artículo “los”, lo siguiente: “/o”.

Se rechazó por mayoría de votos (1 a favor, 7 en contra y 1 abstención). Votó a favor el diputado Lilayu. Votaron en contra los diputados Astudillo, Bravo, Gazmuri, Molina, Palma, Schubert (en reemplazo del diputado Romero) y Rosas. Se abstuvo el diputado Lagomarsino.

5) Del Ejecutivo para reemplazar el actual inciso sexto, que ha pasado a ser séptimo, por el siguiente:

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

Se aprobó por mayoría de votos (8 a favor y 1 en contra). Votaron a favor los diputados Astudillo, Bravo, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Rosas. Votó en contra el diputado Schubert (en reemplazo del diputado Romero).

6) De los diputados Bravo y Lilayu para intercalar en el inciso sexto del artículo 144 quinquies, entre la frase “que incumplan el pago” y la frase “de la prima complementaria” lo siguiente: “, total o parcialmente,”.

Se dio por rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.

7) Del diputado Rosas para reemplazar el actual inciso sexto del artículo 144 quinquies que agrega, por el siguiente:

“Las personas que incumplan el pago de la prima complementaria, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos, dentro de un período de doce meses, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, notificándoles la compañía de seguros previamente de ello por medios electrónicos o carta certificada, con al menos cinco días hábiles de anticipación a la fecha de cesación de la modalidad,

informando de ello al Fondo Nacional de Salud. La exclusión a la persona de esta modalidad deberá incluir a todo su grupo familiar y no inhibe a la compañía de seguros de perseguir el cobro de los saldos insolutos generados entre el no pago y el cese de la cobertura. Con todo, en caso de que la persona afiliada sea trabajador o trabajadora dependiente o pensionada, deberá ser reincorporado o reincorporada con efecto retroactivo si se acredita que las primas complementarias correspondientes a los meses impagos les fueron descontadas por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión."

Se dio por rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.

8) Del diputado Lagomarsino para reemplazar el inciso final del artículo 144 quinquies por uno del siguiente tenor:

"Ante el no pago, para inscribirse nuevamente deberá haber solucionado las eventuales deudas que se hubiesen generado durante su adscripción a esta modalidad en períodos anteriores."

Se rechazó por unanimidad (4 votos en contra). Votaron los diputados Astudillo, Gazmuri, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) y Palma.

9) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola y Palma, para incorporar un inciso final nuevo del siguiente tenor:

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

Se aprobó por unanimidad (6 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) y Palma.

El resto del artículo, esto es, los incisos primero, cuarto y quinto, fueron aprobados por unanimidad (12/0/0; 9/0/0 y 9/0/0, respectivamente).

- El texto del artículo 144 sexies propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

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

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

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

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

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

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

d) *La forma de designación de las comisiones evaluadoras.*

e) *El plazo de duración del contrato.*

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

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

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

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

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

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

----- Se presentaron cinco indicaciones.

1) De los diputados Bravo, Lilayu y Lagomarsino, para reemplazar en el inciso tercero del artículo 144 sexies, la expresión “, mediante resolución, que deberá ser suscrita además por la Dirección de Presupuestos” por la frase “y deberán ser aprobadas por el Ministerio de Salud mediante decreto supremo”.

Se dio por rechazada, atendido que de su votación resultó empate⁵. Votaron a favor los diputados Lagomarsino y Lilayu. Votaron en contra los diputados Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) y Gazmuri.

⁵ Inciso tercero del artículo 199 del Reglamento de la Cámara de Diputados.

2) Del Ejecutivo para intercalar, en el literal c) de su inciso cuarto, entre la palabra “prima” y el punto aparte, la frase siguiente: “, un monto de tope de cobertura financiera complementaria anual y las condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares”.

Se aprobó por unanimidad (8 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma, Araya (en reemplazo del diputado Romero) y Rosas.

3) De los diputados Bravo, Lilayu y Lagomarsino, para intercalar en la letra e) de su inciso cuarto, entre la palabra “contrato” y el punto aparte, la frase siguiente: “, el que no podrá ser superior a cuatro años”.

Se aprobó por unanimidad (8 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma, Araya (en reemplazo del diputado Romero) y Rosas.

4) Del Ejecutivo para reemplazar, en el literal f) de su inciso cuarto, la expresión “y de la protección financiera especial” por “y del seguro catastrófico”.

Se aprobó por unanimidad (8 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma, Araya (en reemplazo del diputado Romero) y Rosas.

5) Del Ejecutivo para reemplazar, el literal j) de su inciso cuarto, por el siguiente:

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

Se aprobó por unanimidad (7 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma y Rosas.

Sometido a votación dividida, el resto del artículo fue aprobado por unanimidad. Los incisos primero y segundo por 6 votos a favor, de los diputados Astudillo, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), y Palma. El inciso tercero, por 5 votos a favor, de los diputados Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) y Araya (en reemplazo del diputado Romero). Y los literales a), b), d), g), h), i) y k) por 8 votos a favor, de los diputados Astudillo, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma, Araya (en reemplazo del diputado Romero) y Rosas.

- El texto del artículo 144 septies propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

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

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

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

----- Se presentaron cuatro indicaciones.

1) De los diputados Bravo y Lilayu para agregar, en el inciso segundo, la palabra “fundada” luego de la palabra “resolución”.

Se aprobó por mayoría de votos (5 a favor y 3 en contra). Votaron a favor los diputados Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu y Rosas. Votaron en contra los diputados Astudillo, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) y Palma.

2) De los diputados Bravo y Lilayu para agregar, en el inciso segundo, antes del punto aparte la frase “y publicada en su sitio web institucional”.

Se aprobó por unanimidad (8 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma y Rosas.

3) De los diputados Bravo y Lilayu y Lagomarsino, para agregar en el inciso tercero del artículo 144 septies, luego de la palabra “vigentes”, la expresión “por una sola vez”.

Se aprobó por mayoría de votos (7 a favor y 2 en contra). Votaron a favor los diputados Astudillo, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Araya (en reemplazo del diputado Romero) y Rosas. Votaron en contra los diputados Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) y Palma.

4) Del diputado Lagomarsino para eliminar en el inciso tercero del artículo 144 septies la oración “De no ser posible la prórroga, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad al presente artículo.”

Se rechazó por mayoría de votos (1 a favor y 8 en contra). Votaron en contra los diputados Astudillo, Cordero, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada

Molina), Palma, Araya (en reemplazo del diputado Romero) y Rosas. Votó a favor el diputado Lagomarsino.

Los incisos primero y cuarto fueron aprobados por unanimidad. El inciso primero, por 7 votos a favor de los diputados Astudillo, Lagomarsino, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma y Araya (en reemplazo del diputado Romero); **el inciso cuarto, por 6 votos a favor** de los diputados Rey (en reemplazo de Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu y Araya (en reemplazo de Romero)

El inciso segundo fue aprobado por mayoría de votos. Votaron a favor Astudillo, Cordero, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma y Rosas. Votó en contra el diputado Lagomarsino.

- El texto del artículo 144 octies propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“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.”

----- Se presentó una indicación de los diputados Bravo y Lilayu para incorporar en el artículo 144 octies, un inciso primero, nuevo, pasando el actual a ser inciso segundo, del siguiente tenor:

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

Sometida a votación la indicación, en conjunto con el artículo propuesto por el Senado, se aprobó por unanimidad (8 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Palma y Araya (en reemplazo del diputado Romero).

Numeral 6).

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“6) Agrégase, en el inciso final del artículo 164, a continuación de la expresión “y éste lo reclasificará”, el siguiente texto: “, sin perjuicio de la facultad de dicho Fondo para reclasificarlo de oficio, mediante resolución fundada, que será notificada por medios electrónicos o mediante carta certificada. El Fondo deberá reclasificar siempre a las personas afiliadas y beneficiarias que de ellas dependan pertenecientes a los grupos B, C y D, en el grupo A en el evento que dichas personas afiliadas dejen de enterar sus cotizaciones durante el período de doce meses consecutivos. La persona afiliada que sea trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporada con efecto retroactivo si

acredita que la cotización correspondiente a los meses impagos le fue descontada por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión”.

Se aprobó por unanimidad (8 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Rey (en reemplazo del diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Palma y Araya (en reemplazo del diputado Romero).

Numeral 7) nuevo.-

----- Se presentó una indicación del diputado Lagomarsino, para derogar el artículo 188 vigente.

Se rechazó por mayoría de votos (1 a favor, 9 en contra y 1 abstención).

Votó a favor el diputado Lagomarsino. Votaron en contra los diputados Astudillo, Bravo, Celis, Rey (en reemplazo de diputada Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma y Rosas. Se abstuvo la diputada Cariola.

Numeral 7).

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“7) Reemplázase el inciso octavo del artículo 188 por los siguientes incisos octavo, noveno y décimo, nuevos, pasando el actual inciso noveno a ser inciso undécimo, y así sucesivamente:

‘Al momento de celebrar un contrato de salud, las Instituciones de Salud Previsional no podrán ofrecer planes cuyos precios sean inferiores al valor de la cotización legal para salud del afiliado, calculada sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión, según sea el caso.

En caso de que, en las sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supere el 5% de la cotización legal para salud, la Institución de Salud Previsional estará obligada a ofrecer al afiliado la incorporación de nuevos beneficios o planes de salud alternativos, cuyos precios más se aproximen al valor de su nueva cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados. En ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir uno de los planes de salud alternativos ofrecidos por la Institución de Salud Previsional. Mientras no suscriba un nuevo plan cuyo precio mejor se aproxime al valor de su cotización legal, toda diferencia superior al 5% de la cotización legal no generará excedentes.

Con todo, las revisiones de las adecuaciones anuales a que hace referencia el inciso anterior no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y sus beneficiarios.’”.

Se aprobó por unanimidad (8 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

Numeral 8).

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

----- Se presentó una indicación del Ejecutivo, para reemplazar el numeral 8) del artículo 1º, por el siguiente:

“8) Modifícase el artículo 189 de la siguiente forma:

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

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

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

Se aprobó por unanimidad (8 votos a favor). Votaron los diputados Bravo, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

Por igual votación se entendió rechazado el texto propuesto por el Senado.

Numeral nuevo (que ha pasado a ser numeral 9).-

----- Se presentó una indicación del Ejecutivo, para intercalar a continuación del numeral 8) y antes del numeral 9) -que pasa a ser numeral 10), un numeral 9) nuevo, del siguiente tenor:

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

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

Se aprobó por unanimidad (9 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Bravo, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

Numeral 9) (que ha pasado a ser numeral 10).

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

a) Agrégase, en el párrafo segundo del literal a) del número 2 del inciso primero, a continuación del punto y aparte, que pasa a ser punto y seguido, la siguiente oración:

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

b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

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

Solicitada la votación dividida, el literal a) se rechazó por unanimidad (9 votos en contra). Votaron los diputados Votaron los diputados Astudillo, Bravo, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

El literal b) se aprobó por mayoría de votos (5 a favor y 2 en contra). Votaron a favor los diputados Bravo, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) y Rosas. Votaron en contra las diputadas Astudillo y Gazmuri.

----- Se presentó una indicación del diputado Lagomarsino para agregar una nueva letra c) al numeral 9) del artículo 1° del siguiente tenor:

“c. Reemplácese el artículo 199 por uno del siguiente tenor:

“Artículo 199.- Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores de riesgo que corresponden a cada beneficiario, de acuerdo a la siguiente tabla única de factores de riesgo.

Tramo de Edad	Cotizantes	Cargas
2 a menos de 20 años	0,6	0,6
20 a menos de 25 años	0,9	0,7
25 a menos de 35 años	1,0	0,7
35 a menos de 45 años	1,3	0,9
45 a menos de 55 años	1,4	1,0
55 a menos de 65 años	2,0	1,4
65 y más años	2,4	2,2

Las Instituciones de Salud Previsional no podrán realizar cobros por las cargas no natas y menores de dos años de edad.

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.”

Se rechazó por mayoría de votos (1 a favor, 4 en contra y 2 abstenciones). Votó a favor el diputado Lilayu. Votaron en contra los diputados Astudillo, Gazmuri, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) y Rosas. Se abstuvieron los diputados Bravo y Rey (en reemplazo de diputada Cordero).

Numeral 10), (que ha pasado a ser numeral 11).

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

----- Se presentaron dos indicaciones.

1) Del Ejecutivo, para agregar un literal b) en el numeral 10), que ha pasado a ser numeral 11), del siguiente tenor:

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

Sometida a votación la indicación, en conjunto con el texto del Senado, se aprobó por mayoría de votos (7 a favor y 1 abstención). Votaron a favor los diputados Astudillo, Bravo, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas. Se abstuvo el diputado Rey (en reemplazo de la diputada Cordero).

2) Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el numeral 10) del artículo 1° por el siguiente:

“10) Reemplácese el inciso quinto del artículo 206 por los siguientes:

“Cuando varíe el precio cobrado por las Garantías Explícitas en Salud, el Superintendente de Salud fijará mediante resolución, cada tres años, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado, un indicador que será un máximo para las Instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio, conforme al procedimiento establecido en el numeral 2 del Artículo 198 aplicado para las prestaciones incorporadas en la Garantías Explícitas en Salud y sin considerar los indicadores del subsidio de incapacidad laboral.

Las Instituciones de Salud Previsional deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de realizar este proceso de reajuste de precios dentro de los 15 días hábiles siguientes a la publicación de la resolución a la que hace

referencia el inciso anterior. En dicha comunicación, en el caso que haya informado que se acogerá a este reajuste, deberá señalar y justificar el porcentaje de alza, incluyendo todos los antecedentes necesarios para llegar a dicha alza.

Cumplidos 5 días hábiles después de vencido el plazo para informar por las Instituciones de Salud Previsional indicado en el inciso anterior, la Superintendencia de Salud deberá informar del proceso de verificación de los porcentajes de ajuste en base a los antecedentes aportados. Por esta comunicación se autorizará la aplicación del porcentaje de ajuste verificado por la Superintendencia de Salud a todos los precios cobrados por las Garantías Explícitas en Salud de la Institución de Salud Previsional respectiva, que en ningún caso podrá ser superior al indicador del inciso anterior.

La Superintendencia de Salud a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, mediante una Circular dictada al efecto, detallará la forma de informar cada uno de los antecedentes antes indicados.”.

Se rechazó por mayoría de votos (7 en contra y 1 abstención). Votaron a favor los diputados Astudillo, Bravo, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas. Se abstuvo el diputado Rey (en reemplazo de la diputada Cordero).

Numeral nuevo (que ha pasado a ser numeral 12).-

---- Se presentó una indicación del Ejecutivo para intercalar, a continuación del numeral 10) que ha pasado a ser 11), el siguiente numeral 12), nuevo, pasando el actual a ser 13), y así sucesivamente:

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

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

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

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

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

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

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

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

Se aprobó por mayoría de votos (7 a favor y 1abstención). Votaron a favor los diputados Astudillo, Bravo, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas. Se abstuvo el diputado Rey (en reemplazo de la diputada Cordero).

Numeral 11).- (que ha pasado a ser 13).

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“1) Modifícase el artículo 226 de la siguiente forma:

a) Agrégase, en el numeral 3 del inciso primero, el siguiente párrafo segundo, nuevo, pasando el actual párrafo segundo a ser párrafo tercero:

“Se preferirá a los prestadores no relacionados, para cuya determinación se estará a la definición de persona relacionada establecida en el artículo 100 de la ley N° 18.045.”.

b) Reemplázase, en el inciso penúltimo, la expresión “la procedimiento concursal” por “el procedimiento concursal”.

----- Se presentaron dos indicaciones.

1) Del diputado Lagomarsino para reemplazar la letra a) del numeral 11, por el siguiente:

“a. Reemplácese el inciso primero del numeral 3 por uno del siguiente tenor:

“3. Una vez solucionados los créditos enumerados, si quedare un remanente, se procederá al pago de las deudas con los prestadores de salud no relacionados con la Institución de Salud Previsional afectada, íntegramente o a prorrata, según sea el caso.”

Se rechazó por unanimidad (8 votos en contra). Votaron los diputados Astudillo, Bravo, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

2) Del diputado Lagomarsino para agregar una nueva letra b) pasando la actual a ser c), del siguiente tenor:

“b. Incorpórase un nuevo numeral 4) del siguiente tenor:

“4. Una vez solucionados los créditos enumerados, si quedare un remanente, se procederá al pago de las deudas con los prestadores de salud relacionados con la Institución de Salud Previsional afectada, íntegramente o a prorrata, según sea el caso.”

Se rechazó por unanimidad (8 votos en contra). Votaron los diputados Astudillo, Bravo, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

El texto propuesto por el Senado fue aprobado por unanimidad (8 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Bravo, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

Artículo 2°.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

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

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

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

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

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

3) La obligación de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasión de la aplicación de los numerales precedentes, resulten con

un precio final inferior al cobrado y percibido por la Institución respectiva, debiendo señalar esas diferencias en unidades de fomento, por cada uno de ellos; especificando si la diferencia ocurre por aplicación del numeral uno o dos precedentes.

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

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

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

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

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

----- Se presentaron siete indicaciones.

1) De los diputados Bravo y Lilayu para reemplazar en el numeral 1) del artículo 2, la oración “de la dictación de la circular a la que hace referencia el inciso primero de este artículo” por la expresión “de aprobado el plan de pago y ajuste contenido en el artículo 3”.

Se rechazó por mayoría de votos (2 a favor, 7 en contra y 1 abstención). Votaron a favor los diputados Bravo y Lilayu. Votaron en contra los diputados Aedo, Astudillo, Cariola, Celis, Palma, Romero y Rosas. Se abstuvo la diputada Gazmuri.

2) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para incorporar el siguiente numeral 3), nuevo, pasando el actual N°3 a ser 4 y así sucesivamente:

“3) La obligación de adecuar la prima cobrada en exceso por cobertura de garantías explícitas de salud con ocasión de la entrada en vigencia del D.S. N° 72 de 1 de octubre de 2022.

Se declaró inadmisibles por la Comisión.

3) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para reemplazar en el numeral 3) que ha pasado a ser 4) la frase “uno o dos precedentes” por “uno, dos o tres precedentes”.

Se declaró inadmisibles por la Comisión.

4) Del Ejecutivo para reemplazar, en el numeral 3), la frase “de los numerales precedentes” por “del numeral precedente”; y elimínase la expresión “; especificando si la diferencia ocurre por la aplicación del numeral uno o dos precedentes”.

Sometida a votación, en conjunto con el numeral 3), se aprobó por unanimidad (12 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma, Romero y Rosas.

5) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para incorporar un nuevo numeral 6) que indique:

“6) 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, producto del procedimiento de adecuación de la prima cobrada por cobertura de garantías explícitas de salud”.

Se declaró inadmisibles por la Comisión.

6) De los diputados y diputadas Joanna Pérez, Calisto, Olivera, Saffirio, Ulloa, Celis, Astudillo, Lagomarsino y Cordero, para incorporar un numeral 6 nuevo en el inciso segundo del artículo 2, del siguiente tenor:

“6) La forma en que se podrán acoger los afiliados y hacer efectivo el mecanismo voluntario y excepcional de cumplimiento de las obligaciones establecidas en los numerales 4) y 5), de conformidad al Artículo 9 de la presente ley.”.

Se declaró inadmisibles por la Comisión.

7) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para reemplazar en el inciso final del artículo segundo, la frase: “señaladas en los numerales 1) y 2)” por “señaladas en los numerales 1), 2) y 3),”

Se declaró inadmisibles por la Comisión.

El resto del artículo, a excepción del numeral 2), fue aprobado, previa solicitud de división de la votación. De esa manera, el inciso primero, y el encabezado del inciso segundo en conjunto con los párrafos primero y segundo de su numeral 1), fueron aprobados por unanimidad (8 votos a favor), de los diputados Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Gazmuri, Palma, Romero y Rosas. El párrafo tercero del numeral 1) fue aprobado por mayoría de votos (5 a favor y 4 en contra): votaron a favor los diputados Bravo Celis, Lagomarsino, Romero y Rosas, y en contra los diputados Astudillo, Cariola, Gazmuri y Palma. Los numerales 4) y 5) y los incisos tercero, cuarto y quinto, fueron aprobados por unanimidad (11 votos a favor) por los diputados Aedo,

Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Uloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma, Romero y Rosas. **El numeral 2) se rechazó por unanimidad** (10 votos en contra), por los diputados Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Gazmuri, Lagomarsino, Uloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma, Romero y Rosas.

Artículo 3°.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

----- Se presentaron 11 indicaciones.

1) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas, para reemplazar la letra a) del artículo tercero, por el 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 y de los cobros realizados en exceso producto del procedimiento de adecuación de la prima por cobertura de garantías explícitas de salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, la actualización de los estados financieros de la institución previsional de que se trate, incluyendo los movimientos que se encuentren pendientes con grupos relacionados; 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 que deberán contar siempre con la aprobación de la persona afiliada, y todos los demás antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda. En caso que la devolución se proponga en cuotas, éstas serán expresadas en unidades de fomento y se contabilizarán los intereses que se devenguen de acuerdo al artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.”

Se declaró inadmisibles por la Comisión.

2) De los diputados Bravo y Lilayu para agregar una nueva letra a) bis al artículo 3, del siguiente tenor:

“a bis) Para el cálculo de las cantidades percibidas en exceso, cada Institución de Salud Previsional deberá usar como referencia de cálculo la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, y el precio base correspondiente a dicha tabla, es decir, el costo para un cotizante de entre 25 y 34 años.”.

Se rechazó por mayoría de votos (3 a favor, 9 en contra y 1 abstención). Votaron a favor los diputados Bravo, Rey (en reemplazo de diputada Cordero) y Lilayu. Votaron en contra los diputados Aedo, Astudillo, Cariola, Celis, Gazmuri, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma, Romero y Rosas. Se abstuvo el diputado Lagomarsino.

3) Del Ejecutivo para reemplazar el literal c) por el siguiente:

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

Se aprobó por mayoría de votos (8 a favor y 5 en contra). Votaron a favor los diputados Aedo, Bravo, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Lagomarsino, Lilayu, Romero y Rosas. Votaron en contra los diputados Astudillo, Cariola, Gazmuri, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) y Palma.

4) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas, para reemplazar en el inciso 2° del artículo tercero, el término “diez” por “siete”.

Se declaró inadmisibles por la Comisión.

5) De los diputados Astudillo y Ulloa, para reemplazar, en el inciso segundo del artículo 3°, el término “diez” por “dos”.

Se declaró inadmisibile por la Comisión.

6) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas, para agregar al inciso segundo del artículo 3, luego del punto aparte, la siguiente frase:

“En el caso de que la persona afiliada tenga al momento de la publicación de esta ley, 60 años cumplidos o más, indistintamente su género, el plazo a que hace referencia este inciso, no podrá ser mayor a 5 años.”

Se declaró inadmisibile por la Comisión.

7) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas, para intercalar en el inciso tercero del artículo 3, entre la frase: “podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas” y la frase “en forma de excedentes”, la siguiente oración: “,si éstas manifestaran su voluntad en ese sentido,”

Se declaró inadmisibile por la Comisión.

8) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas, para incorporar en el inciso cuarto, luego del punto final, la siguiente frase: “Para proceder en este sentido se requerirá la manifestación de voluntad de la persona afiliada.”

Se declaró inadmisibile por la Comisión.

9) Del Ejecutivo para reemplazar el inciso quinto, por el siguiente:

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

Se aprobó por mayoría de votos (12 a favor y 1 en contra). Votaron a favor los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) Palma, Romero y Rosas. Votó en contra el diputado Lilayu.

10) Del Ejecutivo para eliminar, en el inciso sexto, toda la frase que sigue a continuación de la expresión “Institución de Salud Previsional.”.

Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) Palma, Romero y Rosas.

11) Del diputado Lagomarsino para incorporar un artículo 3 Bis nuevo, del siguiente tenor:

“Artículo 3° Bis.-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 contemplaban la tabla única de factores, debe aplicarse al unísono que el alza o prima extraordinaria que se realice para cubrir el gasto de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias.”.

Se declaró inadmisibile por la Comisión.

Sometido a votación el texto del artículo 3° propuesto por el Senado, fue aprobado por unanimidad, salvo el literal c) del inciso primero y el inciso quinto, que fueron sustituidos por indicaciones del Ejecutivo ya mencionadas signadas con los números 3) y 9) respectivamente, **y los párrafos segundo y tercero de su literal a),** que fueron eliminados del texto atendido que fueron declarados inconstitucionales por sentencia del Tribunal Constitucional⁶.

Los literales a) -excepto lo ya mencionado que fue declarado inconstitucional- y b) del inciso primero fueron aprobados por unanimidad (13 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) Palma, Romero y Rosas.

El resto del artículo fue aprobado por la unanimidad (12 votos a favor), de los diputados Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) Palma, Romero y Rosas.

Artículo 4°.-

El texto propuesto por el Senado es 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 párrafo segundo del numeral 1) del artículo 2° de esta ley, se deberá aplicar sobre el precio final del contrato. Solo para estos efectos, se entenderá que el precio final de estos contratos es el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.

En la misma oportunidad y forma en que se comunique el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio pactado sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; operando para estos efectos lo dispuesto en el artículo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

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

⁶ Sentencia del Tribunal Constitucional, Rol N° 15.180-2024, de 1 de abril de 2024.

Sometido a votación dividida, el inciso primero fue rechazado por unanimidad (12 votos en contra). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) Palma y Rosas.

Los incisos segundo y tercero propuestos por el Senado fueron aprobados, en su idea, pero hubo de ser modificados para adecuarlos y hacerlos comprensibles, atendido que se rechazó el inciso primero. De esa manera, se presentó una redacción de consenso entre todos los diputados y el Ejecutivo para efecto de darle viabilidad a la redacción, del siguiente tenor:

“Artículo 4°.- En la oportunidad y forma en que se comunique la aplicación de la prima extraordinaria a que hace referencia el artículo 3° anterior, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o mas 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 Salud, de 2005.

Dentro de los seis meses siguientes a la aplicación de la prima extraordinaria, las personas afiliadas afectas a la misma podrán solicitar a su institución de salud previsional, cambiarse a algunos de los planes que les fueren ofrecidos, para lo cual no se les podrá exigir suscribir una nueva declaración de salud, operando la entregada al momento de suscribir el contrato al que se le aplicó la prima extraordinaria.”.

Dicha redacción de consenso fue aprobada por unanimidad (12 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) Palma y Rosas.

Artículo 5°.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“Artículo 5°.- Las deudas contenidas en los planes de pago y ajustes, señalados en el artículo 3° y que son aprobados por la Superintendencia, se reconocerán en una cuenta corriente individual que las Instituciones de Salud Previsional deberán abrir en favor de cada persona afiliada especialmente para este fin, y que estará claramente diferenciada para todos los efectos contables de aquellos excedentes que se generen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta ley.

Esta cuenta no podrá ser cerrada sino hasta el pago total de la deuda y las Instituciones de Salud Previsional no podrán, en ningún caso, cobrar por la mantención de dicha cuenta a las personas afiliadas.

La deuda se devengará mensualmente, debiendo la Institución de Salud Previsional poner a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plazo de devolución previsto en el plan de pago y ajustes.

Los fondos acumulados en la referida cuenta se reajustarán de acuerdo con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, sin devengar intereses. Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá, cada seis meses, poner a disposición dicho reajuste en la cuenta de la persona afiliada.

Las deudas que cada Institución de Salud Previsional informe en su plan de pago y ajustes no serán consideradas en la garantía que éstas deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 181 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. Asimismo, no serán consideradas para el cálculo de los indicadores de los artículos 178 y 180 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

En el evento que se ponga término al contrato de salud entre la persona afiliada y la Institución de Salud Previsional con la que mantiene un crédito de los informados en el plan de pago y ajustes del artículo 3°, dicha Institución deberá continuar poniendo a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plan de pago y ajustes. Esta regla se aplicará cada vez que la persona migre a otra Institución Previsional de Salud o al Fondo Nacional de Salud, hasta el pago total de la deuda.

De producirse la cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, el eventual remante impago de las deudas generadas por la adecuación del precio final de los planes será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase, de conformidad a lo dispuesto en el número 6 del artículo 2472 del Libro Cuarto del Código Civil.

---- Se presentó una indicación de los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas, para reemplazar el inciso cuarto del artículo 5, por el siguiente:

“Los fondos acumulados en la referida cuenta se reajustarán de acuerdo con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor y devengarán el interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de no más de un año, según lo informado por el Banco Central de Chile en el respectivo período. Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá, cada seis meses, poner a disposición dicho reajuste e interés en la cuenta de la persona afiliada

Se declaró inadmisibile por la Comisión.

Sometido a votación el texto propuesto por el Senado, se aprobó por mayoría de votos (10 a favor y 2 en contra). Votaron a favor los diputados Bravo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Palma, Romero y Rosas. Votaron en contra los diputados Astudillo y Ulloa (en reemplazo de diputada Molina)

Artículo 6°.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“Artículo 6°.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades sólo si han pagado la totalidad de la deuda de las cantidades percibidas en exceso a que se refiere el artículo anterior y con autorización previa de la Superintendencia de Salud.

Para ello, la Institución de Salud Previsional que haya pagado la totalidad de la deuda y desee realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades deberá informarlo a la Superintendencia, acompañando todos los antecedentes que den

cuenta del total cumplimiento del pago de las cantidades percibidas en exceso y señalando la fecha en la que se realizará la sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, para discutir la repartición de dividendos o el retiro de utilidades en la Institución.

La distribución de dividendos o el retiro de utilidades será autorizado por la Superintendencia, únicamente, si se verifica el completo cumplimiento del pago de la totalidad de la deuda a que se refiere el artículo anterior y ello no pone en riesgo la seguridad del sistema previsional.

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

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

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

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

Previa aplicación de la sanción, la Superintendencia deberá notificar los cargos a la Institución de Salud Previsional afectada, la que tendrá un plazo de diez días hábiles para formular sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de salud dictará una resolución fundada resolviendo la materia.

Durante el procedimiento administrativo señalado en el inciso anterior, la Superintendencia podrá dictar las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la decisión, si existiesen elementos de juicio suficientes para ello. En este sentido, podrá ordenar a las instituciones bancarias o entidades financieras que correspondan la retención de los dineros o depósitos de las Instituciones y la prohibición de realizar transacciones de acciones, bonos o debentures. Asimismo, podrá decretar cualquier medida necesaria para evitar el uso, aprovechamiento, beneficio o destino de cualquier clase de bienes, valores o dineros de la Institución.

En los casos de urgencia, para evitar la consolidación de las situaciones jurídicas derivadas de la infracción, las medidas provisionales señaladas en el inciso anterior podrán ser dictadas antes de la iniciación del procedimiento administrativo señalado en el inciso sexto de este artículo. Estas medidas deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas por la Superintendencia en la iniciación del procedimiento, que deberá efectuarse dentro de los diez días hábiles siguientes a su adopción. Las medidas quedarán sin efecto si no se inicia el procedimiento dentro de dicho plazo.

Las medidas provisionales podrán ser alzadas o modificadas durante la tramitación del procedimiento, en virtud de circunstancias sobrevinientes o que no pudieron ser tenidas en cuenta en el momento de su adopción. En todo caso, éstas se extinguirán con la eficacia de la resolución administrativa que ponga fin al procedimiento correspondiente. En caso de que se hayan ordenados retenciones, la resolución que ordena la multa, además, ordenará la restitución de los dineros a la Institución de Salud Previsional infractora.

En contra de las resoluciones señaladas en este artículo que imponen una sanción o que dictan una medida previsional, podrán interponerse los recursos y reclamaciones que establece el artículo 113 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

La repartición de dividendos o el retiro de utilidades que se realicen sin la correspondiente autorización serán nulas de pleno derecho y darán lugar a la responsabilidad personal de los administradores y directivos de la Institución de Salud Previsional, así como de quienes hayan percibido dividendos o utilidades, de forma solidaria con la Institución.”.

----- Se presentaron cinco indicaciones.

1) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para intercalar en el inciso primero del artículo 6, entre la frase: “Las Instituciones de Salud Previsional” y la frase “podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades”, los términos: “y sus grupos relacionados”.

Se declaró inadmisibile por la Comisión.

2) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para intercalar en el inciso cuarto del artículo 6, entre la frase: “Si la Superintendencia tomare conocimiento de que una Institución de Salud Previsional” y la frase “en sesión o junta” los términos: “o sus grupos relacionados”.

Se declaró inadmisibile por la Comisión.

3) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para reemplazar en el inciso sexto la frase: “cargos a la Institución de Salud Previsional afectada” por: “cargos a la Institución de Salud Previsional afectada y/o grupo relacionado afectado”.

Se declaró inadmisibile por la Comisión.

4) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para reemplazar en el inciso noveno la frase: “a la Institución de Salud Previsional infractora” por: “a la Institución de Salud Previsional o grupo relacionado infractor”

Se declaró inadmisibile por la Comisión.

5) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para reemplazar en el inciso de undécimo la frase: “y directivos de la Institución de Salud Previsional” por: “y directivos de la Institución de Salud Previsional y/o grupo relacionado”.

Se declaró inadmisibile por la Comisión.

Sometido a votación el texto propuesto por el Senado se aprobó por mayoría de votos (10 a favor y 2 en contra). Votaron a favor los diputados Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma y Rosas. Votaron en contra los diputados Rey (en reemplazo de la diputada Cordero) y Romero.

Artículo 7°.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“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.”.

----- Se presentaron dos indicaciones.

1) De los diputados Astudillo, Cariola, Gazmuri, Palma y Ulloa, para sustituir el párrafo final del inciso segundo que dice “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.”, por el párrafo siguiente: “Si el acto contribuyere a desmejorar la situación patrimonial o financiera de la institución y se realizare dentro de los dos años anteriores a la resolución de reorganización o liquidación o durante el tiempo que medie entre la notificación de la demanda de liquidación forzosa y la dictación de la respectiva resolución, la pena aumentará en un grado.”.

Sometida votación la indicación, en conjunto con el inciso segundo, se aprobó por unanimidad (10 a favor). Votaron a favor los diputados Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma, Romero y Rosas.

2) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma, Rosas y Ulloa, para sustituir el inciso final del artículo 7°, por el siguiente:

“Los delitos señalados en los incisos precedentes serán considerados delitos de primera categoría, de conformidad con el artículo 1 de la ley N° 21.595 sobre delitos económicos.

Se aprobó por mayoría de votos (10 a favor y 2 abstenciones). Votaron a favor los diputados Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma y Rosas. Se abstuvieron los diputados Rey (en reemplazo de la diputada Cordero) y Romero.

El inciso primero fue aprobado por unanimidad (11 votos a favor). Votaron a favor los diputados Astudillo, Bravo, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma, Romero y Rosas.

Artículo 8°.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“Artículo 8°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso octavo del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria, se ajustarán al valor de dicha cotización.

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

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

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

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

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

Con todo, dentro de los seis meses siguientes a la notificación, las personas afiliadas podrán solicitar cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos por su Institución de Salud Previsional, para lo cual no se les podrá exigir una

nueva declaración de salud, manteniéndose la entrega al momento de celebrar el contrato que fue ajustado.

Se rechazó por mayoría de votos (6 a favor y 7 en contra). Votaron a favor los diputados Aedo, Bravo, Lagomarsino, Lilayu, Romero y Rosas. Votaron en contra los diputados Astudillo, Cariola, Celis, Gazmuri, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Ulloa (en reemplazo de diputada Molina) y Palma.

----- Se presentó una indicación de los diputados y diputadas Pérez, Calisto, Olivera, Saffirio, Ulloa, Celis, Astudillo, Lagomarsino y Cordero, para incorporar un párrafo I nuevo, luego del artículo 8, que contenga los artículos artículos 9 al 22, nuevos, pasando el actual 9 a ser 23, y así sucesivamente, del siguiente tenor: siguientes

“Párrafo I

Del mecanismo Especial, voluntario y excepcional de compensación”.

Artículo 9.- Establézcase un mecanismo especial, voluntario y excepcional de compensación a los afiliados de las Instituciones reguladas en la presente ley, cuya finalidad es compensar las obligaciones informadas en virtud de los numerales 4 y 5 del artículo 2, entregando al afiliado acreedor la posibilidad de elegir voluntariamente entre la compensación a través del otorgamiento de títulos accionarios o acciones, o la entrega de instrumentos de inversión de deuda o debentures, ambos regidos y regulados en todo lo que no sea contrario a la presente ley por la Ley N°18.045 del Mercado de Valores.

Artículo 10.- Las Instituciones que se encuentren en las condiciones establecidas en los artículos precedentes, deberán entregar a sus afiliados la información precisa y pormenorizada de los montos de deuda que tuvieren con aquellos, de conformidad a las directrices establecidas en virtud del Artículo 2. Dicha información deberá contener a lo menos la individualización del afiliado y sus cargas, el plan de salud al que está acogido este, el monto total de la deuda y el monto anual acumulado desde el hecho que origina la deuda.

Artículo 11.- Publicidad de los mecanismos de elección. Las Instituciones mencionadas en el artículo precedente, deberán establecer en sus correspondientes sitios corporativos y de atención virtual de los afiliados, un apartado dedicado exclusivamente para informar respecto de los mecanismos de elección que podrán acogerse estos en el proceso de compensación que establece esta ley. Dicho espacio deberá entregar información efectiva, veraz y apropiada al usuario de los dos métodos de compensación a los cuales el afiliado podrá optar, indicando la cantidad de títulos que pudiese adquirir en cada caso al valor nominal del día anterior a la consulta. Dicha información deberá estar disponible en los espacios señalados anteriormente de manera amigable, clara y de fácil acceso, y deberá informarse y publicarse en un plazo no mayor a treinta días hábiles desde la publicación de la presente ley.

Artículo 12.- Mecanismo de elección. Las Instituciones en un plazo de treinta días hábiles desde la publicación de esta ley, deberán poner a disposición de sus afiliados un apartado especial en sus sitios corporativos donde el afiliado podrá elegir el mecanismo de compensación que desee para el cumplimiento de las obligaciones señaladas anteriormente.

El apartado al que se refiere el inciso precedente deberá estar disponible por un periodo no menor a 30 días hábiles e indicará de forma clara:

1. La individualización exacta del afiliado y su plan de salud.
2. Los montos adeudados al afiliado al día de la elección del método;
3. Las formas que la Institución que preste servicios de utilidad pública compensará dicha deuda, debiéndose elegir entre compensación a través del otorgamiento de títulos accionarios o acciones; o la entrega de instrumentos de inversión de deuda o debentures.
4. La cantidad de títulos, en caso de elegir la entrega de acciones, o debentures, en caso de elegir los instrumentos de deuda, que equivale al monto total de la deuda y que podrá optar el afiliado.

Estas instituciones deberán elaborar un informe indicando el número de afiliados que prefiriera cada una de las opciones de compensación, estableciendo los montos en moneda nacional de cada una de las opciones y la cantidad de afiliados por opción.

Artículo 13.- En los casos en que los afiliados soliciten el otorgamiento de títulos accionarios o acciones, la Institución deberá entregar las correspondientes inscripciones de los títulos a que se refiere este inciso en un plazo no mayor a treinta días hábiles desde aprobada la capitalización.

En los casos que los afiliados soliciten la entrega de instrumentos de inversión de deuda o debentures, la Institución que preste servicios de utilidad pública deberá entregar los correspondientes instrumentos en un plazo no mayor a cuarenta y cinco días hábiles desde la capitalización.

Artículo 14.- Capitalización. Las Instituciones en un plazo de diez días desde cumplido el plazo establecido en el artículo 2 de la presente ley, deberán realizar una Junta Especial de Accionistas con la finalidad de conocer el mecanismo de capitalización de la deuda en forma de acciones con valor nominal.

Dicha capitalización se registrará por las reglas especiales definidas en la presente ley.

Artículo 15.- De la Junta de capitalización. La capitalización a que se refiere el artículo precedente se efectuará con la concurrencia de la mayoría simple de sus socios con derecho a voto, e incrementará el capital social hasta el monto total de la deuda contraída por la Institución que preste servicios de utilidad pública en virtud de los socios que soliciten títulos accionarios equivalentes a la deuda producto de las adecuaciones irregulares de planes de salud contratados por los afiliados.

En el proceso de incremento de capital señalado en el inciso precedente, la Institución deberá emitir acciones nominales que correspondan al valor total de la deuda indicada, la que será puesta a disposición de los afiliados conforme al mecanismo de compensación definido en esta ley.

Artículo 16.- De la deuda. Para efectos de determinar la deuda como activo financiero, las Instituciones podrán excluir de su contabilidad dicha deuda, asignándola como activo financiero con objeto de la capitalización indicada en los artículos anteriores.

Respecto de los instrumentos de inversión de deuda señalados en el artículo 18, el total de los montos asignados a los afiliados que hubieren optado por la emisión de debentures será consignado como activo en los balances financieros que correspondan.

Para efectos de lo señalado en los incisos anteriores, las Instituciones deberán recapitalizar las utilidades anuales obtenidas por las operaciones totales hasta el monto total de la deuda, pudiendo asimismo incorporar nuevos capitales con la finalidad de reducir la deuda total.

Artículo 17.- De la compensación. Las Instituciones deberán entregar a los afiliados acreedores títulos accionarios de primera clase equivalentes al valor total adeudado. Dichos títulos serán entregados de conformidad a lo señalado en el artículo 13 de la presente ley.

Las Instituciones deberán a su costo realizar las inscripciones en los registros que correspondan dentro del plazo de cinco días hábiles desde la adquisición de dichos títulos por parte de los afiliados.

Artículo 18.- Instrumentos de inversión de deuda. La Junta Especial de Accionistas a que se refiere el artículo 14 deberá establecer, de conformidad a los afiliados que hubieren solicitado la adquisición de debentures establecido en el artículo 12, el número de bonos de deuda correspondiente al total de la deuda nominal con cada uno de ellos.

Los instrumentos de inversión de deuda señalados en el inciso anterior tendrán un plazo de cinco años contados desde la fecha de emisión para su liquidación y se determinarán a cada afiliado por el total de la deuda contraída por las Instituciones a la deuda producto de las adecuaciones irregulares de planes de salud contratados por los afiliados.”.

Se declaró inadmisibile por la Comisión.

Artículo 9°.-(que ha pasado a ser artículo 8°).

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“Artículo 9°.- Para los contratos afectos al numeral 1) del artículo 2° de esta ley, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.

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

----- Se presentó una indicación de los diputados y diputadas Pérez, Calisto, Olivera, Saffirio, Ulloa, Celis, Astudillo, Lagomarsino y Cordero, para incorporar en el artículo 9, el siguiente inciso final:

“La fiscalización de las normas del Párrafo I de la presente ley se realizará de conformidad a las normas generales del Mercado de Valores en todo lo que corresponda a la emisión, transacción y registro de valores.”.

Se declaró inadmisibile por la Comisión.

Sometido a votación el texto propuesto por el Senado, se aprobó por unanimidad (11 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Cariola, Celis, Rey (en

reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma, Romero y Rosas.

Artículo 10.- (que ha pasado a ser artículo 9°).

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“Artículo 10.- La Superintendencia de Salud fiscalizará todo aspecto que resguarde la correcta aplicación de la presente ley. Para el cumplimiento de esta función, podrá requerir toda la información financiera, contable y operativa a las Instituciones de Salud Previsional y podrá tratar datos personales, para lo cual podrá requerir al Fondo Nacional de Salud, Ministerio de Salud y demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección que establece la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.

En el evento que las instituciones privadas señaladas en el inciso anterior no remitan la información dentro de los plazos establecidos por la Superintendencia de Salud o retarden injustificadamente su entrega, podrán ser sancionadas con las multas establecidas en los artículos 121, número 11, y 220 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.”

----- Se presentó una indicación del Ejecutivo para intercalar, en el artículo 10, entre la palabra “aplicación” y la expresión “de la presente ley”, la frase “de los artículos 2° y siguientes”.

Sometido a votación el texto propuesto por el Senado, en conjunto con la indicación, se aprobó por unanimidad (11 votos a favor). Votaron los diputados Aedo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma, Romero y Rosas.

Artículo nuevo (que ha pasado a ser artículo 10).-

----- Se presentó una indicación de los diputados Astudillo, Cariola, Gazmuri y Ulloa, para incorporar un artículo final, del siguiente tenor:

“La Superintendencia de Salud deberá dictar una circular con normas que garanticen el acceso a la información contenida en esta ley. Dichas normas deberán obedecer a los criterios de accesibilidad, efectividad, inclusividad y antidiscriminación, los cuales regirán a las instituciones previsionales de salud.”

Se aprobó por unanimidad (11 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de la diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma, Romero y Rosas.

Disposiciones transitorias

Primero transitorio.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“Artículo primero.- La resolución a la que se refiere el artículo 144 ter del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, deberá ser dictada por el Ministerio de Salud y suscrita además por el Ministerio de Hacienda dentro del plazo de tres meses contado desde la publicación de esta ley.”.

----- Se presentó una indicación del diputado Lagomarsino para reemplazar en el artículo primero transitorio la frase “dentro del plazo de tres meses contados desde la publicación de esta ley” por “a más tardar el 30 de mayo de 2024”.

Se rechazó por mayoría de votos (1 a favor y 9 en contra). Votó a favor el diputado Lagomarsino. Votaron en contra los diputados Astudillo, Cariola, Rey (en reemplazo de diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma y Araya (en reemplazo de diputado Romero).

Sometido a votación el texto propuesto por el Senado, se aprobó por unanimidad (10 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Cariola, Rey (en reemplazo de diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma y Araya (en reemplazo de diputado Romero).

Segundo transitorio.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“Artículo segundo.- El primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria, podrá realizarse mediante trato directo con una o más compañías de seguro. Dicho contrato deberá ser suscrito, además, por la Dirección de Presupuestos, y deberá contener, al menos, los elementos señalados en los literales e), f), h), i), j) y k) del artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

Si el Fondo celebra este primer contrato a través de trato directo, deberá dictar la resolución señalada en el artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, luego de dieciocho meses contados desde la entrada en vigencia de dicho contrato.

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

Iniciada la vigencia del primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria, las personas sólo podrán acceder a la Modalidad de Cobertura Complementaria de conformidad a los artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter y 144 quinquies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.”.

----- Se presentó una indicación del Ejecutivo para reemplazar el artículo segundo transitorio, por el siguiente:

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

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

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

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

Se aprobó la indicación por mayoría de votos (5 a favor, 2 en contra y 2 abstenciones). Votaron a favor los diputados Aedo, Cariola, Gazmuri, Lagomarsino y Rosas. Votaron en contra los diputados Astudillo y Ulloa (en reemplazo de diputada Molina). Se abstuvieron los diputados Bravo y Lilayu.

Por igual votación se entiende rechazado el texto propuesto por el Senado.

----- Se presentó una indicación de los diputados Gazmuri y Ulloa, para incorporar un artículo transitorio segundo bis, a continuación del segundo, del siguiente tenor:

“Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 144 sexies de esta ley, la celebración del trato señalado precedentemente, y la primera licitación realizada por el Fondo Nacional de Salud para adjudicar el otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a la que accederán las personas que se inscriban en dicha modalidad, no podrá celebrarse ni adjudicarse por ninguna sociedad o empresa que pertenezca a algún grupo económico relacionado con las isapres deudoras.”.

Se declaró inadmisibile por la Comisión.

Artículo transitorio nuevo (que pasa a ser tercero).-

----- Se presentó una indicación del Ejecutivo para agregar, a continuación del artículo segundo transitorio, el siguiente artículo tercero transitorio, nuevo, pasando el actual a ser cuarto transitorio y así sucesivamente:

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

Todas las referencias al seguro catastrófico en el artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud no serán aplicables a los procesos de licitación que se realicen con anterioridad a la entrada en vigor del artículo 144 quáter, ni al contrato directo para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria señalado en el artículo segundo transitorio de esta ley.”.

Se aprobó por mayoría de votos (9 a favor y 2 abstenciones). Votaron los diputados Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo de diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lilayu, Palma, Araya (en reemplazo de diputado Romero) y Rosas. Votaron en contra los diputados Lagomarsino y Ulloa (en reemplazo de diputada Molina).

Tercero transitorio (que pasa a ser cuarto).-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“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.”.

Se aprobó por unanimidad (11 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Cariola, Rey (en reemplazo de diputado Celis), Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma y Araya (en reemplazo de diputado Romero).

Cuarto transitorio.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“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, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, se entenderá como valor de reajuste obligatorio para todas las Instituciones de Salud Previsional que se encuentren en cumplimiento del plan de pago respectivo, sin que éstas puedan fijar un valor distinto al calculado por la Superintendencia de Salud.

El índice de variación porcentual fijado de acuerdo con esta disposición transitoria se entenderá justificado para todos los efectos legales.”.

Se rechazó por unanimidad (11 votos en contra). Votaron los diputados Astudillo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma, Romero y Rosas.

Quinto transitorio.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“Artículo quinto.- Excepcionalmente, para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, tendrá la función de asesorar oportunamente al Superintendente de Salud respecto a:

1) Los planes de pago y ajustes que presenten las Instituciones de Salud Previsional.

2) Las modificaciones a los precios de los planes de salud que se efectúen de conformidad a esta ley.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 1) anterior, el Consejo deberá sesionar las veces que sean necesarias para dar cumplimiento a los plazos prescritos en el artículo 3°. Para ello, el Consejo podrá autoconvocarse y deberá cumplir con el quórum señalado en el artículo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

Para la primera designación de los integrantes de este Consejo no se aplicará el procedimiento establecido en el Título VI de la ley N° 19.882. En su lugar, dentro de los diez días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer al Congreso Nacional, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo.

Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría de los miembros presentes de la Cámara de Diputados en votación única y dentro del plazo de diez días contado desde el envío de la nómina a dicha Cámara. Posteriormente, aquella deberá ser ratificada por el Senado en votación única con el mismo quórum y dentro del mismo plazo. Si la Cámara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaron dentro de los plazos señalados, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente.

En caso de que ambas o alguna de las Cámaras rechace la nómina propuesta, el Presidente de la República deberá proponer, dentro del plazo de diez días contado desde la comunicación del rechazo, dos nóminas:

a) Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para la Cámara de Diputados.

b) Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para el Senado.

Cada Cámara deberá aprobar la nómina respectiva en votaciones únicas y requerirán para su aprobación del voto favorable de la mayoría de los miembros presentes de las y los diputados o las y los senadores, según corresponda. Si la Cámara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaron dentro del plazo señalado, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente.

El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas Cámaras del Congreso Nacional, a más tardar dentro del plazo de diez días contado desde la comunicación de la aprobación y ratificación de los otros integrantes.

Conformado el Consejo, el Presidente de la República comunicará su integración al Superintendente de Salud, quien deberá convocar la primera sesión del Consejo dentro de los veinte días siguientes desde que se le comunica su conformación. En tanto no se dicte el reglamento al que alude el artículo 130 nonies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, el

Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.

Los consejeros cesarán en su cargo transcurrido un año contado desde su nombramiento. Sin perjuicio de lo anterior, estarán habilitados para participar en el procedimiento establecido en el Título VI de la ley N° 19.882, que se convoque para efectos de proveer los cargos vacantes para el siguiente período.

El Ministerio de Salud deberá presentar al Consejo de Alta Dirección Pública el o los perfiles de cargo de los integrantes del Consejo, los cuales deberán ser acordados con los Ministerios de Hacienda y de Economía, Fomento y Turismo, dentro del plazo de cuatro meses contado desde la fecha de publicación de esta ley.

El Consejo de Alta Dirección Pública, previa aprobación del o los perfiles de cargo y por intermedio de la Dirección Nacional del Servicio Civil, deberá convocar el proceso de selección establecido en el Título VI de la ley N° 19.882, a fin de proveer los cargos de los consejeros antes de cumplidos ocho meses de la entrada en vigencia de esta ley. Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso cuarto anterior, el cargo de los primeros consejeros se entenderá prorrogado por el sólo ministerio de la ley mientras no sean proveídos los cargos de sus reemplazantes.

En lo que no contradiga este artículo, al primer Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.”.

----- Se presentó una indicación del Ejecutivo para reemplazar el artículo quinto transitorio, por el siguiente:

“Artículo quinto.- Para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberá sesionar las veces que sean necesarias para dar cumplimiento a los plazos prescritos en el referido artículo 3°. Para ello, el Consejo podrá autoconvocarse y deberá cumplir con el quórum señalado en el artículo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Para la designación de los integrantes de este Consejo, dentro de los siete días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer al H. Congreso, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo.

Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría de los miembros presentes de la Cámara de Diputadas y Diputados en votación única y dentro del plazo de siete días contado desde el envío de la nómina a dicha Cámara. Posteriormente, aquella deberá ser ratificada por el Senado en votación única con el mismo quórum y dentro del mismo plazo.

En caso de que ambas o alguna de las Cámaras rechace la nómina propuesta, el Presidente de la República deberá proponer, dentro del plazo de siete días contado desde la comunicación del rechazo, dos nóminas:

a) Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para la Cámara de Diputadas y 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. En caso de que ambas o alguna de las Cámaras no se pronunciaran dentro del plazo señalado, se

entenderá que aprueban la proposición del Presidente. Si la Cámara de Diputadas y Diputados y el Senado rechazaran las nóminas propuestas, el Presidente de la República designará a los cuatro integrantes del Consejo, sin mediar aprobación del H. Congreso, para lo cual, no podrá elegir como miembros a aquellas personas que integraron las nóminas rechazadas. Si solo una de las Cámaras del H. Congreso rechazara la nómina propuesta, regirá la regla anterior únicamente para la nómina rechazada.

El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas Cámaras del H. Congreso, a más tardar dentro del plazo de siete días contado desde la comunicación de la aprobación y ratificación de los otros integrantes.

Conformado el Consejo, el Presidente de la República comunicará su integración al Superintendente de Salud, quien deberá convocar la primera sesión del Consejo dentro de los veinte días siguientes desde que se le comunica su conformación. El Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.

Al Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.”.

Se aprobó por mayoría de votos (10 a favor y 2 en contra). Votaron a favor los diputados Aedo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo de diputada Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Palma y Rosas. Votaron en contra los diputados Astudillo y Celis.

Se entiende rechazado el texto propuesto por el Senado.

Sexto transitorio.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“Artículo sexto.- Dentro del plazo de doce meses desde la dictación de la presente ley, el Ministerio de Salud deberá dictar el reglamento que alude el artículo 130 nonies, incorporado al decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, por el numeral 3) del artículo 1° de la presente ley.”.

Se rechazó por unanimidad (7 votos en contra). Votaron los diputados Astudillo, Celis, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

----- Se presentó una indicación del diputado Lagomarsino para reemplazar el artículo sexto transitorio por el siguiente:

“Artículo sexto.- El Ministerio de Salud deberá dictar, a más tardar el 30 de mayo de 2024 el reglamento que alude el artículo 130 nonies, incorporado al decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, por el numeral 3) del artículo 1° de la presente ley.”

Se rechazó por unanimidad (7 votos en contra). Votaron los diputados Astudillo, Celis, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

Séptimo transitorio (que ha pasado a sexto).-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“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 5° de la presente ley, ésta deberá abrir una cuenta a nombre de la persona que estuvo afiliada y sujetarse a las reglas de dicha disposición.”.

Se aprobó por unanimidad (7 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Celis, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

Octavo transitorio (que ha pasado a ser séptimo).-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“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, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que estén recibiendo una o más prestaciones con las Garantías Explícitas en Salud establecidas en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 de la ley N° 19.966 que establece un régimen de Garantías en Salud, el Fondo Nacional de Salud autorizará, a su cargo, la continuidad del otorgamiento de la intervención sanitaria que estuviere en curso, sin necesidad de una nueva confirmación diagnóstica, asignándole un prestador para tales efectos.

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

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

Se aprobó por unanimidad (7 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Celis, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

Noveno transitorio (que ha pasado a ser octavo).-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“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, 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.”.

Se aprobó por unanimidad (7 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Celis, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

Nuevo transitorio (que ha pasado a ser noveno)

----- Se presentó una indicación del Ejecutivo para agregar, a continuación del artículo noveno transitorio, el siguiente artículo décimo transitorio, nuevo, pasando el actual a ser undécimo transitorio y así sucesivamente:

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

Se aprobó por unanimidad (7 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Celis, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

Décimo transitorio.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

Se aprobó por unanimidad⁷ (7 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Celis, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

Undécimo transitorio.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

“Artículo undécimo.- *Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.*

Sin perjuicio de lo anterior, antes del 1 de octubre de 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud; así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud

⁷ Con las adecuaciones de referencia respectivas.

Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.”.

Se aprobó por unanimidad (8 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Celis, Rey (en reemplazo de diputada Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

----- Se presentaron 5 indicaciones.

1) Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar en el inciso primero del artículo undécimo transitorio, la expresión “Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024” por “Antes del 1 de octubre de 2024”.

Se dio por rechazada reglamentariamente.

2) Del diputado Lagomarsino para reemplazar en el inciso primero la expresión “fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud” por “transformar el Fondo Nacional de Salud en una Institución de Seguridad Social en Salud Pública”.

Se dio por rechazada reglamentariamente.

3) Del diputado Lagomarsino para incorporar en el inciso segundo entre la expresión “destinados a” y “las preexistencias” la frase “transformar las Instituciones de Salud Previsional en Instituciones de Seguridad Social en Salud Privadas”.

Se dio por rechazada reglamentariamente.

4) Del diputado Lagomarsino para incorporar en el inciso segundo previo al punto final la expresión “y crear un Fondo de Compensación de Riesgo Inter Instituciones de Seguridad Social en Salud”.

Se dio por rechazada reglamentariamente.

5) Del diputado Lagomarsino para incorporar un inciso final del siguiente tenor:

“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 crear un Fondo de Subsidio de Incapacidad Laboral y un Fondo de Promoción y Prevención”.

Se dio por rechazada reglamentariamente.

Duodécimo transitorio.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

Se aprobó por unanimidad (8 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Celis, Rey (en reemplazo de diputada Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

Decimotercero transitorio.-

El texto propuesto por el Senado es del siguiente tenor:

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

Se aprobó por unanimidad (8 votos a favor). Votaron los diputados Astudillo, Celis, Rey (en reemplazo de diputada Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de diputada Molina), Pizarro (en reemplazo de diputado Palma) y Rosas.

IV. ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADAS POR LA COMISIÓN.**Artículos rechazados.**

Se encuentran en esta situación los artículos 8°(permanente) y cuarto y sexto transitorios, propuestos por el Senado.

Indicaciones rechazadas.**En el artículo 1°.-**Al numeral 1)

1) De los diputados Bravo y Lilayu para intercalar en el literal g), incorporado por el numeral 1) del artículo 1, entre la palabra “elaborar” y las palabras “la o las pólizas de seguro”, la expresión “los requisitos mínimos de”.

Al numeral 3)

2) De los diputados Bravo y Lilayu para agregar en el inciso primero del artículo 130 bis, la palabra “Autónomo” luego de la palabra “Consejo”.

3) De los diputados Bravo, Lilayu y Lagomarsino, para reemplazar en el inciso primero del artículo 130 ter, la oración: “Dos de estas personas serán nombradas por la o el Ministro de Salud, dos nombradas por la o el Ministro de Hacienda y una nombrada por la o el Ministro de Economía, Fomento y Turismo” por “Serán nombrados por el Presidente de la República y ratificados por mayoría simple en el Senado”.

Al numeral 5)

4) Del diputado Lilayu para intercalar en el inciso cuarto del artículo 144 quinquies, entre la frase “del artículo 144 ter y” y el artículo “los”, lo siguiente: “/o”.

5) De los diputados Bravo y Lilayu para intercalar en el inciso sexto del artículo 144 quinquies, entre la frase “que incumplan el pago” y la frase “de la prima complementaria” lo siguiente: “, total o parcialmente,”.

6) Del diputado Rosas para reemplazar el actual inciso sexto del artículo 144 quinquies que agrega, por el siguiente:

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

7) Del diputado Lagomarsino para reemplazar el inciso final del artículo 144 quinquies por uno del siguiente tenor:

"Ante el no pago, para inscribirse nuevamente deberá haber solucionado las eventuales deudas que se hubiesen generado durante su adscripción a esta modalidad en períodos anteriores."

8) De los diputados Bravo, Lilayu y Lagomarsino, para reemplazar en el inciso tercero del artículo 144 sexies, la expresión ", mediante resolución, que deberá ser suscrita además por la Dirección de Presupuestos" por la frase "y deberán ser aprobadas por el Ministerio de Salud mediante decreto supremo".

9) Del diputado Lagomarsino para eliminar en el inciso tercero del artículo 144 septies la oración "De no ser posible la prórroga, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad al presente artículo."

Para un numeral nuevo)

10) Del diputado Lagomarsino, para derogar el artículo 188 vigente.

Al numeral 9), que ha pasado a ser 10)

11) del diputado Lagomarsino para agregar una nueva letra c) en el numeral 9), del siguiente tenor:

"c. Reemplácese el artículo 199 por uno del siguiente tenor:

"Artículo 199.- Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores de riesgo que corresponden a cada beneficiario, de acuerdo a la siguiente tabla única de factores de riesgo.

Tramo de Edad	Cotizantes	Cargas
2 a menos de 20 años	0,6	0,6
20 a menos de 25 años	0,9	0,7
25 a menos de 35 años	1,0	0,7
35 a menos de 45 años	1,3	0,9
45 a menos de 55 años	1,4	1,0
55 a menos de 65 años	2,0	1,4
65 y más años	2,4	2,2

Las Instituciones de Salud Previsional no podrán realizar cobros por las cargas no natas y menores de dos años de edad.

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.”

Al numeral 10), que ha pasado a ser 11)

12) Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el numeral 10) del artículo 1° por el siguiente:

“10) Reemplácese el inciso quinto del artículo 206 por los siguientes:

“Cuando varíe el precio cobrado por las Garantías Explícitas en Salud, el Superintendente de Salud fijará mediante resolución, cada tres años, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado, un indicador que será un máximo para las Instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio, conforme al procedimiento establecido en el numeral 2 del Artículo 198 aplicado para las prestaciones incorporadas en la Garantías Explícitas en Salud y sin considerar los indicadores del subsidio de incapacidad laboral.

Las Instituciones de Salud Previsional deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de realizar este proceso de reajuste de precios dentro de los 15 días hábiles siguientes a la publicación de la resolución a la que hace referencia el inciso anterior. En dicha comunicación, en el caso que haya informado que se acogerá a este reajuste, deberá señalar y justificar el porcentaje de alza, incluyendo todos los antecedentes necesarios para llegar a dicha alza.

Cumplidos 5 días hábiles después de vencido el plazo para informar por las Instituciones de Salud Previsional indicado en el inciso anterior, la Superintendencia de Salud deberá informar del proceso de verificación de los porcentajes de ajuste en base a los antecedentes aportados. Por esta comunicación se autorizará la aplicación del porcentaje de ajuste verificado por la Superintendencia de Salud a todos los precios cobrados por las Garantías Explícitas en Salud de la Institución de Salud Previsional respectiva, que en ningún caso podrá ser superior al indicador del inciso anterior.

La Superintendencia de Salud a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, mediante una Circular dictada al efecto, detallará la forma de informar cada uno de los antecedentes antes indicados.”.

Al numeral 11), que ha pasado a ser 13)

13) Del diputado Lagomarsino para reemplazar la letra a) del numeral 11, por el siguiente:

“a. Reemplácese el inciso primero del numeral 3 por uno del siguiente tenor:

“3. Una vez solucionados los créditos enumerados, si quedare un remanente, se procederá al pago de las deudas con los prestadores de salud no relacionados con la Institución de Salud Previsional afectada, íntegramente o a prorrata, según sea el caso.”

14) Del diputado Lagomarsino para agregar una nueva letra b) pasando la actual a ser c), del siguiente tenor:

“b. Incorpórase un nuevo numeral 4) del siguiente tenor:

“4. Una vez solucionados los créditos enumerados, si quedare un remanente, se procederá al pago de las deudas con los prestadores de salud relacionados con la Institución de Salud Previsional afectada, íntegramente o a prorrata, según sea el caso.”

Al artículo 2°.-

15) De los diputados Bravo y Lilayu para reemplazar en su numeral 1), la oración “de la dictación de la circular a la que hace referencia el inciso primero de este artículo” por la expresión “de aprobado el plan de pago y ajuste contenido en el artículo 3”.

Al el artículo 3°.-

16) De los diputados **Bravo y Lilayu** para agregar una letra a) bis, nueva, del siguiente tenor:

“a bis) Para el cálculo de las cantidades percibidas en exceso, cada Institución de Salud Previsional deberá usar como referencia de cálculo la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/Nº 343, de 11 de diciembre de 2019, y el precio base correspondiente a dicha tabla, es decir, el costo para un cotizante de entre 25 y 34 años.”.

Al artículo primero transitorio.-

17) Del diputado Lagomarsino para reemplazar en el artículo primero transitorio la frase “dentro del plazo de tres meses contados desde la publicación de esta ley” por “a más tardar el 30 de mayo de 2024”.

Al artículo sexto transitorio.-

18) Del diputado Lagomarsino para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo sexto.- El Ministerio de Salud deberá dictar, a más tardar el 30 de mayo de 2024 el reglamento que alude el artículo 130 nonies, incorporado al decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, por el numeral 3) del artículo 1° de la presente ley.”

Al artículo undécimo.-

19) Del diputado Lagomarsino para reemplazar en el inciso primero del artículo undécimo transitorio, la expresión “Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024” por “Antes del 1 de octubre de 2024”.

20) Del diputado Lagomarsino para reemplazar en el inciso primero la expresión “fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud” por “transformar el Fondo Nacional de Salud en una Institución de Seguridad Social en Salud Pública”.

21) Del diputado Lagomarsino para incorporar en el inciso segundo entre la expresión “destinados a” y “las preexistencias” la frase “transformar las Instituciones de Salud Previsional en Instituciones de Seguridad Social en Salud Privadas,”.

22) Del diputado Lagomarsino para incorporar en el inciso segundo previo al punto final la expresión “y crear un Fondo de Compensación de Riesgo Inter Instituciones de Seguridad Social en Salud”.

23) Del diputado Lagomarsino para incorporar un inciso final del siguiente tenor:

“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 crear un Fondo de Subsidio de Incapacidad Laboral y un Fondo de Promoción y Prevención”.

VI. INDICACIONES DECLARADAS INADMISIBLES⁸.

1) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para incorporar, en el artículo 2°, el siguiente numeral 3), nuevo, pasando el actual N°3 a ser 4 y así sucesivamente:

“3) La obligación de adecuar la prima cobrada en exceso por cobertura de garantías explícitas de salud con ocasión de la entrada en vigencia del D.S. N° 72 de 1 de octubre de 2022.

⁸ Cabe hacer presentes que respecto de las indicaciones que figuran en este párrafo, habiendo sido declaradas admisibles por la Presidenta, fueron sometidas a votación, y fue la Comisión mediante votación quien determinó que eran inadmisibles. La declaración de inadmisibilidad se basó en lo dispuesto en los artículos 65, inciso tercero, numeral 6°, en relación con lo consagrado en el artículo 19, numeral 18°, de la Constitución Política de la República. Respecto de varias otras indicaciones, si bien se discutió y comentó su posible inadmisibilidad, luego de ser declaradas admisibles por la Presidenta, no fue cuestionada su resolución. Todo lo anterior consta en las actas respectivas, puestas a disposición de la Comisión, cuyo contenido no se señala en este informe atendido la extensión a que daría lugar éste.

2) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para reemplazar en el numeral 3) que ha pasado a ser 4) la frase “uno o dos precedentes” por “uno, dos o tres precedentes”.

3) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para incorporar un nuevo numeral 6), en el artículo 2°, que indique:

“6) 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, producto del procedimiento de adecuación de la prima cobrada por cobertura de garantías explícitas de salud”.

4) De los diputados y diputadas Joanna Pérez, Calisto, Olivera, Saffirio, Ulloa, Celis, Astudillo, Lagomarsino y Cordero, para incorporar un numeral 6 nuevo en el inciso segundo del artículo 2, del siguiente tenor:

“6) La forma en que se podrán acoger los afiliados y hacer efectivo el mecanismo voluntario y excepcional de cumplimiento de las obligaciones establecidas en los numerales 4) y 5), de conformidad al Artículo 9 de la presente ley.”.

5) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para reemplazar en el inciso final del artículo 2°, la frase: “señaladas en los numerales 1) y 2)” por “señaladas en los numerales 1), 2) y 3),”

6) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas, para reemplazar la letra a) del artículo 3°, por el 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 y de los cobros realizados en exceso producto del procedimiento de adecuación de la prima por cobertura de garantías explícitas de salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, la actualización de los estados financieros de la institución previsional de que se trate, incluyendo los movimientos que se encuentren pendientes con grupos relacionados; 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 que deberán contar siempre con la aprobación de la persona afiliada, y todos los demás antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda. En caso que la devolución se proponga en cuotas, éstas serán expresadas en unidades de fomento y se contabilizarán los intereses que se devenguen de acuerdo al artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.”

7) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas, para reemplazar en el inciso 2° del artículo 3°, el término “diez” por “siete”.

8) De los diputados Astudillo y Ulloa, para reemplazar, en el inciso segundo del artículo 3°, el término “diez” por “dos”.

9) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas, para agregar al inciso segundo del artículo 3°, luego del punto aparte, la siguiente frase:

“En el caso de que la persona afiliada tenga al momento de la publicación de esta ley, 60 años cumplidos o más, indistintamente su género, el plazo a que hace referencia este inciso, no podrá ser mayor a 5 años.”

10) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas, para intercalar en el inciso tercero del artículo 3, entre la frase: “podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas” y la frase “en forma de excedentes”, la siguiente oración: “,si éstas manifestaran su voluntad en ese sentido,”

11) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas, para incorporar en el inciso cuarto, luego del punto final, la siguiente frase: “Para proceder en este sentido se requerirá la manifestación de voluntad de la persona afiliada.”

12) Del diputado Lagomarsino para incorporar un artículo 3 Bis nuevo, del siguiente tenor:

“Artículo 3° Bis.-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 contemplaban la tabla única de factores, debe aplicarse al unísono que el alza o prima extraordinaria que se realice para cubrir el gasto de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias.”.

13) Se presentó una indicación de los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas, para reemplazar el inciso cuarto del artículo 5, por el siguiente:

“Los fondos acumulados en la referida cuenta se reajustarán de acuerdo con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor y devengarán el interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de no más de un año, según lo informado por el Banco Central de Chile en el respectivo período. Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá, cada seis meses, poner a disposición dicho reajuste e interés en la cuenta de la persona afiliada

14) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para intercalar en el inciso primero del artículo 6, entre la frase: “Las Instituciones de Salud Previsional” y la frase “podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades”, los términos: “y sus grupos relacionados”.

15) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para intercalar en el inciso cuarto del artículo 6, entre la frase: “Si la

Superintendencia tomare conocimiento de que una Institución de Salud Previsional” y la frase “en sesión o junta” los términos: “o sus grupos relacionados”.

16) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para reemplazar en el inciso sexto, del artículo 6°, la frase: “cargos a la Institución de Salud Previsional afectada” por: “cargos a la Institución de Salud Previsional afectada y/o grupo relacionado afectado”.

17) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para reemplazar en el inciso noveno, del artículo 6°, la frase: “a la Institución de Salud Previsional infractora” por: “a la Institución de Salud Previsional o grupo relacionado infractor”.

18) De los diputados y diputadas Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma, para reemplazar en el inciso de undécimo, en el artículo 6°, la frase: “y directivos de la Institución de Salud Previsional” por: “y directivos de la Institución de Salud Previsional y/o grupo relacionado”.

19) De los diputados y diputadas Pérez, Calisto, Olivera, Saffirio, Ulloa, Celis, Astudillo, Lagomarsino y Cordero, para incorporar un párrafo I nuevo, luego del artículo 8, que contenga los artículos artículos 9 al 22, nuevos, pasando el actual 9 a ser 23, y así sucesivamente, del siguiente tenor: siguientes

“Párrafo I

Del mecanismo Especial, voluntario y excepcional de compensación”.

Artículo 9.- Establézcase un mecanismo especial, voluntario y excepcional de compensación a los afiliados de las Instituciones reguladas en la presente ley, cuya finalidad es compensar las obligaciones informadas en virtud de los numerales 4 y 5 del artículo 2, entregando al afiliado acreedor la posibilidad de elegir voluntariamente entre la compensación a través del otorgamiento de títulos accionarios o acciones, o la entrega de instrumentos de inversión de deuda o debentures, ambos regidos y regulados en todo lo que no sea contrario a la presente ley por la Ley N°18.045 del Mercado de Valores.

Artículo 10.- Las Instituciones que se encuentren en las condiciones establecidas en los artículos precedentes, deberán entregar a sus afiliados la información precisa y pormenorizada de los montos de deuda que tuvieren con aquellos, de conformidad a las directrices establecidas en virtud del Artículo 2. Dicha información deberá contener a lo menos la individualización del afiliado y sus cargas, el plan de salud al que está acogido este, el monto total de la deuda y el monto anual acumulado desde el hecho que origina la deuda.

Artículo 11.- Publicidad de los mecanismos de elección. Las Instituciones mencionadas en el artículo precedente, deberán establecer en sus correspondientes sitios corporativos y de atención virtual de los afiliados, un apartado dedicado exclusivamente para informar respecto de los mecanismos de elección que podrán acogerse estos en el proceso de compensación que establece esta ley. Dicho espacio deberá entregar información efectiva, veraz y apropiada al usuario de los dos métodos de compensación a los cuales el afiliado podrá optar, indicando la cantidad de títulos que pudiere adquirir en cada caso al valor nominal del día anterior a la consulta. Dicha información deberá estar

disponible en los espacios señalados anteriormente de manera amigable, clara y de fácil acceso, y deberá informarse y publicarse en un plazo no mayor a treinta días hábiles desde la publicación de la presente ley.

Artículo 12.- Mecanismo de elección. Las Instituciones en un plazo de treinta días hábiles desde la publicación de esta ley, deberán poner a disposición de sus afiliados un apartado especial en sus sitios corporativos donde el afiliado podrá elegir el mecanismo de compensación que desee para el cumplimiento de las obligaciones señaladas anteriormente.

El apartado al que se refiere el inciso precedente deberá estar disponible por un periodo no menor a 30 días hábiles e indicará de forma clara:

1. La individualización exacta del afiliado y su plan de salud.
2. Los montos adeudados al afiliado al día de la elección del método;
3. Las formas que la Institución que preste servicios de utilidad pública compensará dicha deuda, debiéndose elegir entre compensación a través del otorgamiento de títulos accionarios o acciones; o la entrega de instrumentos de inversión de deuda o debentures.
4. La cantidad de títulos, en caso de elegir la entrega de acciones, o debentures, en caso de elegir los instrumentos de deuda, que equivale al monto total de la deuda y que podrá optar el afiliado.

Estas instituciones deberán elaborar un informe indicando el número de afiliados que prefiriera cada una de las opciones de compensación, estableciendo los montos en moneda nacional de cada una de las opciones y la cantidad de afiliados por opción.

Artículo 13.- En los casos en que los afiliados soliciten el otorgamiento de títulos accionarios o acciones, la Institución deberá entregar las correspondientes inscripciones de los títulos a que se refiere este inciso en un plazo no mayor a treinta días hábiles desde aprobada la capitalización.

En los casos que los afiliados soliciten la entrega de instrumentos de inversión de deuda o debentures, la Institución que preste servicios de utilidad pública deberá entregar los correspondientes instrumentos en un plazo no mayor a cuarenta y cinco días hábiles desde la capitalización.

Artículo 14.- Capitalización. Las Instituciones en un plazo de diez días desde cumplido el plazo establecido en el artículo 2 de la presente ley, deberán realizar una Junta Especial de Accionistas con la finalidad de conocer el mecanismo de capitalización de la deuda en forma de acciones con valor nominal.

Dicha capitalización se regirá por las reglas especiales definidas en la presente ley.

Artículo 15.- De la Junta de capitalización. La capitalización a que se refiere el artículo precedente se efectuará con la concurrencia de la mayoría simple de sus socios con derecho a voto, e incrementará el capital social hasta el monto total de la deuda contraída por la Institución que preste servicios de utilidad pública en virtud de los socios que soliciten títulos accionarios equivalentes a la deuda producto de las adecuaciones irregulares de planes de salud contratados por los afiliados.

En el proceso de incremento de capital señalado en el inciso precedente, la Institución deberá emitir acciones nominales que correspondan al valor total de la deuda indicada, la que será puesta a disposición de los afiliados conforme al mecanismo de compensación definido en esta ley.

Artículo 16.- De la deuda. Para efectos de determinar la deuda como activo financiero, las Instituciones podrán excluir de su contabilidad dicha deuda, asignándola como activo financiero con objeto de la capitalización indicada en los artículos anteriores.

Respecto de los instrumentos de inversión de deuda señalados en el artículo 18, el total de los montos asignados a los afiliados que hubieren optado por la emisión de debentures, será consignado como activo en los balances financieros que correspondan.

Para efectos de lo señalado en los incisos anteriores, las Instituciones deberán recapitalizar las utilidades anuales obtenidas por las operaciones totales hasta el monto total de la deuda, pudiendo asimismo incorporar nuevos capitales con la finalidad de reducir la deuda total.

Artículo 17.- De la compensación. Las Instituciones deberán entregar a los afiliados acreedores títulos accionarios de primera clase equivalentes al valor total adeudado. Dichos títulos serán entregados de conformidad a lo señalado en el artículo 13 de la presente ley.

Las Instituciones deberán a su costo realizar las inscripciones en los registros que correspondan dentro del plazo de cinco días hábiles desde la adquisición de dichos títulos por parte de los afiliados.

Artículo 18.- Instrumentos de inversión de deuda. La Junta Especial de Accionistas a que se refiere el artículo 14 deberá establecer, de conformidad a los afiliados que hubieren solicitado la adquisición de debentures establecido en el artículo 12, el número de bonos de deuda correspondiente al total de la deuda nominal con cada uno de ellos.

Los instrumentos de inversión de deuda señalados en el inciso anterior tendrán un plazo de cinco años contados desde la fecha de emisión para su liquidación y se determinarán a cada afiliado por el total de la deuda contraída por las Instituciones a la deuda producto de las adecuaciones irregulares de planes de salud contratados por los afiliados.”.

20) De los diputados y diputadas Pérez, Calisto, Olivera, Saffirio, Ulloa, Celis, Astudillo, Lagomarsino y Cordero, para incorporar en el artículo 9, el siguiente inciso final:

“La fiscalización de las normas del Párrafo I de la presente ley se realizará de conformidad a las normas generales del Mercado de Valores en todo lo que corresponda a la emisión, transacción y registro de valores.”.

21) De los diputados Gazmuri y Ulloa, para incorporar un artículo transitorio segundo bis, a continuación del segundo, del siguiente tenor:

“Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 144 sexies de esta ley, la celebración del trato señalado precedentemente, y la primera licitación realizada por el Fondo Nacional de Salud para adjudicar el otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a la que accederán las personas que se inscriban en dicha modalidad, no

podrá celebrarse ni adjudicarse por ninguna sociedad o empresa que pertenezca a algún grupo económico relacionado con las isapres deudoras.”.

VII. MENCION DE RESERVAS DE CONSTITUCIONALIDAD.

No hubo reservas de constitucionalidad expresamente señaladas durante la discusión en la Comisión.

VIII. MENCIÓN DE ADICIONES Y ENMIENDAS QUE LA COMISIÓN APROBÓ EN LA DISCUSIÓN PARTICULAR.

En el artículo 1°.-

En el numeral 3)

1) - En su encabezado, se elimina la palabra “nonies”.

1a) En el artículo 130 bis:

-- Se reemplaza la frase “en las materias de su competencia en relación con las Instituciones de Salud Previsional”, por la oración “en el proceso de restitución de cobros realizados en exceso por aplicar tablas de factores elaboradas por ellas mismas y distintas a la Tabla Única de Factores”.

-- Se elimina su inciso segundo.

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

1b) En el artículo 130 ter.

-- Se elimina, en su inciso primero, el párrafo final, desde “Estas designaciones”.

-- Se reemplaza el inciso segundo, por el siguiente:

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

-- Se reemplaza el inciso tercero, por el siguiente:

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

1c) Se reemplaza el artículo 130 quáter, por el siguiente:

“Artículo 130 quáter:- La calidad de consejero será incompatible con el ejercicio del cargo de ministro de Estado, subsecretario, diputado, senador, delegado presidencial regional o provincial, alcalde, concejal, gobernador regional, consejero regional, miembro del escalafón primario del Poder Judicial, secretario y relator del Tribunal Constitucional, miembros de los demás tribunales creados por ley, fiscal del

Ministerio Público, funcionario del Banco Central de Chile, miembro de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública, y miembro de los órganos de dirección de los partidos políticos.”.

1d) Se reemplaza el artículo 130 quinquies, por el siguiente:

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

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

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

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

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

4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

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

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

1e) Se elimina el artículo 130 nonies.

- En el numeral 5).

1 a)-- Se reemplaza el artículo 144 ter, por el siguiente:

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

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

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

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

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

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

1 b) En el 144 quáter.

-Se reemplaza, en su inciso primero, el vocablo “calendario” por la frase “de vigencia de la póliza”.

-Se reemplaza, en su inciso tercero, la frase “protección financiera especial” por la oración “cobertura del seguro catastrófico”.

-Se reemplaza, en su inciso quinto, la frase "Asimismo, la", por el vocablo "La".

1 c) En el artículo 144 quinquies.

-Se reemplaza, el inciso segundo, por el siguiente:

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

-Se agrega, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando el actual tercero a ser inciso cuarto:

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

-Se agrega, en el actual inciso tercero que ha pasado ser cuarto, el siguiente párrafo final: "Sin perjuicio de lo anterior, podrán existir condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares, las cuales quedarán determinadas en la póliza. Con todo, el precio de la prima para grupos familiares nunca podrá ser mayor a la suma de las primas de todos sus integrantes."

-Se reemplaza el inciso sexto, que ha pasado a ser séptimo, por el siguiente:

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

-Se incorpora un inciso final, del siguiente tenor:

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

1d) En el artículo 144 sexies.

-Se intercala, en el literal c) de su inciso cuarto, entre la palabra "prima" y el punto y aparte, la siguiente frase: ", un monto de tope de cobertura financiera

complementaria anual y las condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares”.

-Se agrega, en el literal e) de su inciso cuarto, entre la palabra “contrato” y el punto y aparte, la oración siguiente: “el que no podrá ser superior a cuatro años”.

-Se reemplaza, en el literal f) de su inciso cuarto, la frase “de la protección financiera especial” por la expresión “del seguro catastrófico”.

-Se reemplaza el literal j), en su inciso cuarto, por el siguiente:

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

1e) En el artículo 144 septies.

-Se agrega, en su inciso segundo, la palabra “fundada” luego de la palabra “resolución”, y luego del vocablo “Presupuestos” y antes del punto final, la frase “y publicada en su sitio web institucional”.

-Se agrega en su inciso tercio, luego de la palabra “vigentes”, la expresión “por una sola vez”.

1f) Se incorpora, en el artículo 144 octies, un inciso primero, pasando el actual inciso a ser segundo, del siguiente tenor:

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

- En el numeral 8), se introduce un literal b), nuevo, del siguiente tenor:

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

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

- Se agrega el siguiente numeral 9), nuevo:

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

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

- Se reemplaza el numeral 9), que ha pasado a ser 10, por el siguiente:

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

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

- Se reemplaza el numeral 10), que ha pasado a ser 11), por el siguiente:

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

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

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

- Se introduce un numeral 12), nuevo, a continuación del 10) que ha pasado a ser 11), del siguiente tenor:

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

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

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

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

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

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

verificación de costos regulado en la ley N° 19.996 que establece un Régimen de Garantías en Salud.

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

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

- El numeral 11) ha pasado a ser 13).

En el artículo 2°.-

- En el inciso segundo.

2a) Se eliminó su numeral 2).

2b) En el numeral 3) -que ha pasado a ser numeral 2), se ha eliminado la frase “de los numerales precedentes” por la frase “del numeral precedente”; y se ha eliminado la expresión “; especificando si la diferencia ocurre por aplicación del numeral uno o dos precedentes”.

2c) Los numerales 4) y 5) han pasado a ser 3) y 4), respectivamente.

- En el artículo 3°.-

3a) Se han eliminado los párrafos segundo y tercero del literal a) de su inciso primero, producto del fallo del Tribunal Constitucional, que los declaró inconstitucionales.

3b) Se ha reemplazado el literal c) de su inciso primero, por el siguiente:

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

3c) Se ha incorporado, en su inciso segundo, un párrafo final, a continuación del punto y aparte, que pasa a ser punto seguido, del siguiente tenor: “Con todo, la propuesta deberá contemplar mecanismos a fin de que la deuda de las personas mayores de ochenta años de edad sea pagada íntegramente dentro de los primeros veinticuatro meses de implementación del plan de pago y ajustes; y que la deuda de las personas de sesenta y cinco años o más sea pagada dentro de los primeros setenta y dos meses.”.

3d) Se ha reemplazado el inciso quinto, por el siguiente:

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

3e) Se han eliminado, en su inciso sexto, los dos párrafos finales, que van luego del vocablo “Previsional” y su punto seguido, que ha pasado a ser punto y aparte. Lo eliminado comienza desde “En particular,” en adelante.

- En el artículo 4°.-

4a) Se ha eliminado su inciso primero.

4b) Se han reemplazado los incisos segundo y tercero, que han pasado a ser primero y segundo, de la siguiente manera:

“En la oportunidad y forma en que se comunique la aplicación de la prima extraordinaria a que hace referencia el artículo 3° anterior, 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 la aplicación de la prima extraordinaria, las personas afiliadas afectas a la misma 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 se le aplicó la prima extraordinaria.”

- En su artículo 7°.-

7a) Se ha reemplazado, en su inciso segundo, la oración “declarare dentro de los dos años posteriores la reorganización o liquidación de la misma,” por la oración “realizare dentro de los dos años anteriores a la resolución de reorganización o liquidación, o durante el tiempo que medie entre la notificación de la demanda de liquidación forzosa y la dictación de la respectiva resolución,”.

7b) Se sustituyó su inciso final, por el siguiente:

“Los delitos señalados en los incisos precedentes serán considerados delitos de primera categoría, de conformidad con el artículo 1 de la ley N° 21.595, sobre delitos económicos.”.

- Se eliminó su artículo 8°.

- Su artículo 9° ha pasado a ser 8°, sin modificaciones.

- Su artículo 10 ha pasado a ser 9°, con la siguiente modificación: se ha intercalado, entre la palabra “aplicación” y la expresión “de la presente ley”, la frase “de los artículos 2° y siguientes”.

- Se ha agregado un artículo nuevo, que queda como artículo 10, del siguiente tenor:

“Artículo 10.- La Superintendencia de Salud deberá dictar una circular con normas que garanticen el acceso a la información contenida en esta ley. Dichas normas deberán obedecer a los criterios de accesibilidad, efectividad, inclusividad y antidiscriminación, los cuales regirán a las instituciones previsionales de salud.”.

- Se reemplazó el artículo segundo transitorio, por el siguiente:

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

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

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

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

- Se ha agregado un artículo tercero transitorio, nuevo, del siguiente tenor:

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

- El artículo tercero transitorio, ha pasado a ser cuarto, sin modificaciones.

- El artículo cuarto transitorio se ha eliminado.

- El artículo quinto transitorio se ha reemplazado, por el siguiente:

“Artículo quinto.- Para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberá sesionar las veces que sean necesarias para dar cumplimiento a los plazos prescritos en el referido artículo 3°. Para

ello, el Consejo podrá autoconvocarse y deberá cumplir con el quórum señalado en el artículo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Para la designación de los integrantes de este Consejo, dentro de los siete días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer al H. Congreso, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo.

Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría de los miembros presentes de la Cámara de Diputadas y Diputados en votación única y dentro del plazo de siete días contado desde el envío de la nómina a dicha Cámara. Posteriormente, aquella deberá ser ratificada por el Senado en votación única con el mismo quórum y dentro del mismo plazo.

En caso de que ambas o alguna de las Cámaras rechace la nómina propuesta, el Presidente de la República deberá proponer, dentro del plazo de siete días contado desde la comunicación del rechazo, dos nóminas:

- a) Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para la Cámara de Diputadas y 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. En caso de que ambas o alguna de las Cámaras no se pronunciaran dentro del plazo señalado, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente. Si la Cámara de Diputadas y Diputados y el Senado rechazaran las nóminas propuestas, el Presidente de la República designará a los cuatro integrantes del Consejo, sin mediar aprobación del H. Congreso, para lo cual, no podrá elegir como miembros a aquellas personas que integraron las nóminas rechazadas. Si solo una de las Cámaras del H. Congreso rechazara la nómina propuesta, regirá la regla anterior únicamente para la nómina rechazada.

El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas Cámaras del H. Congreso, a más tardar dentro del plazo de siete días contado desde la comunicación de la aprobación y ratificación de los otros integrantes.

Conformado el Consejo, el Presidente de la República comunicará su integración al Superintendente de Salud, quien deberá convocar la primera sesión del Consejo dentro de los veinte días siguientes desde que se le comunica su conformación. El Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.

Al Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.”.

- El artículo sexto transitorio se ha eliminado.
- El artículo séptimo transitorio ha pasado a ser sexto, sin modificaciones.

- El artículo octavo transitorio ha pasado a ser séptimo, sin modificaciones.
- El artículo noveno transitorio ha pasado a ser octavo, sin modificaciones.
- Se ha incorporado un artículo noveno, nuevo, del siguiente tenor:

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

- Se ha intercalado, en el artículo decimo transitorio, entre la palabra “artículos” y el vocablo “octavo”, la palabra “séptimo,”.

IX. TEXTO DEL PROYECTO DE LEY TAL COMO QUEDARÍA EN VIRTUD DE LOS ACUERDOS ADOPTADOS POR LA COMISIÓN.

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

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

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

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

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

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

“CAPÍTULO VIII

Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

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

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

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

a) Expiración del período para el que fue nombrado.
 b) Renuncia voluntaria.
 c) Condena a pena aflictiva.
 d) El fallecimiento de la persona.
 e) Incapacidad psíquica o física sobreviniente para el desempeño del cargo.
 f) Incurrir en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad a las que se refieren los dos artículos anteriores.

g) Incumplimiento grave y manifiesto de las normas sobre probidad administrativa. Se entenderá como tal el incumplimiento de las normas señaladas en el artículo 130 septies, y particularmente, el incumplimiento del deber de abstención señalado en el mismo.

h) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Se entenderá como falta grave, entre otras, la inasistencia injustificada a dos sesiones consecutivas o a cuatro

sesiones del Consejo, durante un mismo año calendario, así como el incumplimiento del deber de reserva y secreto establecido en el artículo 130 octies.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

correcto funcionamiento del Consejo. Asimismo, la Superintendencia de Salud proporcionará el apoyo administrativo y de servicios para el desarrollo de sus funciones.

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

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

4) Reemplázase el artículo 142 por el siguiente:

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

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

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

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

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

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

Esta modalidad permite a las personas inscritas recibir prestaciones ambulatorias y hospitalarias en una red de prestadores y bajo un arancel asociado. Las personas inscritas deberán pagar una prima adicional a la cotización legal para salud, por la

cual recibirán una cobertura financiera complementaria a la otorgada por el Fondo Nacional de Salud, para el financiamiento de dichas prestaciones.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las personas beneficiarias que incumplan el pago de la prima complementaria no se encontrarán amparados por la cobertura en el mes respectivo. Asimismo, en el caso que, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos, dentro de un período de doce meses, dejen de dar cumplimiento al pago de la prima, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, lo que deberá ser notificado por la compañía de seguros, por medios electrónicos o carta certificada, con al menos cinco días hábiles de anticipación a la fecha de cesación de la modalidad, informando de ello al Fondo Nacional de Salud. La exclusión a la persona de esta modalidad deberá incluir a todo su grupo familiar y no inhibe a la compañía de seguros de perseguir el cobro de los saldos insolutos hasta el cese de la cobertura. Con todo, en caso de que la persona afiliada sea

trabajador o trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporado o reincorporada con efecto retroactivo si se acredita que las primas complementarias correspondientes a los meses impagos les fueron descontadas por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d) La forma de designación de las comisiones evaluadoras.

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

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

g) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las compañías de seguros tanto al momento de participar en los procesos licitatorios como durante la ejecución del contrato adjudicado. Entre las condiciones y exigencias que deberán establecerse, estarán aquellas referidas a la o las clasificaciones de riesgo mínimas con las que deberá contar cada oferente al

momento de la licitación, el patrimonio mínimo y el patrimonio de riesgo que pueda requerirse especialmente para la oferta de esta cobertura, las reservas técnicas, los instrumentos, activos y límites de inversión que determine la Comisión para el Mercado Financiero de acuerdo con las normas del decreto con fuerza de ley N° 251, de 1931, del Ministerio de Hacienda. Sin perjuicio de lo anterior, no podrán participar en la licitación aquellas compañías de seguros que se encuentren al momento de iniciado el proceso de licitación o se hayan encontrado dentro de los últimos doce meses anteriores, en alguna de las situaciones descritas en el Título IV del mismo texto legal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6) Agrégase, en el inciso final del artículo 164, a continuación de la expresión “y éste lo reclasificará”, el siguiente texto: “, sin perjuicio de la facultad de dicho Fondo para reclasificarlo de oficio, mediante resolución fundada, que será notificada por medios electrónicos o mediante carta certificada. El Fondo deberá reclasificar siempre a las personas afiliadas y beneficiarias que de ellas dependan pertenecientes a los grupos B, C y D, en el grupo A en el evento que dichas personas afiliadas dejen de enterar sus cotizaciones durante el período de doce meses consecutivos. La persona afiliada que sea trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporada con efecto retroactivo si acredita que la cotización correspondiente a los meses impagos le fue descontada por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión”.

7) Reemplázase el inciso octavo del artículo 188 por los siguientes incisos octavo, noveno y décimo, nuevos, pasando el actual inciso noveno a ser inciso undécimo, y así sucesivamente:

“Al momento de celebrar un contrato de salud, las Instituciones de Salud Previsional no podrán ofrecer planes cuyos precios sean inferiores al valor de la cotización legal para salud del afiliado, calculada sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión, según sea el caso.

En caso de que, en las sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supere el 5% de la cotización legal para salud, la Institución de Salud Previsional estará obligada a ofrecer al afiliado la incorporación de nuevos beneficios o planes de salud alternativos, cuyos precios más se aproximen al valor de su nueva cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados. En ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir uno de los planes de salud alternativos ofrecidos por la Institución de Salud Previsional. Mientras no suscriba un nuevo plan cuyo precio mejor se aproxime al valor de su cotización legal, toda diferencia superior al 5% de la cotización legal no generará excedentes.

Con todo, las revisiones de las adecuaciones anuales a que hace referencia el inciso anterior no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y sus beneficiarios.”.

8) Introdúcense, en el artículo 189, las siguientes modificaciones:

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

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

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

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

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

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

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

11) Reemplázase el actual numeral 10) que ha pasado a ser 11), por el siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

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

13) Modifícase el artículo 226 de la siguiente forma:

a) Agrégase, en el numeral 3 del inciso primero, el siguiente párrafo segundo, nuevo, pasando el actual párrafo segundo a ser párrafo tercero:

"Se preferirá a los prestadores no relacionados, para cuya determinación se estará a la definición de persona relacionada establecida en el artículo 100 de la ley N° 18.045."

b) Reemplázase, en el inciso penúltimo, la expresión "la procedimiento concursal" por "el procedimiento concursal".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 4°.- En la oportunidad y forma en que se comunique la aplicación de la prima extraordinaria a que hace referencia el artículo 3° anterior, 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 la aplicación de la prima extraordinaria, las personas afiliadas afectas a la misma 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 se le aplicó la prima extraordinaria.

Artículo 5°.- Las deudas contenidas en los planes de pago y ajustes, señalados en el artículo 3° y que son aprobados por la Superintendencia, se reconocerán en una cuenta corriente individual que las Instituciones de Salud Previsional deberán abrir en favor de cada persona afiliada especialmente para este fin, y que estará claramente diferenciada para todos los efectos contables de aquellos excedentes que se generen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta ley.

Esta cuenta no podrá ser cerrada sino hasta el pago total de la deuda y las Instituciones de Salud Previsional no podrán, en ningún caso, cobrar por la mantención de dicha cuenta a las personas afiliadas.

La deuda se devengará mensualmente, debiendo la Institución de Salud Previsional poner a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plazo de devolución previsto en el plan de pago y ajustes.

Los fondos acumulados en la referida cuenta se reajustarán de acuerdo con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, sin devengar intereses. Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá, cada seis meses, poner a disposición dicho reajuste en la cuenta de la persona afiliada.

Las deudas que cada Institución de Salud Previsional informe en su plan de pago y ajustes no serán consideradas en la garantía que éstas deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 181 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. Asimismo, no serán consideradas para el cálculo de los indicadores de los artículos 178 y 180 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

En el evento que se ponga término al contrato de salud entre la persona afiliada y la Institución de Salud Previsional con la que mantiene un crédito de los informados en el plan de pago y ajustes del artículo 3°, dicha Institución deberá continuar poniendo a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plan de pago y ajustes. Esta regla se aplicará cada vez que la persona migre a otra Institución Previsional de Salud o al Fondo Nacional de Salud, hasta el pago total de la deuda.

De producirse la cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, el eventual remanente impago de las deudas generadas por la adecuación del precio final de los planes será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase, de conformidad a lo dispuesto en el número 6 del artículo 2472 del Libro Cuarto del Código Civil.

Artículo 6°.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades sólo si han pagado la totalidad de la deuda de las cantidades percibidas en exceso a que se refiere el artículo anterior y con autorización previa de la Superintendencia de Salud.

Para ello, la Institución de Salud Previsional que haya pagado la totalidad de la deuda y desee realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades deberá informarlo a la Superintendencia, acompañando todos los antecedentes que den cuenta del total cumplimiento del pago de las cantidades percibidas en exceso y señalando la fecha en la que se realizará la sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, para discutir la repartición de dividendos o el retiro de utilidades en la Institución.

La distribución de dividendos o el retiro de utilidades será autorizado por la Superintendencia, únicamente, si se verifica el completo cumplimiento del pago de la totalidad de la deuda a que se refiere el artículo anterior y ello no pone en riesgo la seguridad del sistema previsional.

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

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

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

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

Previa aplicación de la sanción, la Superintendencia deberá notificar los cargos a la Institución de Salud Previsional afectada, la que tendrá un plazo de diez días hábiles para formular sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de salud dictará una resolución fundada resolviendo la materia.

Durante el procedimiento administrativo señalado en el inciso anterior, la Superintendencia podrá dictar las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la decisión, si existiesen elementos de juicio suficientes para ello. En este sentido, podrá ordenar a las instituciones bancarias o entidades financieras que correspondan la retención de los dineros o depósitos de las Instituciones y la prohibición de realizar transacciones de acciones, bonos o debentures. Asimismo, podrá decretar cualquier medida necesaria para evitar el uso, aprovechamiento, beneficio o destino de cualquier clase de bienes, valores o dineros de la Institución.

En los casos de urgencia, para evitar la consolidación de las situaciones jurídicas derivadas de la infracción, las medidas provisionales señaladas en el inciso anterior podrán ser dictadas antes de la iniciación del procedimiento administrativo señalado en el inciso sexto de este artículo. Estas medidas deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas por la Superintendencia en la iniciación del procedimiento, que deberá efectuarse dentro de los diez días hábiles siguientes a su adopción. Las medidas quedarán sin efecto si no se inicia el procedimiento dentro de dicho plazo.

Las medidas provisionales podrán ser alzadas o modificadas durante la tramitación del procedimiento, en virtud de circunstancias sobrevinientes o que no pudieron ser tenidas en

cuenta en el momento de su adopción. En todo caso, éstas se extinguirán con la eficacia de la resolución administrativa que ponga fin al procedimiento correspondiente. En caso de que se hayan ordenados retenciones, la resolución que ordena la multa, además, ordenará la restitución de los dineros a la Institución de Salud Previsional infractora.

En contra de las resoluciones señaladas en este artículo que imponen una sanción o que dictan una medida previsional, podrán interponerse los recursos y reclamaciones que establece el artículo 113 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

La repartición de dividendos o el retiro de utilidades que se realicen sin la correspondiente autorización serán nulas de pleno derecho y darán lugar a la responsabilidad personal de los administradores y directivos de la Institución de Salud Previsional, así como de quienes hayan percibido dividendos o utilidades, de forma solidaria con la Institución.

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 **realizare dentro de los dos años anteriores a la resolución de reorganización o liquidación, o durante el tiempo que medie entre la notificación de la demanda de liquidación forzosa y la dictación de la respectiva resolución, la pena aumentará en un grado.**

Los delitos señalados en los incisos precedentes serán considerados delitos de primera categoría, de conformidad con el artículo 1 de la ley N° 21.595, sobre delitos económicos.

Artículo 8°.- Para los contratos afectos al numeral 1) del artículo 2° de esta ley, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.

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

Artículo 9°.- La Superintendencia de Salud fiscalizará todo aspecto que resguarde la correcta aplicación **de los artículos 2 y siguientes** de la presente ley. Para el cumplimiento de esta función, podrá requerir toda la información financiera, contable y operativa a las Instituciones de Salud Previsional y podrá tratar datos personales, para lo cual podrá requerir al Fondo Nacional de Salud, Ministerio de Salud y demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección que establece la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.

En el evento que las instituciones privadas señaladas en el inciso anterior no remitan la información dentro de los plazos establecidos por la Superintendencia de Salud o retarden injustificadamente su entrega, podrán ser sancionadas con las multas establecidas en los artículos 121, número 11, y 220 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

Artículo 10.- La Superintendencia de Salud deberá dictar una circular con normas que garanticen el acceso a la información contenida en esta ley. Dichas normas deberán obedecer a los criterios de accesibilidad, efectividad, inclusividad y antidiscriminación, los cuales regirán a las instituciones previsionales de salud.

Disposiciones transitorias

Artículo primero.- La resolución a la que se refiere el artículo 144 ter del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, deberá ser dictada por el Ministerio de Salud y suscrita además por el Ministerio de Hacienda dentro del plazo de tres meses contado desde la publicación de esta ley.

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

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

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

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

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

Artículo **cuarto**.- 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 quinto.- Para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberá sesionar las veces que sea necesario para dar cumplimiento a los plazos prescritos en el referido artículo 3°. Para ello, el Consejo podrá autoconvocarse y deberá cumplir con el quórum señalado en el artículo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Para la designación de los integrantes de este Consejo, dentro de los siete días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer al H. Congreso, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo.

Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría de los miembros presentes de la Cámara de Diputadas y Diputados en votación única y dentro del plazo de siete días contado desde el envío de la nómina a dicha Cámara. Posteriormente, aquella deberá ser ratificada por el Senado en votación única con el mismo quórum y dentro del mismo plazo.

En caso de que ambas o alguna de las Cámaras rechace la nómina propuesta, el Presidente de la República deberá proponer, dentro del plazo de siete días contado desde la comunicación del rechazo, dos nóminas:

- a) Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para la Cámara de Diputadas y 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. En caso de que ambas o alguna de las Cámaras no se pronunciaron dentro del plazo señalado, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente. Si la Cámara de Diputadas y Diputados y el Senado rechazaran las nóminas propuestas, el Presidente de la República designará a los cuatro integrantes del Consejo, sin mediar aprobación del H. Congreso, para lo cual, no podrá elegir como miembros a aquellas personas que integraron las nóminas rechazadas. Si solo una de las Cámaras del H. Congreso rechazara la nómina propuesta, regirá la regla anterior únicamente para la nómina rechazada.

El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas Cámaras del H. Congreso, a más tardar dentro del plazo de siete días contado desde la comunicación de la aprobación y ratificación de los otros integrantes.

Conformado el Consejo, el Presidente de la República comunicará su integración al Superintendente de Salud, quien deberá convocar la primera sesión del Consejo dentro de los veinte días siguientes desde que se le comunica su conformación. El Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.

Al Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo sexto.- En el evento que una persona afiliada haya puesto término a su contrato de salud con una Institución de Salud Previsional con anterioridad a la publicación de esta ley, y que de conformidad a lo informado por dicha Institución en su plan de pago y ajustes tenga un crédito a su favor, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 5° de la presente ley, ésta

deberá abrir una cuenta a nombre de la persona que estuvo afiliada y sujetarse a las reglas de dicha disposición.

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

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

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

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

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

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

Artículo **undécimo**.- Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, antes del 1 de octubre de 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud; así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.

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

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

* * * *

Se designó Diputado Informante al señor Tomás Lagomarsino Guzmán.

* * * *

Tratado y acordado, según consta en las actas correspondientes a las sesiones de 94ª (de 5 de marzo), 95ª (de 11 de marzo), 96ª (de 12 de marzo), 97ª (de 18 de marzo), 98 (de 19 de marzo), 99ª (de 1 de abril), 100ª y 101ª (de 2 de abril), 102ª (de 3 de abril), 103ª (de 8 de abril), 104ª y 105ª (de 9 de abril), y 105ª y 106ª (de 10 de abril), todas de 2024, con la asistencia de las diputadas y diputados Eric Aedo Jeldres, Danisa Astudillo Peiretti, Marta Bravo Salinas, Karol Cariola Oliva, Andres Celis Montt, María Luisa Cordero Velásquez, Ana María Gazmuri Vieira (Presidenta), Tomás Lagomarsino Guzmán, Daniel Lilayu Vivanco, Helia Molina Milman, Hernán Palma Pérez, Agustín Romero Leiva y Patricio Rosas Barrientos.

Participaron, asimismo, los diputados Marta González Olea y Héctor Ulloa Aguilera (en reemplazo de Helia Molina Milman); Hugo Rey Martínez (en reemplazo de Andrés Celis Montt y de María Luisa Cordero Velásquez); Cristián Araya Lerdo de Tejada, Benjamin Moreno Bascur, José Carlos Meza Pereira y Stephan Schubert Rubio (en reemplazo de Agustín Romero Leiva); Marcela Riquelme Aliaga (en reemplazo de Patricio Rosas Barrientos); Lorena Pizarro Sierra (en reemplazo de Hernán Palma Pérez), y Alejandra Placencia Cabello (en reemplazo de Karol Cariola Oliva).

Sala de la Comisión, a 10 de abril de 2024.-

ANA MARIA SKOKNIC DEFILIPPIS
Abogado-Secretaria de Comisiones