



LEGISLATURA 372ª

COMISIÓN DE SALUD

Sesión 104a, celebrada el martes 9 de abril de 2024

De 10:35 a 12:37 horas

SUMA

1.- Continuó la discusión particular del proyecto de ley que modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el Fonasa, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsual. Boletín N°15.896-11 (S).

APERTURA DE LA SESIÓN

Se inició la sesión a las 10:35 horas.

PRESIDENCIA

Presidió, la diputada Ana María Gazmuri.

ASISTENCIA

Asistieron de manera presencial, las diputadas y diputados Danisa Astudillo, Marta Bravo, Karol Cariola, Andrés Celis, Ana María Gazmuri, Daniel Lilayu y Patricio Rosas.

Los diputados Héctor Ulloa, Hugo Rey y Lorena Pizarro reemplazaron por esta sesión a las diputadas Helia Molina, María Luisa Cordero y Hernán Palma, respectivamente.

Asimismo, estuvieron pareados los diputados Agustín Romero y Eric Aedo.

Como invitados, la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza, junto a su asesor señor Jaime Junyent Ruiz, asesora de la Segpres, señora Sofía Salvo; el Superintendente de Salud, señor Víctor Torres Jeldes, junto a la señora Natalia Castillo; el Director de Fonasa, señor Camilo Cid Pedraza, junto a



los señores Matías Goyenechea Hidalgo, jefe de División de Planificación y Desarrollo Estratégico y Andrés Fuentealba Canario, jefe Departamento de Comunicaciones Estratégica.

Actuó como Secretaria Abogado, la señora Ana María Skoknic Defilippis y como Abogado Asistente el señor Ignacio Vásquez Mella.

CUENTA

Se recibieron los siguientes documentos:

1.- Comunicación del Comité Partido Por la Democracia, mediante el cual informa el reemplazo de la diputada Helia Molina por el diputado Héctor Ulloa, durante la sesión de hoy.

2.- Comunicación del Comité Renovación Nacional, mediante el cual informa el reemplazo de la diputada María Luisa Cordero por el diputado Hugo Rey, durante la sesión de hoy.

3.- Comunicación del Comité Comunista, Federación Regionalista Verde Social, Acción Humanista e Independientes, mediante el cual comunica el reemplazo del diputado Hernán Palma por la diputada Lorena Pizarro durante esta sesión.

4.- Oficio de S. E. el Presidente de la República mediante el cual hace presente la urgencia "Suma", para el despacho del proyecto que "Modifica la ley N° 20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas, con el objeto de fortalecer las facultades de los organismos reguladores y fiscalizadores y establecer las sanciones administrativas y penales que indica". BOLETÍN N° 14845-11(S). (225-372). Boletín: 14845-11

5.- Proyecto iniciado en moción de los diputados señores Lilayú; Celis; Leal; Palma; Rosas; Sulantay y Teao; y de las diputadas señoras Astudillo; Bravo, doña Marta, y Romero, doña Natalia, que "Modifica la ley N° 20.606, para obligar a locales de comida rápida a rotular la composición nutricional de los alimentos que expenden". BOLETÍN N° 16710-11. Boletín: 16710-11

6.- Pareo acordado entre los diputados Eric Aedo y Agustín Romero durante la sesión

VARIOS:

No hubo intervenciones varias.

ACUERDOS:



No se adoptaron acuerdos en esta sesión.

ORDEN DEL DÍA

1.- Continuó la discusión particular del proyecto de ley que modifica el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el Fonasa, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsual. Boletín N°15.896-11 (S).

Artículo sexto transitorio

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 presentó la siguiente indicación:

156. 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.”

La diputada Gazmuri recordó que, como el artículo 130 nonies ya fue rechazado no tiene sentido ni coherencia analizar este artículo, sugiriendo su rechazo.

En votación el artículo sexto transitorio y la indicación N°156, se rechazaron por **unanimidad** (7 votos en contra). Votaron en contra los diputados y diputadas Astudillo, Celis, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas.



Artículo séptimo transitorio

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.

La Ministra de Salud explicó que este artículo tiene por objetivo proteger a las personas que después de la sentencia de la Corte Suprema se hayan cambiado de institución de salud previsional, manteniendo la obligación del pago de los cobros en exceso en caso de corresponder.

En votación el artículo séptimo transitorio, se aprobó por **unanimidad** (7 votos a favor). Votaron a favor los diputados y diputadas Astudillo, Celis, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas.

Artículo octavo y noveno transitorio

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.

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 presentó la siguiente indicación:

156 a. Del diputado **Celis** para incorporar un nuevo artículo octavo transitorio, del siguiente tenor:

"Artículo Octavo Transitorio.- Durante la vigencia de las disposiciones de la ley N°21.472, cuando exista un retraso mayor a dos meses en la dictación de alguno de los hitos necesarios para dictar los decretos de nudo promedio a que se refiere el artículo 158 de la Ley General de Servicios Eléctricos, el jefe del servicio a cargo del hito respectivo será sancionado con un 10% de la remuneración por mes de atraso con un tope de hasta 40%, sanción que se mantendrá hasta que el acto administrativo respectivo sea evacuado. Dicha sanción se impondrá previo procedimiento administrativo, en conformidad al Título VIII del decreto N°2.421 que fija el texto refundido de la ley de organización y atribuciones de la Contraloría General de la República."

Cabe hacer presente que la indicación N°156 se retiró por su autor.



La Ministra de Salud comentó que el artículo octavo y noveno transitorio tiene por objeto garantizar la continuidad de la atención de las personas que estuvieran siendo cubiertas en instituciones privadas que cayeron en insolvencia, permitiéndose a la persona mantenerse en el mismo nivel de salud en el que ya estaba con las mismas garantías de oportunidad, en el caso de las garantías explicitadas en salud

Asimismo, acotó que se obliga al Fonasa a dar continuidad a las prestaciones o coberturas que las personas han logrado a través de la justicia, toda vez que es un derecho de los pacientes.

El diputado Rosas acotó que es muy importante que el sistema reconociera los tratamientos que ya se están realizando en el sistema privado en caso de insolvencia de las isapres.

El Director del Fonasa explicó que efectivamente existe la prerrogativa de permanecer en el mismo prestador, sin embargo, Fonasa será quien asignará al prestador para tales efectos, pudiendo ser derivado a un prestador público.

El diputado Rosas indicó que muchas veces las prestaciones que se desarrollan se encuentran fuera de regiones, por tanto, es facultad de Fonasa determinar o asignar un prestador según las condiciones personales de cada persona.

El diputado Ulloa preguntó cómo se expresa la voluntad del afiliado en este caso, teniendo en consideración que Fonasa asume donde se enviara al paciente.

El Director de Fonasa comentó que las isapres tienen sus redes para la atención del GES, donde algunas son muy incómodas para los usuarios y, en caso en que esto suceda, se garantiza que Fonasa asigne el prestador que podría ser el mismo en caso de ser conveniente, pero siempre respetándose la etapa en que se encuentre del tratamiento.

Respecto de la voluntad de los usuarios, indicó que el AUGE considera el aviso o notificación de las personas, donde se considerará la calidad con que está siendo atendida la persona y su indicación, por tanto, no debiese existir una contradicción entre la voluntad de la persona y lo que determine Fonasa, toda vez que se mantendrá la conservación del prestador original en caso de ser necesario y conveniente.

La Ministra de Salud respecto al tema de la territorialidad en caso de la gente de isapre, informó que existe un resguardo que hace la Superintendencia



de Salud en sus garantías de calidad respecto a que efectivamente se tenga preocupación de otorgar la atención de una manera cómoda para los pacientes pero siempre existiendo limitaciones, tales como, la especialidad.

El Superintendente de Salud en caso de las patologías GES, recordó que cuando las isapres y Fonasa asignan un primer prestador, luego un segundo prestador cumpliéndose la garantía de oportunidad, la Superintendencia puede asignar un tercer prestador.

Además, cuando se asigna un prestador que esta fuera de la región, existe una circular que obliga a las isapres a financiar la movilización de los pacientes para trasladarse al respectivo prestador.

Puesto en votación, los artículos octavo y noveno transitorios, se aprobaron por **unanimidad** (7 votos a favor). Votaron a favor los diputados y diputadas Astudillo, Celis, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas.

Artículo décimo transitorio, nuevo

Se presentó la siguiente indicación

157. 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.”.



La Ministra de Salud puntualizó que esta indicación viene a reponer la protección de Fonasa para las personas que están transitando desde las isapres a Fonasa en caso de insolvencia, y que hubiesen tenido o activado la cobertura catastrófica, estableciendo la obligación de Fonasa a dar continuidad al tratamiento.

El diputado Celis afirmó que esta indicación otorga una garantía para que la persona mantenga la continuidad en su tratamiento.

En votación, la indicación N°157, se aprobó por **unanimidad** (7 votos a favor). Votaron a favor los diputados y diputadas Astudillo, Celis, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas.

Artículo décimo transitorio, que pasó a ser undécimo

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 octavo y noveno, transitorios, de la presente ley.

Se presentó la siguiente indicación:

158. Del **Ejecutivo** para reemplazar la expresión “y noveno” por “, noveno y décimo”.

Sometido a votación, la indicación N°158 y el artículo décimo, se aprobaron por **unanimidad** (7 votos a favor). Votaron a favor los diputados y diputadas Astudillo, Celis, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas.

Artículo undécimo transitorio, que paso a ser duodécimo

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.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

159. Del diputado **Rosas** para sustituir el artículo undécimo transitorio por el siguiente:

“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 avanzar hacia una modalidad de seguros complementarios.

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 fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud y 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.”

160. 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”.

161. 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”.

162. 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,”.



163. 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”.

164. 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”.

El diputado Celis hizo presente que la indicación N°159 es inadmisibles.

La Secretaria de la Comisión, señora Ana María Skoknic a petición del diputado Celis, reiteró que muchas de las indicaciones presentadas en este proyecto de ley son inadmisibles por diferentes aspectos, haciendo alusión a las normas en materia de seguridad social, las que alteran las facultades o atribuciones de los organismos públicos y las que requieren financiamiento para su materialización (iniciativa exclusiva del Presidente de la República), sin embargo, afirmó que la encargada de determinar si una propuesta es admisible o no es la Presidenta de la Comisión, quien ha determinado hasta el momento que todas las indicaciones son admisibles, sin existir solicitud expresa de votación de admisibilidad por parte de algún miembro de la Comisión, toda vez que el Ejecutivo solo puede opinar respecto de la misma.

A mayor abundamiento, aclaró que la secretaría solo otorga una opinión técnica jurídica, la cual no es vinculante.

La Ministra de Salud explicó que el sentido de este artículo es dar cuenta del compromiso arribado por el Ejecutivo de avanzar en hacer reformas en materia de seguridad social, que son complementarias a lo que se estaría haciendo en la reforma de atención primaria universal.

Cabe hacer presente que la indicación N°159 fue retirada.

En votación, el artículo undécimo transitorio, se aprobó por **unanimidad** (8 votos a favor). Votaron a favor los diputados y diputadas Astudillo, Celis, Rey (en reemplazo de Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas.



Por consiguiente, las indicaciones Nos 160, 161, 162, 163 y 164 fueron rechazadas reglamentariamente.

Artículo duodécimo y decimotercero transitorio, que pasaron a ser decimotercero y decimocuarto

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.”.

Sometido a votación, el artículo duodécimo y decimotercero transitorio, se aprobaron por **unanimidad** (8 votos a favor). Votaron a favor los diputados y diputadas Astudillo, Celis, Rey (en reemplazo de Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas.

Artículo transitorio, nuevo

Se presentó la siguiente indicación

165. De los diputados y diputadas **Pérez, Calisto, Olivera, Saffirio, Ulloa, Celis, Astudillo, Lagomarsino y Cordero**, para incorporar un artículo transitorio, nuevo, del siguiente tenor:

“Artículo Transitorio.- Los costos asociados a la inscripción, registro, transferencia y cualquiera de los derivados del cumplimiento de las normas del Párrafo I de la presente ley serán de cargo de las Instituciones.”.

Quedó pendiente.



Artículo transitorio final, nuevo

Se presentó la siguiente indicación

166. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas**, para incorporar el siguiente artículo Décimo Cuarto Transitorio, nuevo:

“Artículo transitorio.- La Superintendencia de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, deberán disponer y comunicar de forma oportuna, clara y permanente, en todos sus medios de comunicación, entre ellos sitios web, redes sociales, correos electrónicos, oficinas y cualquier otro medio o lugar destinado para fines de información, los derechos y deberes garantizados por esta Ley como toda la información contenida en esta ley a las personas afiliadas y público.

En el caso de las personas afiliadas con discapacidad, las Instituciones de Salud Previsional, deberán comunicarse de manera directa con aquellas, brindando de manera clara y oportuna la información a través de todas las formas de comunicación, formatos y tecnologías accesibles, tales como en lengua de señas y Braille.”

La diputada Gazmuri hizo presente su constante preocupación por que todos puedan acceder a la información en forma transparente, oportuna y eficaz.

El Superintendente de Salud estimó prudente modificar la redacción de este artículo, para que se pueda cumplir cabalmente el objetivo de la propuesta.

Quedó pendiente a las espera de una nueva redacción.

Artículo 1

Numeral 7

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.”.

La Ministra de Salud explicó que el artículo 188 actualmente restringe la posibilidad de las isapres de vender planes por debajo del 7%, sin embargo, las remuneraciones de las personas oscilan en el tiempo y la actual norma no contiene una regla que permite ajustar los contratos a un precio cercano al valor de la cotización legal.

Puntualizó que, el actual artículo 188 solo establece que si la cotización legal aumenta pasando el afiliado a tener excedentes que superen el 10% de su cotización legal, en ese momento la isapre debe ofrecer un nuevo plan al afiliado, pero este no tiene ninguna obligación de aceptarlo pudiendo optar quedarse siempre con sus excedentes pagando un plan muy por debajo del 7%.

Manifestó que el proyecto de ley propone dos reglas para avanzar hacia el aporte efectivo de la cotización legal, bajar de un 10% a un 5% la diferencia que pueda existir entre la cotización legal y el plan de salud al momento de celebrar el contrato, obligando a las isapres a ofrecer un nuevo plan mejorado, sin embargo, los afiliados nunca estarán obligados a cambiarse a un nuevo plan pero si deciden mantenerse en el plan cuyo precio se aleja de la cotización legal, las diferencias superiores al 5% no generaran excedentes. Explicó que lo anterior tiene la finalidad



de que los beneficiarios tengan una mejor cobertura, porque la valorización de los excedentes no necesariamente compensa el mayor aporte que está haciendo las personas.

El diputado Rosas afirmó que esta propuesta solo se aplicaría para los nuevos contratos.

El diputado Ulloa acotó que si bien esto no elimina el régimen de excedentes, es necesario conocer de qué forma se va a garantizar una mejor cobertura y mayor libertad de opción para el afiliado.

El diputado Lilayu afirmó que todos deben cotizar el 7% y, en consecuencia, cualquier propuesta es inadmisibles porque es una materia de iniciativa exclusiva del Ejecutivo.

La Ministra de Salud comentó que se pretende incorporar los principios de la seguridad social al sistema de seguros privados de salud, evitando la estrategia comercial de descreme, a través de los excedentes, donde se ofrecen beneficios económicos que no se traducen necesariamente en una mejor cobertura.

Explicó que, en la forma planteada, las personas siempre tendrán la capacidad de elegir y, además, se les debe ofrecer nuevos servicios que verdaderamente mejoren su considero de salud.

El Superintendente de Salud indicó que la cotización legal está considerada en los principios de seguridad social para poder mejorar cobertura, haciendo alusión a la historia de los excedentes.

A mayor abundamiento, sostuvo que la devolución en dinero efectivo contradice los principios de la seguridad social, considerando que la Corte Suprema han dispuesto que las isapres son parte de la misma, porque precisamente manejan el 7%, por tanto, se deben ofrecer planes que tengan mayores beneficios y coberturas para las personas y, en caso de generarse cualquier vacío o problemática, afirmó que superintendencia tiene la facultar para dictar una circular que pueda hacerse cargo de la misma.

El diputado Celis hizo presente que esta propuesta puede terminar en la insolvencia o quiebra de las isapres.

En votación, el numeral 7 del artículo 1 del proyecto de ley, se aprobó por **unanimidad** (10 votos a favor). Votaron a favor los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas.



Numeral 8

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 la siguiente indicación:

76. 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.”.

La asesora legislativa de la Segpres, señora Sofía Salvo explicó que por técnica legislativa se tuvo que reiterar el literal a) que ya está en el texto aprobado por el Senado, dado que se incluyó una nueva modificación al artículo 189.

Sometido a votación, la indicación N°76, se aprobó por **unanimidad** (8 votos a favor). Votaron a favor los diputados y diputadas Bravo, Celis, Rey (en reemplazo de Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas.



Numeral 9, nuevo

Se presentó la siguiente indicación:

77. Del **Ejecutivo** para intercalar, a continuación del numeral 8), el siguiente numeral 9), pasando el actual a ser 10), y así sucesivamente:

“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.”.

La Ministra de Salud sostuvo que entre los elementos que el Ejecutivo ha querido incorporar para mejorar el funcionamiento de las instituciones de salud previsional privada, estaría el objetivo de mejorar la eficiencia en el gasto, toda vez que la forma en que se pagan las prestaciones hoy en día tiene un efecto inflacionario en el sentido que se paga por acto médico, lo que incentiva la demanda, lo que se agrava cuando hay prestadores relacionados generando una espiral de gastos que no necesariamente va relacionada a tener una mejor resolución de los problemas de salud o incluso una mejor efectividad de las mismas atenciones.

Dicho lo anterior, declaró que hace mucho tiempo se está trabajando a nivel internacional en el pago por resultado de salud, es decir, en vez de pagar por cada acto médico, se pague por solución de problemas, lo que genera tener un incentivo en el uso más eficiente de los recursos.

Explicó que uno de los mecanismos utilizados serían los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (en adelante GRD), que el Fonasa ha estado implementando hace bastante tiempo.

Por último, aclaró que la indicación permite usar los GRD (paquetizar las prestaciones) y no impedir el cálculo de las bonificaciones que están pactadas en los contratos de salud, es decir, hace compatible la bonificación que tiene el plan de salud de las isapres con el pago por resolución de problemas.



Consultado sobre cómo se realizaría el pago por resultado de una operación de vesícula, señaló que se hace toda la canasta de prestaciones relacionadas a una determinada operación, incorporando todos los elementos necesarios para ello. Lo anterior, incentiva que se vaya incorporando mayor tecnología y eficiencia para la materialización de los resultados.

Asimismo, indicó que los GRD utilizan un proceso tecnológico y sofisticado donde no todos los pacientes requieren el mismo nivel de atención o elementos para resolver su problemática, teniendo en consideración que el diagnóstico no significa igualdad de condiciones, ya que dentro de los distintos pacientes existen algunos más complejos que otros.

El Superintendente de Salud afirmó que esto es muy significativo, porque uno de los mayores problemas que detenta el sistema sanitario, especialmente el sistema privado de salud es la tendencia inflacionaria, lo que estaría relacionado con mayores costos y precios y, la inducción a la demanda por prestaciones que no necesariamente están indicadas correctamente.

Aclaró que no existe un descreme como en el Pago Asociado a Diagnóstico (en adelante PAD) donde se selecciona a los pacientes, es decir, se opera por PAD cuando generalmente no existe riesgo. En cambio, en el GRD el prestador comparte los riesgos con el seguro que está financiando.

El diputado Rosas hizo presente que hace una década los hospitales públicos están registrando en un software todos los gastos en que incurrir, desde la consulta, examen, aseo, hasta el egreso del paciente. Con todos esos datos, el sistema ha establecido los costos internos para cada región, siendo diferentes en cada zona.

Aclaró que, como en el sistema privado no existe esta modalidad de gestión de los costos para tener precios reales, hay muchas redes privadas que cobran tres o cuatro veces más de lo que corresponde, donde quien finalmente paga es el paciente y, por ello, es tan importante esta estrategia que se ha sostenido por varios gobiernos, a fin de otorgar eficiencia al sistema.

Puesto en votación, la indicación N°77, se aprobó por **unanimidad** (9 votos a favor). Votaron a favor los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Celis, Rey (en reemplazo de Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas.



Numeral 9, que paso a ser 10

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.”.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

78. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar la letra a) del numeral 9) del artículo 1°.

79. 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.”

La asesora de la Segpres explicó que originalmente la propuesta del literal a) decía relación con un factor necesario para modificar el Indicador de Costos de la Salud (en adelante ICSA), sin embargo, gracias a los acuerdos que se llegaron con la Cámara de Diputados, se hicieron cambios al ICSA para el 2024, no existe la necesidad de mantener esta propuesta.

Sometido a votación, el literal a) del numeral 9, se rechazó por **unanimidad** (9 votos en contra). Votaron en contra, los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Celis, Rey (en reemplazo de Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas.

La asesora de la Segpres respecto al literal b) del numeral 9, explicó que actualmente el artículo 198 establece que si el ICSA es negativo las isapres no podrán subir el precio, por tanto, la propuesta dispone que bajo la misma hipótesis las isapres podrán ajustar el precio a la baja.

El diputado Ulloa criticó la redacción toda vez que el precio podría ajustarse al alza.

La Ministra de Salud afirmó que el ICSA permite dar cuenta del efecto de aumento de precio de la salud y es el único medio por el cual las isapres pueden ir ajustando sus precios, el cual se hace una vez al año.

La diputada Astudillo manifestó que las isapres jamás van a bajar los precios.

El Superintendente de Salud afirmó que desde la existencia de la ley N°21.350 y luego del fallo del 2022 para la primera adecuación, la Corte instruyó que se estableciera un nuevo mecanismo incluyendo una verificación, precisando que sesde el segundo proceso del 2022 hasta la fecha, si se ha cumplido la ley por parte de las isapres.

En votación, el literal b) del numeral 9, se aprobó por mayoría (5 votos a favor y 2 en contra) Votaron a favor, los diputados y diputadas Bravo, Rey (en reemplazo de Cordero), Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina) y Rosas. Votaron en contra, las diputadas Astudillo y Gazmuri.



La Ministra de Salud declaró que la indicación N°79 regula materias de seguridad social al intentar incorporar la tabla de factores en la ley, por tanto, es inadmisibile.

Con respecto al fondo, comentó que la tarificación por riesgo donde uno de los principales factores es la edad de las personas, es una materia que se debe evitar en el futuro pero que se analizará en el proyecto de ley que se presentará en octubre.

Puesto en votación, la indicación N°79, se rechazó por mayoría (1 voto 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 Molina) y Rosas. Se abstuvieron, los diputados Bravo y Rey (en reemplazo de Cordero).

Numeral 10, que pasa a ser 11

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 las siguientes indicaciones:

80. 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.”

81. Del **Ejecutivo** para reemplazar 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.”.”.

La Ministra de Salud explicó que en el funcionamiento de las instituciones de salud privada, el precio está compuesto de tres elementos: precio base, la tabla de factores y la prima GES, cada uno de los cuales ha sido objeto de una intensa judicialización, especialmente el tema del GES cuando ocurrió la última alza.

Declaró que es voluntad del Ejecutivo someter el alza de la prima GES a un procedimiento que garantice que no son precios arbitrarios puesto que la Garantía Explícita en Salud fue creada para cubrir las prestaciones y problemas priorizados, sin embargo, ha quedado claro que han utilizado el financiamiento que provee esta prima para solventar otros gastos relacionados con el mismo plan de



salud, en consecuencia, se pretende regular de alguna forma la verificación del precio GES.

En votación la indicación N°80, se rechazó por mayoría (7 votos en contra y 1 abstención). Votaron en contra, los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas. Se abstuvo, el diputado Rey (en reemplazo de Cordero)

Sometido a votación el numeral 10) y la indicación N° 81, se aprobaron por mayoría (7 votos a favor y 1 abstención). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas. Se abstuvo, el diputado Rey (en reemplazo de Cordero)

Numeral 12. nuevo

Se presentó la siguiente indicación:

82. 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 ISAPRE 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 ISAPRE deberán informar a la Superintendencia de Salud, los precios que cobrarán por dichas garantías a sus afiliados. En dicha comunicación, las ISAPRE 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 ISAPRE.

La verificación de los precios informados por las ISAPRE 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 ISAPRE 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 ISAPRE 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)".".

Puesto en votación, la indicación N° 82, se aprobó por mayoría (7 votos a favor y 1 abstención). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas. Se abstuvo, el diputado Rey (en reemplazo de Cordero)

Numeral 11, que paso a ser 13

11) 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 las siguientes indicaciones:

83. 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.”

84. De los diputados **Bravo y Lilyau**, para eliminar el nuevo párrafo segundo, incorporado por el literal a) del numeral 11.

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

“b. Incorpórese 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.”

Cabe hacer presente que la indicación N°84 fue retirada.

El Superintendente de Salud declaró que el texto del Senado estaría correcto, toda vez que se establece una preferencia que excluye a los prestadores que están relacionadas con las isapres, para que una vez que este pagada toda la deuda de los no relacionados, se continúe con el pago de los prestadores relacionados, por tanto, nunca quedan fuera solo se establece una prioridad inferior.

En votación, el numeral 11 del artículo 1, se aprobó por **unanimidad** (8 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Rey (en reemplazo de Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas.



Puesto en votación, las indicaciones Nos 83) y 85), se rechazaron por **unanimidad** (8 votos en contra). Votaron en contra, los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Rey (en reemplazo de Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Pizarro (en reemplazo de Palma) y Rosas.

Para mayores detalles, la sesión quedó grabada en un registro de audio y video en la página web de la Cámara de Diputadas y Diputados.

Por haber cumplido con su objeto, se levantó la sesión a las **12:37** horas.

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS
Secretaria Abogada de la Comisión