



## LEGISLATURA 372ª

### COMISIÓN DE SALUD

Sesión 105a, celebrada el martes 9 de abril de 2024

De 17:03 a 21:27 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 17:01 horas.

#### PRESIDENCIA

Presidió, la diputada Ana María Gazmuri.

#### ASISTENCIA

Asistieron de manera presencial, las diputadas y diputados Eric Aedo, Danisa Astudillo, Marta Bravo, Karol Cariola, Andrés Celis, Ana María Gazmuri, Tomás Lagomarsino, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Agustín Romero y Patricio Rosas.

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

Asimismo, estuvo presente el diputado Miguel Ángel Calisto.

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.- Oficio del Director de Fonasa (N°4741), mediante el cual remite glosa N°16, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2024.

### **VARIOS:**

**El diputado Miguel Ángel Calisto** hizo alusión a que en la Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo no existe un hospital de alta complejidad pese a comprender un extenso territorio. Por lo anterior, solicitó adoptar las medidas necesarias con el objeto de materializar la licitación para contar con aviones de rescate aeromédico interregional.

### **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 previsional. Boletín N°15.896-11 (S).



## **Artículo segundo**

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 las siguientes indicaciones:**

86. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el artículo 2° por el siguiente:

“Artículo 2°.- La Superintendencia de Salud deberá publicar a más tardar el 30 de Mayo de 2024 una circular dictada especialmente para estos efectos que determinará 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 no



apliquen el Artículo 199 al momento de promulgada esta Ley. Esta Circular deberá contener:

1. La obligación de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasión de la aplicación de este Artículo resulten con un precio final diferente al cobrado y percibido por la Institución respectiva, debiendo señalar esas diferencias en unidades de fomento, por cada uno de ellos; especificando si la indiferencia ocurre por aplicación del inciso primero o segundo.

2. La forma y plazo en que las Instituciones de Salud Previsional notificarán a las personas afiliadas de los cambios efectuados en los contratos de salud producto de las adecuaciones señaladas en este artículo.

Las obligaciones contenidas en esta circular deberán ser aplicadas junto al proceso de reajuste de planes base a que hace referencia el Artículo 2° bis.”

87. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina y Palma**, para reemplazar el inciso 1° del artículo segundo, por el siguiente:

“Artículo 2°.- La Superintendencia de Salud determinará, por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos, el modo en que las Instituciones de Salud Previsional deberán pagar los montos cobrados en exceso a sus afiliados en todos los contratos de salud previsional en que se aplicó una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud.”

88. De los diputado **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”.

88 a. De los diputados **Gazmuri y Palma** para votar en forma separada el párrafo tercero del inciso segundo del artículo 2.

89. Del **Ejecutivo** para eliminar el numeral 2), pasando el actual numeral 3) a ser 2) y así sucesivamente.

90. 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.



91. 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”.

92. 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”.

93. 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”.

94. De los diputados y diputadas **Joanna Pérez, Miguel Ángel Calisto, Érika Olivera, Jorge Saffirio, Héctor Ulloa, Andrés Celis, Danisa Astudillo, Tomás Lagomarsino y María Luisa 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.”.

95. 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),”

**El diputado Lagomarsino** explicó que se deben abordar tres grandes elementos, primero, la aplicación prospectiva de la tabla única de factores de riesgo que determina la circular de 2019, segundo, la aplicación de un alza o prima complementaria extraordinaria que busca alcanzar un reequilibrio financiero con un tope máximo y, como tercer elemento, el pago de la deuda y plan respectivo.

Con respecto a los dos primeros elementos, existe una discusión relevante que dice relación con la temporalidad mediante la cual se aplican.

Sostuvo que la indicación que propondrá más adelante (crea un artículo 3 bis) y que reemplaza las anteriores, permite que tanto la aplicación prospectiva de la tabla única de factores de riesgo como el alza o prima extraordinaria se realicen en sincronía, de tal forma que no se genere una nueva



montaña rusa de alza y bajas y, no se propicie un espacio de tremenda disconformidad entre los afiliados. En caso contrario, además de lo anterior, se puede aumentar la insolvencia de las isapres y su fragilidad financiera.

*Cabe hacer presente que se retiraron las indicaciones Nos 86, 96, 97 y 100 por su autor.*

**El Superintendente de Salud** respecto de la indicación N°87, afirmó que esta indicación dice relación con la forma de pago de los montos cobrados en exceso por parte de las isapres, en cambio, el artículo segundo establece el mandato que la Corte Suprema otorga de poder colocar las tablas únicas de factores en aquellos contratos que tienen tablas anteriores y como resultado de eso, analizar si existen diferencias favorables o no para las personas.

**La Ministra de Salud** explicó que el artículo 2 tiene por objetivo aplicar en el proyecto de ley la sentencia de la Corte Suprema, en el sentido de obligar la aplicación de la tabla de factores y adecuar los contratos a dicha nueva tabla.

Por su parte, acotó que en la circular de la Superintendencia de Salud se hace efectiva la adecuación de todos los contrato de salud que tenían las tablas de factores distintas, por tanto, si se reemplaza el primer inciso no habría cumplimiento de la sentencia.

A mayor abundamiento, expresó que el artículo 2 establece el cumplimiento de la sentencia; la aplicación de la tabla de factores y; la mecánica por la cual se va calcular el cobro en exceso que percibieron las isapres. Por su parte, adelantó que en el artículo 3 se define cómo se van a pagar dichos excesos.

*Cabe hacer presente que se retiraron las indicaciones Nos 87, 103, 112, 115 y 119.*

**La Ministra de Salud** respecto de la indicación N°88, afirmó que para el cumplimiento adecuado de la sentencia debe existir primero una aplicación de la tabla de factores para que las isapres puedan calcular cuánto se requiere alzar para presentar una propuesta de equilibrio financiero, en caso de ser necesario, en consecuencia, no puede establecerse la aplicación de la tabla única de factores junto al alza extraordinaria.



*A mayor abundamiento, se generó una discusión de admisibilidad sobre la indicación N°88 a petición del diputado Romero, donde la secretaría nuevamente señaló que era inadmisibile al igual que otras que ya se habían declarado admisible, sin embargo, de todas formas se procedió a su votación porque la presidenta de la Comisión la declaro admisible y no hubo cuestión expresa de admisibilidad.*

En votación la indicación N°88 se rechazó por mayoría (2 votos a favor, 7 en contra y 1 abstención). Votaron a favor, los diputados y diputadas Bravo y Lilayu. Votaron en contra, los diputados Aedo, Astudillo, Cariola, Celis, Palma, Romero y Rosas. Se abstuvo, la diputada Gazmuri.

**La Ministra de Salud** respecto a la indicación N°88 a, expresó que la posición del Ejecutivo es votar a favor de todo el proyecto que fue presentado por el Senado, ya que borrar cualquiera párrafo sería inadmisibile en virtud del artículo 65 de la Constitución Política de la República.

En votación, el inciso primero y segundo (numeral 1) (salvo párrafo tercero) del artículo 2, se aprobó por **unanimidad** (8 votos a favor). Votaron a favor los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Gazmuri, Palma, Romero y Rosas.

Sometido a votación, el párrafo tercero del inciso segundo del artículo 2, se aprobó por mayoría (5 votos a favor y 4 en contra). Votaron a favor, los diputados y diputadas Bravo, Celis, Lagomarsino, Romero y Rosas. Votaron en contra, los diputados Astudillo, Cariola, Gazmuri y Palma.

**La Ministra de Salud** respecto a la indicación N°89, aclaró que es solo una actualización del proyecto del ley, puesto que ya se hizo efectiva la suspensión del cobro de los menores de 2 años a partir de marzo de 2024.

**El Superintendente de Salud** recordó que el numeral 2 contenía parte de la sentencia que ya está ejecutada, toda vez que con el acuerdo que se arribó en la ley de reajuste del sector público ya se resolvió dicha temática.

A mayor abundamiento, afirmó que se elimine esto, no significa que se les puede cobrar nuevamente a los menores de dos años.



Sometido a votación, el numeral dos del artículo 2, se rechazó por **unanimidad** (10 votos en contra). Votaron en contra, los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Gazmuri, Lagomarsino, Ulloa (en reemplazo de Molina), Palma, Romero y Rosas.

*Se discutió la indicación N° 90.*

**La diputada Gazmuri** explicó que la idea es que se incluya la deuda por cobro en exceso por prima GES porque hasta la fecha no queda claro que la deuda calculada por la superintendencia incluya lo pagado en exceso de GES.

**La Ministra de Salud** aclaró que el superintendente en diversas exposiciones ha señalado que no tiene atribuciones para interpretar sentencias, sino que solo debe aplicarlas y, esta fue clara en el sentido de definir cuál es el momento para contabilizar.

**El Superintendente de Salud** afirmó que no puede interpretar el fallo, es más, cuando se tiene alguna duda se recurre como cualquier incumbente a la Corte con un recurso de aclaración, por tanto, si existe alguna duda, cualquier afiliado puede recurrir.

Declaró que la indicación 90 es complicada porque este tema ya está cumplida y se empezó a ejecutar desde diciembre.

Respecto de las devoluciones, señaló que como entra en vigencia desde que esta ejecutoriada la sentencia, se debe revisar caso a caso si compete o no un eventual devolución, entendida esta desde el momento en que la misma sentencia se encuentra ejecutoriada.

**El diputado Ulloa** sostuvo que el motivo de esta indicación consiste en que se incluya la deuda por cobro en exceso de la prima por cobertura GES, ya que hasta la fecha no ha quedado clara si la deuda incluye todo lo pagado en exceso.

Por su parte, expresó que el Superintendente de Salud interpreta el fallo de la Corte Suprema en orden a que solo se debe contabilizar el periodo entre septiembre y noviembre de 2023, en circunstancias que la deuda proviene de un periodo anterior, es decir, desde 2019 a 2022.

**El Superintendente de Salud** afirmó que lo señalado por el diputado Ulloa responde a la indicación N°93, porque la indicación 90 lo que hace es establecer que se genere la adecuación de la prima cobrada en exceso, lo cual ya estaría cumplido. Por su parte, la indicación N° 93 establece una forma de calcular



una deuda, que ya la misma Corte estableció como debe ser, donde hay un mecanismo en la sentencia y en el recurso de aclaración.

**El diputado Ulloa** sostuvo que la Corte Suprema señala que debe pagarse desde el momento en que se encuentra ejecutoriada la sentencia, pero eso no significa que la deuda comprenda solo desde ese periodo, ya que una cosa es cuando se ejecuta el fallo y otra, qué periodo comprende el cumplimiento del fallo.

Afirmó que el recurso de aclaración nada indica respecto de los periodos de deuda que se deberán devolver.

**El Superintendente de Salud** detalló que cuando se observan sentencias anteriores, la Corte fue explícita en decir que se contabilizaba desde el momento en que se había cobrado, pero en este caso, habla desde que se encuentra ejecutoriada la sentencia.

**El diputado Romero** preguntó si era admisible o inadmisible la indicación N°90 y, en caso de ser inadmisible, solicita la cuestión de admisibilidad.

**La Ministra de Salud** hizo presente que esta indicación es totalmente inadmisibles porque interfiere con las atribuciones del Superintendente de Salud y por regular lo relativo a la deuda que fue considerada como materia de seguridad social por el Tribunal Constitucional, en virtud del artículo 65 Nos 2 y 6 de la Constitución Política de la República.

En votación, la admisibilidad de las indicaciones Nos 90, 91, 93, 95 y 98.

La presidenta de la Comisión la declaró admisible.

Votaron a favor de la admisibilidad, los diputados Astudillo, Cariola, Gazmuri, Lagomarsino, Ulloa (en reemplazo de Molina) y Palma. En contra de la admisibilidad, los diputados Aedo, Bravo, Celis, Lilayu, Romero y Rosas. (6 votos a favor y 6 en contra)

En consecuencia, se declararon **inadmisibles**.

Sometida a votación la indicación N°92 y el numeral 3 del artículo 2, se aprobó por **unanimidad** (12 votos a favor). Votaron a favor las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Palma, Romero y Rosas.

*Cabe hacer presente que la indicación N°94 quedó pendiente.*



En votación, los numerales 4 y 5 y demás incisos restantes del artículo 2, se aprobaron por **unanimidad** (11 votos a favor). Votaron a favor las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Palma, Romero y Rosas.

### **Artículo tercero transitorio**

Artículo tercero.- La circular que debe emitir la Superintendencia de Salud de conformidad al artículo 2º de la presente ley, deberá dictarse dentro de los diez días siguientes de publicada esta ley.

#### **Se presentaron las siguientes indicaciones:**

149. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el artículo tercero transitorio.

150. De los diputados **Bravo y Lilayu** para reemplazar el artículo tercero transitorio por el siguiente:

“Las circulares que debe emitir la Superintendencia de Salud de conformidad al artículo 2º y artículo 3º de la presente ley, deberán dictarse dentro de los diez días siguientes de publicada esta ley.

*Cabe hacer presente que las indicaciones Nos140 y 150 fueron retiradas por sus autores.*

Sometido a votación, el artículo tercero transitorio, se aprobó por **unanimidad** (11 votos a favor). Votaron a favor las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Palma, Romero y Rosas.

### **Artículo tercero**

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



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

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

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

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

Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas en forma de excedentes, pudiendo ellas requerirlos para los fines previstos en el inciso cuarto del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, 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.



*Cabe hacer presente que este texto no incluye lo que el Tribunal Constitucional declaró inadmisibile, respecto a la mutualización.*

**Se presentaron las siguientes indicaciones:**

97. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el artículo 3°, por el siguiente:

“Artículo 3°.- La Superintendencia de Salud, por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos y que deberá publicar a más tardar el 30 de Mayo de 2024, determinará:

1. La obligación de restituir las cantidades percibidas en exceso por las Instituciones de Salud Previsional entre el 1 de Abril de 2020 y la fecha de aplicación de la Tabla Única de Factores de Riesgo.

2. La obligación de restituir 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.

3. La obligación de las Instituciones de Salud Previsional de presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes que contenga:

a. Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en los dos numerales anteriores, para cada mes en que se ocupó una tabla distinta a la contenida en el Artículo 199 y en la Circular IF N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud, y por concepto de cobro de cargas no natas y menores de dos años de edad. 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 capitalización que realizarán los propietarios de la Institución de Salud Previsional para salvaguardar el pago de la deuda.

c. Una propuesta de transición de bonificación de prestación a prestación a bonificación de paquete de prestaciones a fin de contener costos según lo establecido en el Artículo 189 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud.

d. Una propuesta de emisión de bonos de deuda según lo establece el artículo respectivo.



e. Una propuesta de reducción de costos de la Institución.

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

Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas en forma de excedentes, pudiendo ellas requerirles 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:

1. Ofrecer acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad de la deuda en efectivo directamente a las personas afiliadas.
2. Ofrecer un mecanismo, especial, voluntario y excepcional de compensación a los afiliados al que hace referencia los Artículos 9 al 18.

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.

98. 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.”

99. De los diputados **Bravo y Lilayu** para intercalar en el primer párrafo de la letra a) del artículo 3, entre la palabra “devolución” y el punto y coma, lo siguiente: “, que podrá incluir compensación de deudas que mantenga el afiliado con la institución, cuando corresponda”.

100. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar los incisos segundo y tercero de la letra a) del artículo 3°.

101. 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.”.

102. Del diputado **Rosas** para incorporar en la letra b), luego del punto aparte que pasa a ser seguido, lo siguiente:

“Esta propuesta deberá incluir necesariamente un mecanismo de contención de gastos administrativos, de venta y de operaciones; incluyendo un sistema de pago eficiente hacia los prestadores, el establecimiento de atención progresiva y una política de transparencia de los gastos para los afiliados. La Superintendencia deberá dictar un reglamento que regule en detalle las exigencias mencionadas en el inciso anterior.

103. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas**, para eliminar la letra c).

104. 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.”.

105. De los diputados **Bravo y Lilayu** para agregar en el párrafo segundo de la letra c) del artículo 3, antes del punto final, la siguiente oración: “, debiendo priorizarse la devolución a los adultos mayores”.

106. De los diputados **Bravo y Lilayu** para agregar en el párrafo cuarto de la letra c) del artículo 3, después del punto final, la siguiente oración:



“El afiliado podrá solicitar el pago anticipado de la deuda y podrá transigir con la Institución de Salud Previsional el saldo insoluto mediante un pago único acordado entre las partes, cuyo monto corresponderá a la diferencia entre el saldo insoluto de la deuda menos una tasa de descuento por la preferencia temporal de pago.”.

107. 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”.

107 a. De los diputados **Astudillo** y **Ulloa**, para reemplazar en el inciso segundo del artículo tercero, el término “diez” por “dos”.

108. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas**, para agregar al inciso 2° 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.”

109. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas**, para intercalar en el inciso 3° 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,”

110. Del diputado **Rosas** para incorporar al final del inciso 4°, luego del punto aparte, que pasa a ser seguido, la siguiente frase:

“Para realizar esta oferta, deberán considerar de manera prioritaria a los afiliados y a afiliadas mayores de 60 años, de manera que no podrá ofrecer acelerar el pago de la deuda total o parcialmente, mientras no hayan propuesto el pago acelerado de la deuda total a todos sus afiliados y afiliadas mayores de 60 años”.

111. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas**, para incorporar en el inciso 4°, luego del punto final, la siguiente frase: “Para proceder en este sentido se requerirá la manifestación de voluntad de la persona afiliada.”

112. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas**, para eliminar el inciso 5 del artículo 3.

113. 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.”.

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

115. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas**, para eliminar la segunda parte del inciso 6°.

116. Del diputado **Rosas** para reemplazar la última parte del inciso 6, desde el punto seguido, por lo siguiente:

“estableciendo el máximo del alza. Esta metodología deberá considerar los siguientes componentes: los costos operacionales, aumentos de patrimonio y las medidas de contención de costos propuestas en el mismo plan, debiendo existir un equilibrio entre estos componentes con el solo objeto de permitir el financiamiento del costo de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias.”

117. De los diputados **Bravo y Lilayu** para suprimir en el inciso sexto del artículo 3, la oración: “En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.”.

118. De los diputados **Bravo y Lilayu** para reemplazar en el inciso ante penúltimo del artículo 3, la expresión “previa consulta al Consejo Consultivo” por la expresión “previa consulta y tomando en consideración las opiniones del Consejo Consultivo”.

*Cabe hacer presente que las indicaciones Nos 97, 100, 103, 112 y 115 fueron retiradas por sus autores.*

*Por su parte, recordar que la indicación N° 98 fue declarada inadmisibile.*

#### **Literal a) y b)**

**El Superintendente de Salud** respecto de la indicación N° 99, hizo presente que es inadmisibile pero, además, es redundante porque en el fondo ya



existe la regulación del uso de los excedentes y, estos ya consideran la posibilidad de cubrir copagos que estén pendientes o deudas.

*Cabe hacer presente que la indicación N° 99 fue retirada por su autor.*

**El diputado Lilayu** explicó que la indicación N° 101 es una alternativa a la mutualización y buscar dar viabilidad al pago de la deuda sin el colapso del sistema.

**La Ministra de Salud** aclaró que están en contra de la indicación porque es contraria al fallo de la Corte Suprema y, además, el reciente pronunciamiento del Tribunal Constitucional resolvió que esta materia es de seguridad social y no solo por aspectos de forma, por tanto, afirmó que es de iniciativa exclusiva del ejecutivo.

En votación la indicación N° 101, se rechazó por mayoría (3 votos a favor, 9 en contra y 1 abstención). Votaron a favor, los diputados y diputadas Bravo, Lilayu y Rey (en reemplazo de Cordero). En contra, los diputados Aedo, Astudillo, Cariola, Celis, Gazmuri, Ulloa (en reemplazo de Molina), Palma, Romero y Rosas. Se abstuvo, el diputado Lagomarsino.

*Cabe hacer presente que la indicación N° 102 fue retirada por su autor.*

Sometido a votación, los literales a) y b) del artículo 3, se aprobaron por **unanimidad** (13 votos a favor). Votaron a favor las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Palma, Romero y Rosas.

#### **Literal c)**

**La Ministra de Salud** respecto a la indicación N° 104, explicó que como estaba planteado en el proyecto original el plan de pago tiene que tener una propuesta de ajuste y, eventualmente, una solicitud de alza de los precios que originalmente se había planteado como un alza de precio base y que fue objeto de un compromiso del Ejecutivo de establecer un techo o tope.

Agregó que en la discusión interna se decidió que sería más claro para la gente establecer una prima que se agregue al precio pactado que tiene la



persona por su cotización y, no a uno de los elementos del precio base, toda vez que el precio pactado tiene tres elementos donde unos suben y otros bajan.

En el mismo sentido, afirmó que la prima es solo un elemento que se consignaría en UF y se establecería por beneficiario, la cual no quedaría sujeta a las alzas extraordinarias anuales del ICESA.

Por último, sostuvo que la finalidad de esta alza extraordinaria es reconocer que la situación en el sistema privado actual no tiene los ingresos suficientes para cubrir las prestaciones, producto que ambas sentencias han reducido los ingresos y, por tanto, permite la aplicación de esta prima extraordinaria que ayude alcanzar el equilibrio financiero necesario para que los afiliados estén seguros que las aseguradoras podrán pagar por las prestaciones.

**El Superintendente de Salud** aclaró que el mecanismo de prima es mucho más claro, toda vez que el efecto del precio base tiene un efecto exponencial porque cada UF que se aumente el precio base se multiplica por la suma de factores pero además se le imputa el porcentaje de alza anual a diferencias de las primas, como sería la del GES, que tiene un comportamiento lineal.

**El diputado Ulloa** sostuvo que esta es una prima que se les exige a las instituciones como elementos dentro del plan, la cual la paga el afiliado.

Por otro lado, declaró que para asegurar el pago de lo cobrado en exceso en forma indebida, se le va a exigir a la misma víctima de este delito el pago de una prima para asegurar ese pago, opinando que, sin duda, es osada la indicación del Ejecutivo.

**La diputada Cariola** afirmó que este es uno de los temas más delicados de la conversación, por tanto, es necesario conocer los argumentos que avalan el pago de una prima extraordinaria.

**El Superintendente de Salud** explicó que puede entender que en democracia existan diversas opiniones, pero no se puede imputar que hay una operación de salvataje hacia la industria, toda vez que lo importante es evitar que se afecte a los usuarios de las Isapres.

Por su parte, aclaró nuevamente que la indicación N° 104 hace un cambio importante, toda vez que ya no existe adecuación de precio base, sino que se establece una prima que genera un efecto de contención del alza.

**El diputado Lagomarsino** declaró que están visualizando uno de los problemas de la estructura legislativa del proyecto de ley, toda vez que todo se mezcla, generando un enredo en la discusión



Dicho lo anterior, manifestó que la indicación puede no gustar, pero pone en primer lugar a los afiliados, porque la prima extraordinario no es para pagar la deuda, sino que se están asegurando los ingresos para cubrir los beneficios de los afiliados.

**El Superintendente de Salud** clarificó que efectivamente cuando se busca la compensación de los planes, se debe compensar todo, pero cuando se imputa también el gasto de la deuda, es decir, el pasivo, se debe considerarlo dentro de desajuste de los planes, en consecuencia, la gracia del tope es que impide que se traspase todo al precio pero debe considerarse para encontrar el equilibrio. Ahora bien, afirmó que si no existiera techo se traspasaría la totalidad de la deuda a los afiliados.

**El diputado Ulloa** aclaró que entienden el alcance y sentido de la indicación pero concluyen diametralmente distinto.

Sometida a votación, la indicación N°104, se aprobó por mayoría (8 votos a favor y 5 en contra). Votaron a favor las diputadas y diputados Aedo, Bravo, Celis, Rey (en reemplazo de Cordero), Lagomarsino, Lilayu, Romero y Rosas. Votaron en contra, los diputados Astudillo, Cariola, Gazmuri, Ulloa (en reemplazo de Molina) y Palma.

*Cabe hacer presente que las indicaciones Nos 105 y 106 fueron retiradas por sus autores.*

**El diputado Romero** solicitó votar la admisibilidad de todas las próximas indicaciones del artículo 3, salvo las del Ejecutivo.

**La Ministra de Salud** hizo presente que todas las indicaciones son inadmisibles porque hace alusión a la forma en que se paga la deuda y eso sería seguridad social.

*Cabe hacer presente que las indicaciones Nos 105, 106, 110, 116, 117 y 118 fueron retiradas por sus autores, antes de la votación de admisibilidad.*



En votación de admisibilidad, las indicaciones Nos 107, 107 a, 108, 109 y 111.

Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Cariola, Gazmuri, Ulloa (en reemplazo de Molina) y Palma. Votaron en contra, los diputados Aedo, Bravo, Celis, Rey (en reemplazo de Cordero), Lilayu, Romero y Rosas. Se abstuvo, el diputado Lagomarsino. (5 votos a favor, 7 en contra y 1 abstención)

**El Superintendente de Salud** respecto a la indicación N°113 y cómo se construye el techo o tope del 10% de la prima extraordinaria, explicó que lo considerado para efectos del techo, es primero tomar un precio que permita establecer un punto de comparación, precisando que la tarea fue casi imposible de determinar en dichas condiciones y por las características del alza.

Ahora bien, se considera como precio base para establecer el alza máxima, los valores que las personas pagaban antes de los efectos de los fallos para que la gente pudiese conocer cuánto se podría alzar y, efectivamente, para establecer un máximo y no generar un alza sin techo de manera tal que las isapres compensaran el 100% de su plan. Con dichos elementos, se realizó la simulación de cuanto sería el máximo que se podría establecer para evitar que haya un efecto sistémico respecto de la caída de las Isapres. Lo anterior, llevó a la cifra de un 10% por sobre el valor que se pagaba en julio de 2023, lo que no significa que el alza vaya a ser en todos los casos de un 10%.

**El diputado Lagomarsino** preguntó si existirá alguna fórmula por la cual se garantice al menos aquello que desbalancea en cuanto a la aplicación de la tabla de factores riesgo, para separar la imputación de la deuda. En otras palabras, señaló que se busca dejar un techo para no dejarlo al arbitrio de las Isapres, pero el mal es no lograr balancear aquello que efectivamente viene de la aplicación prospectiva de la tabla única de factores de riesgo, por tanto, estimó importante tener la tranquilidad que el techo del 10% permite balancear lo que desbalancea y que ninguna de las Isapres va a quedarse por debajo de dicho balanceo, es decir, los ingresos permanentes van alcanzar para los gastos que se requieran.

**El Superintendente de Salud** afirmó que si, dentro de los parámetros y condiciones normales.

**La diputada Cariola** afirmó que están en desacuerdo con que se produzca un alza extraordinaria, señalando que intentaron que esto fuera resuelto de otra manera sin traspasar los costos a los usuarios, pero lamentablemente se perdió en la votación.



Lo anterior, ha generado un contexto y habiendo aprobado por amplia mayoría la indicación N° 104 que establece la prima extraordinaria, se siente obligada aprobar el tope del 10%, porque si no la prima quedar sin techo.

**La diputada Gazmuri** afirmó que no les queda más camino que aprobar el tope del 10% ya que se aprobó el alza o prima extraordinaria.

En votación la indicación N° 113, se aprobó por mayoría (12 votos a favor y 1 en contra). Votaron a favor, las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Ulloa (en reemplazo de Molina), Palma, Romero y Rosas. Votó en contra, el diputado Lilayu.

**La Ministra de Salud** hizo presente que durante la tramitación en el Senado se propuso una cierta garantía de que efectivamente se iba establecer un límite al alza extraordinaria, toda vez que en ese momento no existían los cálculos necesarios para fijar como tope un 10%.

**El diputado Romero** preguntó cómo se hará para que no se aplique siempre el tope del 10%.

**El Superintendente de Salud** puntualizó que, se calcula la prima de equilibrio para cada una de las Isapres y cuando esa prima se imputa al precio del afiliado, si el precio de ese afiliado supera el 10% de lo que pagaba en julio de 2023 se trunca el alza. En cambio, si el alza por la misma prima queda por debajo del 10% de lo que pagaba en julio de 2023, se imputa la totalidad de esa prima, en consecuencia, afirmó que el 10% no es el alza, sino que el techo respecto de cuando se trunca un alza determinada una vez imputada la prima de equilibrio para cada Isapre.

**La Ministra de Salud** recordó que la solicitud de alza va junto con el plan de pago y la propuesta de ajuste y, eso tiene que ser revisado por el consejo asesor, quien verificara que efectivamente este bien fundada la solicitud de alza.

Puesto en votación la indicación N° 114, se aprobó por **unanimidad** (13 votos a favor). Votaron a favor, las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Rey (en reemplazo de Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Palma, Romero y Rosas.



*Cabe hacer presente que quedaron pendientes los incisos segundo y siguientes del artículo 3.*

\*\*\*\*

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 **21:27** horas.

**ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS**  
Secretaria Abogada de la Comisión