

SESIÓN ORDINARIA 200ª DE LA COMISIÓN DE HACIENDA, CORRESPONDIENTE AL PERIODO LEGISLATIVO 2022-2026, CELEBRADA EL MIÉRCOLES 17 DE ABRIL DE 2024, CITADA DE 10.30 A 12:30 HORAS

SUMARIO

La presente sesión tiene por objeto iniciar la discusión 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), con urgencia calificada de suma.

Se inició la sesión a las 10:36 horas.

1. ASISTENCIA

Diputados asistentes: Barrera, Boris; Bianchi, Carlos; Cid, Sofía; Cifuentes, Ricardo; Mellado, Miguel; Naranjo, Jaime; Ramírez, Guillermo; Rojas, Camila; Romero, Agustín; Sáez, Jaime; Sepúlveda, Alexis; Von Mühlenbrock, Gastón; Yeomans, Gael (presidenta).

Asistieron en representación del Ejecutivo, la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza junto con el Superintendente de Salud, señor Víctor Torres Jeldes, el Director de Fonasa, señor Camilo Cid Pedraza y el Jefe de División de Planificación y desarrollo estratégico de Fonasa, señor Matías Goyenechea Hidalgo. Asimismo, asiste del Ministerio de Hacienda, el Coordinador de Mercado de Capitales, señor Alejandro Puente Gómez.

Actuó como Secretaria Abogado de la Comisión la señora María Eugenia Silva Ferrer y como abogada ayudante Gabriela Carvajal Andrade.



2. CUENTA

Se han recibido los siguientes documentos:

1.- Oficio de S.E. el Presidente de la República por el cual retira y hace presente la urgencia calificada de Discusión Inmediata, para el despacho del proyecto que Modifica el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el FONASA, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsual, Boletín: [15896-11](#)

2.- Informe de la Comisión de Defensa Nacional recaído en el proyecto, iniciado en mensaje, con urgencia calificada de Discusión Inmediata, que Modifica la planta de Oficiales de la Armada, en el Escalafón del Litoral, Boletín: [16619-02](#)

3.- Of. N°147 Subsecretaria de Vivienda y Urbanismo, señora Daniela Cañas Castro, en respuesta a Oficio N°1302-5-2024 de esta Comisión, acerca de los beneficiarios de los decretos número 10/2024 y 37/2023, desglosando por región, especificando cuántos corresponden a cada una. Respuesta Oficio N°: [1302/5/2024](#)

3. ORDEN DEL DÍA

Con el objeto de continuar la discusión 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), con urgencia calificada de Suma.

La Comisión inicio la discusión y votación de los artículos sometidos a competencia de la Comisión de Hacienda, iniciando con el artículo 1º, numerales 1), 2), 3) en lo referido en los artículos 130 bis y 130 ter que incorpora, 4), 5).

“Artículo 1º.- Introdúcense, en el decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, las siguientes modificaciones:

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

“g) Velar por el correcto funcionamiento de la licitación, contratación e

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

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

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

3) Incorpóranse, a continuación del artículo 130, el siguiente Capítulo VIII, y los artículos 130 bis, 130 ter, 130 quáter, 130 quinquies, 130 sexies, 130 septies, y 130 octies, nuevos, que lo integran:

“CAPÍTULO VIII

Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

Artículo 130 bis.- Créase un Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, de carácter técnico, en adelante e indistintamente el “Consejo”, que tendrá como función asesorar a la Superintendencia de Salud en el proceso de restitución de los cobros realizados en exceso por aplicar tablas de factores elaboradas por ellas mismas y distintas a la Tabla Única de Factores.

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

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

Artículo 130 ter.- El Consejo estará constituido por cinco personas, de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en materias de salud pública,

economía de salud o derecho sanitario. Dos de estas personas serán nombradas por la o el Ministro de Salud, dos nombradas por la o el Ministro de Hacienda y uno nombrada por la o el Ministro de Economía, Fomento y Turismo.

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

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

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

4) Reemplázase el artículo 142 por el siguiente:

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

5) Agréganse, a continuación del artículo 144, los siguientes artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies, 144 septies y 144 octies, nuevos:

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

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

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

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

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

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

Una resolución del Ministerio de Salud, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, establecerá el arancel señalado en el presente artículo. Dicha resolución deberá ser suscrita, además, por el Ministerio de Hacienda. Este arancel deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel de la modalidad de libre elección. En el caso de la atención hospitalaria se contemplarán mecanismos de pago destinados a financiar la solución del problema de salud. El arancel de la modalidad de cobertura complementaria podrá considerar prestaciones con pertinencia sanitaria no contenidas en el arancel de la modalidad de libre elección. Para la incorporación de nuevas prestaciones en el arancel de la modalidad, se podrá considerar otros aranceles para personas no beneficiarias del Libro II de este decreto con fuerza de ley, a que se refiere el artículo 24 de la ley N° 18.681, que establece normas complementarias de administración financiera, de incidencia presupuestaria y personal.

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

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

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

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

La cobertura del seguro catastrófico será de cargo de la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria. Esta deberá ser activada por la compañía de seguros de forma automática, una vez que los copagos financiados por las personas inscritas superen el deducible.

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

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

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

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

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

La prima complementaria será la misma para cada una de las personas inscritas, sin distinción ni discriminación alguna. Sin perjuicio de lo anterior, podrán existir condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares, las cuales quedarán determinadas en la póliza. Con todo, el precio de la prima para grupos familiares nunca

podrá ser mayor a la suma de las primas de todos sus integrantes.

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

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

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

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

períodos anteriores.

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

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

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

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

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

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

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

c) Los criterios objetivos que serán considerados para adjudicar la licitación, entre los que deberá incluirse un valor de la prima, un monto de tope de cobertura financiera complementaria anual y las condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares.

d) La forma de designación de las comisiones evaluadoras.

e) El plazo de duración del contrato, el que no podrá ser superior a cuatro años.

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

g) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las compañías de

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

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

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

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

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

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

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

En el caso que existan contratos ya adjudicados, y corresponda hacer un nuevo proceso de licitación, si éste se declarase desierto, dicha declaración habilitará al Fondo Nacional de Salud para prorrogar los contratos adjudicados vigentes por una sola

vez. De no ser posible la prórroga, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad al presente artículo.

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

Artículo 144 octies.- Vencido el plazo del contrato adjudicado a la compañía de seguros por la licitación, o en caso de término por cualquier otro motivo, y si la nueva licitación es adjudicada a una compañía de seguros distinta, los beneficiarios con contratos vigentes continuarán afiliados a estos, hasta el vencimiento de sus respectivas pólizas, tras lo cual podrán optar entre continuar afiliados a esta modalidad de cobertura complementaria, en los términos ofrecidos por la nueva compañía de seguros, o renunciar a ella, con al menos diez días de anterioridad al vencimiento de sus pólizas.

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

La Diputada Yeomans (presidenta) propuso, al objeto de iniciar la votación, escuchar la exposición de la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera.

La Ministra de Salud, expuso que el artículo primero, en su numeral 1), agrega una nueva función a FONASA que implica velar por el correcto funcionamiento de la licitación y la implementación de la modalidad de cobertura complementaria. Además, se le asigna la tarea de redactar las pólizas que deben observar las compañías de seguro que otorgan esta cobertura, depositándolas en la Comisión para el Mercado Financiero.

El numeral 2) modifica la facultad de supervisión y control de la Superintendencia de Salud, incorporando la modalidad de cobertura complementaria, especificándose que la supervigilancia de FONASA es de la superintendencia de salud y la supervigilancia de las compañías de seguro es de la Comisión para el Mercado Financiero.

El numeral 3), en lo pertinente, incorpora un artículo 130 bis que crea el Consejo y define su función, indicando que sus pronunciamientos son públicos pero no vinculantes y el artículo 130 ter define aspectos como su constitución, duración, elección de la presidencia y dieta, aspectos que fueron modificados en el trámite reglamentario anterior.

El numeral 4) modifica el artículo 142 que define modalidades de atención opcionales del FONASA, agregando la modalidad de cobertura complementaria a la modalidad de libre elección y atención institucional. Se permite a los afiliados elegir entre estas modalidades, con la opción de cobertura complementaria sumándose a las otras opciones existentes.

El numeral 5) incorpora artículos que regulan la modalidad de cobertura complementaria (MCC). Se incorporan artículos que regulan esta modalidad, definiendo quiénes pueden acceder a ella, cómo funciona su cobertura y arancel, así como la obligación de pagar una prima. Se establece que las prestaciones se financiarán en parte por la cobertura de las compañías de seguros, incluyendo un seguro catastrófico con un tope anual. Continuó detallando que se establecerá un arancel especial que contendrá las prestaciones del arancel de modalidad libre elección e incluirá nuevas prestaciones, siendo más atractivo para los prestadores e incluyendo mecanismos de pago más eficiente. Sobre el particular, afirmó que las prestaciones financiadas por la MCC quedan excluidas de los préstamos médicos, entendidos como seguro financiero para afrontar las prestaciones derivadas de una urgencia o emergencia que se encuentran debidamente cubiertas a nivel legal. Añadió que la modalidad de cobertura complementaria incorpora un seguro catastrófico. Por otra parte, se regula la prima plana de la modalidad de cobertura complementaria, estableciendo que no debe hacer diferencia por sexo, edad o condición de salud, permitiendo a los empleadores celebrar convenios o contratos colectivos para aportar parte o toda la prima y con una afiliación es por 12 meses renovables automáticamente, con posibilidad de renuncia por razones justificadas. Con respecto al proceso de licitación, aquella se define para la cobertura financiera por las compañías de seguro, estableciendo un mecanismo de licitación pública regulando sus requisitos y basado en principios de igualdad y libre concurrencia y regula el contrato directo en caso de licitación fallida. Finalmente detalló la regulación que establece la vigencia de la póliza de cobertura complementaria y la aplicación supletoria de normas de modalidad de elección. Se permite la aplicación de reglas de modalidad de libre elección en todo lo regulado para la modalidad de cobertura complementaria, compatible con ellas.

El Diputado Barrera consultó sobre los requisitos para acceder a la modalidad de cobertura complementaria.

El Diputado Bianchi valoró las medidas por mejorar sustantivamente la salud pública del país. Por otra parte, expresó su preocupación por la posibilidad de que algunos sectores intenten pedir votación separada sobre ciertos puntos, como el artículo 144 ter, que podría afectar la competencia que actualmente existe en el sistema de salud. Enfatizó la importancia de promover la competencia entre aseguradoras para mejorar la calidad y reducir los precios de los servicios de salud, invitando a trabajar juntos para mejorar el sistema de salud pública y crear alternativas que compitan con las estructuras privadas existentes.

La Ministra de Salud respondió que la modalidad de cobertura complementaria no tiene exclusiones, no se hacen diferencias ni prevé la realización de exámenes previos, señalando que dicho enfoque es común en seguros colectivos, donde la duración no es prolongada y el riesgo se distribuye entre un grupo amplio de personas, evitando así la selección adversa. Sostuvo que en este caso la prima plana asegura que todos contribuyan de manera equitativa, y al renovarse periódicamente mediante licitaciones, se garantiza que no haya diferencias en el acceso al seguro.

La Diputada Yeomans (presidenta) aludió a una indicación que se presentó pero que quisiera proponer al ejecutivo, respecto a las garantías que se tienen

en consideración para el registro de la superintendencia y si es posible considerar una garantía mayor para las ISAPREs. Finalmente solicitó a la Ministra si puede comentar de la discusión dada en ese marco en la Comisión de Salud.

La Ministra de Salud afirmó que aquello se discutió en la Comisión de Salud y que la indicación fue retirada. Explicó que en dicha instancia se señaló que la barrera de existencia de nuevas ISAPREs no era materia de este proyecto pero que se presentará un proyecto de ley a futuro sobre el particular. Por otra parte aludió a la potencial restricción de la competencia en ese ámbito.

El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres, reafirmó los argumentos dados por la Ministra, entendiendo que la entrada de nuevos actores al sistema podría favorecer a las actuales ISAPREs en lugar de a las personas, ya que competirían en condiciones desfavorables. Por tanto, sugirió que la discusión sobre esta modificación estructural del sistema de salud sea más pertinente en futuros proyectos de ley que se presentarán en octubre, cuando se pueda analizar más a fondo el funcionamiento del sistema en su conjunto.

El Diputado Romero consultó sobre el cambio en la normativa relacionada con las garantías en el contexto de la reforma, planteando que esta deuda debería considerarse en los estados financieros de las ISAPREs y en la consolidación de las sociedades matrices. Destacó la importancia de resolver este problema para garantizar la continuidad de las ISAPREs.

El Superintendente distinguió dos elementos distintos, primero, respecto a las normas indicadores que a la Superintendencia le corresponde supervigilar, separando entre el funcionamiento habitual y el funcionamiento especial del sistema de salud, este último producto de una sentencia judicial. En el funcionamiento habitual se supervisan los indicadores financieros y, si hay incumplimientos, se aplican intervenciones como planes de ajuste o administradores provisionales. El segundo elemento es que colocar la deuda en cuentas corrientes distintas permitiría supervisar el cumplimiento del plan de pago sin generar incumplimientos inmediatos que provoquen intervenciones en todo el sistema.

El Diputado Sáez preguntó si podría el tope de 10 ser utilizado por alguna compañía para apalancar deuda. Por otra parte, en caso de insolvencia de una ISAPRE, consultó sobre cómo se asegura de la continuidad de prestaciones para sus usuarios y se prevé la generación de algún mecanismo de emergencia transitorio para abordar dicha situación.

El Superintendente respondió que el cálculo del alza no se centra en la posibilidad de pagar deuda en caso de insolvencia, sino en equilibrar financieramente los planes para garantizar cobertura a las personas. Por otra parte, ante una eventual insolvencia de una ISAPRE, se establece un plan de ajuste contingencia o la designación de un administrador provisional para evitar la falta de continuidad en las prestaciones. Señaló que en ese supuesto la continuidad de las garantías cubre las prestaciones realizadas y facturadas como aquellas no facturadas, sin embargo, a su parecer, hay que evitar esas precarias condiciones que implicarían la insolvencia para los usuarios.

El Diputado Ramírez consultó, frente a la eliminación de la mutualización, si el Ejecutivo ha estimado el número de ISAPREs que potencialmente

puede quebrar.

El Diputado Mellado preguntó al ejecutivo sobre qué ocurre con la el pago de la deuda a un afiliado si se cambia a otra ISAPRE. Por otra parte, consultó si existe alguna limitación para una eventual modificación societaria de las ISAPREs frente a los diez años de plazo, en particular manifestó su preocupación sobre la propiedad de las ISAPREs.

La Ministra de Salud, en relación al cálculo del techo y el manejo de la deuda, señaló que las ISAPREs deben abrir una cuenta individual para cada persona a la que se le haya cobrado en exceso, independientemente de si cambian a FONASA o a otra ISAPRE después de la sentencia. Respecto a la continuidad de las ISAPREs y posibles cambios de propiedad, mencionó que estas deben tener claros sus pasivos, incluyendo la posibilidad de que paguen en efectivo y adelanten plazos de pago, lo que no debería ser un obstáculo para cambios en la propiedad, pero cualquier nuevo comprador debe considerar la viabilidad financiera de la industria, en su opinión. Finalizó señalando que objetivo del proyecto es lograr un equilibrio financiero y mantener la estabilidad en el sistema para evitar una crisis sistémica.

El Superintendente explicó que se consideran varios elementos para proyectar las primas de equilibrio y determinar el tope adecuado para mantener la continuidad del sistema, lo que incluye la transformación de la cotización legal en cotización real y la consideración de elementos relacionados con la deuda. Afirmó que se establece un techo para evitar que el traspaso de los mayores costos recaiga completamente en los usuarios y que el aumento del 10% se determina como el mínimo necesario para mantener las condiciones de funcionamiento del sistema. Manifestó finalmente, que las decisiones sobre cómo manejar estas condiciones quedarán en manos de los directores de las ISAPREs.

El Diputado Ramírez solicitó confirmación respecto al diagnostico dado por el Superintendente, en particular, sobre que se debería llegar a un punto de equilibrio con lo que no debería existir ninguna quiebra, pues los ingresos serían mayor que los costos por lo que sería un buen negocio, incluso teniendo que capitalizar una ISAPRE sabe que al largo plazo va a poder seguir operando.

El Superintendente afirmó que eso es lo que busca el ejecutivo, pero que existirían definiciones de empresas que no pasan por las legales, pero que el ejecutivo propone eliminar otros factores que permitirán tomar mejores decisiones.

La Diputada Yeomans (presidenta) consultó sobre si FONASA actualmente estaría habilitado para recibir un mayor número de afiliados.

La Ministra de Salud destacó que la propuesta del ejecutivo busca estabilizar el sistema de salud, con un énfasis en el uso eficiente de recursos por parte de las ISAPRES, en que se les permite hacer un pago por resultados de salud y se establece un techo de gasto. El proyecto evita una crisis sistémica y la insolvencia de las ISAPRES, pero requiere que estas reduzcan su gasto. Se enfatiza en la estabilización del sistema público de salud, con un énfasis en la modalidad de cobertura complementaria para ofrecer mayor protección financiera y eficiencia en el uso de recursos. Señaló que el traspaso de afiliados de ISAPRE a FONASA se viene produciendo de un tiempo a esta parte, sin embargo, medidas como la modalidad de cobertura complementaria permitirá el acceso a

un sistema de prestaciones mixto con una mayor protección financiera respecto a la MLE y un uso más eficiente mediante el cambio de mecanismos de pago por resultados.

El Director de Fonasa, señor Camilo Cid Pedraza, destacó el fenómeno de migración de personas desde las ISAPREs hacia FONASA, atribuyéndolo a la utilización intensiva de la modalidad de libre elección. Luego, enfatizó en la importancia de la modalidad de cobertura complementaria para cubrir el diferencial de cobertura financiera que las personas pueden perder al migrar a FONASA, modalidad que no operaría como un seguro tradicional de ISAPRE, sino como un seguro de copago que permite mantener relaciones con los proveedores. Finalmente, mencionó aspectos relacionados con la política pública de seguro complementario y la continuidad de prestaciones en caso de disolución de las ISAPREs, resaltando la necesidad de atribuciones para licitar seguros voluntarios privados y garantizar la continuidad de la cobertura para diferentes situaciones extremas.

El Diputado Naranjo preguntó sobre la capacidad de los prestadores privados para recibir la gran cantidad de personas que migrarán desde las ISAPREs hacia FONASA con la modalidad de cobertura complementaria, cuestionando si estos prestadores, algunos de los cuales están vinculados a las ISAPREs, tendrán la capacidad para atender a este nuevo flujo de pacientes en el sector privado.

La Ministra de Salud afirmó que los prestadores privados están preparados y expectantes ante la posibilidad de un mayor uso eficiente de la prestación privada, destacando que una proporción significativa de la atención privada ya se destina a FONASA a través de diversas modalidades, como la libre elección y la ley de urgencia. Además, se señala que la prestación privada también puede realizarse en establecimientos públicos lo que podría contribuir a mantener más especialistas en los referidos establecimientos.

Luego del debate la Comisión procedió a votar los numerales 1) al 5) del artículo 1º, con votación separada del numeral 3)

Sometidos a votación los numerales 1), 2), 4) y 5) del artículo 1º estos fueron aprobados por seis votos de los diputados presentes. Votaron a favor los diputados Barrera, Bianchi, Naranjo, Rojas, Sáez y Yeomans. Votó en contra el diputado Romero. Se abstuvieron los diputados Cid, Mellado, Ramírez y Von Mühlenbrock (6-1-4).

Sometido a votación el numeral 3), en lo referido en los artículos 130 bis y 130 ter que incorpora, este fue aprobado por la unanimidad de los once diputados presentes. Votaron a favor los diputados Barrera, Bianchi, Cid, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Romero, Sáez, Von Mühlenbrock y Yeomans. (11-0-0)

Indicación al artículo 1º, para incorporar un nuevo numeral 7):
De los diputados Barrera, Bianchi, Rojas, Sáez y Yeomans

“Al artículo 1: Incorpórese un nuevo numeral 7), pasando el actual a ser 8) y así sucesivamente, del siguiente tenor: Sustituyese el actual artículo 178 por el

siguiente:

“Artículo 178. Las Instituciones deberán acreditar, al momento de presentar la solicitud de registro a la Superintendencia, un capital mínimo efectivamente pagado, equivalente a noventa mil unidades de fomento.

Las Instituciones deberán constituir, al momento de ser registradas, una garantía equivalente a treinta y seis mil unidades de fomento.

Asimismo, las Instituciones deberán mantener un patrimonio igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales. Dicha relación será revisada mensualmente por la Superintendencia.

En todo caso, el patrimonio nunca podrá ser inferior a noventa mil unidades de fomento.

La Superintendencia deberá dictar un reglamento en el que se precisen las condiciones que serán exigidas para hacer aplicable esta norma a las Instituciones ya constituidas.”.

La Diputada Yeomans (presidenta) dejó constancia de que, por la materia de la indicación, es un tema que se revisará en otro proyecto de ley que va a ingresar el Ejecutivo, por lo que propone retirar la indicación.

El Diputado Bianchi se manifestó a favor de lo propuesto, con la expectativa de la presentación del proyecto de ley comprometido por el Ejecutivo.

El Diputado Sáez enfatizó la necesidad de contar con barreras rigurosas pero alcanzables para garantizar la sostenibilidad financiera, que sean exigentes para mantener la neutralidad del sistema, aunque no necesariamente inaccesibles. Valoró el compromiso del Ejecutivo de abordar este tema en futuras leyes, manifestándose atento para asegurar que dicho compromiso se cumpla.

La Diputada Rojas se mostró a favor de retirar la indicación y, complementando las opiniones, propuso un trabajo conjunto para arribar a una propuesta en la materia.

La indicación fue retirada por sus autores.

La Secretaría enfatizó en que la consecuencia reglamentaria de aquello es que se tiene por no formulada.

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.”.

11) Modifícase el inciso segundo del artículo 206 de la siguiente forma:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sometido a votación los numerales 9), 11) y 12) del artículo primero, estos fueron aprobados por once votos. Votaron a favor los diputados Barrera, Bianchi, Cid, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Romero, Sáez, Von Mühlenbrock y Yeomans. Votó en contra el diputado Sepúlveda. (11-1-0)

10) Reemplázase el inciso segundo del artículo 198, por el siguiente:

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

El Superintendente explicó que este numeral se gestó en el inicio de la generación del proyecto de ley, es decir hace más de un año, y en ese contexto era incipiente la fórmula de adecuación precio base, que mezclaba tanto el ICSA como primer techo y la verificación que se estableció a propósito del primer grupo de sentencias de la Corte Suprema. La ley que crea el ICSA establece que si la variación de los costos de las ISAPRES es negativo, no hay alza de precio pero tampoco baja. Como se quiere incentivar la mayor eficiencia y que no se traspase el costo a precio lo ideal sería mantener eso e incentivar a que las ISAPRES puedan tener una variación de costos negativas y puedan tener ganancias sin imputar esto a mayor precio, siendo aquello el escenario ideal. Refirió que si se eliminaba esto estableciendo que una variación de costo negativa implique una baja de precios el incentivo sería a la inversa, es decir, que las ISAPRES gasten más para subir sus valores. En definitiva mantener la norma tal cual como está incentivaría a mejor eficiencia por parte de las ISAPRES y tendría menos impacto en los usuarios. Graficó lo anterior con lo ocurrido con la ISAPRE Consalud el año pasado que al tener una variación de costo negativa no elevó sus precios.

El Diputado Sepúlveda consultó como se ajusta a la baja, si actualmente opera o como operaría.

El Diputado Ramírez, a fin de considerar lo expuesto por el Superintendente, solicitó confirmar si en definitiva deben votar a favor o en contra del numeral en estudio.

El Superintendente aclaró que él solo sugiere y que son los parlamentarios quienes deliberan, sin embargo, respondió que modificar el sistema actual de acuerdo al numeral 10) generaría un incentivo al aumento de los costos por las ISAPRES. Mientras que si la variación de costos es negativa no hay alza pero tampoco hay baja, es un ingreso para las ISAPRES.

El Diputado Barrera reiteró la solicitud de aclaración.

El Superintendente aclaró que esta indicación se gestó en los inicios, sin un sistema de verificación firme. Hoy ya está firme por la sentencia de la Corte Suprema. Esta norma buscaba disminuir la judicialización pero actualmente tendría un sentido contrario.

El Diputado Mellado consultó sobre cuál sería la ganancia para los usuarios.

El Superintendente destacó que lo que se calcula no es un nuevo precio, sino una variación de costo interanual y explicó que la eficiencia radica en que las empresas aumenten sus márgenes sin elevar los costos para los usuarios. Mencionó que la ley permite aumentos anuales por sobre la UF, siempre que se justifiquen en la variación de costos, lo que implica un aumento anual, pero enfatizó en que eliminar este incentivo conduciría a un aumento de los costos de las empresas para poder recuperarlos a través del precio, perjudicando así a las personas.

El Diputado Sepúlveda, comprendiendo la explicación propuesta por el Superintendente, señaló que la tendencia natural de las ISAPREs es aumentar los costos y afirmó que los controles y verificaciones existentes deben asegurar que esto no ocurra. Expresó escepticismo hacia la idea de que las ISAPREs cambiarán su comportamiento si se aprueba la indicación por su tendencia. Concluyó enfatizando la necesidad de una supervisión rigurosa para evitar abusos y aumentos injustificados de costos.

El Superintendente expresó que mantener la norma del numeral 10) acentuaría el comportamiento de aumento de variación de costos de las ISAPREs, traspasándose al precio, pues no habría un incentivo a disminuir los costos.

Indicación al numeral 10) del artículo 1º

Del Diputado Sepúlveda:

Para reemplazar el número 10) del artículo primero por el siguiente:

“10) Reemplázase el inciso segundo del artículo 198, por el siguiente:

‘En el evento de que el indicador sea negativo, los precios **deberán** ajustarse a la baja.’”.

La Secretaría señaló que la indicación sería inadmisibles por tratarse de materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, en particular el numeral 6º del inciso cuarto del artículo 65 de la Constitución Política de la República, atendido que modificaría normas sobre seguridad social o que incidan en ella, tanto del sector público como del sector privado.

La indicación fue declarada inadmisibles por la Presidenta.

El Diputado Sepúlveda solicitó la votación sobre la admisibilidad de la indicación.

Sometida a votación la admisibilidad de la indicación al numeral 10) del artículo 1º esta fue rechazada por no alcanzar el quórum de aprobación. Voto a favor el diputado Sepúlveda. Votaron en contra los diputados Barrera, Cid, Naranjo, Rojas, Romero, Sáez y Yeomans. Se abstuvieron los diputados Bianchi, Cifuentes, Mellado, Ramírez y Von Mühlenbrock. (1-7-5).

Sometido a votación el numeral 10) del artículo 1º fue rechazado por once votos. Votó a favor el Diputado Sepúlveda. Votaron en contra los diputados Barrera, Bianchi, Cid, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Romero, Sáez, Von Mühlenbrock y Yeomans. Se abstuvo el diputado Cifuentes. (1-1-11).

Artículo 2º.- 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/Nº 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud, proceso que deberá realizarse al mes subsiguiente de la dictación de la circular a la que hace referencia el inciso primero de este artículo.

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

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

2) La obligación de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasión de la aplicación del numeral precedente, resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la Institución respectiva, debiendo señalar esas diferencias en unidades de fomento, por cada uno de ellos.

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

4) La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3º 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.

La Ministra de Salud expuso que el artículo segundo regula la circular que la Superintendencia debe emitir para dar cumplimiento con el fallo de la tabla de factores. Este artículo faculta a la Superintendencia para instruir a las ISAPREs a adecuar sus planes a esta tabla única de factores, sin permitir alzas en los contratos de salud, como dictaminó la Corte Suprema. Enfatizó la importancia de seguir las recomendaciones de la comisión técnica del Senado. Además, se especifica que la adecuación de los precios finales no puede resultar en una reducción del precio pactado de los contratos por debajo del valor de la cotización legal para la salud. Se requiere a las ISAPREs informar sobre contratos con precios finales inferiores y restituir las cantidades percibidas en exceso desde abril del 2020 debido al proceso de adecuación de la tabla de factores, cuya mecánica del pago se detalla en el artículo tercero.

Sometido a votación el artículo 2° fue aprobado por once votos a favor y cinco abstenciones. Votaron a favor los diputados Barrera, Bianchi, Cifuentes, Naranjo, Rojas, Sáez, Sepúlveda y Yeomans. Se abstuvieron los Diputados Cid, Mellado, Ramírez, , Romero y Von Mühlenbrock (8-0-5).

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

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

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

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

Respecto a la propuesta señalada en el literal a) anterior, el plazo de devolución de la deuda podrá ser de hasta diez años. Con todo, la propuesta deberá contemplar mecanismos a fin de que la deuda de las personas mayores de ochenta años de edad sea pagada íntegramente dentro de los primeros veinticuatro meses de implementación del plan de pago y ajustes; y que la deuda de las personas de sesenta y cinco años o más sea pagada dentro de los primeros setenta y dos meses.

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

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

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

La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días al Consejo

Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá treinta días para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional.

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

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

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

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

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

La Ministra de Salud expuso que artículo tercero regula el proceso de evolución de la deuda y solicita un plan de pago y ajustes que debe presentarse por parte de las ISAPREs, sujeto a aprobación por la Superintendencia de Salud, previa consulta al Consejo Consultivo, el que debe incluir una propuesta de devolución de la deuda, que puede ser a través de excedentes o efectivo, y anunció el ingreso de una indicación para

permitir el uso de instrumentos financieros. Además debe presentarse una propuesta de reducción de costos por parte de la industria y una propuesta de prima extraordinaria, en caso de que se requiera por beneficiario, la que no puede considerar el déficit de las ISAPREs previo al 30 de noviembre de 2022, limitada al 10% de aumento máximo comparado con lo cotizado por el plan en julio de 2023.

Señaló que la finalidad de la prima extraordinaria es reconocer que en la nueva situación post-fallo el sistema privado no obtiene los ingresos suficientes para cubrir las prestaciones de sus afiliados. Por lo mismo, el proyecto permite la aplicación de una prima extraordinaria que ayude a alcanzar el equilibrio financiero necesario para cubrir todos sus costos, especialmente para que los afiliados estén tranquilos de que sus aseguradoras podrán efectivamente pagar por sus prestaciones. En tal sentido, el espíritu de la norma es que la prima permita a las aseguradoras llegar al equilibrio que les permita cubrir sus costos cuidando nunca incluir en esta ecuación las utilidades de la industria. Refirió que la idea de esta prima es que las ISAPREs puedan tener ingresos suficientes para cumplir con todas sus obligaciones, pero nunca para obtener utilidades. Por lo mismo, si producto de las otras medidas del proyecto y de otras leyes alguna ISAPRE ya está en un equilibrio para cubrir sus obligaciones, entonces no podrá aplicar alza extraordinaria alguna. Por eso, la redacción de la norma apela a las prestaciones de los afiliados a fin de excluir del análisis financiero cualquier utilidad de las ISAPREs.

Continuó señalando que en virtud de indicación en la Comisión de Salud y por aplicación del fallo del Tribunal Constitucional se eliminó la regla de la mutualización. Se establece un plazo máximo de 10 años para el pago de la deuda, debiendo las ISAPREs contemplar mecanismos a fin de que las personas mayores de 80 años sea pagada íntegramente dentro de los primeros 24 meses de implementación del plan de pago, lo que representa aproximadamente el 10% de la deuda. Además se establece la regla respecto a personas mayores de 65 años, la que debe ser pagada en los primeros 72 meses, manteniendo el máximo de 10 años. Con ello se prioriza el pago para las personas mayores.

Finalizó explicando que se regula el procedimiento de aprobación del plan de pago y ajuste por la Superintendencia, previa recomendación del Consejo Consultivo.

El Diputado Ramírez consultó sobre la indicación que permite el pago por bonos, confirmando que se establece en un nuevo artículo 6°.

El Diputado Mellado preguntó sobre el monto exacto al que asciende la deuda real.

Indicaciones al artículo 3°

1. De los Diputados Barrera, Bianchi, Naranjo, Rojas, Sáez y Yeomans

Al artículo 3° inciso undécimo

“Para agregar luego de la frase “o en la ejecución de este” y la frase “se sancionará de acuerdo con lo establecido en el capítulo VII”, lo siguiente: “*generará intereses de acuerdo a la tasa máxima convencional*”.

2. De los Diputados Barrera, Bianchi, Rojas, Sáez y Yeomans

“Al artículo 3, Inclúyase en la letra b) del inciso primero, luego del punto aparte que pasa a ser seguido lo siguiente:

“Esta propuesta deberá incluir un sistema de pago eficiente hacia los prestadores, el establecimiento de atención progresiva y una política de transparencia de los gastos para los afiliados”.

3. De los Diputados Barrera, Bianchi, Rojas, Sáez y Yeomans

Para agregar, en el artículo tercero, los siguientes incisos duodécimo, decimotercero, decimocuarto y final, nuevos:

“El o los mayores accionistas o aportadores de capital de la Institución de Salud Previsional serán solidariamente responsables de los pasivos remanentes impagos.

En caso que el controlador participe de la propiedad de una nueva Institución de Salud Previsional, se aplicará la prohibición del inciso 1° del artículo 6° de la presente ley, hasta el pago total de la deuda referida en este artículo.

Asimismo, el o los mayores accionistas o aportadores de capital de la Institución de Salud Previsional no podrán celebrar contratos con la Administración del Estado.

La enajenación de bienes ejecutadas por las Instituciones de Salud Previsional con intención fraudulenta de disminuir su patrimonio en perjuicio de los acreedores serán nulos”.

El Diputado Sáez anunció que presentaron una indicación en su inciso undécimo, que guarda relación con las sanciones según lo señalado en el capítulo VII, a fin de considerar intereses en el pago de la deuda. Explicó que si, una vez establecido el plan de pago, este no se cumple, si debería devengar intereses moratorios.

El Diputado Bianchi consultó si es posible pedirle el patrocinio al Ejecutivo sobre la indicación referida.

La Diputada Yeomans afirmó que se presentaron dos indicaciones adicionales. La primera respecto a la letra b) relativa a la propuesta de reducción de costo e implica establecer un marco cierto para la propuesta que se pueda presentar, que debe incluir un sistema de pago eficiente hacia los prestadores, el establecimiento de la atención progresiva y una política de transparencia de los gastos para los afiliados. Respecto de la última de las indicaciones señaladas consultó al Ejecutivo su impresión a propósito de la responsabilidad solidaria. En definitiva entregó copia de las indicaciones con la intención de que se pueda revisar u otorgar otra fórmula. Añadió que lo que interesa o a lo que se refiere la indicación en dicho caso es que quienes sean mayores accionistas aportadores de capital de la institución de salud provisional serán solidariamente responsables de los pasivos remanentes impagos. La lógica que hay detrás es que la deuda se pague.

El Ejecutivo consultó si los requisitos señalados en la indicación a la letra b) se tratarían de un contenido mínimo por cumplir en la propuesta.

La Diputada Yeomans confirmó al ejecutivo que respecto a la indicación a la letra b) del inciso primero del artículo 3º los requisitos ahí señalados son un mínimo, manifestándose favorablemente a modificarlo en tal sentido.

La Secretaría dio lectura a la indicación presentada a la letra b) del inciso primero del artículo 3º, señalando que es admisible.

La Ministra de Salud consultó sobre el significado de atención progresiva.

La Diputada Yeomans aclaró que implica que se vaya atendiendo desde la atención primaria de salud y así progresivamente. Establecida su admisibilidad, propuso acordar aspectos para su mejor formulación. En tal sentido acogió que se trate de un mínimo, dejándolo explícitamente en la indicación.

La Ministra de Salud sugirió especificar lo señalado en la indicación sobre el establecimiento de atención progresiva en cuanto puede modificar las condiciones de entrega de los servicios que tienen actualmente los contratos de ISAPREs, es decir, si es que se refiere a una definición que exige que las personas tengan un cierto trayecto de atención que hoy no se establece como obligación en los contratos sino que funcionan más bien como modalidad libre elección. Sobre las restantes condiciones señaló no tener reparos.

Los autores de la indicación acordaron modificar su tenor en el siguiente sentido:

“Al artículo 3, inclúyase en la letra b) del inciso primero, luego del punto aparte que pasa a ser seguido lo siguiente:

“Esta propuesta deberá incluir, al menos, un sistema de pago eficiente hacia los prestadores y una política de transparencia de los gastos para los afiliados”.”.

El Diputado Mellado al emitir su voto argumentó cuestionando la admisibilidad de la indicación, pues en su opinión es administración financiera de las ISAPREs.

El Diputado Romero, al emitir su voto, sostuvo que le parece redundante la consagración de estos requisitos, pues en su concepto sería la regla general, cuestionando los efectos de la consagración expresa.

Sometida a votación la indicación, con la modificación acordada, fue aprobada por nueve votos de los diputados presentes. Votaron a favor los diputados Barrera, Bianchi, Cid, Cifuentes, Naranjo, Rojas, Sáez, Sepúlveda y Yeomans. Se abstuvieron los Diputados, Mellado, Ramírez, Romero y Von Mühlenbrock (9-0-4).

La Diputada Yeomans consultó al ejecutivo su parecer respecto de las otras dos indicaciones efectuadas al artículo 3º

La Ministra de Salud sostuvo que estarían de acuerdo en relación con la indicación al inciso undécimo del artículo 3º referida a los intereses moratorios frente al

incumplimiento del plan del pago una vez establecido. Añadió que el tema de la integración se ve más complejo desde una perspectiva legal.

El Diputado Cifuentes, a propósito de la indicación al inciso undécimo y en relación con el contenido actual del proyecto de ley, consultó en qué parte queda establecido que no se pagarán intereses sobre la deuda.

El Diputado Bianchi pidió al Ejecutivo que se pronuncie sobre la opción de patrocinar la indicación al inciso undécimo, la que si bien es admisible, sería el ideal acogerla, atendido el compromiso otorgado previamente.

La Diputada Cid solicitó confirmar que se esté tratando del incumplimiento en la entrega del plan de pago y ajustes y no sobre el no pago.

El Diputado Sepúlveda consultó sobre si la deuda está acumulando actualmente intereses.

El Diputado Ramírez preguntó al ejecutivo sobre la constitucionalidad de la indicación que se ha presentado, en el sentido de aclarar si se trata de seguridad social.

La Secretaría aclaró que el interés moratorio estaría inserto respecto del incumplimiento en la presentación del plan de pago y ajustes.

El Diputado Cifuentes considerando que la deuda aun es indeterminada, sostuvo que es difícil el establecimiento de un interés en la actualidad, sin embargo una vez que se reconoce la deuda desde ese minuto debiese haber un pago de intereses. Continuó afirmando que la indicación se refiere al incumplimiento del plan, pero consultó sobre qué ocurre con el incumplimiento en el pago establecido en ese plan.

La Ministra de Salud afirmó que el Ejecutivo considera atendible que si hay un plan de pago y no se ejecuta en el plazo establecido se genere interés moratorio, por el simple atraso en la ejecución. En tal sentido sostuvo la redacción debiera recoger el interés solamente en la ejecución, no sobre en la entrega del plan pues para ese efecto se establecen las otras sanciones. Por lo tanto propone aclarar la redacción.

Con respecto al pasivo, señaló que lo establecido por la Corte Suprema es un cobro en exceso, no un préstamo. Este cobro en exceso está definido en unidad de fomento y se actualiza, por ello no consideran necesario calcular una deuda adicional sobre el cobro en exceso, ya que este estará en moneda actualizada cuando se determine y se entregue el listado de la cantidad adeudada por persona.

El Diputado Romero sostuvo estar de acuerdo en que si existe una deuda determinada y un plan de pago que no se cumple, esa deuda debería generar intereses moratorios. Sin embargo, señaló que la entrega del plan de pago tiene otras responsabilidades y sanciones que están reguladas. Propuso incorporar, al final del inciso tercero, a continuación de la oración “en el caso de incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá establecer directamente un plan de pago y ajustes” la expresión “e intereses”.

El Diputado Mellado apoyó la propuesta del Diputado Romero y afirmó que no se puede agregar interés máximo convencional, pues con ello se afectaría la administración financiera de la Isapre y por tratarse de una materia de seguridad social.

El Diputado Sáez agradeció la disposición de los diputados que le antecedieron y comentó que al acordar la indicación se analizaron las alternativas y se consideró que la interacción entre las ISAPREs y la Superintendencia genera un lapso de

tiempo prolongado y una incertidumbre sobre si se terminará pagando o no. Por esta razón, se optó por la redacción presentada.

El Diputado Cifuentes reiteró la consulta sobre cuando se oficializa la deuda ya que en dicho momento, como toda deuda exigible, se generaría intereses sobre el capital, con lo cual solicitó una aclaración respecto a lo que ocurre en este caso. En segundo lugar, preguntó sobre posibilidad de que algún afiliado reclame por sentirse perjudicado por el plan de pago y, en tal caso, cuando debiese entenderse como deuda reconocida, exigible y que genere intereses.

El Diputado Sepúlveda solicitó aclarar cuando se determina exactamente el monto exacto de la deuda, ya que considera que es necesario tener esta información para estructurar un plan de pago. Asimismo, manifestó la importancia de entender cómo opera el proceso antes de presentar un plan de pago

La Diputada Rojas pidió confirmación al Ejecutivo sobre los sistemas de pago, entendiendo que luego de establecer un monto de deuda, se elabora un plan de pago y frente al incumplimiento, se aplican intereses sobre el monto establecido. Consultó sobre el punto central de la pregunta efectuada respecto a la indicación que se debate, la que parece ir en el mismo sentido, tal como lo planteó, en otra fórmula, el Diputado Romero.

La Ministra de Salud explicó que el cobro en exceso se establece según lo dictaminado por la Corte Suprema, que surge de la aplicación de la tabla de factores. Esta deuda sigue creciendo mensualmente, ya que las personas siguen pagando sin que se aplique la tabla de factores. La Superintendencia calcula y actualiza esta deuda mensualmente para establecer el techo de la prima y evaluar el flujo financiero de las ISAPREs. El problema radica en que los ingresos de las ISAPREs son insuficientes para cubrir las prestaciones. La propuesta del ejecutivo incluye establecer cuentas individuales para las personas que pagaron en exceso. Aclaró que están de acuerdo en que si no se cumple el plan de pago, se apliquen intereses moratorios. Agregó que la deuda será conocida por la Superintendencia, que verificará el plan de pago con la lista de personas adeudadas. Por tanto, la deuda no solo la calculan las ISAPREs, sino que la Superintendencia también tiene una estimación de la misma. Las ISAPREs deben proporcionar un listado detallado de las personas a las que adeudan y el plan de pago correspondiente.

El Diputado Bianchi destacó la necesidad de conocer la estimación de la deuda por parte de la Superintendencia. Enfatizó que la indicación presentada busca dar oxígeno a las ISAPREs sin incentivar el incumplimiento, ya que no se les exige pagar intereses en caso de incumplimiento.

El Superintendente señaló que la magnitud de la deuda se calcula en unidades de fomento (UF) y se basa en la diferencia entre lo que se debería haber cobrado y lo que realmente se cobró. Aclara que no se proporciona un valor específico porque se trata de un pasivo contingente que no será real hasta que sea exigible la deuda, lo que será así una vez aceptado el plan de pago presentado y sería irresponsable dar una cifra precisa en este momento. La deuda será conocida una vez que se presente y acepte el plan de pago, y cuando se aplique la tabla única de factores, pero estimó que la deuda es de alrededor de un billón de pesos.

La votación quedó pendiente hasta la próxima sesión.

4. ACUERDOS

No se adoptaron acuerdos.

.....
.....

Las presentaciones de los expositores se encuentran disponibles en
formato digital en:

<http://www.camara.cl/legislacion/comisiones/documentos.aspx?prmID=3307>

Por haberse cumplido el objeto de esta sesión, se levantó a las 12:36
horas.

MARÍA EUGENCIA SILVA FERRER
Secretaria Abogado de la Comisión