



LEGISLATURA 373ª

COMISIÓN DE SALUD

Sesión 148a, celebrada el martes 6 de mayo de 2025

De 17:32 a 19:26 horas

SUMA

1.- Continuó la discusión y votación particular del proyecto de ley que da cumplimiento al inciso segundo del artículo décimo transitorio de la ley N°21.674; modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica; pone fin a las enfermedades o condiciones preexistentes; elimina las discriminaciones por edad y sexo en los planes de salud, y crea el plan común de salud de las instituciones de salud previsual. Boletín N°17.147-11, refundido con boletines Nos 6.930-11 y 11.572-11. Urgencia simple.

APERTURA DE LA SESIÓN

Se inició la sesión a las 17:32 horas.

PRESIDENCIA

Presidió, el diputado Lagomarsino.

ASISTENCIA

Asistieron de manera presencial, los diputados y diputadas Danisa Astudillo, Héctor Barría, Marta Bravo, Andrés Celis, María Luisa Cordero, Ana María Gazmuri, Tomás Lagomarsino, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Agustín Romero y Patricio Rosas.

Los diputados Hernán Palma y Marta Bravo estuvieron pareados, durante una parte de la sesión.

Participaron como invitados, la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza, junto al asesor legislativo señor Manuel Pérez y la asesora de la Superintendencia, señora Natalia Castillo.

Concurrió la Secretaria abogado, señora Ana María Skoknic Defilippis; el abogado asistente, señor Ignacio Vásquez y la secretaria ejecutiva, señora Silvia Rivas.



CUENTA

Se recibieron los siguientes documentos:

1.- Justificación de inasistencia de la diputada Helia Molina para martes 06 de mayo por invitación cursada por el Presidente de la República, a partir de las 15.30 hrs hasta las 21.30 hrs.

2.- Oficio de la Ministra de Salud (N°7773), mediante el cual responde a uno de la Comisión e informa sobre los motivos y argumentos jurídicos que habrían permitido la devolución, vía resolución de fecha 4 de junio de 2024, por parte de la Superintendencia de Salud, de 10 mil millones de pesos aproximadamente, a la ISAPRE Nueva Más Vida, teniendo en consideración que la Corte de Apelaciones y la Contraloría General de la República habrían negado dicha petición. Respuesta Oficio N°: 597/11/2024

3.- Oficio de la Ministra de Salud (N°7779), mediante el cual responde a uno de la Comisión e informa sobre el estado de cumplimiento del compromiso adquirido de construir un hospital de mediana complejidad en la comuna de Coelemu. Respuesta Oficio N°: 614/11/2024, 615/11/2024

4.- Oficio de la Ministra de Salud (N°7784), mediante el cual responde a uno de la Comisión e informa sobre el estado o situación de las propuestas que constan en el acta final de la Comisión de Recomendación Priorizada de 2017, relativa a la ley N° 20.850 "Ley Ricarte Soto", señalando si alguna de estas podrían ser incorporadas en la próxima Ley de Presupuestos 2025 o en otros procesos de priorización atingentes, especialmente el medicamento acetato de abiraterona para el tratamiento del cáncer de próstata. Respuesta Oficio N°: 605/11/2024

5.- Oficio del Director Nacional de Fonasa (N°10661), mediante el cual remite glosa N°23, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

6.- Oficio del Director Nacional de Fonasa (N°10671), mediante el cual remite glosa N°21, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

7.- Oficio del Director Nacional de Fonasa (N°10673), mediante el cual remite glosa N°25, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

8.- Oficio del Director Nacional de Fonasa (N°10674), mediante el cual remite glosa N°7, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.



9.- Oficio de la Subsecretaria de Derechos Humanos (N°398), mediante el cual remite glosas presupuestarias, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

10.- Oficio del Subsecretario de Redes Asistenciales (N°737), mediante el cual remite glosa N°2, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

11.- Oficio del Subsecretario de Redes Asistenciales (N°8035), mediante el cual remite glosa N°10, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

12.- Oficio de la Directora del Servicio de Salud Ñuble (N°853), mediante el cual remite glosas presupuestarias, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

13.- Oficio del Gobernador Regional de Coquimbo (N°1418), mediante el cual remite glosas presupuestarias, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

14.- Oficio del Director Servicio de Salud Concepción (N°1619), mediante el cual remite glosas presupuestarias, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

15.- Oficio del Director Nacional de Fronteras y Límites del Estado (N°771), mediante el cual remite glosas presupuestarias, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

16.- Oficio del Director Servicio de Salud Metropolitano Sur (N°756), mediante el cual remite glosas presupuestarias, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

17.- Oficio del Gobernador Regional de Arica y Parinacota (N°1326), mediante el cual remite glosas presupuestarias, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

18.- Oficio de la Directora del Servicio de Salud Chiloé (N°995), mediante el cual remite glosas presupuestarias, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

19.- Oficio de la Directora del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, mediante el cual remite glosas presupuestarias, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

20.- Copia de denuncia remitida al Presidente de la República por los trabajadores del Hospital Félix González y Fundación Dr. Avicena en contra del Director de ese Recinto Asistencial.



21.- Nota que comunica el pareo acordado entre la diputada Helia Molina y diputado Andrés Celis para sesión de hoy.

VARIOS:

Se realizaron puntos varios que se materializaron en acuerdos.

ACUERDOS:

Se adoptaron, por unanimidad, los siguientes acuerdos:

1. Oficiar a la Ministra de Salud para que informe sobre el cumplimiento de los plazos para otorgar resoluciones sanitarias y los motivos por los cuales existen eventuales atrasos en la región Metropolitana de Santiago para el otorgamiento de dichas resoluciones. (Solicitud diputado Lilayu)

2. Oficiar a la Ministra de Salud para que informe sobre el caso de la menor individualizada en documento adjunto, quien se encuentra internada en el Hospital de Puerto Montt a la espera de un examen.

Al respecto, analice la factibilidad de gestionar su traslado a un centro de la red público, con el objeto de realizar estudio electrofisiológico que necesita, en virtud de los antecedentes que se acompañan. (Solicitud diputado Lilayu)

3. Oficiar a la Ministra de Salud para que informe sobre las consecuencias y riesgos a la salud de las personas que viven o pernoctan en viviendas construidas con asbesto, especialmente niños y personas mayores. (Solicitud diputado Palma)

4. Oficiar al Ministro de Vivienda y Urbanismo para que informe sobre el programa de recambio de techumbres y todas aquellas iniciativas que buscan reemplazar techos, especialmente aquellos de asbesto, por otros más seguros y eficientes, en viviendas sociales.

Al respecto, interesa conocer cuáles son las medidas o políticas públicas que se adoptarán para ayudar a las personas que viven en propiedades particulares -no sociales- y que no tienen la capacidad económica para contratar empresas capacitadas que realicen dichas tareas. (Solicitud diputado Palma)

5. Oficiar a la Ministra de Salud para que informe sobre los motivos por los cuáles no se incluyen algunos medicamentos antirretrovirales inyectables de acción prolongada y de última generación en las Garantías Explícita en Salud. (Solicitud diputado Palma)



6. Acordó realizar coordinaciones y gestiones con las comisiones de Educación y Desarrollo Social, con el objeto de realizar una sesión unida, que permita analizar el cumplimiento de los derechos y garantías establecidas en la denominada ley del Trastorno del Espectro Autista. (Solicitud diputada Astudillo)

7. Invitar a María Soledad Rozas Navarro, representante legal de la Fundación Cristo Joven, para que exponga sobre el programa de atención temprana para la primera infancia. (Solicitud diputado Lilayu)

ORDEN DEL DÍA

1.- Continuó la discusión y votación particular del proyecto de ley que da cumplimiento al inciso segundo del artículo décimo transitorio de la ley N°21.674; modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica; pone fin a las enfermedades o condiciones preexistentes; elimina las discriminaciones por edad y sexo en los planes de salud, y crea el plan común de salud de las instituciones de salud previsional. Boletín N°17.147-11, refundido con boletines Nos 6.930-11 y 11.572-11. Urgencia simple.

Numeral 7

7) Agrégase, a continuación del artículo 228, el siguiente Título III, nuevo, readecuándose el orden correlativo de los artículos siguientes:

“TÍTULO III

Del plan común de salud

Párrafo 1°

De las prestaciones y beneficios

Artículo 229.- Para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud que norma este Libro, las personas indicadas en el artículo 184 deberán contratar el plan común de salud a que se refiere este Título con la Institución de Salud Previsional que elijan.

Artículo 230.- Las prestaciones y beneficios del plan común de salud serán los siguientes:

a) Las prestaciones contempladas en la modalidad de atención institucional del Fondo Nacional de Salud.

b) Las prestaciones contempladas en la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud.



c) Las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley N°19.966 que establece dicho régimen.

d) El beneficio de CAEC, en los términos definidos en el artículo 231 de este título.

e) Las atenciones de emergencia de conformidad a los incisos quinto y sexto del artículo 173.

f) Las prestaciones contempladas en el artículo 194.

g) El subsidio por incapacidad laboral de que trata el artículo 149.

Lo anterior es sin perjuicio de los derechos que tienen quienes contraten un plan común de salud de acceder a las prestaciones y coberturas definidas bajo el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo de la ley N°20.850.

Artículo 231.- Todo beneficiario de un plan común de salud accederá a una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en virtud del cual tendrá derecho a una protección financiera especial que se activará, cuando los copagos que se originan por un mismo problema de salud superan, dentro de un mismo período anual, el monto máximo de gasto por beneficiario definido en el decreto supremo a que se refiere el artículo 234.

Esta cobertura adicional cubrirá todos los copagos derivados de un problema de salud y de cargo de la persona beneficiaria que superen, dentro de un año calendario, el monto indicado en el inciso anterior.

La cobertura adicional operará en toda la red de prestadores definida en el plan común de salud contratado.

La cobertura adicional deberá ser activada por la Institución de Salud Previsional de forma automática, una vez que los copagos devengados superen el monto indicado en el inciso primero.

En el evento que algún beneficiario del contrato del plan común de salud efectúe gastos que excedan el monto máximo de gasto por beneficiario, la Institución de Salud Previsional estará obligada a devolver la diferencia entre los gastos incurridos por el afiliado al plan y el monto máximo de gasto por beneficiario. Este monto deberá ser devuelto al afiliado por la respectiva Institución de Salud Previsional, en la forma y plazos que determine la Superintendencia de Salud mediante instrucciones de general aplicación.

Párrafo 2°



De la cobertura financiera de las Instituciones de Salud Previsional

Artículo 232.- La cobertura financiera que otorgan las Instituciones de Salud Previsional para las prestaciones y beneficios del plan común de salud será la misma para todos sus afiliados, con independencia de la Institución que elijan. Esa cobertura será definida en el decreto supremo a que alude el artículo 234 en los términos que se indican en el presente párrafo.

Para la cobertura en la red preferente del plan común de salud, el decreto definirá el copago que deberá efectuar el beneficiario por prestación o grupo de prestaciones que reciba en dicha red. Este copago deberá expresarse en un porcentaje de un valor determinado en un arancel de referencia para el plan común de salud. Esta cobertura no podrá ser inferior a la señalada en el artículo 190.

No obstante lo anterior, cada Institución de Salud Previsional deberá cubrir al prestador que corresponda el valor total convenido, por sobre el dicho copago, de las prestaciones de sus beneficiarios.

Para la cobertura financiera fuera de la red preferente, el decreto definirá aquella que deberá efectuar cada ISAPRE por prestación o grupo de prestaciones que reciba un beneficiario en prestadores no incluidos en dicha red. Esta contribución deberá expresarse en un porcentaje de un valor determinado en el arancel de referencia para el plan común de salud.

El arancel deberá definir una cobertura financiera mayor cuando las prestaciones se otorguen en la red preferente del plan común de salud definida por cada Institución de Salud Previsional.

Artículo 233.- El decreto al que hace referencia el artículo 234 deberá mantener las coberturas de las Garantías Explícitas en Salud definidas de conformidad a la ley N°19.966.

Sin perjuicio de las coberturas que se definan conforme al artículo 232 las prestaciones incluidas en el artículo 194 serán gratuitas para los afiliados y beneficiarios del plan común de salud.

Respecto a las prestaciones que se deriven de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente a su red preferente, el decreto establecerá una cobertura financiera otorgada por las ISAPRE de un 90%, siempre y cuando se califique dichas atenciones como tal.



Párrafo 3°

Del procedimiento de aprobación y modificación del plan común de salud

Artículo 234.- El plan común de salud que deben ofrecer las Instituciones de Salud Previsional será definido mediante un decreto supremo dictado por intermedio del Ministerio de Salud, suscrito también por la o el Ministro de Hacienda. Este decreto contendrá las prestaciones y los beneficios del plan común de salud, como también la cobertura financiera de cada una de ellas.

El arancel del plan común deberá estar expresado en unidades de fomento. Con todo, el arancel de las prestaciones incluidas en las Garantías Explícitas en Salud será el que corresponda a dicho régimen conforme a lo dispuesto en la ley N°19.966.

Artículo 235.- Para la aprobación o modificación de las coberturas financieras del plan común de salud, el Ministerio de Salud deberá convocar previamente a un Consejo Consultivo, de carácter técnico, que tendrá como función asesorar en la definición de dichas coberturas, tanto para la atención en la red preferente como fuera de ella.

El Consejo Consultivo estará constituido por siete personas, de vasta y comprobada experiencia profesional y/o académica en materias de salud pública o economía de salud. Dichos consejeros serán nombrados de la siguiente manera:

- a) Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas.
- b) Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas.
- c) Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

En todo lo que no esté regulado expresamente y sea compatible con el nombramiento de estos consejeros, le serán aplicables las normas reglamentarias del Consejo Consultivo de la ley N°19.966.

A estos consejeros les serán aplicables las inhabilidades e incompatibilidades definidas en el 130 quater y 130 quinquies de esta ley. También les serán aplicables las normas sobre probidad administrativa en los términos del artículo 130 septies de esta ley. Asimismo, serán causales de cesación en el cargo las establecidas en el artículo 130 sexies de esta ley.



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.

Los consejeros tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de ciento noventa y cinco unidades de fomento anuales, la cual será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero.

Artículo 236.- Para sesionar, el Consejo requerirá un quórum mínimo de cinco integrantes, incluida la presencia de quien ejerza la presidencia o quien lo subrogue. En las sesiones los consejeros tendrán derecho a voz y voto. El Consejo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes. En caso de no alcanzarse dicha mayoría, quien ejerza la presidencia o quien le subrogue tendrá la facultad de dirimir entre las alternativas presentadas. De los acuerdos que adopte el Consejo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría.

El Ministro de Salud tendrá derecho a ser oído por el Consejo cada vez que lo estime conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.

Para su buen funcionamiento, el Consejo contará con una secretaría ejecutiva que estará a cargo de un funcionario o funcionaria designada por la Subsecretaría de Salud Pública, quien no percibirá remuneración adicional alguna por esta función, y que tendrá como funciones actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y la propuesta de acta de cada una de las sesiones, y todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo. Asimismo, la Subsecretaría de Salud Pública brindará el apoyo administrativo y de servicios para el desarrollo de sus funciones.

Los consejeros deberán presentar una propuesta al Ministerio de Salud en materia de coberturas financieras del plan común de salud. Para cumplir su cometido, tendrán un plazo de tres meses contado desde su convocatoria. Los consejeros cesarán en su cargo una vez cumplido su cometido.

La propuesta que el Consejo Consultivo presente al Ministerio de Salud deberá considerar las observaciones que se hayan recogido en un proceso de consulta pública que el mismo Consejo haya llevado al efecto de conformidad a la ley N° 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública.

Artículo 237.- El plan común de salud tendrá una vigencia de tres años. Si no se hubiera modificado al vencimiento del plazo señalado



precedentemente, se entenderá prorrogado por el mismo periodo, y así sucesivamente.

Con todo, en circunstancias especiales, el Presidente de la República podrá disponer, por decreto supremo fundado, la modificación del plan común de salud antes de cumplirse el plazo indicado en el inciso anterior.

Las modificaciones a que se refiere este artículo deberán cumplir todos los procedimientos y requisitos que establece la presente ley.

Artículo 238.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, cada vez que la autoridad, en ejercicio de las facultades previstas en el Párrafo 3° de la ley N°19.966, modifique las Garantías Explícitas en Salud se entenderá por el solo ministerio de la ley modificado el contenido del plan común de salud.

Del mismo modo, cada vez que la autoridad incorpore modificaciones en las prestaciones de la modalidad institucional o de libre elección del Fondo Nacional de Salud se entenderán, por el solo ministerio de la ley, modificadas las prestaciones incluidas en el plan común de salud, no pudiendo negarse el acceso a estas prestaciones desde su incorporación al arancel de la modalidad respectiva del Fondo.

Con todo, dentro de los treinta días corridos siguientes a una modificación en las prestaciones de la modalidad institucional o de libre elección del Fondo Nacional de Salud, la autoridad competente deberá modificar el decreto supremo que aprueba el plan común de salud a fin de incorporar la cobertura financiera a la nueva prestación, la que podrá operar con efecto retroactivo respecto de las prestaciones otorgadas dentro de ese período.

Párrafo 4°

Del contrato del plan común de salud

Artículo 239.- Cada Institución de Salud Previsional ofrecerá el plan común de salud, determinando previamente la red preferente de prestadores y la prima que cobrará por este plan. Tanto la prima como la red preferente deberán ser las mismas para todos sus afiliados y cargas de una Institución. Las Garantías Explícitas en Salud y la CAEC deberán otorgarse en cualquier prestador de la red preferente que tenga oferta disponible, a elección del beneficiario.

Los afiliados al Régimen que establece el Libro II que contraten el plan común de salud deberán imputar su cotización legal para salud al pago de la prima correspondiente en los términos dispuesto en el inciso primero del artículo 171. Si su cotización legal es insuficiente para financiar el plan común de salud (*), se entenderá que el cotizante acuerda una cotización superior con la Institución. Si



la cotización legal es superior a la prima, la diferencia deberá ser destinada por la Institución al financiamiento de las prestaciones y beneficios de los afiliados y beneficiarios.

Artículo 240.- Los contratos de salud a que hace referencia este título, deberán ser pactados por tiempo indefinido, y no podrán dejarse sin efecto durante su vigencia, sino por incumplimiento de las obligaciones contractuales o por mutuo acuerdo. Sin perjuicio de lo anterior, la Institución deberá acceder a la desafiliación si es solicitada y se fundamenta en la cesantía o en la variación permanente de la cotización legal, o de la composición del grupo familiar del cotizante, situaciones que deberán acreditarse ante la Institución.

El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el contrato, para lo cual bastará una comunicación escrita a la Institución con copia al empleador o a la entidad pagadora de la pensión, según corresponda, dada con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación. El cotizante y sus cargas quedarán afectos al régimen general de cotizaciones, prestaciones y beneficios de salud que les correspondan como beneficiarios del Libro II de esta Ley, sin perjuicio de la posibilidad de contratar un nuevo plan común de salud en la oportunidad prevista en el inciso segundo del artículo 241. La Superintendencia podrá impartir instrucciones de general aplicación sobre la forma y procedimiento a que deberán ceñirse las comunicaciones indicadas precedentemente.

Artículo 241.- Las Instituciones de Salud Previsional no podrán comercializar planes adicionales de salud o beneficios que mejoren la cobertura prevista en su plan común de salud o que otorgue cobertura a prestaciones no incluidas en este.

Con todo, las Instituciones podrán celebrar convenios con compañías de seguros, seleccionadas previo proceso público, transparente y competitivo, cuya única finalidad sea ofrecer a sus afiliados acceso a seguros de salud que estas comercialicen. Los beneficios ofrecidos en virtud de dichos convenios deberán quedar disponibles para la totalidad de las personas beneficiarias a la ISAPRE respectiva, en las mismas condiciones de precio y coberturas.

En ningún caso las Instituciones de Salud Previsional podrán supeditar la afiliación de una persona a la contratación de algún seguro de salud.



Artículo 242.- Las Instituciones de Salud Previsional no podrán negar la afiliación y no podrán requerir que el cotizante y sus beneficiarios informen condiciones de salud preexistentes. Asimismo, las Instituciones de Salud Previsional no podrán establecer exclusiones o periodos de carencia no incluidos en el decreto que define el contenido del plan común de salud.

Los afiliados a una Institución de Salud Previsional solo podrán cambiarse de Institución en el mes de junio de cada año, debiendo suscribir el contrato correspondiente con la nueva Institución en el mes inmediatamente anterior. De igual modo, en la misma oportunidad, los cotizantes del Fondo Nacional de Salud podrán contratar un plan común de salud con una Institución de Salud Previsional.

Para la celebración de un contrato de salud, las ISAPRE no podrán considerar como condición el hecho de pertenecer el cotizante a una determinada empresa o grupo de dos o más trabajadores. Esta prohibición no será aplicable a aquellos contratos de salud a que se refiere el inciso final del artículo 200.

Artículo 243.- El contrato del plan común de salud contendrá:

a) El nombre del o los prestadores que comprenderán la red preferente y a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalarias.

b) El nombre del o los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia, aplicándose a estos efectos lo dispuesto en el artículo 189.

c) El derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia, haya ingresado a un prestador distinto de los mencionados en el literal a), a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan, y el derecho de la Institución de Salud Previsional a trasladar al paciente a uno de estos prestadores, sujetándose a las reglas previstas en el número 4) del artículo 189.

d) La forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes, prestaciones y beneficios, por incorporación o retiro de beneficiarios legales, o no, de acuerdo con el artículo 202. Los nuevos beneficiarios que se incorporen al plan común de salud de un cotizante no devengarán prima sino una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad. Con todo, por este nuevo beneficiario, el afiliado sí deberá pagar el precio de las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere el párrafo 5° del Título II de la presente ley.

e) La prima del plan común de salud y la unidad en que se pactará. La prima del plan común estará compuesta por el precio de las Garantías



Explicitas en Salud a que se refiere el párrafo 5° del Título II y el precio por los demás beneficios del plan común señalados en el artículo 230. Ambos valores deberán informarse en términos claros e independientes.

f) Los montos máximos de los beneficios y restricciones de cobertura solo en el caso que estén contemplados en el decreto supremo que defina el plan común de salud. Las Instituciones financiarán las prestaciones y las coberturas incluidas en el plan común sin establecer períodos de carencia, exclusiones o restricción de cobertura adicionales, y no podrán incluir en el contrato ningún tipo de disposición que restrinja, limite o condicione sus beneficios.

Artículo 244.- El contrato de plan común de salud estará sujeto a las siguientes reglas:

a) La cobertura por prestaciones otorgadas fuera de la red preferente del plan común de salud sólo opera en caso de que el beneficiario opte voluntariamente por ella y no puede, en consecuencia, ser utilizada por la Institución de Salud Previsional para suplir las insuficiencias del prestador individualizado en la oferta preferente del plan.

Para efectos del otorgamiento de las prestaciones de salud por fuera de la red preferente cuya cobertura financiera se efectúe por la vía del reembolso, la Institución de Salud Previsional deberá pagarlas de acuerdo con el plan, sin supeditarla a que los prestadores mantengan convenios con la Institución o estén adscritos a ella.

b) El término del convenio entre la Institución de Salud Previsional y el prestador institucional preferente, o cualquier modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del plan contratado, corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas.

c) Anualmente, cada Institución de Salud Previsional podrá adecuar la composición de la red de prestadores preferentes, en los términos previstos en el artículo 245 de este título, e informando de este cambio a los afiliados. En la misma oportunidad, cada Institución deberá poner en conocimiento de los afiliados las adecuaciones que la autoridad pueda haber hecho al plan común de salud vigente durante la última anualidad de conformidad al artículo 238.

d) La prima del plan común de salud solo podrá variar una vez al año, en los términos dispuestos en el artículo 245 o cuando la autoridad haga modificaciones a las Garantías Explícitas en Salud, en los términos dispuestos en el artículo 206.



El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° del Título II de la presente ley.

e) Todo afiliado a un plan común de salud y sus beneficiarios podrán utilizar la modalidad institucional para la asistencia médica curativa en los términos dispuestos en el artículo 189.

Cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una Institución de Salud Previsional un beneficio cualquiera en virtud del plan común de salud contratado, se entenderá que la faculta para requerir de los prestadores, sean estos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio, en los términos dispuestos en los incisos finales del artículo 189.

Artículo 245.- Anualmente, en el mes de junio de cada año, las Instituciones de Salud Previsional podrán modificar la prima de su plan común de salud. En la misma oportunidad podrán modificar la red de prestadores preferente del plan común de salud que comercializa.

Para estos efectos, dentro de los cinco primeros días del mes de marzo de cada año, las Instituciones deberán informar a sus afiliados y a la Superintendencia de Salud, la nueva prima del plan común de salud, que entrará en vigencia a partir del mes de junio. Con todo, aquellos contratos que a dicha fecha tengan menos de un año de vigencia, mantendrán el valor de su prima.

En la misma oportunidad, las Instituciones deberán informar a sus afiliados y a la Superintendencia de Salud si existen modificaciones en la red de prestadores preferentes del plan común, las que, asimismo, entrarán en vigencia en el mes de junio.

En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el contrato bajo las nuevas condiciones definidas por la Institución de Salud Previsional o desahuciarlo. Si a junio del respectivo año el afiliado no ha ejercido su derecho a cambiarse de Institución de Salud Previsional conforme a lo previsto en el artículo 241, se entenderá que acepta la propuesta de la Institución.

Para que las ISAPRE puedan efectuar una variación en la prima del plan común de salud que comercializan, conforme a lo establecido en el inciso primero, deberán haber dado cumplimiento a las exigencias de metas de salud preventivas establecidas en el artículo 198 bis de esta ley.

Artículo 246.- Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 240 y 241, dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías



Explicitas en Salud o de sus posteriores modificaciones, el afiliado podrá desahuciar el contrato del plan común de salud o cambiarse de ISAPRE.

Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato o cambiarse de ISAPRE sujetándose a las reglas generales del presente título.

Artículo 247.- En todo lo no regulado en este título, al plan común de salud que contraten los afiliados le serán aplicables las normas del título II de esta ley que les sean compatibles.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

6. Del diputado Lilayu para reemplazar los artículos 235 y 236, propuestos por el numeral 7 del artículo único, por los siguientes:

“Artículo 235.- El Ministerio de Salud aprobará o modificará las coberturas financieras del plan común de salud luego de considerar las recomendaciones del Instituto de Evaluación y Excelencia en Salud respecto de la definición de su contenido y cobertura, tanto para la atención en la red preferente como fuera de ella, que incluirán una estimación de costos asociados al cumplimiento de dicho plan. El Ministerio de Salud podrá desestimar, de manera fundada una o más recomendaciones del Instituto. En este caso, previo a la aprobación o modificación de las coberturas financieras, el Instituto deberá remitir al Ministerio de Salud una nueva estimación de los costos asociados al cumplimiento de este plan.

El Instituto de Evaluación y Excelencia en Salud será un organismo público, técnico y permanente, con personalidad jurídica y patrimonio propios. Se relacionará con el Presidente de la República mediante el Ministerio de Salud. Su domicilio será la ciudad de Santiago.

El Instituto de Evaluación y Excelencia en Salud estará constituido por siete personas, de vasta y comprobada experiencia profesional y/o académica en materias de salud pública o economía de salud. Sus miembros serán nombrados de la siguiente manera:

a) Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades acreditadas en Chile, elegidos por sus decanos.

b) Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades acreditadas en Chile, elegidos por sus decanos.



c) Tres miembros designados por el Presidente de la República a propuesta de ternas designadas por el Sistema de Alta Dirección Pública, establecido en el título VI de la ley N° 19.882.

En todo lo que no esté regulado expresamente y sea compatible con el nombramiento de estos miembros, le serán aplicables las normas reglamentarias del Consejo Consultivo de la ley N°19.966.

A ellos les serán aplicables las inhabilidades e incompatibilidades definidas en los artículos 130 quater y 130 quinquies de esta ley. También les serán aplicables las normas sobre probidad administrativa en los términos del artículo 130 septies de esta ley. Asimismo, serán causales de cesación en el cargo las establecidas en el artículo 130 sexies de esta ley.

Les corresponderá a los miembros del Instituto designar a uno de ellos como presidente del mismo, quien presidirá las sesiones. Asimismo, deberán elegir a uno de ellos como subrogante del presidente del organismo.

Los miembros del Instituto tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de ciento noventa y cinco unidades de fomento anuales, la cual será compatible con otros ingresos que perciban.

Serán funciones del Instituto de Evaluación y Excelencia en Salud:

a) Evaluar, a solicitud del Ministerio de Salud, tecnologías sanitarias, tales como productos sanitarios y servicios preventivos, curativos y de rehabilitación.

b) Realizar recomendaciones sobre priorización en el financiamiento de las tecnologías sanitarias evaluadas en el marco de un proceso sistemático, científicamente robusto, participativo y transparente.

c) Asesorar al Ministerio de Salud en la elaboración de protocolos, guías, normas y vías de práctica clínica, que describan el uso adecuado de las tecnologías sanitarias priorizadas a partir de la mejor evidencia disponible y procesos de atención que generen valor para el paciente.

d) Definir los estándares metodológicos y de procedimiento para conducir las evaluaciones de tecnologías sanitarias, así como para la elaboración de los instrumentos asociados a la calidad de la atención por parte de los proveedores de servicios de salud.

e) Realizar recomendaciones respecto de la definición del contenido y cobertura financiera, tanto para la atención en la red preferente como



fuera de ella, del plan común de salud, incluyendo estimaciones de costos de estas recomendaciones.

f) Realizar estimaciones de costos del plan común de salud definido por el Ministerio de Salud.

g) Las demás funciones que la ley le encomiende.

Artículo 236.- Para sesionar, el Instituto de Evaluación y Excelencia en Salud requerirá un quórum mínimo de cinco integrantes, incluida la presencia de quien ejerza la presidencia o quien lo subrogue. En las sesiones los miembros del organismo tendrán derecho a voz y voto. El organismo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes. En caso de no alcanzarse dicha mayoría, quien ejerza la presidencia o quien le subrogue tendrá voto dirimente. De los acuerdos que adopte el organismo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría.

El Ministro de Salud tendrá derecho a ser oído por el Instituto cada vez que lo estime conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.

El Instituto contará con una Secretaría Ejecutiva, a cargo de un profesional designado y remunerado por éste. El Secretario Ejecutivo coordinará el funcionamiento del Instituto, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento, lo que incluirá la contratación de estudios para el cumplimiento de sus obligaciones.

La propuesta que el Instituto presente al Ministerio de Salud deberá considerar las observaciones que se hayan recogido en un proceso de consulta pública que el mismo organismo haya llevado al efecto de conformidad a la ley N° 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública.

Para todos los efectos legales, este organismo reemplazará y será el continuador legal del Consejo Consultivo creado en el artículo 20 de la ley N° 19.966.”.

7. Del diputado Lilayu para reemplazar el inciso primero del artículo 239, propuesto por el numeral 7 del artículo único, en el siguiente sentido

“Artículo 239.- Cada Institución de Salud Previsional ofrecerá el plan común de salud, determinando previamente hasta tres redes preferentes de prestadores y las primas respectivas que cobrará por este plan en cada red. La prima deberá ser la misma para todos sus afiliados y cargas que elijan una misma red preferente dentro de cada Institución. Las Garantías Explícitas en Salud y la CAEC deberán otorgarse en cualquier prestador de la red preferente elegida que tenga oferta disponible, a elección del beneficiario.”.



8. Del diputado Lilayu para modificar el inciso segundo del artículo 239, propuesto por el numeral 7 del artículo único, en el siguiente sentido:

a) Intercalase entre la frase “insuficiente para financiar el plan común de salud” y “, se entenderá”, la frase “del afiliado y sus cargas, cuando corresponda”.

b) Reemplazase la expresión “a la prima” por la frase “a la suma de la prima del afiliado y sus cargas, cuando corresponda.”.

8A. Del diputado Lagomarsino para eliminar del artículo 242, la frase “o periodos de carencia”.

9. Del diputado Lilayu para agregar en el inciso primero del artículo 245, propuesto por el numeral 7 del artículo único, luego del punto aparte que pasa a ser seguido, la siguiente oración:

“Asimismo, en esta oportunidad podrán modificar las primas de ingreso definidas de acuerdo al artículo 247.”.

10. Del diputado Lilayu para agregar, en el inciso segundo del artículo 245 propuesto por el numeral 7 del artículo único, luego del punto aparte que pasa a ser seguido, la siguiente oración:

“También en dicha oportunidad deberán informar a la Superintendencia de Salud si deciden modificar las primas de ingreso.”.

11. Del diputado Lilayu para intercalar un artículo 247 nuevo, luego del artículo 246 que se propone en el numeral 7 del artículo único, pasando el actual a ser artículo 248, del siguiente tenor:

“Artículo 247.- Respecto de los nuevos afiliados que no pertenecieran previamente a una Institución de Salud Previsional, en calidad de afiliados o cargas, las aseguradoras podrán cobrar una prima de ingreso. Esta se podrá cobrar solo por una vez, y será la misma para todos los afiliados que ingresen a una misma institución.

Respecto de las cargas, cada institución solo podrá cobrar una misma prima de ingreso, que no podrá ser superior a la establecida en el inciso anterior. No se podrá cobrar esta prima a aquellas cargas que al momento de su incorporación no hayan cumplido dos años.

El precio de la prima de ingreso tendrá una vigencia de al menos un año, pudiendo ser modificada por la institución de salud previsional tras informar a la Superintendencia de Salud en la misma oportunidad establecida en el artículo 245. La prima de ingreso deberá estar siempre disponible en la página web de cada institución.”.



12. Del diputado Lilayu para agregar un párrafo 5°, nuevo, luego del párrafo 4° incorporado por el numeral 7 del artículo único, del siguiente tenor:

“Párrafo 5°

De la información a los usuarios

Artículo 248.- La Superintendencia de Salud deberá mantener un sistema de información de la calidad de la atención de las aseguradoras y prestadores de salud regulados por esta ley.

Este sistema será público, se actualizará semestralmente y deberá estar siempre disponible a través de su sitio web. El sistema deberá informar, a lo menos, sobre tiempos de espera promedio de atención médica, tasa de reclamos de los afiliados, realizar y dar a conocer encuestas de satisfacción a usuarios, índices comparativos de precios, entre otros.”.

Cabe hacer presente que el diputado Lagomarsino solicitó votación dividida del numeral 7), por cada artículo.

En votación el artículo 229, se aprobó por **unanimidad** (7 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Lagomarsino, Lilayu, Palma, Romero y Rosas.

Sometido a votación el artículo 230, se aprobó por **unanimidad** (7 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Lagomarsino, Lilayu, Palma, Romero y Rosas.

Sometido a votación el artículo 231, se aprobó por **unanimidad** (7 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Lagomarsino, Lilayu, Palma, Romero y Rosas.

Sometido a votación el artículo 232, se aprobó por **unanimidad** (7 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Lagomarsino, Lilayu, Palma, Romero y Rosas.

Sometido a votación el artículo 233, se aprobó por **unanimidad** (7 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Lagomarsino, Lilayu, Palma, Romero y Rosas.



Sometido a votación el artículo 234, se aprobó por **unanimidad** (7 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Lagomarsino, Lilayu, Palma, Romero y Rosas.

El diputado Lilayu manifestó su interés en conocer la disposición del Ejecutivo, específicamente de la Ministra de Salud, respecto a la posibilidad de introducir modificaciones al proyecto. Se refirió a la indicación N°6, la cual —según explicó— busca robustecer el rol del consejo consultivo contemplado en la iniciativa.

Explicó que dicha indicación propone que las personas designadas por el Presidente de la República en el consejo consultivo sean, idealmente, propuestas a través del sistema de Alta Dirección Pública. Con ello, sostuvo, se busca fortalecer institucionalmente a este órgano, entregándole no solo mayor legitimidad, sino también una visión más amplia e incluso, eventualmente, una cuota de mayor independencia.

Planteó que este tipo de cambios podrían enriquecer la propuesta legislativa y consultó directamente si existía apertura por parte de la ministra a considerar estas modificaciones, o si simplemente se optaría por declararlas inadmisibles.

La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza respondió a las inquietudes planteadas por el diputado Lilayu respecto a la indicación N°6, que buscaba fortalecer el consejo consultivo mediante cambios en la forma de designación de sus integrantes.

Señaló que, desde la perspectiva del Ejecutivo, dicha indicación es inadmisibles, ya que implica atribuir facultades a organismos públicos que no están contempladas en la propuesta original. Sin embargo, aclaró que el foco del Gobierno está en crear una institucionalidad efectiva, más que en dotarla simplemente de mayor "músculo", privilegiando que tenga "cerebro", es decir, que sea funcional y aplicable en la práctica.

Expresó apertura a discutir la posibilidad de que los miembros del consejo consultivo sean seleccionados mediante el sistema de Alta Dirección Pública. Indicó que este aspecto puede ser considerado en el debate legislativo, pudiéndose evaluar alternativas que fortalezcan la legitimidad y la operatividad del consejo dentro del marco del nuevo plan común de salud.

El diputado Romero intervino para respaldar en algunos aspectos la indicación presentada por el diputado Lilayu. Valoró que la propuesta fuera más



rigurosa que la del Gobierno, especialmente en cuanto a los criterios de selección para los integrantes del consejo consultivo.

Destacó que mientras el Ejecutivo propone que los representantes provengan de universidades reconocidas oficialmente en Chile, la indicación del diputado Lilayu eleva el estándar al exigir que estas universidades estén acreditadas, lo que, en su opinión, ofrece una mayor garantía de calidad. Subrayó que, desde una perspectiva sistemática del ordenamiento jurídico, el país avanza hacia exigencias mayores en esta materia, por lo que resulta lógico que se privilegie la acreditación.

También cuestionó la falta de claridad en la propuesta del Ejecutivo sobre quién designaría a los representantes de las facultades de economía, señalando que el texto no especifica si será el decano, el rector o alguna otra autoridad, lo que a su juicio deja importantes vacíos. En contraste, la indicación del diputado Lilayu establece un mecanismo más explícito.

Finalmente, expresó preocupación por el hecho de que los miembros designados por el Presidente de la República puedan ser elegidos sin criterios claros, lo que advirtió podría dar pie a nombramientos por razones políticas, como amistades, parentescos o favores partidarios. Insistió en que el consejo debe estar conformado por personas con méritos y preparación, y no por apitutados, para asegurar que esta nueva institucionalidad sea creíble y profesional ante la ciudadanía.

La Ministra de Salud respondió a los cuestionamientos sobre el mecanismo de designación de los integrantes del consejo consultivo, defendiendo el modelo propuesto por el Ejecutivo. Señaló que dicho modelo es el mismo que se ha utilizado durante los últimos veinte años para la conformación del consejo de garantías explícitas en salud (GES), y que ha demostrado ser eficaz y funcional en ese contexto.

Explicó que se invita a participar a la Asociación de Facultades de Medicina y a las facultades de Economía, permitiéndoles definir internamente quiénes los representarán. En ese sentido, destacó que no se trata de un proceso arbitrario, sino de un modelo con precedentes en la institucionalidad chilena. Como ejemplo, mencionó que en el pasado ella misma representó a la presidenta Michelle Bachelet en el consejo consultivo del GES, en un rol ad honorem que requería un alto nivel de compromiso.

Agregó que, a diferencia de esa experiencia anterior, el proyecto actual busca profesionalizar el consejo, asignándole recursos y responsabilidades



más específicas, especialmente en la definición de las coberturas financieras del nuevo plan común de salud.

El diputado Romero volvió a intervenir para reforzar sus reparos respecto al mecanismo de designación propuesto en el proyecto, particularmente ante la respuesta entregada por la ministra de Salud. Aclaró que no ponía en duda la gestión del actual ministerio, pero subrayó que el contexto ha cambiado de forma sustancial.

Destacó que, mientras anteriormente los miembros del consejo trabajaban ad honorem, el nuevo modelo contempla remuneraciones, lo que a su juicio eleva la necesidad de establecer estándares más exigentes y transparentes. En ese sentido, reiteró que, aunque lamentablemente no podrá apoyar la indicación del diputado Lilayu por ser inadmisibles, comparte el fondo de la propuesta en cuanto a fortalecer los requisitos para la designación de los consejeros.

Cabe hacer presente que el diputado Lagomarsino declaró inadmisibles la indicación N°6. Sin embargo, el diputado Lilayu solicitó reconsideración de la admisibilidad, resultando inadmisibles (2 votos a favor, 5 en contra y 1 abstención).

Sometida a votación el artículo 235, se rechazó por no alcanzar el quorum (3 votos a favor, 4 en contra y 1 abstención). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Barría y Palma. Votaron en contra, los diputados Cordero, Lilayu, Romero y Rosas. Se abstuvo, el diputado Lagomarsino.

Puesto en votación el artículo 236, se aprobó por mayoría (5 votos a favor, 1 en contra y 2 abstenciones). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Barría, Cordero, Palma y Rosas. Votó en contra, el diputado Lilayu. Se abstuvieron, los diputados Lagomarsino y Romero.

El diputado Lagomarsino respecto al artículo 237, consultó cuáles serían estas circunstancias especiales contempladas y qué ejemplos hipotéticos se podrían señalar.

La Ministra de Salud explicó que la propuesta del Ejecutivo es que se actualice el plan cada tres años. Sin embargo, afirmó que puede haber cambios en ese periodo.



Indicó que, a veces, por ejemplo, cuando existen nuevas tecnologías que presentan mejores capacidades para el tratamiento de ciertas enfermedades, como ocurre también en el GES, en la Ley Ricarte Soto, resulta muy rígido prorrogar cada tres años, por tanto, parece prudente tener plasticidad para hacer modificaciones cuando es fundado.

El diputado Romero expresó dudas respecto al plazo de tres años contemplado para la vigencia del Plan Común de Salud. Señaló que no lograba entender la lógica detrás de esa duración, considerando que el Ejecutivo ya tiene actualmente la facultad para modificar ciertos elementos del plan, como ocurre con la modalidad institucional, el Fonasa o las Garantías Explícitas en Salud (GES).

Planteó que, dado ese contexto, podría ser más razonable establecer que el plan tenga una vigencia mínima -por ejemplo, no inferior a un año- permitiendo al mismo tiempo que se introduzcan mejoras periódicas en las coberturas. A su juicio, fijar un mínimo claro de duración, pero con la posibilidad de realizar ajustes anuales, sería más coherente con el funcionamiento actual del sistema y con el objetivo de avanzar progresivamente en la calidad de las prestaciones.

Concluyó señalando que, desde su perspectiva, el Estado debería tener la capacidad de ir perfeccionando las coberturas del plan año a año, lo que entra en tensión con un marco rígido de tres años que, en su opinión, no se justifica plenamente.

El diputado Lagomarsino planteó una interrogante respecto a la actualización del Plan Común de Salud. Señaló que, dado que dicho plan se construye a partir de diversos componentes ya establecidos -como las prestaciones contempladas en la modalidad de atención institucional de Fonasa, en la modalidad de libre elección, las Garantías Explícitas en Salud (GES), el CAE y la atención en emergencias-, cabría preguntarse si su modificación no debiera ocurrir de forma automática en la medida que esos elementos base se actualicen.

Acotó que si el plan se estructura en función de normas y prestaciones que ya tienen mecanismos propios de revisión y ajuste, entonces no tendría sentido que cualquier cambio en el Plan Común requiera una modificación por vía legislativa o una intervención adicional del Ejecutivo. En otras palabras, propuso que la actualización del Plan Común sea un efecto reflejo de los cambios que se produzcan en esas modalidades de atención ya existentes.

Cuestionó la necesidad de establecer un plazo fijo o de condicionar los cambios a decisiones circunstanciales, planteando que, dada su composición



técnica y normativa, el Plan Común debiera actualizarse de forma automática conforme evolucione el sistema de salud en su conjunto.

La Ministra de Salud aclaró que las modificaciones al Plan Común de Salud están contempladas en el artículo siguiente del proyecto de ley. Explicó que el plazo de tres años responde a una práctica ya instalada en el sistema de salud, donde existe una cultura institucional de actualización de programas con esa periodicidad.

No obstante, precisó que dicho plazo no es rígido, ya que el Ejecutivo mantiene la facultad de realizar ajustes antes de que se cumpla ese período, en función de las necesidades o circunstancias que lo justifiquen. Es decir, aunque el horizonte general es de tres años, existe la posibilidad de introducir modificaciones al Plan Común de manera anticipada si la situación lo requiere, otorgando así un grado de flexibilidad al sistema.

El abogado del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez intervino para responder a la consulta del diputado Tomás Lagomarsino y complementar lo señalado por la ministra. Confirmó que, efectivamente, los artículos siguientes del proyecto contemplan reglas especiales para modificaciones automáticas del Plan Común de Salud en determinados casos. Sin embargo, aclaró que lo que se discutía en ese momento correspondía a la regla general de vigencia, fijada en tres años.

Reconoció que el diputado Romero tenía razón desde un punto de vista técnico-jurídico al cuestionar el plazo, pero explicó que en el ámbito sanitario existe una tradición de establecer vigencias trienales. Esta lógica, señaló, se encuentra en distintos instrumentos del sistema de salud, como las autorizaciones sanitarias del Código Sanitario, las garantías explícitas en salud (GES) y otras normativas como la ley Ricarte Soto.

Destacó que esta práctica ha permitido al Ministerio de Salud planificar con antelación procesos complejos de modificación, como los del GES, que requieren coordinación intersectorial y estudios técnicos. La vigencia trienal, argumentó, ofrece estabilidad y una señal clara tanto al sector público como al privado, facilitando la gestión y la proyección de políticas sanitarias.

En ese sentido, defendió la decisión de mantener esta lógica en el diseño del Plan Común, aunque subrayó que siempre existirá la posibilidad de introducir cambios anticipados si las circunstancias lo hacen necesario, garantizando así tanto la consistencia como la flexibilidad del sistema.

El diputado Romero expresó su preocupación respecto a la vigencia de tres años establecida para el Plan Común de Salud. Señaló que, aunque se



pueda argumentar que esta práctica forma parte de una "cultura" del sector sanitario, el principal riesgo es que, en la práctica, este plazo de tres años podría convertirse en una excusa para no modificar o mejorar el plan antes de ese tiempo.

Explicó que, en un contexto donde se busca mejorar los beneficios del plan o incorporar nuevos, el plazo de tres años podría ser utilizado por los aseguradores para justificar que no pueden hacer cambios, bajo el argumento de que el contrato no se puede modificar hasta que se cumpla el período establecido. Opinó que esta rigidez podría ser un obstáculo para la innovación y la mejora continua del sistema, especialmente en un contexto de seguros autofinanciados.

También destacó que, dado que el plan es autofinanciado, tiene una lógica distinta a otras normativas del sector salud, como las autorizaciones sanitarias o las acreditaciones. Consideró que imponer un plazo tan inflexible podría limitar la competitividad y la flexibilidad del sistema, ya que los aseguradores podrían simplemente adoptar la postura de no modificar el plan durante los tres años, lo que reduciría la capacidad de adaptarse a nuevas necesidades o incorporar mejoras.

Subrayó que no estaba en contra de la planificación a largo plazo, pero expresó su preocupación por la rigidez de los plazos y cómo esto podría afectar la dinámica de competencia entre los aseguradores, dejando a los usuarios con un plan que no evoluciona, aunque existan posibilidades de mejora.

El señor Manuel Pérez respondió a las preocupaciones del diputado Romero, reconociendo la validez de su inquietud. Sin embargo, defendió la lógica detrás del plazo de tres años, señalando que, aunque comprensibles los temores de rigidez, la experiencia, especialmente en el contexto del GES (Garantías Explícitas en Salud), demuestra lo contrario.

Explicó que, a lo largo de los 20 años de implementación del GES, hubo ocasiones en las que no se dictó un nuevo decreto a los tres años, lo que llevó a prorrogar el decreto vigente por otros tres años. Sin embargo, subrayó que, cuando la autoridad sanitaria consideró que era necesario realizar modificaciones, estas se realizaron antes de los tres años, en algunos casos al año o a los dos años, mostrando que el sistema tiene la flexibilidad necesaria para adaptarse a las circunstancias.

Enfatizó que el plazo de tres años está establecido como una forma de mantener una cultura de planificación y estabilidad, pero que, si fuera necesario, se podría revisar la redacción para encontrar un consenso entre las partes involucradas.



Cabe hacer presente que el artículo 237 quedó pendiente.

En votación el artículo 238, se aprobó por **unanimidad** (10 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Barría, Bravo, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Palma, Romero y Rosas.

El diputado Lilayu acotó que la indicación N°7 propone permitir que cada Isapre pueda ofrecer hasta tres versiones del Plan Común de Salud, diferenciadas por red de prestadores.

Explicó que, si bien el proyecto busca poner fin a los aproximadamente 55.000 planes de salud actualmente vigentes -lo que considera positivo por razones de simplificación y transparencia-, no se debe caer en el extremo opuesto de establecer un único plan de salud idéntico para todos los afiliados, ya que ello implicaría eliminar la posibilidad de libre elección.

Argumentó que su indicación busca precisamente un punto de equilibrio: reducir la fragmentación excesiva del sistema actual, pero conservando un margen razonable de opciones. Así, propone que las Isapres puedan ofrecer hasta tres versiones del Plan Común, lo que permitiría a los afiliados elegir entre distintas redes de prestadores, manteniendo cierta diversidad sin volver a la complejidad anterior.

En ese sentido, insistió en que la indicación no busca volver al modelo de múltiples planes individualizados, sino evitar que el nuevo sistema elimine completamente la capacidad de elección por parte de los usuarios, al restringirlos a una única opción.

Cabe hacer presente que el diputado Lagomarsino declaró inadmisibile la indicación N°7. Sin embargo, el diputado Lilayu solicitó reconsideración de la admisibilidad, resultando inadmisibile (2 votos a favor, 6 en contra y 2 abstenciones.

El diputado Romero intervino para formular una serie de preguntas al Ejecutivo, manifestando inquietudes respecto a las implicancias prácticas de limitar a un único Plan Común de Salud por Isapre. A propósito de la propuesta del diputado Lilayu, que permitiría ofrecer hasta tres redes distintas, cuestionó la rigidez que podría generar un modelo uniforme.



Planteó un escenario hipotético para ilustrar su preocupación: si se obliga a las Isapres a ofrecer un solo plan con una red única a nivel nacional, esto podría derivar en situaciones absurdas desde el punto de vista económico y sanitario. Por ejemplo, un afiliado en Arica tendría derecho a cobertura en clínicas de Santiago, como la Clínica Alemana, aunque nunca las utilice, lo cual sería ineficiente, lo que iría en contra de una lógica de diseño eficiente de redes, adaptadas a la realidad geográfica y a las necesidades regionales de los afiliados.

Preguntó si la intención del Ejecutivo es eliminar esa flexibilidad que hoy tienen las Isapres para configurar sus redes preferentes, muchas veces adaptadas a sus costos, convenios o al tipo de prestaciones que buscan ofrecer a distintos segmentos. Advirtió que esto no solo podría aumentar los costos operativos, sino también acabar con las preferencias de los usuarios, quienes muchas veces eligen su plan por la clínica o red específica asociada, ya sea por cercanía, calidad percibida o incluso por factores como la hotelería.

En suma, expresó que imponer una red única podría eliminar la diferenciación y competencia entre aseguradoras, empobreciendo la experiencia del afiliado y llevando al sistema a un modelo más rígido e ineficiente.

La Ministra de Salud abordó con detalle las implicancias del Plan Común de Salud respecto a la configuración de redes preferentes y la posibilidad de elección. Señaló que la consulta era pertinente, y explicó que el proyecto tiene un diseño estructurado en varios componentes que se van desarrollando a lo largo de los distintos artículos.

Aclaró que el objetivo del Plan Común es que sea ofrecido dentro de una red preferente, y que esta red coincida con la red utilizada para el GES, con el fin de garantizar eficiencia en la prestación y gestión de servicios. Destacó que esto no implica el fin de la libre elección, ya que dentro del mismo plan está contemplada la posibilidad de acceder a prestaciones fuera de la red preferente mediante la modalidad de libre elección, con una cobertura menor, tal como ocurre actualmente.

Agregó que, más allá del Plan Común, el proyecto permite a las Isapres ofrecer coberturas adicionales que se financian por separado, y que en ese contexto sí es posible acceder a otras redes, incluyendo clínicas de mayor costo o con servicios diferenciados, como mejor hotelería. Subrayó que este componente adicional funcionaría de forma similar a la modalidad de cobertura complementaria del Fonasa, y que sería financiado directamente por el usuario, diferenciándose así de los elementos financiados con cargo a la seguridad social.



Reiteró que el diseño del proyecto busca evitar que, dentro del Plan Común -financiado con una prima única y con lógica de seguridad social-, se produzcan segmentaciones o discriminaciones basadas en el acceso a diferentes redes, lo que podría perjudicar la equidad del sistema.

Complementó su intervención aclarando de manera práctica cómo funcionará la elección de clínicas dentro del marco del Plan Común. Señaló que, si una persona tiene preferencia por una clínica específica, podría optar por una Isapre que incluya dicha clínica dentro de su red preferente, lo que permitiría acceder a ella con un copago más bajo, de acuerdo con la prima que esa red implique.

Reconoció, sin embargo, que hay ciertas clínicas, particularmente las más exclusivas, que podrían no estar incluidas en ninguna red preferente de Isapres. En ese caso, explicó, el afiliado igual podrá atenderse en ese establecimiento a través de la modalidad de libre elección contemplada en el plan común, aunque con un copago mayor.

Además, explicó que el consejo consultivo será el encargado de definir los niveles de cobertura tanto para la red preferente como para la modalidad de libre elección, por lo que el afiliado contará con información clara sobre los copagos que deberá asumir.

Subrayó que, si una persona desea reducir su copago en una clínica fuera de la red preferente, tendrá la opción de contratar una cobertura adicional, lo que le permitirá acceder a condiciones más favorables, similar a si fuera parte de su red principal, pero mediante un pago extra.

El diputado Lilayu expresó su preocupación respecto a la recepción que ha tenido por parte del Ejecutivo a las indicaciones que ha presentado durante la discusión del proyecto. Señaló que, en su percepción, todas las propuestas que han intentado introducir han sido rechazadas, lo que a su juicio revela una intención clara de cerrar el espacio a alternativas viables dentro del marco legislativo.

Manifestó su desacuerdo con la orientación del proyecto, acusando que se está restringiendo de forma significativa la libertad de elección de los pacientes en el sistema de salud. Subrayó que su propuesta no buscaba desnaturalizar el Plan Común, sino permitir una mínima diversidad al ofrecer la posibilidad de distintas redes dentro de un mismo plan, lo cual considera fundamental para resguardar la elección individual de los usuarios.

Criticó que, bajo la lógica actual del proyecto, se estaría estableciendo un único plan definido por el Estado, eliminando así la posibilidad de que las personas puedan elegir no solo entre aseguradoras, sino también entre



redes de atención, lo cual constituye, en su opinión, una regresión respecto al derecho a decidir sobre la atención de salud.

Cabe hacer presente que desde este momento los diputados Palma y Bravo estuvieron pareados.

Puesto en votación el inciso primero del artículo 239, se aprobó por mayoría (4 votos a favor, 3 en contra y 1 abstención). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Barría, Gazmuri y Rosas. Votaron en contra, los diputados Cordero, Lilay y Romero. Se abstuvo el diputado Palma.

La abogada de la Superintendencia de Salud, señora Natalia Castillo aclaró el sentido técnico-jurídico detrás del uso de los términos "afiliado" y "beneficiario" en el contexto de la indicación N°8. Explicó que en la redacción del proyecto se utiliza de manera deliberada esta distinción, dado que responde a roles distintos dentro del contrato de salud.

Precisó que el término "afiliado" se refiere específicamente a la persona que suscribe el contrato con la Isapre, es decir, quien formalmente adquiere el plan. Por su parte, el concepto de "beneficiario" incluye tanto al afiliado como a sus cargas legales, que son las personas que, sin firmar el contrato, reciben las prestaciones del plan de salud por estar asociadas al titular.

Desde esa perspectiva, defendió que el uso de ambos términos está correctamente equilibrado en la norma, ya que permite reflejar adecuadamente tanto la dimensión contractual (afiliado) como la de cobertura (beneficiarios), garantizando así mayor claridad jurídica en la interpretación del articulado.

El señor Manuel Pérez complementó la explicación de la señora Natalia Castillo respecto a la indicación número 8. Confirmó que, en lo sustancial, existe consenso sobre el objetivo de la indicación, ya que todos entienden la diferencia entre "afiliado" y "beneficiario" y comparten el propósito de claridad jurídica que se busca con la redacción.

Sin embargo, advirtió que el problema no es de fondo, sino de técnica legislativa. Explicó que introducir esta precisión de forma aislada en el proyecto podría generar una inconsistencia con el resto del texto legal vigente, particularmente con el DFL N.º1 del Ministerio de Salud. Según señaló, si esta disposición se convierte en la única que establece explícitamente la distinción entre afiliado y carga, podría abrir la puerta a interpretaciones jurídicas distintas por parte



de abogados, tribunales u otros actores, al detectar una diferencia no replicada en el resto del ordenamiento.

Advirtió que, para evitar ambigüedades futuras, introducir esta modificación obligaría a revisar todo el texto legal vigente para asegurar consistencia en cada mención a "afiliado" o "beneficiario", incluyendo el uso de términos como "carga". De lo contrario, se corre el riesgo de que esta única diferenciación sea interpretada como una intención específica del legislador de establecer un nuevo criterio, lo cual podría generar conflictos interpretativos o jurídicos no deseados.

El diputado Romero propuso que, en lugar de diferenciar entre "afiliado" y "carga", se mantuviera de manera uniforme el término "beneficiario" en toda la legislación relacionada con esta materia. Argumentó que dicho término ya engloba tanto al afiliado como a sus cargas, y que usarlo consistentemente evitaría confusiones o problemas interpretativos posteriores.

Con esto, buscó apoyar el principio de claridad jurídica, coincidiendo en la necesidad de precisión, pero sugiriendo una solución más simple y coherente con el cuerpo legal vigente.

Puesto en votación, la indicación N°8, se rechazó por mayoría (2 votos a favor y 6 en contra). Votaron a favor, los diputados y diputadas Cordero y Lilayu. Votaron en contra, los diputados Astudillo, Barría, Gazmuri, Lagomarsino, Romero y Rosas.

El diputado Romero durante la discusión del artículo 239, expresó dudas respecto a la última parte del inciso segundo, específicamente sobre el destino de la diferencia entre la cotización legal obligatoria (el 7% de salud) y la prima del Plan Común cuando esta última sea inferior.

Citó textualmente: "Si la cotización legal es superior a la prima, la diferencia deberá ser destinada por la institución al financiamiento de las prestaciones y beneficios de los afiliados y beneficiarios", preguntándose ¿a qué se refiere exactamente esa frase?

Planteó si esa diferencia se destinará a beneficios adicionales más allá del Plan Común, o si se usará para reforzar los mismos beneficios ya contemplados en dicho plan. Su consulta apuntó a entender si esa diferencia se traduce en mejores coberturas, acceso a más prestaciones, o si solo se absorbe dentro de los mismos servicios del plan base.



La Ministra de Salud aclaró que, en general, se espera que las personas opten por una Isapre cuya propuesta de prima se ajuste de manera razonable a la cotización obligatoria, es decir, que la prima no sea significativamente más baja que la cotización que los afiliados aportan. Sin embargo, afirmó que la parte de la cotización superior a la prima debe ser destinada por la Isapre al beneficio de todos los afiliados, estableciendo una solidaridad empresarial.

Sometida a votación, el inciso segundo del artículo 239, se aprobó por **unanimidad** (8 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Barría, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Romero y Rosas.

El diputado Romero respecto al artículo 240, preguntó al Ejecutivo por qué se fijó un año de vigencia del contrato para que el cotizante pueda desahuciar el mismo.

El señor Manuel Pérez afirmó que varios de estos artículos son un espejo a la regulación actual y la idea es que desde el punto de vista de la técnica legislativa sea lo más parecido al régimen para evitar un cambio abrupto. En ese sentido, declaró que se permite que la vigencia del contrato sea de un año para que la Isapre en su definición de precios tenga una expectativa y fórmula de cálculo confiable sobre la permanencia del afiliado.

Cabe hacer presente que desde este momento queda sin efecto el pareo entre los diputados Palma y Bravo.

Puesto en votación el artículo 240, se aprobó por **unanimidad** (10 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Barría, Bravo, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Palma, Romero y Rosas.

El diputado Romero expresó una crítica técnica respecto al artículo 241 del proyecto, enfocándose especialmente en las limitaciones que impone al rol tradicional de las Isapres en la gestión de beneficios y coberturas adicionales. Manifestó su preocupación por la lógica que obliga a separar el Plan Común de Salud de cualquier cobertura complementaria, delegando esta última a seguros externos en lugar de permitir que las propias Isapres la administren.

Acotó que las Isapres demostraron históricamente eficiencia en negociar coberturas y beneficios gracias a su volumen de afiliados, lo que les



permite obtener mejores condiciones para los usuarios. Sin embargo, este nuevo marco normativo, en su opinión, les quita esa capacidad y la transfiere a aseguradoras externas, lo cual, además de generar una duplicación de funciones, añade costos administrativos que podrían alcanzar o superar el 30%, encareciendo innecesariamente los planes.

Planteó además el caso de coberturas en el extranjero, que hoy son ofrecidas por algunas Isapres y quedarían fuera del Plan Común, lo que forzaría a los afiliados a contratar un seguro complementario separado, probablemente más costoso y menos eficiente.

Utilizó una analogía culinaria para ilustrar su punto: el Plan Común sería como un hot dog básico (pan, salchicha y mayonesa), mientras que los beneficios adicionales (como tomate, palta u otros ingredientes) podrían perfectamente ser financiados con parte del mismo 7% de cotización si se permitiera a las Isapres ofrecer versiones mejoradas del plan. Sin embargo, con esta regulación, dijo, el afiliado se ve obligado a buscar esos ingredientes “al lado”, es decir, fuera del sistema Isapre perdiendo integración, eficiencia y probablemente pagando más.

La Ministra de Salud contextualizó el diseño del artículo 241 dentro de los principios rectores del proyecto de ley, en particular su objetivo de alinearse con los pilares de la seguridad social y con los mandatos establecidos en la llamada “ley corta”.

Recordó que esta reforma surge como respuesta a obligaciones legales y judiciales que obligaron a modificar estructuralmente el sistema Isapre, incluyendo la eliminación de preexistencias, discriminaciones por edad o sexo, y el establecimiento de un plan común. Aclaró que la propuesta del Ejecutivo diferencia deliberadamente entre dos esferas: la parte cubierta por la cotización obligatoria (el 7%), asociada a la seguridad social, y los beneficios adicionales, que deben financiarse aparte y ofrecerse bajo un régimen de competencia abierta.

Subrayó que esta separación no es arbitraria, sino que responde a una exigencia explícita de la ley corta: que los beneficios complementarios no puedan ser objeto de discriminación por estado de salud, como históricamente ocurrió en el sistema Isapre. Esto significa que, bajo el nuevo esquema, una persona con condiciones crónicas -como diabetes o epilepsia- deberá tener igual acceso a contratar beneficios adicionales, sin exclusiones por su condición médica.

También explicó que, aunque las Isapres han demostrado eficiencia en negociar para poblaciones saludables, esa misma eficiencia ha sido posible, en



parte, por excluir a los pacientes más costosos. En cambio, el nuevo modelo busca incorporar lógicas más inclusivas y solidarias. En ese contexto, los beneficios adicionales deben quedar fuera del sistema solidario de salud y entregarse a través de compañías de seguros u otras entidades bajo competencia regulada, para asegurar la transparencia, la no discriminación y una cobertura real.

Sometido a votación, el inciso primero del artículo 241, se aprobó por mayoría (6 votos a favor y 4 en contra). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Barría, Gazmuri, Lagomarsino, Palma y Rosas. Votaron en contra, los diputados Bravo, Cordero, Lilayu y Romero.

Puesto en votación, los incisos segundo y tercero del artículo 241, se aprobaron por mayoría (7 votos a favor, 1 en contra y 2 abstenciones). Votaron a favor, las diputadas y diputados Barría, Bravo, Cordero, Gazmuri, Lilayu, Palma y Rosas. Votó en contra, el diputado Romero. Se abstuvieron, los diputados Astudillo y Lagomarsino.

El diputado Lagomarsino expresó su acuerdo general con el contenido del artículo 242, pero planteó una inquietud específica respecto a la posibilidad de establecer periodos de carencia mediante el decreto que define el Plan Común de Salud.

Cuestionó por qué se le permite al Ejecutivo, a través de dicho decreto, incorporar estos periodos, considerando que uno de los objetivos fundamentales de la reforma es eliminar prácticas discriminatorias, como las exclusiones por preexistencias.

El señor Manuel Pérez respondió a la inquietud del diputado Lagomarsino señalando que la intención detrás de permitir al decreto establecer periodos de carencia no es generalizar esta práctica, sino contar con una herramienta excepcional para enfrentar posibles conductas oportunistas. Explicó que la regla general no contempla periodos de carencia, y que el diseño del artículo busca asegurar que solo la autoridad sanitaria, y no las Isapre, pueda definir eventuales restricciones de este tipo si son justificadas por razones sanitarias.

Indicó que este tipo de facultad podría resultar útil, por ejemplo, si se detectan afiliaciones estratégicas dirigidas únicamente a obtener beneficios inmediatos de alto costo. Aclaró que este recurso estaría siempre subordinado a criterios técnicos de salud pública y no a intereses comerciales. Además, recalcó que el mismo proyecto contempla mecanismos como ventanas de contratación



anual, que también buscan evitar comportamientos oportunistas, y que los periodos de carencia serían una medida de respaldo y no de aplicación general.

En votación, la indicación N°8A con el inciso primero del artículo 242, se aprobó por mayoría (6 votos a favor, 2 en contra y 2 abstenciones). Votaron a favor, las diputadas y diputados Barría, Bravo, Cordero, Lagomarsino, Lilayu y Palma. Votaron en contra, los diputados Romero y Rosas. Se abstuvieron, los diputados Astudillo y Gazmuri.

Sometido a votación, los incisos segundo y tercero del artículo 242, se aprobaron por **unanimidad** (10 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Barría, Bravo, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Palma, Romero y Rosas.

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

Por haber cumplido con su objeto, se levantó la sesión a las **19:26** horas.

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS
Secretaria Abogado de la Comisión