

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAÍDO EN EL 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.

BOLETINES REFUNDIDOS N° 17.147-11; 11.572-11, y 6.930-11.

HONORABLE CÁMARA.

Vuestra Comisión de Salud pasa a informar, en **primer trámite constitucional y primero reglamentario**, el proyecto de ley referido, que consta de los tres proyectos refundidos siguientes:

1) Mensaje de S.E. el Presidente de la República, 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).

2) Moción de la diputada Karol Cariola, y de los exdiputados Juan Luis Castro, Marcela Hernando, Manuel Monsalve, Daniel Núñez, Denise Pascal, Karla Rubilar y Víctor Torres, que modifica el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, con el objeto de eliminar de los contratos de prestaciones de salud privada, las figuras de la preexistencia por enfermedad previa, y otras restricciones de cobertura en perjuicio de los afiliados o beneficiarios (Boletín N° 11.572-11).

3) Moción de los exdiputados Pedro Araya, Juan Luis Castro, Fuad Chahin, Carolina Goic, Miodrag Marinovic, Fernando Meza, Marcela Sabat, René Saffirio y Víctor Torres, que establece eliminación de los cobros que realizan las Isapres a las mujeres por concepto de fertilidad (Boletín 6.930-11).

CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS PREVIAS

1) La idea matriz o fundamental del proyecto es introducir modificaciones en el decreto con fuerza de ley N° 1, de Salud, de 2005, que contiene el texto sistematizado de diversas leyes en materia de salud. Mediante el proyecto se considera la creación de un Plan Común de Salud que incluya prestaciones, beneficios y coberturas uniformes, para que las instituciones de salud previsional puedan comercializar desde la entrada en vigencia de la ley, definiendo cada cual la prima que cobrará, y la red de prestadores preferentes en que se podrán atender sus beneficiarios, con lo cual se busca eliminar las preexistencias, eliminar las discriminaciones por sexo y edad, y entregar mecanismos que permitan su viabilidad, tanto para la afiliación a las instituciones de salud previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.



Firmado electrónicamente

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

Código de verificación: FF279820F8A4AE7C

2) Normas de carácter orgánico constitucional.

No hay.

3) Normas de quórum calificado.

Se encuentran en esta situación los numerales 4), 5) y 6), a excepción del artículo 235, contenidos en el artículo único permanente; inciso primero de la disposición primera transitoria, y la segunda transitoria -en cuanto se vincula con los numerales 4) y 5) del artículo único-.

4) Normas que requieren trámite de Hacienda.

Se encuentran en esta situación los artículos 234 y 235 introducidos por el numeral 6) del artículo único permanente, y las disposiciones primera y cuarta transitorias.

5) El proyecto fue aprobado, en general, por la unanimidad de los diputados y diputadas presentes, (8 votos a favor).

Votaron los diputados y las diputadas Astudillo, Barría, Sagardía (en reemplazo de diputada Cariola), Gazmuri, Lagomarsino, Molina (Presidenta), Romero y Rosas.

5) Diputada Informante: señora Danisa Astudillo Peiretti.

* * * * *

I. ANTECEDENTES

El mensaje hace presente que mediante este proyecto de ley se da cumplimiento a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo décimo transitorio de la ley N°21.674, a fin de eliminar las enfermedades o condiciones preexistentes de que trata la ley respectiva, las discriminaciones por edad y sexo, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional (en adelante, Isapre) como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud, y crea un plan común de salud para las personas afiliadas a las Isapre.

1.- Artículo décimo transitorio de la ley N°21.674.

El 24 de mayo de 2024 se publicó la ley N°21.674, que modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el Fondo Nacional de Salud, otorga facultades a la Superintendencia de Salud, y modifica normas relativas a las Instituciones de Salud Previsional.

Dicha iniciativa otorga un marco legislativo para el cumplimiento de la última jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema que dispuso, principalmente, la adecuación de los planes del sistema privado de salud a la tabla única de factores definida por la Superintendencia de Salud, vigente desde abril de 2020.

Durante la tramitación de dicha ley, hubo consenso transversal por parte de todos los sectores políticos de que la creciente judicialización del sistema privado de salud y la necesidad de aprobar una iniciativa legal como la ley N°21.674 era indispensable, lo mismo que avanzar en cambios estructurales al sistema de salud.

En ese contexto, recogiendo la voluntad manifestada por los distintos actores políticos de alcanzar acuerdos en materia de cambios estructurales en salud, el Ejecutivo ingresó una indicación para incorporar un artículo transitorio a través del cual el Presidente de la República se comprometió a avanzar en un nuevo diseño del sistema de salud, actualmente, el artículo décimo transitorio de la ley N° 21.674. En particular, en el inciso primero de dicho artículo, el Ejecutivo acordó ingresar durante el período legislativo del Congreso Nacional correspondiente a 2024 uno o más proyectos de ley destinados a perfeccionar el sistema de salud en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud. Luego, en el inciso segundo del referido artículo, el Ejecutivo se comprometió a ingresar, antes del 1 de octubre de 2024, uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del DFL N°1, así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, y los mecanismos que permitan su viabilidad, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.

Esta iniciativa legal busca cumplir con el último de esos compromisos, con la finalidad de permitir la libre movilidad de las personas en el sistema privado de salud, terminando con las discriminaciones por preexistencias, sexo y edad que imperan actualmente.

2.- Características de los contratos de salud con Instituciones de Salud Previsional

El sistema de salud chileno es de carácter mixto, tanto en su provisión como en su aseguramiento.

Eso quiere decir que, para garantizar el acceso a la salud de la población y cumplir con el derecho a la salud, para su provisión, el sistema se sustenta a través de prestadores de salud públicos y privados; y, en cuanto a su aseguramiento, se encuentra la aseguradora estatal, a través del Fondo Nacional de Salud (en adelante, Fonasa o el Fondo), y las Isapre, que son las instituciones privadas.

La coexistencia de Fonasa -que se estructura conforme a los principios de seguridad social- con las Instituciones de Salud Previsional -que operan conforme a principios de mercado- justifica que el sistema de salud chileno se estudie y explique por referencia a dos subsistemas principales: uno público y otro privado.

La literatura (Larrañaga, 1996) también lo refiere como un sistema dual, porque operan dos subsistemas con lógicas distintas, que repercute en que el Fondo concentre a las personas de menores ingresos, a las personas mayores y a las personas con más alto riesgo de enfermar, mientras que las Isapre reciben a los individuos sanos y jóvenes, quienes toman sus decisiones de aseguramiento con preferencia por el subsistema privado, ya que tienen el respaldo del seguro público en el evento de la enfermedad y envejecimiento. En efecto, se observa a partir de datos de la encuesta

Casen 2022 que, del total de personas mayores en Chile, para aquellos con edad entre 60 a 64 años, el 87,58% se encuentran en Fonasa; y para mayores de 64 años, dicha cifra asciende a 91,94%. En tanto, en Isapre, dichos grupos etarios corresponden a 12,42% y al 8,06% respectivamente. Esas cifras muestran que las personas mayores se concentran en forma desproporcionada en el subsistema público, si se considera que la población general se distribuye en el 84% en Fonasa y el 16% en Isapre (BCN, enero 2024 N° SUP: 140682). Todo lo anterior, afecta la solidaridad no solo entre grupos de ingreso, sino también entre personas sanas y enfermas.

Respecto al subsistema privado de salud, el DFL N°1 dispone que las Instituciones de Salud Previsional financiarán las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida. Para que ese aporte se haga efectivo, dicha normativa dispone que los cotizantes deben suscribir con la Institución de Salud Previsional que elijan un contrato de plazo indefinido y, en ese contrato, las partes convienen libremente el plan de salud.

En cuanto a los contratos de salud, de acuerdo con datos de la Superintendencia de Salud, actualmente el número de planes vigentes en el sistema Isapre supera los cincuenta y cinco mil. Del total de planes vigentes, aproximadamente, el 30% cuenta con un solo cotizante (i.e. un plan único y diferente para cada contrato), y el 36% cuenta con entre dos a diez cotizantes. Ello debe, en gran medida, a la facultad que tienen las Isapre para definir, en virtud de los riesgos que representa la persona, el plan de salud a ofrecer y su respectivo precio.

Dicha capacidad de diseño de los planes ha permitido a las Isapre segmentar a la población. Por ejemplo, las Isapre han podido segmentar por rango etario, cuestión que les ha permitido mantener carteras de afiliados compuestas básicamente por personas más jóvenes. Además, de acuerdo con datos de Fonasa (octubre 2023) y de la Superintendencia de Salud (diciembre 2022), existe una segmentación regional concentrada en el sector oriente de la Región Metropolitana. Tomando la totalidad de población Isapre y Fonasa, solamente 4 de los 29 servicios de salud cuentan con una afiliación a Fonasa menor al promedio nacional de 84%, siendo estos los Servicios de Salud Metropolitano Oriente con 49%, Metropolitano Central con 75%, Metropolitano Norte con 79% y de Antofagasta con 77%. Asimismo, las Isapre han podido segmentar por ingresos, factor relevante si se atiende a los determinantes sociales en salud, que muestra que las personas de menores ingresos tienen mayor propensión a enfermar. Como reflejo de eso, el 50% de los cotizantes de Fonasa cotizan por \$20.000 o menos, y menos del 1% de los cotizantes presentan una cotización por sobre los \$100.000. Sin embargo, en las Isapre abiertas, el precio medio del plan varía de entre \$115.000 y \$198.000.

Finalmente, junto a esa segmentación que pueden hacer las Isapre en base a los ingresos y riesgo sanitario de las personas, está la asimetría de información de los usuarios del sistema. Si bien las personas tienen la libertad de elegir su plan de salud, esta libertad muchas veces se ve limitada por la dificultad de comparar planes y por la propia segmentación que hacen las Isapre. Así, un estudio del Centro de Estudios Públicos de 2023 (CEP, Puntos de Referencia N°654, abril 2023), evidenció que el 32% de los afiliados encuestados no comparó entre distintas opciones al momento de elegir su plan de salud, aceptando la recomendación que le entregó el agente de ventas de la Isapre que contrató.

2.1. Las tablas de factores

Desde el punto de vista de la economía, los contratos son seguros de salud respecto de los cuales la legislación ha permitido a las Isapre tarificar y estructurar los planes de salud según el riesgo individual de cada afiliado (por oposición a una tarifa plana).

En efecto, por una parte, el DFL N°1 regula el precio final que las Isapre cobran por cada plan, condicionándolo a una tabla de factores cuyos coeficientes muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga. Lo anterior, en la práctica, permitió que el sistema de salud privado estableciera distintos precios para un mismo plan de salud según la edad y sexo de la persona que accedía a aquel.

Esas diferencias han sido objeto de reproche por los tribunales de justicia. Ya en 2010, en una sentencia que marcó el futuro del sector salud, el Tribunal Constitucional, en causa Rol N°1710-2010, declaró que varias normas que regulaban la tabla de factores resultaban inconstitucionales toda vez que eran incompatibles con el derecho a la igualdad ante la ley, especialmente entre hombres y mujeres. Por ello, Tribunal derogó los numerales 1, 2, 3 y 4, del inciso tercero del artículo 38 ter de la ley N°18.933 (actualmente, artículo 199 del DFL N°1).

Con todo, ese fallo no impidió que, al menos hasta finales de 2019, cada Isapre continuase elaborando las tablas de factores de sus planes de salud considerando dos variables: la edad y sexo del cotizante y las establecía en función del gasto esperado relativo entre cada tramo de edad/sexo para el respectivo plan. Sin embargo, a fines de 2019, la Superintendencia de Salud emitió la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre, a través de la cual determinó una tabla única de factores para todos los planes que se comercializaran desde abril de 2020. Esta tabla única eliminó toda diferencia de precios basada en el sexo y estableció factores de riesgo por edad uniformes para todo el sistema.

Aún después de la circular de la Superintendencia de Salud, la discriminación por edad subsiste, aunque atenuada, con una menor cantidad de categorías de edad, y las diferencias de precio dentro de los planes de salud por motivos de sexo se mantuvieron para los contratos vigentes anteriores a aquella.

La situación cambió con la entrada en vigencia de ley N° 21.674, pues conforme a esa ley, que tiene por principal objetivo dar cumplimiento a la reciente jurisprudencia de la Corte Suprema, las Isapre deben aplicar la tabla única de factores definida por la Superintendencia de Salud a todos los planes de salud vigentes, con independencia de que sean anteriores a la Circular IF/N°343.

Con todo, si bien dicha tabla no establece diferencias de precio entre hombres y mujeres, permite la tarificación por riesgo y, por ende, las discriminaciones de precio según la edad de la persona afiliada.

2.2. Las enfermedades o condiciones preexistentes.

Por otra parte, junto a la tabla de factores, las enfermedades o condiciones preexistentes (en adelante, “preexistencias”) constituyen otra institución del sistema privado de salud que da cuenta de la posibilidad que tienen las Isapre de seleccionar a las personas más saludables, restringiendo coberturas, rechazando la entrada de las personas potencialmente enfermas o bien, estructurando sus planes de salud según el

riesgo individual de cada afiliado. En base a las preexistencias, las Isapre pueden definir por un tiempo, restricciones de cobertura para aquellas personas afiliadas de idéntico plan que padezcan alguna enfermedad o condición preexistente.

En efecto, conforme al artículo 190 del DFL N°1, toda persona interesada en suscribir un contrato de salud, previo a afiliarse a una Institución de Salud Previsional o al momento de añadir una persona beneficiaria, debe suscribir un documento denominado “Declaración de Salud”, en el cual la persona afiliada debe registrar fidedignamente aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que conozca y le hayan sido diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación de un beneficiario, en su caso. Respecto de estas enfermedades o condiciones registradas, la ley autoriza a las Isapre para definir restricciones de cobertura hasta por un plazo de dieciocho meses. Si no fueron declaradas, la restricción de cobertura se extiende por cinco años.

En los hechos, esta declaración de salud se ha constituido en un instrumento a través del cual las Isapre restringen el acceso al sistema y limitan la movilidad de las personas afiliadas entre Instituciones. Es más, el DFL N°1, en su artículo 170, reconoce expresamente la situación del “cotizante cautivo”, entendiendo por tal *“aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional”*.

Tanto la cantidad de planes de salud y su difícil comparabilidad, como la estructuración de los planes por riesgo individual -a través de la tabla de factores y las preexistencias- son todas condiciones que permiten que en el sistema privado de salud ocurran discriminaciones en el acceso a la salud. Esta situación impide la competencia por precios y calidad, generando en lugar de ello una segmentación de las personas beneficiarias en atención a su riesgo, existiendo altos incentivos para las Isapre para rechazar a individuos con mayor riesgo o a inducirlos a abandonar el sistema mediante alzas continuas de precios o reducción de beneficios.

- **Fundamentos del proyecto de ley señalados en el mensaje.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que un sistema de salud comprende todas las organizaciones, personas y acciones cuyo propósito es promover, mantener o restablecer la salud. Desde un punto de vista de derechos humanos, es posible sostener que un sistema de salud debe comprender todo aquello que busca garantizar el derecho fundamental a la salud.

Según la OMS, los objetivos de todo sistema de salud buscan mejorar la salud de la población; responder a las expectativas no médicas de las personas; y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud, haciendo un uso óptimo de los recursos disponibles. Dado esos objetivos, una de las principales responsabilidades del sector salud es reducir las consecuencias de las inequidades sociales en esta materia, desacoplando la capacidad de pago de las personas al acceso a la atención de salud. Sin embargo, la tarificación por riesgo individual atenta contra ese fin. La tabla de factores y las preexistencias han encarecido el acceso a la salud de mujeres, adultos mayores y personas con problemas de salud, convirtiéndose en barreras de entrada para esa población, en tanto herramientas que han permitido a las Isapre discriminar por razones de sexo, edad y condición de salud.

A la par de la tarificación por riesgo individual, nuestra legislación otorga a las Isapre amplia libertad para definir sus planes de salud y comercializar tantos planes como les resulte rentable, lo que ha ocasionado la existencia de más de cincuenta y cinco mil planes vigentes. Se genera una asimetría en la información que limita la movilidad de las personas, ya que resulta imposible compararlos, constituyéndose en herramientas para segmentar y discriminar a las personas de mayor riesgo, por la vía de alzas de precios y reducción de beneficios.

Por todo lo expuesto, para terminar con las discriminaciones en base a condiciones de salud individual resulta indispensable suprimir del sistema la declaración de salud de que trata el artículo 190 del DFL N°1, poniendo fin con ello a la figura del “cotizante cautivo” y a las restricciones de cobertura y beneficios.

Al mismo tiempo, se requiere eliminar la aplicación de una tabla de factores como elemento definitorio del precio final que las Isapre pueden cobrar por sus planes de salud. En su lugar, para ese fin, se hace indispensable avanzar hacia una tarificación plana en el sistema privado de salud. De esta manera se mancomunan los riesgos al interior de cada Isapre. Cada persona paga una prima que no tendrá relación con su riesgo, cuestión que facilita el acceso a personas de mayor riesgo como adultos mayores y enfermos crónicos.

Para hacer frente a las discriminaciones por sexo, edad y condición de salud, se hace necesario el establecimiento de medidas regulatorias adicionales a las descritas; la principal lo constituye la existencia de un plan común de salud para todas las Isapre. De lo contrario, se podría continuar con conductas discriminatorias en base al contenido en cobertura y prestaciones de cada plan, aun cuando exista la obligación de afiliar a todas las personas. A su vez, la coexistencia de tarifas planas con multiplicidad de planes de salud -junto con mantener la asimetría de información de las personas-, arriesgaría la viabilidad del sistema por agudizar problemas que la economía conoce como selección adversa y riesgo moral.

En efecto, la selección adversa es un fenómeno que se presenta debido a que las potenciales personas afiliadas tienen mayor información sobre su estado de salud que las Isapre. Mientras más ventajosas las condiciones del plan respecto a la competencia, la Institución atrae personas con mayores riesgos y empeora su situación financiera, lo que obliga a subir sus primas en el próximo periodo, desincentivando con ello la afiliación de quienes tienen menores riesgos y, por tanto, empeorando el riesgo global de su cartera. De esa manera se produce lo que se denomina “espiral de la muerte”, porque no se alcanza un equilibrio sostenible en la industria.

En cuanto al riesgo moral, significa que la persona gastará más de lo que gastaría si es que tuviera que solventar por sí misma la totalidad de los costos de una prestación, con lo que se produce un sobreconsumo por parte de la Isapre. Ante la hipótesis de un sistema de salud privado con varios planes de salud, el riesgo moral se produciría por comportamientos oportunistas de las personas al contratar mejores planes solo para acceder temporalmente a mayor cobertura, lo que afecta la situación financiera de las Isapre y su capacidad para financiar a otras personas afiliadas.

Tanto la ciencia económica como la experiencia comparada muestran que la viabilidad de un plan común de salud en un sistema con múltiples aseguradores requiere medidas para contrarrestar la selección adversa, los comportamientos oportunistas y la reducción de los incentivos para que las aseguradoras seleccionen por

riesgo. Dichas medidas contribuyen a (a) atenuar incentivos a la discriminación selectiva por parte de las Isapre, (b) reducir la selección adversa/el comportamiento oportunista, y (c) evitar efectos inflacionarios en las primas cobradas a las personas.

Por consiguiente, para terminar con las preexistencias y la discriminación por sexo o edad, no es suficiente que se deroguen los artículos que regulan la declaración de salud y la tabla de factores, sino que se requiere de la definición de nuevas condiciones que se apliquen en lo sucesivo, y que incluyen ofrecer un plan común de salud con una tarifa plana que mancomuna riesgos al interior de cada Isapre y un mecanismo de reaseguro que mitiga los incentivos a la selección de riesgos por parte de estas Instituciones, -manteniendo vigente el régimen legal de los planes actuales-.

- **Objetivos.**

El inciso segundo del artículo décimo transitorio de la ley N°21.674 - conocida como ley corta de Isapre, de 2024- impone la obligación de presentar un proyecto de ley que cumpla tres condiciones, a saber: (i) eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del DFL N°1; (ii) eliminar las discriminaciones por edad y sexo; y (iii) hacer lo anterior contemplando mecanismos que permita su viabilidad.

Por lo mismo, la finalidad de este proyecto de ley es terminar con la posibilidad de que los planes de salud se estructuren y tarifiquen conforme al riesgo individual de cada persona afiliada o beneficiaria. Sin embargo, la sola derogación de la declaración de salud y de la tabla de factores -sin modificar otros elementos de la regulación vigente- incentivaría la selección adversa y el riesgo moral.

Y, por otro lado, si se mantiene la multiplicidad de planes, se arriesga continuar con las asimetrías de información que tienen las personas, erosiona la competencia entre Isapre y se constituye en una herramienta para la discriminación en base al contenido del plan.

En resumen, expone el mensaje, el objetivo general del proyecto es terminar con las preexistencias y con la tabla de factores en el sistema de salud privado, pero con el establecimiento de mecanismos que eviten los riesgos descritos, y adecuando su funcionamiento a los principios de la seguridad social.

Los objetivos específicos los siguientes:

1. *Poner fin a la tabla de factores mediante una tarifa plana para el sistema de salud privado.* Para dejar atrás un sistema en donde las personas pagan una prima que tenga relación con su riesgo, es fundamental la adopción de una tarificación plana que permita asumir los riesgos entre todos quienes pagan la prima. Así, junto con definir un plan común de salud para el sistema privado, el proyecto obliga a las Isapre a cobrar una tarifa plana por el mismo, eliminándose la tabla de factores para definir el precio final de los planes.

Sin perjuicio de lo anterior, la tabla de factores subsistirá en los contratos de aquellas personas afiliadas que a la fecha de entrada en vigor del plan común de salud deseen permanecer en aquel, pues el cambio a este plan será voluntario. El plan común, con tarifa plana, entrará en vigencia para todos los nuevos contratos.

2. *Poner fin a las preexistencias.* Tal como se compromete en el artículo décimo transitorio de la ley N°21.674, el proyecto dispone expresamente el fin de las

preexistencias, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para la posible definición de restricciones o exclusiones de beneficios.

Ello implica prohibir a las Isapre la posibilidad de negar la afiliación, de requerir que la persona cotizante y sus beneficiarios informen condiciones de salud preexistentes, y de establecer exclusiones o periodos de carencia no incluidos en el decreto que define el contenido del plan común.

En definitiva, se pone fin a la facultad de segmentar por riesgo sanitario individual, y se permite la libre movilidad de las mismas.

3. Crear un plan común de salud. Se impide la coexistencia de múltiples planes con tarifa plana para evitar la selección y segmentación de riesgos por parte de las Isapres y los comportamientos oportunistas por parte de las personas. Ello, permitirá conciliar los riesgos al interior de cada Isapre para permitir el acceso a la salud de la población de mayor riesgo como las personas mayores y los enfermos crónicos.

Por ello, se propone la creación de un plan común de salud como producto único y comparable, prohibiéndose que cada Isapre ofrezca planes alternativos. Así, las Instituciones de Salud Previsional competirán entre ellas por precio y por la red de prestadores que ofrezcan.

Desde el punto de vista de su contenido, en todo plan de salud se reconocen al menos cuatro elementos: prestaciones, cobertura financiera, red de prestadores y precio. El proyecto propone que las prestaciones del plan común sean definidas a través de un decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud, suscrito también por el Ministro de Hacienda. Las coberturas financieras que deberán otorgar las Isapres se definirán mediante un procedimiento participativo que culminarán en el referido decreto supremo. El plan común de salud se ofrecerá a través de la modalidad de prestadores preferentes, que serán previamente determinados por las Instituciones, quienes, además, determinarán el valor del plan.

4. Excluir los beneficios adicionales al plan común de salud. Atendido que el objetivo de esta iniciativa legal es poner término a la facultad de las Isapre de estructurar y tarificar los planes de salud conforme al riesgo individual de cada persona, se hace necesario prohibir que ofrezcan beneficios adicionales a los definidos en el plan común. Se evita así, que persistan espacios propicios para la discriminación dentro de la seguridad social.

Con ello se establece una clara señal que en materia de salud: el mercado puede seguir operando, pero por fuera de la seguridad social y no con cargo a la cotización legal en salud. Por tanto, no se impedirá que las personas accedan a coberturas adicionales a las que se definan para el plan común de salud. Para acceder a éstas, las personas siempre podrán contratar seguros de salud con aquellas compañías de seguros reguladas por la Comisión para el Mercado Financiero.

5. Establecer el deber de las Isapre de contar con un reaseguro. Como mecanismo para desincentivar la selección de riesgos, el proyecto contempla la obligación para cada Isapre de contratar un reaseguramiento que la cubra ante aquellos riesgos atribuibles a un mayor gasto en prestaciones correspondientes al plan común de salud, según determine la Superintendencia de Salud cada cinco años mediante circular, previa consulta a la Comisión para el Mercado Financiero. Ello, para que la Isapre se vea cubierta frente a algún alza en la siniestralidad de la cartera.

5.- Establecer los cambios con gradualidad. Poner fin a las preexistencias, a la tabla de factores y a las discriminaciones por razones de edad, sexo y condición de salud suponen un cambio estructural en el sistema de salud privado largamente esperado por la ciudadanía. El impacto de esta nueva regulación y las expectativas en torno a ella justifican que las medidas que se proponen en este proyecto se apliquen con gradualidad. Por ello es que se considera que el plan común de salud entre en vigencia sin obligar a las actuales personas afiliadas a alguna Isapre a poner término a sus planes y migrar al nuevo régimen, aun cuando con la entrada en vigencia del plan común de salud se terminará con la práctica de requerir la suscripción de una declaración de salud y con la tarificación en base al riesgo individual de las personas.

- **Contenido del proyecto de ley**

El proyecto de ley consta de un artículo único permanente y cinco artículos transitorios.

Mediante el artículo único permanente se introducen modificaciones en el decreto con fuerza de ley N°1, de Salud, de 2005. En términos generales, se abordan los aspectos siguientes:

1. *Se derogan las preexistencias y se pone fin a las discriminaciones debido a sexo y edad:*

- Se deroga la definición de “cotizante cautivo”.

- Se permite la transferencia de cartera de una Isapre a otra, eliminando la expresión “condición de cautividad”.

- Se elimina el procedimiento de transferencia de cartera que debe realizar el administrador provisional -cuando se cumplen los requisitos que allí se señalan-, en atención a la libre movilidad con la que contarán las personas en caso de que se inicie el proceso de cancelación de registro de una Isapre. Se faculta al Superintendente de Salud a abrir un periodo especial de hasta sesenta días hábiles para que los afiliados puedan cambiarse a otra Institución.

- Se elimina la hipótesis de declarar desierta la licitación contemplada en el actual artículo 221.

- Se propone incorporar un nuevo título III en el DFL N°1, para regular el plan común de salud, que engloba los artículos 229 a 247, incluye:

- 1.a) Establece un plan común de salud como producto único y comparable que deben ofrecer las Isapres.

Si bien el proyecto de ley mantiene la posibilidad para que los cotizantes opten por aportar su cotización para salud a alguna Isapre (tal como lo establece el artículo 184 vigente del DFL N°1), especificando que para ello deben contratar el plan común de salud a que se refiere este proyecto de ley, se propone que la cobertura financiera del plan común de salud sea la misma para todas las personas afiliadas al sistema privado de salud, en los términos que allí se especifican.

Los contratos del plan común serán por plazo indefinido y cada Isapre determinará la red preferente de prestadores y la prima que cobrará por dicho plan común. Tanto la prima como la red preferente deberá ser la misma para todas las personas afiliadas y cargas de una Institución.

Respecto a la dictación del decreto supremo que contiene el primer plan de salud, se indica que además de las prestaciones y beneficios que señala la ley, éste podrá incorporar dentro del contenido del plan, las prestaciones no incluidas en los aranceles de la modalidad institucional o de libre elección de Fonasa que se encuentren reconocidas en la cobertura de los planes de salud vigentes de las Isapre. Para la elaboración del primer decreto, se deberá seguir el procedimiento establecido en los artículos 235 y 236 del DFL N° 1. Para proponer las coberturas financieras del primer decreto del plan común de salud, el Consejo Consultivo dispondrá de un plazo de seis meses contados desde su convocatoria.

1. b) Entrega a la autoridad sectorial la definición del plan común de salud y su contenido. La definición y contenido del plan común de salud se encuentra regulada en los artículos 230 a 238 nuevos que el proyecto de ley propone incorporar en el DFL N°1.

Desde el punto de vista de su contenido, en todo plan de salud se reconocen al menos tres elementos: prestaciones, cobertura financiera y red de prestadores. La definición de este último elemento será de facultad de las Isapre. Las prestaciones serán las definidas en este cuerpo legal y las coberturas financieras se definirán mediante un procedimiento participativo que culminará con un decreto supremo del Ministerio de Salud suscrito también por el Ministro de Hacienda.

En particular, las prestaciones y beneficios se establecerán en un decreto supremo expedido por el Ministro de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda. El proyecto contempla que el plan común de salud incluya los siguientes beneficios y prestaciones:

- Las prestaciones contempladas en la modalidad de atención institucional de Fonasa.
- Las prestaciones contempladas en la modalidad de libre elección de Fonasa.
- Las Garantías Explícitas en Salud.
- El beneficio de una cobertura adicional para enfermedades catastróficas.
- Atenciones de emergencia.
- Las prestaciones contempladas en el artículo 194 del DFL N°1, de 2005 (examen de medicina preventiva, protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo o hija, y del niño o niña hasta los seis años).
- El subsidio por incapacidad laboral.

Del mismo modo, el artículo 232 del proyecto establece que la cobertura financiera del plan común de salud será definida en el mismo decreto supremo antes mencionado. La discrecionalidad de la autoridad queda limitada de distintas maneras; tanto en el fondo como en la forma.

En primer lugar, el proyecto dispone que el decreto deberá definir un “copago conocido” para el afiliado respecto de las prestaciones que se otorguen en la red preferente del plan de salud común. Para estos efectos, el proyecto dispone que la contribución deberá expresarse en un porcentaje de cobertura financiera con relación a un arancel de referencia para el plan común de salud definido en el mismo decreto. Ese copago conocido es sin perjuicio de que cada Isapre deba cubrir la totalidad de la diferencia entre el valor de las prestaciones que haya pactado para sus afiliados y el copago conocido.

En segundo lugar, el proyecto también dispone que, al definirse la cobertura financiera para las prestaciones otorgadas fuera de la red preferente, el proyecto deberá definir una “bonificación conocida” para la Isapre. Es decir, el decreto definirá la bonificación que deberá efectuar cada Institución de Salud Previsional por prestación o grupo de prestaciones que reciba un afiliado en prestadores no incluidos en la red preferente del contrato de salud. Esta contribución también deberá expresarse en un porcentaje de cobertura en relación con el arancel de referencia para el plan común de salud.

En tercer lugar, el mismo artículo 233 del proyecto dispone que las garantías explícitas en salud mantendrán las coberturas definidas de conformidad a la ley 19.966.

En cuarto lugar, las prestaciones incluidas en el examen de medicina preventiva tampoco estarán sujetas a la definición de una cobertura en el decreto, pues por ley serán gratuitas para las personas afiliadas y beneficiarias del plan común de salud.

En quinto lugar, el proyecto dispone que 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, tendrá una cobertura definida en la ley que ascenderá a un 90%.

En sexto lugar, el proyecto limita la discrecionalidad de la autoridad en la definición de las coberturas del plan común de salud. Para ello regula, en los artículos 235 y 236 del proyecto, la intervención de un Consejo Consultivo, de carácter técnico cuyo nombramiento seguirá un procedimiento similar al del consejo consultivo de las Garantías Explícitas de Salud.

1. c) Se regula una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC). Actualmente la mayoría de los planes de salud que ofrecen las Isapre incluyen una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas. A pesar de ello, la regulación de este beneficio no tiene fuente legal y descansa en circulares de la Superintendencia de Salud.

La presente iniciativa, en el literal b) del numeral 1) del artículo único permanente, modifica el artículo 170 del DFL N°1, incorporando la expresión “CAEC” al Libro III del referido decreto con fuerza de ley. Luego, el Título III, en su artículo 230 literal d) incluye dentro del plan común de salud una CAEC, regulándola en el artículo 231.

2. Se incorporan principios de la seguridad social en el sistema privado de salud.

2. a) Se restringe el mercado y la posibilidad de negocio dentro de la seguridad social. Explícitamente el proyecto de ley dispone, en el nuevo artículo 241, que las Instituciones de Salud Previsional no podrán ofrecer planes adicionales de salud o beneficios que mejoren la cobertura prevista en el plan común de salud o que otorguen cobertura a prestaciones no incluidas en este.

Sin perjuicio de lo anterior, el mismo artículo faculta a las Isapre a celebrar convenios con compañías de seguros a fin de ofrecer a sus afiliados acceso a seguros de salud que estas comercialicen, en mejores condiciones a las que los afiliados pudiesen acceder individualmente en el mercado. Estos convenios podrán celebrarse previo proceso público, transparente y competitivo convocado por las Isapre.

Los beneficios ofrecidos en virtud de dichos convenios deberán quedar disponibles para la totalidad de las personas afiliadas 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.

2. b) Se pone fin a los excedentes.

Conforme a los principios de la seguridad social, cada cual aporta según su capacidad y recibe según su necesidad. En este sentido, un régimen de excedentes como el que actualmente existe en el DFL N°1, que reconoce propiedad absoluta sobre la cotización legal, es contrario a los principios de seguridad social. Por lo mismo, el artículo 239 del proyecto mantiene la regla vigente conforme a la cual quienes contratan un plan de salud con una Isapre deben imputar su cotización legal para salud al pago del plan. Con todo, si la cotización legal es superior a la prima, el proyecto dispone que la diferencia deberá ser destinada por la Institución al financiamiento de las prestaciones y beneficios de todos los afiliados.

2.c) Se establece el deber de las Isapre de contratar un reaseguro.

El numeral 2 del artículo único permanente del proyecto incorpora un nuevo artículo 181 bis al DFL N°1, con el fin de establecer como requisito de toda Institución de Salud Previsional contar con un reaseguramiento que cubra los riesgos atribuibles a un mayor gasto en prestaciones correspondientes al plan común de salud, que superen los valores definidos por la Superintendencia de Salud, previa consulta a la Comisión para el Mercado Financiero.

El artículo cuarto transitorio establece que, dentro de los doce meses siguientes a la publicación en el diario oficial del decreto supremo que aprueba el primer plan común de salud, todas las Isapre abiertas deberán contar con el reaseguro.

3. *Se incorporan los cambios propuestos con gradualidad.*

La iniciativa procura conseguir el cambio estructural propuesto al sistema privado de salud sin complejizar la regulación.

En primer lugar, el numeral 3) del artículo único permanente, modifica el numeral 8 del artículo 216 del DFL N° 1, el cual establece que las Isapre deben mantener los planes de salud en actual comercialización a disposición del público. Así, el numeral, simplemente mantiene la obligación de las Isapre, pero ahora haciendo referencia al plan común de salud disponible.

En segundo lugar, el Título III contiene algunos artículos que también dan cuenta de tal gradualidad. En ese sentido:

- Regula, en el artículo 243, el contenido del contrato de salud correspondiente al plan común en términos similares a como hoy se regulan los contratos de salud en el artículo 190 del DFL N°1.

- Regula, en el artículo 240, la duración del contrato del plan común de salud y la posibilidad de desahuciarlo por parte de los afiliados, en términos similares a los que actualmente dispone el artículo 197 del DFL N°1.

- A través del artículo 245, el proyecto contempla, tal como ocurre

actualmente, que una vez al año, en el mes de junio, las Isapre puedan adecuar el precio de su plan común de salud.

- En su artículo 247, el proyecto explícitamente incluye una norma de clausura haciendo extensivas al plan común las normas del título II del DFL N°1 que les sean compatibles.

En tercer lugar, el artículo segundo transitorio establece que las modificaciones a los artículos 170, 216, 219, 221 y 223 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, efectuadas por los numerales 1, 3, 4, 5 y 6, respectivamente, del artículo único del proyecto entrarán en vigor conjuntamente con la publicación en el Diario Oficial del decreto supremo que aprueba el primer plan común de salud

En cuarto lugar, en el artículo tercero transitorio se dispone que los contratos de salud actualmente vigentes se mantienen bajo su regulación actual y que el plan común de salud, con las condiciones que lo hacen viable, rige en lo sucesivo para las nuevas contrataciones con las Isapre.

Finalmente, el artículo quinto transitorio establece la norma de imputación de mayor gasto fiscal.

II. ESTRUCTURA DEL PROYECTO.

El texto del mensaje consta de un artículo único permanente, constituido por siete numerales, y cinco disposiciones transitorias.

III.-DISCUSIÓN DEL PROYECTO.

a) Discusión general.

La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión.

En primer término, dio cuenta del avance en la implementación de la ley corta de Isapres, mencionando que solo han pasado cuatro meses desde su publicación, y que el Ejecutivo ha cumplido con la solicitud de presentar un nuevo proyecto de ley que aborde la eliminación de enfermedades o condiciones preexistentes, así como las discriminaciones en el sistema.

Este proyecto incluye la creación de un plan común de salud para las instituciones de salud previsual. Destacó que, el mensaje presidencial describe detalladamente el proyecto, aunque reconoce que puede ser difícil para los parlamentarios leerlo en medio de sus ocupaciones. Por ello, se planea hacer una introducción general sobre los aspectos más relevantes para facilitar la comprensión de su lógica. Hizo presente que en esta instancia se encuentra acompañada por el Superintendente de Salud y el encargado de reforma, quienes han colaborado en el desarrollo del proyecto junto al equipo legislativo del ministerio.

En cuanto al contexto del proyecto, subrayó que este responde a un compromiso adquirido por el gobierno para reformar la ley corta y abordar las preexistencias, alineándose con la agenda de transformaciones en salud que el gobierno está implementando. Argumentó que un 82% de la población está adscrita al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), y se han realizado cambios como el copago cero, que ha

beneficiado a más de un millón y medio de personas, contribuyendo a la protección financiera y la cobertura universal de salud. También, destacó la importancia de la modalidad de cobertura complementaria, que representa un avance significativo en el seguro público, permitiendo a los afiliados de Fonasa acceder a seguros complementarios y mejorar su protección financiera. Asimismo, informó que se ha trabajado en la universalización de la atención primaria, esencial para la prevención y promoción de la salud. Explicó que la modalidad de cobertura complementaria ya está en su fase final de preparación para licitación, y se espera que inicie actividades el próximo año. A su vez, comentó que se está desarrollando un sistema de atención priorizada que busca reducir las listas de espera en el sistema público y mejorar la eficiencia del uso de la modalidad libre de elección. Anticipó que en noviembre presentarán un proyecto de modernización del sistema nacional de servicios de salud, abordando aspectos críticos del sistema público y regulaciones en torno a los dispositivos médicos y la Central Nacional de Abastecimiento. También, mencionó que se trabaja en iniciativas de mejora en las licencias médicas.

Con respecto al proyecto de ley, recordó que fue acordado que se eliminarían las preexistencias y la discriminación por edad y sexo y, por tanto, se espera que los mecanismos propuestos permitan hacer viable tal eliminación y no solo para los planes básicos de Isapres, sino que también, para los planes complementarios. Sostuvo que la necesidad de esta reforma se ha hecho evidente, dado que el sistema privado ha perpetuado problemas de selección adversa, afectando a las personas con mayores necesidades de salud. Expuso que el sistema actual discrimina a las personas según su edad, lo que ha llevado a que muchas mujeres y adultos mayores se enfrenten a mayores costos y dificultades para acceder a seguros, pues se ha generado una "cautividad" de afiliados, donde muchos permanecen en el sistema Isapre por la imposibilidad de cambiarse por sus condiciones de salud.

Indicó que la discriminación por edad y estado de salud es incompatible con los principios de la seguridad social, y que es responsabilidad del Gobierno abordar las inequidades presentes en el sistema. Manifestó que el objetivo del proyecto de ley es poner fin a las preexistencias y a las declaraciones de salud, adoptando mecanismos que prevengan los riesgos financieros asociados.

En el mismo sentido, enumeró los principales contenidos del proyecto de ley, señalando la eliminación de preexistencias y declaraciones de salud, la creación de un plan común de salud que establezca tarifas planas, y la obligación de las Isapres de contar con un reaseguro que mitigue los riesgos financieros, precisando que esto se propone implementar de manera gradual, separando el financiamiento de la seguridad social de los seguros complementarios adicionales. A mayor abundamiento, hizo alusión a una serie de cambios significativos en el sistema de salud que buscan eliminar las preexistencias y garantizar un acceso universal a los servicios de salud. Comenzó detallando que la eliminación de las preexistencias eliminaría la necesidad de una declaración de salud, lo que facilitaría la movilidad de los afiliados entre distintas Isapres y entre Fonasa e Isapres, permitiendo así una mayor libertad para elegir. Este cambio asegura un acceso sin discriminación y termina con el concepto de "cotizante cautivo". Por su parte, acotó que la eliminación de la declaración de salud se implementará de manera universal en el momento en que se active la nueva ley, permitiendo que las personas cambien de plan sin necesidad de declarar su estado de salud. Explicó que el plan de salud común, que será un producto único y comparable, garantizará que todas las

Isapres ofrezcan los mismos beneficios. Este plan será definido por la autoridad sanitaria y se actualizará cada tres años. Habrá una obligación de afiliar a cualquier persona que desee estar asegurada, siempre que pueda pagar el costo del plan. Hizo presente que las Isapres podrán fijar precios y definir su red de atención, fomentando así la competencia entre ellas en base a precio y calidad de servicios.

Explicó que para evitar la selección adversa, se implementará una ventana de afiliación una vez al año. Esto incentivará a las Isapres a competir no solo por precio, sino también por calidad, eliminando la discriminación en el mercado. Destacó que esta transformación implica pasar de una situación con 55.000 planes a un plan común, lo cual es un desafío significativo.

En cuanto al resto del contenido del proyecto de ley, manifestó que incluye un Consejo Consultivo que asesorará en la definición de las coberturas del plan común, compuesto por representantes de distintas facultades y designados por el Presidente de la República, el cual tendrá un tiempo limitado para presentar sus propuestas y recomendaciones.

La cobertura financiera será establecida mediante un decreto, con copagos predefinidos y bonificaciones para atención fuera de la red preferente. La red de prestadores será definida por cada Isapre y deberá utilizarse también para las prestaciones Ges y no Ges. El precio del plan común será una tarifa plana, asegurando que todos los afiliados de una Isapre paguen lo mismo, independientemente de su edad o género, lo que permitirá una mejor compensación de riesgos. También, mencionó la necesidad de contar con mecanismos que eviten la selección adversa, proponiendo un sistema de reaseguro, similar a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible o “*Obamacare*”, toda vez que este mecanismo permitirá que las Isapre se aseguren contra gastos mayores, reduciendo así el incentivo para discriminar a personas de alto riesgo.

Respecto a las diferencias entre el reaseguro y un fondo de compensación, señaló que el primero podría ser más fácil de implementar a corto plazo y no requiere de gran inversión inicial. El diseño del proyecto incluye medidas para restringir fuentes de discriminación, prohibiendo planes adicionales que no estén dentro del marco de la seguridad social y eliminando excedentes que complicarían la redistribución de riesgos.

En cuanto a la gradualidad en la implementación del proyecto, hizo hincapié que es clave, dado que el sistema de salud es complejo y ha estado bajo presión tras la pandemia. La ley se publicará y se establecerán las condiciones para la transición a este nuevo sistema, garantizando que los planes actuales se mantengan para aquellos que no deseen cambiarse inmediatamente.

Enfatizó los efectos esperados para las personas, incluyendo mayor libertad de elección, transparencia, reducción de asimetrías y un sistema que incentive la competencia por precio y calidad. Se espera que esta reforma reduzca la judicialización y el descreme en el sistema de salud, alineándose con principios internacionales de equidad y protección financiera.

Concluyó resaltando que el Ejecutivo cumple con el compromiso de acabar con las preexistencias, mejorando la alineación del sistema con los principios de seguridad social y promoviendo un mercado más centrado en las necesidades de los ciudadanos.

La directora de Espacio Público, señora Paula Benavides, expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión. Se centró en ofrecer una reflexión amplia y detallada sobre el proyecto de ley, que busca modificar el sistema de salud chileno, particularmente en lo que respecta al subsistema de Isapre.

Destacó la relevancia del proyecto como un paso importante para abordar los problemas estructurales que enfrenta el sistema de salud, problemas que han sido diagnosticados por diversos expertos y comisiones a lo largo de los años.

Comenzó por contextualizar la iniciativa dentro del escenario actual del sistema de salud, describiendo la serie de problemas que aquejan al subsistema de Isapre. Hizo mención de la discriminación por riesgo que existe, donde las personas que se afilian a una Isapre se ven sometidas a exigencias como la declaración de salud, la tarificación por riesgo, y la existencia de planes que discriminan en base a edad y otras condiciones; dichas situaciones han dado lugar a una "cautividad" de los afiliados, que implica que, una vez dentro del sistema, las personas enfrentan barreras para cambiar de plan o de institución, lo que genera una competencia insuficiente y falta de incentivos para contener los costos. La situación también se ha visto agravada por la escasa regulación de la integración vertical, y la creciente segmentación del sistema público, que atiende principalmente a las personas de menores ingresos y mayores riesgos.

En ese contexto, subrayó cómo la elevada judicialización y los múltiples fallos judiciales, entre ellos el Tribunal Constitucional y la Corte Suprema, evidencian el deterioro del subsistema y la inacción legislativa en relación con las reformas necesarias.

En cuanto a los detalles de la iniciativa legislativa en sí, destacó que no se trata de ajustes meramente paramétricos, sino de cambios sustantivos en el diseño del sistema. Resaltó que, aunque se avanza en la eliminación de discriminaciones por edad, sexo y preexistencias, y en la mejora de la competencia mediante la creación de un plan común de salud, la viabilidad financiera de estos cambios debe ser evaluada cuidadosamente. En particular, el reaseguro es un mecanismo propuesto para mitigar los riesgos de siniestralidad derivados de la mayor movilidad entre los afiliados. Sin embargo, cuestionó la efectividad de este, dado que, a su juicio, el proyecto no establece condiciones claras para garantizar su funcionamiento eficiente. Indicó que el riesgo de desestabilización financiera del sistema podría ser elevado si este mecanismo no funciona adecuadamente, lo que podría acarrear mayores costos para los afiliados y afectar la estabilidad general del sistema.

En un análisis del contexto más amplio, reflexionó sobre la situación financiera tanto del sistema privado (de Isapre) como del sistema público de salud, subrayando que la creciente migración de beneficiarios del sistema privado al público es una tendencia preocupante. Atribuyó tal migración a la crisis financiera de las Isapre, que en los últimos años ha registrado pérdidas significativas, lo que ha debilitado aún más su capacidad de atender a los afiliados. Por su parte, se agrava con el envejecimiento acelerado de la población chilena, que pone una presión adicional sobre el gasto en salud, tanto en el sector público como en el privado. A ello se suma la estrechez fiscal del país, que limita la capacidad del gobierno para hacer frente a estos desafíos de manera eficiente.

Mencionó, a su vez, los avances logrados en el sistema público, como el copago cero y el fortalecimiento de la atención primaria, aunque reconoció que aún existen retos significativos, como las largas listas de espera y las presiones sobre el

gasto. En este contexto, subrayó que la reforma al sistema de salud no debe verse de manera aislada, sino que debe abordarse como parte de un enfoque integral que contemple tanto los problemas del sistema privado de salud como las reformas necesarias en el sector público. En sus reflexiones finales, concluyó que la reforma es urgente, pero que debe ser discutida de manera responsable, considerando los impactos que podría tener en la estabilidad financiera del sistema y en la equidad del acceso a la salud.

A su juicio, para lograr una reforma exitosa, es esencial fortalecer las instituciones responsables de la salud, como Fonasa y la Superintendencia de Salud, y avanzar en la modernización del sistema público, mientras se aborda adecuadamente la inestabilidad del sistema privado y los problemas de discriminación y cautividad que afectan a sus afiliados.

En definitiva, abogó por una reforma integral que contemple tanto la mejora en la calidad y acceso de la salud pública como la regulación y reestructuración del sistema privado, para asegurar la sostenibilidad y equidad del sistema de salud chileno a largo plazo.

El ex ministro de Salud, señor Emilio Santelices expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión. Compartió su experiencia y el proceso de trabajo realizado durante los años 2023 y 2024 en torno a la reforma al sistema de salud. En primer lugar, aprovechó la oportunidad para exponer los esfuerzos conjuntos realizados en diversas comisiones del Senado, especialmente en la Comisión de Salud, donde se trató la ley corta y otros elementos relacionados con la reforma sanitaria. Agradeció a todos los miembros involucrados, resaltando la diversidad de enfoques y la amplitud de las disciplinas que participaron en las discusiones, lo que permitió enriquecer el debate y la toma de decisiones. Asimismo, se refirió al trabajo realizado en una comisión integrada por exministros y expertos, entre los que destacó a figuras como Paula Daza, Cristóbal Cuadrado y Marco Antonio Núñez. Ese grupo se encargó de coordinar y generar insumos claves para la propuesta de reforma, cuyo objetivo principal es avanzar hacia un sistema de salud más inclusivo, solidario y universal. Tal esfuerzo ha sido un proceso gradual y constructivo que ha permitido alcanzar, por fin, un consenso cercano, tras casi dos décadas de debate en torno a la salud pública en Chile.

Subrayó que, a pesar de las diferencias políticas, la comisión logró consensuar puntos cruciales, como la creación de un plan de salud universal que aborde no solo la cobertura, sino también la eficiencia y la calidad de la atención. En este sentido, hizo hincapié en la importancia de avanzar en un sistema de seguridad social que permita cubrir las necesidades de la población de manera equitativa, haciendo énfasis en la atención primaria y en la salud poblacional.

A lo largo de su intervención, destacó la necesidad de que el proyecto de ley en cuestión garantice la viabilidad técnica y la sostenibilidad del sistema en el tiempo, resaltando que el sistema debe ser capaz de responder a los desafíos del presente y futuro, sin perder de vista la importancia de un marco normativo que sea adaptable y flexible ante las vicisitudes del contexto sanitario.

Abordó algunos de los principales desafíos que aún persisten, como el tema de la movilidad dentro del sistema, la creación de mecanismos de compensación de

riesgos para que todos los afiliados tengan acceso equitativo a los beneficios del plan común de salud, y la necesidad de garantizar la estabilidad financiera y la calidad del sistema frente a los ajustes que se generen con la implementación del nuevo régimen. Insistió en la relevancia de contar con una institucionalidad robusta para que la implementación del plan de salud universal no solo sea efectiva, sino que también se mantenga en constante evaluación y mejora a medida que surjan nuevos desafíos.

En cuanto a la propuesta del plan único, destacó que no se trata de ofrecer distintos planes, sino de estructurar un solo plan de salud con diversas modalidades, permitiendo a las personas elegir entre redes de prestadores de salud, pero garantizando que todos reciban el mismo nivel de atención sanitaria. Esta modalidad permitiría aumentar la competencia en el sector privado, al tiempo que se mantiene la lógica de un sistema universal y equitativo. Además, propuso que las Isapre ofrezcan un máximo de tres planes con redes diferenciadas, pero siempre dentro de la misma cobertura sanitaria básica, lo que contribuiría a reducir la discriminación por riesgo individual y permitiría una mayor cobertura para las personas.

También se refirió a la necesidad de abordar el tema del reaseguro, un mecanismo que, según explicó, es común en experiencias internacionales y que podría ayudar a mitigar el riesgo en el nuevo sistema sin eliminar la necesidad de un fondo de compensación a largo plazo. Este reaseguro ayudaría a equilibrar la concentración de riesgos entre los afiliados, permitiendo un sistema más justo y accesible para todos los ciudadanos, especialmente para los más vulnerables.

Fue enfático en la necesidad de garantizar la estabilidad del sistema de salud, tanto para los actuales beneficiarios de Fonasa como para aquellos que opten por el nuevo régimen propuesto en el proyecto de ley. En este sentido, destacó que el traspaso entre sistemas debe ser planificado cuidadosamente, ya que la movilidad de los afiliados podría generar tensiones en el financiamiento, afectando la calidad de los servicios prestados. Aseguró que se debe prestar especial atención a este aspecto para evitar que la falta de recursos afecte el acceso oportuno a la atención sanitaria.

Hizo un llamado urgente a la Comisión de Salud para que se dé la mayor celeridad posible al despacho del proyecto de ley, reconociendo que, aunque hay aspectos técnicos que aún requieren ajustes, es esencial no perder el impulso logrado hasta ahora y avanzar hacia una reforma integral que permita mejorar el sistema de salud chileno en el corto y largo plazo. Apeló al sentido de responsabilidad compartida y a la importancia de actuar con rapidez, dado el contexto de creciente demanda en los servicios de salud y los desafíos económicos y sanitarios que enfrenta el país.

En resumen, hizo un reconocimiento al trabajo conjunto realizado en los últimos años y un llamado a no desperdiciar la oportunidad histórica de avanzar hacia un sistema de salud más inclusivo, equitativo y sostenible, basado en los principios de seguridad social y con una mirada puesta en la calidad de vida de la población.

La investigadora, magíster en Economía de la Salud y del Medicamento, por la Universidad Pompeu Fabra, señora Daniela Sugg expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión. Realizó una breve introducción sobre su experiencia profesional, que la acredita para aportar a la discusión sobre la reforma al sistema de salud en Chile. Compartió su trayectoria de más de doce años trabajando en la Dirección de Presupuestos, donde se enfocó en temas de política

de salud y participó en diversas iniciativas de proyectos de ley orientados a la mejora del sistema de salud. Con este contexto, explicó que su aporte a la discusión sobre el proyecto de ley estaba basado tanto en su experiencia práctica como en su formación académica.

Centró su análisis en los ejes fundamentales del proyecto de ley, dando algunas consideraciones sobre los elementos claves que, a su juicio, deben ser atendidos para avanzar hacia un sistema de salud más eficiente, equitativo y accesible.

Destacó que uno de los principales objetivos del proyecto es establecer beneficios definidos en un plan común de salud, lo que permitiría mitigar riesgos mediante la gradualidad en la implementación y la creación de mecanismos de compensación como un fondo de compensación. Coincidió con otros participantes en que las aseguradoras privadas no deberían generar beneficios adicionales que pudieran llevar a discriminaciones en la cobertura.

En cuanto al contexto que da origen a esta reforma, recordó que este proyecto de ley responde a un fallo del Tribunal Constitucional del 2010, que subraya la necesidad de garantizar el acceso a un seguro de salud que permita a los ciudadanos elegir libremente entre opciones de aseguradoras, garantizando tanto el derecho a la salud como la protección financiera. Todos los esfuerzos legislativos, incluido el actual, deben encaminarse a lograr un sistema de salud universal, eficiente y equitativo, independiente de si el asegurador es público o privado.

Con respecto a los contenidos específicos del proyecto de ley, reconoció que el plan común de salud que propone la reforma es un paso importante, pero también expresó ciertas reservas. A su juicio, la propuesta no contempla elementos claves como los máximos de copago, los deducibles y un sistema de "*stop loss*", aspectos que fueron contemplados en proyectos anteriores, como el de 2018, y que ayudarían a reducir los riesgos financieros para los beneficiarios. Asimismo, planteó que el sistema de beneficios debería definirse con mayor agilidad, ya que el proceso actual de establecimiento de un plan común cada tres años podría resultar inadecuado para la velocidad a la que evolucionan las necesidades de salud y la tecnología médica.

Uno de los puntos más importantes que abordó fue la institucionalidad necesaria para gestionar este nuevo plan común. El proyecto establece un proceso lento para la definición de este plan, sugiriendo que se requeriría una estructura institucional más robusta y ágil. En este sentido, citó como ejemplo el proyecto de reforma a Fonasa de 2020, que ya contemplaba una institucionalidad más definida para la creación de un plan de beneficios con evaluaciones continuas y el apoyo de un consejo consultivo, lo que no se ha incluido en el proyecto actual.

Enfatizó que para evitar la judicialización del sistema, es crucial incorporar un mecanismo que permita la evaluación continua de tecnologías sanitarias, como el que ya se aplica en otros sistemas de salud internacionalmente. Otro tema central de su intervención fue el costo de las primas de salud, que en su opinión debe definirse con mayor claridad y transparencia. Advirtió que, si bien el proyecto establece una estructura de precios, aún persiste el problema de cómo se determinarán las primas finales, ya que los costos de las prestaciones dependerán de varios factores, como la red de prestadores de salud y los ajustes por calidad de servicio. Explicó que los costos para el usuario podrían aumentar debido a los gastos adicionales de las aseguradoras, la judicialización

de medicamentos y las utilidades de las empresas, lo que podría desvirtuar los objetivos de la reforma.

A pesar de reconocer la importancia de los mecanismos como el reaseguro y el fondo de compensación, opinó que su rol en la reforma debería ser secundario. En lugar de centrarse en esos mecanismos, sugirió que el foco debe estar en la creación de un plan de beneficios mejorado, similar al Ges (Garantías Explícitas en Salud), pero con más prestaciones y sin restricciones por edad, como ocurre actualmente. Resaltó que un "Ges 2.0" podría ser una solución eficaz para mejorar el acceso a la atención médica sin crear nuevas barreras ni aumentar los costos.

También mencionó la importancia de la migración gradual de los afiliados entre Fonasa y las Isapre, subrayando que este proceso debe gestionarse cuidadosamente para evitar desequilibrios en el sistema y que las primas no se disparen debido a la alta concentración de personas con mayor riesgo de enfermedad en algunos planes. A su juicio, la gradualidad en la migración y la restricción de los cambios anuales de aseguradora no son suficientes para garantizar la estabilidad del sistema a largo plazo.

Finalmente, hizo un llamado a centrarse en los elementos que, en su opinión, son esenciales para la viabilidad de la reforma. Estos incluyen la mejora en la definición del plan de beneficios, la creación de una estructura institucional más robusta para la actualización continua de las prestaciones, la evaluación de tecnologías sanitarias y la consideración de los costos finales para los usuarios. Aseguró que, si bien los mecanismos de reaseguro y el fondo de compensación son importantes, el objetivo final debe ser garantizar un sistema de salud más accesible, eficiente y equitativo, con un sistema de aseguramiento que sea atractivo tanto para los usuarios como para las aseguradoras.

El director de Fonasa, señor Camilo Cid expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión. Centró su discurso en la complejidad y dificultades que presenta la implementación de un fondo de compensación de riesgo en el sistema de salud chileno, en particular en el contexto de los seguros privados, como las Isapre. Explicó que, si bien su posición se basa en su rol como Director de Fonasa, también abordaba el tema desde su experiencia como experto en economía de la salud, destacando su participación en investigaciones académicas y en comisiones vinculadas a las reformas de salud de gobiernos anteriores.

Su exposición se centró en las características del sistema chileno y las tensiones que surgen cuando se intenta introducir mecanismos como los fondos de compensación de riesgo, los cuales, según él, son inadecuados para abordar los problemas específicos de Chile. Manifestó que el sistema chileno ha estado históricamente marcado por la competencia entre seguros privados (ISAPRES) basada en la selección de riesgos, es decir, en la práctica de tarificar las primas de los seguros según el perfil de riesgo de los afiliados. Esa modalidad de tarificación, basada en tablas de factores y en la estimación del riesgo individual, es una de las principales diferencias con el sistema de seguridad social, como el de Fonasa, en el que la prima no discrimina según la edad, el género o el estado de salud del afiliado. En este sistema de seguridad social, la contribución es proporcional al ingreso, sin importar el perfil de riesgo de cada individuo. Tal contraste entre los sistemas privado y público es uno de los principales obstáculos para implementar un fondo de compensación de riesgo en Chile, ya que un

mecanismo de este tipo sólo funcionaría adecuadamente en un entorno donde los riesgos estén distribuidos de manera equitativa, como en la generalidad de los sistemas de seguridad social.

Recordó las experiencias previas en Chile sobre la creación de fondos de compensación de riesgo, particularmente el fondo Ges, que fue diseñado para mitigar la selección de riesgos entre Fonasa y las ISAPRES. Dicho fondo ha sido un fracaso en términos de los objetivos para los que fue concebido. En su opinión, el fondo no ha tenido un impacto significativo en la reducción de la selección adversa de riesgos, debido a que fue diseñado de manera inadecuada, con precios ficticios que no reflejan los costos reales de las prestaciones. Además, mencionó que el uso de las prestaciones Ges en las ISAPRES es bajo, lo que limita aún más el impacto del fondo. A pesar de que se había concebido como un mecanismo para autorregularse y mitigar los problemas del sistema, nunca fue utilizado con ese fin y no ha servido para resolver los problemas estructurales del sistema.

Por su parte, hizo una clara distinción entre lo que es un ajuste de riesgo y un fondo de compensación de riesgo. El ajuste de riesgo es un mecanismo utilizado en diferentes sistemas de asignación de recursos, como los pagos per cápita o los pagos en función de los diagnósticos (GRD) en hospitales, mientras que un fondo de compensación de riesgo corresponde a una herramienta específica dentro de un sistema de seguros en competencia. Por lo tanto, el concepto de fondo de compensación de riesgo, a su juicio, no tiene cabida en otros modelos de salud que no estén basados en seguros privados en competencia, como el de la seguridad social universal. Desmitificó la idea de que los fondos de compensación de riesgo sean una solución comúnmente utilizada y exitosa en otros países. A pesar de que algunos países como Alemania y los Países Bajos cuentan con mecanismos de compensación de riesgo, destacó que son sumamente complejos y requieren una institucionalidad sólida, así como una regulación estricta de los precios y de los servicios médicos. En esos países, los sistemas de salud han estado funcionando bajo un modelo de competencia regulada durante más de cuarenta años, pero no presentan resultados de salud significativamente mejores que otros países que han optado por modelos de salud diferentes, como los de Canadá o Reino Unido.

Subrayó que los fondos de compensación de riesgo en estos países no operan en el mismo marco de seguros privados que existe en Chile, sino en sistemas de seguros públicos sin fines de lucro, lo que hace que el modelo de competencia de seguros privados no sea directamente comparable. Detalló algunos de los obstáculos prácticos que dificultan la implementación de un fondo de compensación de riesgo en Chile, como la necesidad de una regulación estricta de precios y la falta de una infraestructura de información adecuada que permita prever los costos de manera precisa. Acotó que en los países donde se implementan estos fondos, los precios de los servicios médicos, los salarios de los médicos y los honorarios se fijan mediante negociaciones entre gremios y el gobierno, lo que implica una estructura institucional altamente compleja. Mencionó, por ejemplo, el sistema alemán, donde los precios de los servicios son regulados y se basan en un sistema de puntos que asigna un presupuesto a los médicos y hospitales. En Chile, la variabilidad de los precios de los servicios médicos y la falta de regulación en este sentido hacen que un fondo de compensación de riesgo no sea viable en el corto plazo.

Concluyó su intervención destacando que, aunque la creación de fondos de compensación de riesgo se ha presentado como una solución en las discusiones sobre la reforma del sistema de salud, los problemas estructurales del sistema chileno son más

profundos y requieren un enfoque más integral. A pesar de que los fondos de compensación de riesgo pueden ser una medida puntual para abordar algunos de los efectos negativos de la competencia en el sistema de seguros privados, la solución a largo plazo para mejorar el sistema de salud chileno debe ir más allá de estos mecanismos y centrarse en una reforma más amplia que resuelva las desigualdades y los problemas inherentes al modelo actual.

El ex ministro de Salud, señor Álvaro Erazo expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión. Inició su intervención reconociendo la importancia del tema para la reforma estructural del sistema de salud chileno y opinó que el proyecto está estrechamente relacionado con los desafíos a los que se enfrenta la seguridad social, aunque destacó que faltan componentes claves como los de Fonasa y la Superintendencia, así como las reformas a la atención primaria de salud.

Enfatizó que la situación del sistema de salud debe ser abordada de manera profunda, dada la relevancia de sus implicancias sociales y económicas. En su análisis, vinculó la discusión con el contexto económico y social del país, señalando que la ley tiene una estrecha relación con las condiciones estructurales del sistema de salud y el panorama económico de Chile. Destacó la relevancia del gasto público proyectado para el año 2025, el cual incluirá un aumento de 2.7% en áreas claves como salud pública, educación y seguridad pública. Mencionó la importancia de los datos demográficos y las transiciones epidemiológicas que el país está experimentando, las cuales tienen un impacto directo en la sostenibilidad del sistema de salud. En este sentido, mencionó los recursos destinados a Fonasa, que maneja un presupuesto de 14 billones de pesos (14 mil millones de dólares) y subrayó la necesidad de mantener un equilibrio financiero entre las cotizaciones, el gasto fiscal y el gasto de bolsillo, haciendo hincapié en que el crecimiento de las cotizaciones es crucial para el futuro del sistema.

Explicó que el sistema de salud chileno sigue siendo segmentado y estratificado, a pesar de los esfuerzos realizados, como la Ley Auge, que intentó mejorar la transversalidad del sistema al garantizar derechos sociales a todos los afiliados.

Hizo énfasis en el problema persistente de la desafiliación en las Isapres, que arrastra una tendencia negativa desde hace años, y en cómo este fenómeno se ha intensificado en los últimos cinco años. Según su análisis, la única forma de estabilizar las Isapres es aumentando la cantidad de cotizantes, lo que implica un esfuerzo por mejorar la cobertura y el acceso a los servicios. Reconoció que muchas personas se han visto obligadas a afiliarse a Fonasa debido a las dificultades del sistema privado, aunque subrayó que aquellos que permanecen en este sistema lo hacen de manera voluntaria y confiada en que se trata de un régimen de seguridad social.

También abordó uno de los problemas, en su opinión, más graves del sistema chileno: el gasto de bolsillo en salud, registrando Chile uno de los mayores niveles a nivel mundial, lo que aumenta la desigualdad y la inequidad en el acceso a los servicios médicos, especialmente para los sectores de menores ingresos. Insistió en que este es un tema de suma importancia que debe ser considerado cuidadosamente en cualquier reforma al sistema de salud, ya que un alto gasto de bolsillo compromete la calidad y la equidad del sistema.

Destacó las modificaciones que se propone introducir, como el fin de la consideración de enfermedades preexistentes y la creación de un plan común de salud,

que considera un cambio significativo hacia la seguridad social. Subrayó la importancia de las nuevas normativas sobre el reaseguro obligatorio y las medidas para regular los gastos administrativos de las Isapres, lo que permitirá un mayor control sobre la tarificación de los planes y la gestión de los riesgos asociados a las carteras de afiliados. En este contexto, hizo un llamado a que las Isapres comprendan la importancia de estas reformas y expliquen claramente las implicancias a sus afiliados para evitar confusión y desconfianza.

Resaltó la necesidad de avanzar hacia un sistema universal y más eficiente, que promueva la medicina familiar y la calidad de los servicios, sin perder de vista la necesidad de mejorar la sostenibilidad del sistema e insistió en que, si bien el proyecto de ley introduce avances importantes, es crucial seguir trabajando para lograr una verdadera universalidad y calidad en la atención, lo que solo se logrará si todos los actores del sistema de salud colaboran de manera conjunta.

En representación del Instituto de Políticas Públicas en Salud Universidad San Sebastián, señora Carolina Velasco expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión.

En primer término, reflexionó sobre la importancia de avanzar hacia un sistema de salud que logre una cobertura universal. Subrayó que, para alcanzar este objetivo, es esencial tener en mente un diagnóstico claro sobre las necesidades del sistema y cómo los cambios que se proponen deben estar orientados a una reforma gradual. A nivel global, no existe un sistema de salud que sea universalmente superior al resto, y lo que se recomienda es adaptarse a las características particulares del sistema de salud existente en cada país, incorporando progresivamente las mejores prácticas. Este enfoque es crucial porque evitar las reformas drásticas puede prevenir consecuencias negativas para la población, como la exclusión de los más vulnerables.

Destacó que, en el contexto chileno, el sistema de salud basado en seguros debe garantizar que haya múltiples aseguradores, cumpliendo con principios fundamentales como la libre afiliación y la no discriminación, aspectos que considera vitales para la equidad en el acceso a la salud. En esa línea, resaltó uno de los avances significativos del proyecto de ley que se está discutiendo: la eliminación de las preexistencias. Este cambio permite que las personas puedan afiliarse libremente a los seguros de salud sin ser rechazadas por condiciones preexistentes, como problemas de salud o factores como el género. Además, pone énfasis en la importancia de que los planes de salud sean comparables entre sí, permitiendo que las personas tomen decisiones informadas sobre qué tipo de cobertura elegir, lo que se logra en parte gracias a la simplificación y reducción de la cantidad de planes disponibles.

Sin embargo, señaló que aún queda trabajo por hacer, especialmente en lo referido a la definición de los contenidos del plan de salud, sobre todo en el ámbito de tratamientos no cubiertos por la Garantía Explícita en Salud (GES). En tal sentido, mencionó que existe la necesidad de establecer una institucionalidad que permita la actualización regular de las canastas de servicios y que garantice que se cumplan estándares de costo-efectividad y transparencia, algo que actualmente falta en el sistema chileno.

Otro aspecto que consideró como crucial para la mejora del sistema es la asequibilidad de los planes de salud. Señaló que, a pesar de los avances, persiste una

brecha entre quienes pueden financiar su plan de salud con el porcentaje del salario destinado al seguro (7%) y quienes no tienen recursos suficientes para hacerlo. Esto deja a muchos fuera del sistema de salud o con una cobertura insuficiente, lo que requiere una intervención estatal más activa. En relación con esto, propone la creación de un mecanismo de financiamiento más justo, en el que se asigne un presupuesto a cada persona según sus necesidades de salud, lo cual sería más efectivo que el modelo de reaseguro posterior actualmente en uso, que tiende a favorecer a aquellos con menos riesgo y perpetúa las desigualdades. A juicio de la expositora, el modelo de reaseguro debería complementarse con un sistema prospectivo que permita la asignación anticipada de recursos, evitando así que los aseguradores seleccionen solo a los individuos de bajo riesgo.

En cuanto a la relación entre los aseguradores y los prestadores de servicios, enfatizó que es fundamental garantizar que los derechos de los usuarios sean respetados. En este sentido, abogó por un sistema que permita exigir la calidad en la atención de salud, tanto en el ámbito público como privado, y que provea las herramientas necesarias para que los asegurados puedan reclamar por servicios incumplidos. Destacó que, en Chile, hay una limitación importante en la capacidad de Fonasa de asegurar la calidad de sus servicios, un desafío que debiera abordarse a través de otras iniciativas legislativas.

Hizo hincapié en la necesidad de mejorar la transparencia en el sistema de salud, particularmente en cuanto a la información sobre el desempeño de los prestadores de servicios. Asimismo, señaló que es crucial que los usuarios tengan acceso a información clara y comprensible sobre los resultados de salud en los centros médicos, así como sobre la calidad de los servicios que prestan, para que puedan tomar decisiones informadas y participar activamente en su atención. Esta es una necesidad que, en su opinión, también debe ser abordada por el ministerio y las autoridades competentes, que deben promover el desarrollo de un sistema de información accesible y útil para toda la población. En resumen, propuso una serie de reformas que buscan fortalecer el sistema de salud chileno, garantizando un acceso más equitativo, transparente y eficiente para todos los ciudadanos.

La ex ministra de Salud, señora Soledad Barría Iroumé expuso en base a una presentación, que dejó a disposición de la Comisión. Comenzó su intervención expresando su agradecimiento por la oportunidad de participar en la discusión, señalando que forma parte de un grupo de trabajo organizado por la Fundación Ebert. Comentó que este grupo se encargó de analizar el proyecto de ley en cuestión, por tanto, compartiría algunas de las propuestas formuladas por dicho equipo, con el fin de enriquecer el debate y permitir una revisión más profunda del tema.

A continuación, detalló el contexto del proyecto de ley, que se enfoca principalmente en la población que está bajo el régimen de las Isapres, que representa entre un 13% y un 14% de la población chilena. En contraste, señaló que más del 82% de los ciudadanos están afiliados a Fonasa. Además, mencionó que la población más vulnerable, como los indígenas, las personas con discapacidad y quienes viven en zonas rurales, está mayoritariamente inscrita en Fonasa, y que estas personas tienen un mayor riesgo de enfermedades, pero reciben menos recursos en comparación con quienes están en el sistema de las Isapres. Informó que según los datos disponibles en la Casen 2022, el primer quintil de ingreso tiene un 94% de cobertura por Fonasa, mientras que en el

quintil más alto, es decir, el 20% más rico de la población, la mayoría está en el régimen de las Isapres. En su análisis, enfatizó que se considera positivo el fin de las preexistencias y la eliminación de la declaración de salud, ya que ambas prácticas, en su opinión, son factores clave en la segmentación del riesgo sanitario. Aplaudió la medida que permitiría que cualquier persona se incorpore a Fonasa sin restricciones, similar a lo que ocurre en el sistema de las Isapres, pero con la diferencia de que en este último caso la segmentación económica sigue existiendo, lo que limita el acceso a los planes de salud a quienes no tienen los recursos suficientes.

También señaló que la propuesta de un plan común y la eliminación de la tabla de factores permitirá avanzar hacia un sistema de salud más justo y equitativo. Destacó que la creación de un plan único facilitará la comparación entre planes, lo cual es un desafío en el sistema actual debido a la gran cantidad de opciones personalizadas que existen. No obstante, también subrayó que el proyecto de ley propone cambios graduales, y que no sería obligatorio para las personas adscritas a las Isapres cambiarse al nuevo sistema. Las personas que deseen continuar con su plan o mantener sus preexistencias podrían hacerlo de manera voluntaria. Resaltó que esta aplicación gradual permitirá que aquellos que prefieren quedarse en el sistema actual puedan hacerlo, mientras que los nuevos afiliados estarán sujetos a las reformas.

En cuanto a los planes complementarios, consideró positiva la prohibición de ofrecerlos, ya que, en su opinión, los planes complementarios podrían generar una nueva forma de segregación y discriminación. En su propuesta para mejorar la eficiencia del sistema, hizo hincapié en la necesidad de reducir los gastos administrativos de las Isapres, que en la actualidad alcanzan al 11% de todos los ingresos de las Isapres. Sugirió que si estos gastos pudieran reducirse a un 6%, los recursos disponibles para los usuarios se incrementarían considerablemente.

Planteó, además, la necesidad de cambiar el sistema de pago a los prestadores de salud, sugiriendo que en lugar de pagar por acto médico, se opte por un modelo que remunere a los prestadores según diagnósticos relacionados o paquetes, lo que contribuiría a una mayor eficiencia y efectividad del sistema.

También destacó la importancia de un modelo de atención primaria universal, que permita que los afiliados a las Isapres tengan acceso a cuidados primarios como parte de una estrategia preventiva y de promoción de la salud.

Por último, señaló que aunque se valora la creación de un sistema más solidario y la prohibición de los excedentes en las Isapres, quedan importantes desafíos por resolver. Manifestó que el proyecto de ley, si bien representa un avance, sigue sin abordar completamente el sistema de salud para toda la población. De acuerdo con su análisis, el proyecto solo cubre a un sector minoritario (el 13-14% de la población) y mantiene la discriminación económica, por lo que aún falta la implementación de un verdadero sistema de seguridad social, en el que todos los ciudadanos aporten a un fondo común y puedan acceder a los servicios de salud de acuerdo con sus necesidades.

La ex Subsecretaria de Salud Pública, señora Paula Daza Narbona expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión. Inició su intervención abordando algunos puntos claves sobre el análisis del proyecto de ley en relación con la eliminación de las enfermedades preexistentes, la discriminación por edad y sexo en los planes de salud, y la creación de un plan común para las Isapres. Explicó

que participó en el comité técnico de la Comisión de Salud del Senado, en el cual se discutieron no solo reformas al sector privado de salud, que es el enfoque principal en ese momento, sino también reformas fundamentales para el sector público. En particular, destacó la dramática situación de las personas afiliadas a Fonasa, donde más del 80% de los ciudadanos chilenos están inscritos, y donde existe una alta demanda de atención, con casi tres millones de personas esperando atención en el sistema público. Además, resaltó que cada año cerca de siete millones de personas requieren atención en el sector privado debido a la falta de capacidad de respuesta en el sector público.

Subrayó la importancia de llevar a cabo una reforma integral que abarque tanto al sector privado como al público, para avanzar hacia un sistema de salud universal y equitativo. A continuación, expresó su valoración por el hecho de que, después de veinte años de discusiones y de dos proyectos fallidos en el pasado, finalmente se esté avanzando con un proyecto de ley para reformar el sector privado de salud, específicamente enfocado en las Isapres.

Este proyecto, según la invitada, apunta a incorporar la lógica de la seguridad social en el sector privado, lo cual considera un avance importante. Destacó la eliminación de las preexistencias y la discriminación por edad, sexo y enfermedades como un paso fundamental hacia la justicia y la equidad en el acceso a la salud.

En cuanto al plan de salud que se propone en este proyecto de ley, destacó la importancia de que este sea transparente, explícito y exigible por los afiliados. Afirmó que en Chile existen actualmente numerosos planes de salud, tanto en Fonasa como en las Isapres, pero la oferta de planes y coberturas es confusa y dispersa, lo que dificulta la comprensión por parte de los ciudadanos. Para mejorar la situación, propuso que el plan de salud sea un "espejo" entre Fonasa y las Isapres, es decir, que ambos sistemas (público y privado) cuenten con planes de salud claros, transparentes y exigibles por los afiliados. También subrayó la importancia de que los planes de salud sean adecuados en términos de financiamiento, y que los afiliados tengan acceso a ellos de manera oportuna.

Otro aspecto que consideró relevante fue el tema de las nuevas prestaciones en los planes de salud. Recalcó que, a medida que avanza el tiempo, los planes deben evolucionar e incorporar nuevas prestaciones. Sin embargo, subrayó que este proceso debe contar con mecanismos de priorización claros y transparentes. Estos mecanismos, deben ser definidos por las autoridades competentes, con la participación de expertos en la materia, pero también con la inclusión activa de la ciudadanía. A este respecto, Daza hizo un llamado a avanzar en la participación ciudadana en la formulación de leyes relacionadas con la salud, citando ejemplos como el caso de la ley Ricarte Soto, que se basó en la movilización de la comunidad para impulsar un proyecto de ley.

También se refirió a la importancia de contar con más de un plan dentro del sistema de Isapre. Aseguró que Chile es un país diverso, con diferentes necesidades según las características geográficas y demográficas, por lo que contar con planes de salud flexibles y adaptados a diferentes grupos sería una solución adecuada. En particular, las personas jóvenes y mayores tienen necesidades distintas, por lo que la opción de elegir entre varios planes con diferentes redes de prestadores resulta fundamental para garantizar un acceso equitativo y adecuado a la atención sanitaria.

Sobre el mecanismo de compensación de riesgos, hizo énfasis en la experiencia internacional, mencionando los Países Bajos, Alemania y Suiza, que han implementado mecanismos similares con buenos resultados. Por su parte, acotó que en

Chile, el GES (Garantías Explícitas en Salud) ya cuenta con un mecanismo de compensación de riesgo. Sin embargo, consideró que es necesario avanzar hacia un sistema más robusto para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud y evitar la selección adversa. Explicó que este tipo de selección puede perjudicar a las personas más enfermas o mayores, quienes tienden a ser atraídas por Isapres, lo que genera un desajuste en el sistema si no se implementan mecanismos adecuados de compensación.

Para finalizar, hizo un llamado a la necesidad de contar con una institucionalidad robusta para garantizar que el sistema de salud universal sea eficaz. Además, subrayó que es fundamental reglamentar el sistema para evitar la selección adversa y proteger a las personas más vulnerables.

A pesar de reconocer que el proyecto de ley tiene aspectos perfectibles, valoró el avance hacia un modelo de seguridad social y celebró que se haya logrado un consenso en varios puntos claves. Esto, a su juicio, permitirá que las personas puedan optar por un sistema de salud que se ajuste a sus necesidades, sin quedar atrapadas en el modelo actual.

La presidenta de la Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud (Confedepus), señora Margarita Paz Araya inició su intervención destacando que, en el Día de los Derechos Humanos, su organización renueva su compromiso con la defensa de los derechos humanos, especialmente el derecho a la salud, considerado fundamental para la dignidad humana y el ejercicio pleno de los derechos. Mencionó que durante una reciente visita de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, esta había subrayado la necesidad urgente de abordar el financiamiento en el sistema de salud, para asegurar que los chilenos puedan gozar de una salud física y mental óptima.

Explicitó que la Constitución chilena debe alinearse con las obligaciones internacionales del país en materia de derechos humanos y salud. También destacó que el derecho a la salud no solo está en la Constitución, sino que debe estar estrechamente relacionado con el derecho a la seguridad social, un derecho universal reconocido en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Señaló que la seguridad social es una herramienta esencial para reducir la discriminación y la pobreza, y aseguró que este principio debe reflejarse en las leyes chilenas. En este sentido, cuestionó los proyectos que buscan dar más garantías a las Isapres, el sistema privado de salud, a pesar de que el presidente Gabriel Boric ha comprometido la eliminación de este sistema, y subrayó que su permanencia refuerza la inequidad y la discriminación. Criticó el sistema actual, que basa el acceso a la salud en el financiamiento personal a través de las Isapres, y recordó que las personas de bajos recursos son las más afectadas por la carga de enfermedades.

En dicho contexto, enfatizó la importancia que cualquier proyecto de ley sobre salud asegure la suficiencia y disponibilidad de las prestaciones para los más vulnerables. Señaló que las Isapres deben garantizar que sus planes cubran las necesidades reales de la población, pero cuestionó cómo se implementarán los mecanismos de control y supervisión para evitar abusos. También planteó dudas sobre cómo garantizar la accesibilidad del sistema para todos. También abordó el concepto de

"selección adversa", donde las personas con mayores problemas de salud podrían verse atraídas por un sistema que no podría sostenerse económicamente, creando una "espiral de la muerte" para las Isapres. Destacó que, a pesar de los problemas del sistema público de salud, las Isapres han obtenido grandes ganancias en los últimos años, lo que le genera preocupación al notar que la discusión se centra más en proteger al sector privado que en fortalecer el sistema público, que atiende al 83% de la población.

Concluyó señalando que el proyecto de ley debería centrarse en fortalecer el sistema público de salud y garantizar la accesibilidad universal, sin profundizar en un sistema privado que perpetúe el lucro. Llamó a crear un modelo único e integrado con un control estatal adecuado, donde los recursos se utilicen eficientemente para atender las necesidades de la población, y solicitó garantizar la asequibilidad de las cotizaciones, la disponibilidad de prestaciones y una mayor fiscalización para evitar abusos por parte de las entidades privadas de salud.

El representante del Centro Rumbo Colectivo, señor Jaime Peña expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión. Señaló que pretendía realizar un análisis detallado sobre el proyecto de ley que busca reformar el sistema Isapre y atender temas como la cautividad y la preexistencia, en cumplimiento del mandato de la "ley corta". Explicó que dicho análisis fue realizado por un grupo de trabajo formado por diversas fundaciones, centros de estudio y sindicatos, quienes colaboraron en la elaboración de un documento que resume sus propuestas y observaciones sobre el proyecto. Asimismo, agradeció a los representantes del Ejecutivo, destacando las reuniones previas que mantuvieron y valorando el tono fraterno y constructivo de las conversaciones.

A lo largo de su intervención, brindó un contexto sobre el sistema de salud chileno, describiéndolo como un sistema dual compuesto por el sector público (Fonasa) y el sector privado (Isapre). Aclaró que, en términos de financiamiento, el sistema está segmentado y fragmentado, lo que genera desigualdad en el acceso a los servicios de salud según la capacidad de pago de los ciudadanos. Tal fenómeno afecta principalmente a los más vulnerables, quienes están concentrados en el sistema público, mientras que los más favorecidos optan por el sector privado. En su discurso, hizo referencia a estudios que demuestran que el acceso a salud está determinado por la capacidad económica, una situación que, según él, no debe continuar, especialmente cuando el sistema público se enfrenta a desafíos de gestión.

A continuación, destacó que, a pesar de la parálisis legislativa y la falta de avances sustanciales en la reforma, el sistema de salud chileno está en una transición no regulada, ya que un millón de personas han migrado desde Isapre a Fonasa en los últimos años. Ese cambio ha sido clave, ya que más del 80% de la población asegurada está en Fonasa, lo que ha generado que dicho sistema sea el principal financiador de las prestaciones de salud en clínicas privadas. Ante esta realidad, sugirió que la clave no es temerle a una migración total hacia Fonasa, sino regular y fortalecer los aspectos positivos de esa transición.

Mencionó que uno de los puntos principales de su presentación es la propuesta del gobierno sobre la cobertura complementaria para beneficiarios de Fonasa, que permitiría que quienes estén en el sistema público puedan acceder también a atención privada sin perder la cobertura del sistema público. Señaló que, si bien esta es

una buena iniciativa, el gran desafío será lograr que las personas no abandonen el sistema público por deficiencias en su atención, sino que opten por él debido a su calidad y oportunidad. Por su parte, hizo una reflexión sobre las propuestas previas y actuales para reformar el sistema Isapre. En particular, destacó la necesidad de un sistema de salud universal basado en un fondo común que regule la cobertura de seguros tanto públicos como privados.

Explicó que el objetivo debiera ser avanzar hacia la universalización del financiamiento, lo que implica eliminar la segmentación actual. Citó las propuestas de diversas organizaciones, tanto del sector político de centro izquierda como del sector de centro derecha, mencionando que la única reforma legislativa real hasta la fecha fue la presentada en el segundo mandato del expresidente señor Piñera, que intentaba crear dos sistemas de seguridad social paralelos: uno para las personas con más ingresos y otro para quienes cuentan con menos recursos.

También destacó los principios fundamentales de la seguridad social que deben guiar la reforma, según la Comisión Asesora Presidencial convocada por Michelle Bachelet. Estos principios incluyen la universalidad, la equidad, la solidaridad, la eficiencia, la participación y la sustentabilidad. En particular, se refirió a la universalidad como el principio central que debe guiar la reforma del sistema de salud, argumentando que la universalización del financiamiento es esencial para mejorar la eficiencia y la equidad del sistema.

En cuanto a las propuestas específicas del gobierno, mostró su apoyo a algunas medidas, como la eliminación de la discriminación por preexistencias, la tarifa plana y los planes de salud comunes. Sin embargo, expresó ciertas dudas sobre otros aspectos, en especial sobre el reaseguro obligatorio y el seguro complementario asociado a las Isapres. Argumentó que estos mecanismos, si bien buscan mitigar la discriminación por riesgo, pueden generar nuevos problemas, como la cautividad de los afiliados, que es un fenómeno observado en otros países con sistemas similares.

También abordó la experiencia de otros países como Australia y los Países Bajos, donde se implementaron mecanismos de compensación de riesgos, como el reaseguro y el fondo de compensación. Citó estudios que muestran que, en algunos casos, estos mecanismos no lograron evitar el "espiral de la muerte" (la fuga de asegurados de bajo riesgo), y cuestionó la efectividad de esas herramientas en el contexto chileno.

A lo largo de su presentación, hizo un llamado a analizar cuidadosamente las evidencias disponibles antes de tomar decisiones que podrían tener efectos negativos a largo plazo en el sistema de salud.

Finalmente, cerró su intervención con propuestas concretas para mejorar la viabilidad del sistema, como la reorientación de las Isapres hacia una estrategia de atención primaria universal y la creación de incentivos para que las Isapres transiten a un modelo de seguros complementarios. Subrayó la importancia de regular los gastos administrativos y de ventas de las Isapres, ya que estos representan una parte significativa de sus costos. De esta manera, propuso un conjunto de medidas orientadas a mejorar la eficiencia del sistema y a garantizar un acceso equitativo a la salud para todos los ciudadanos.

El director de Políticas Públicas Libertad y Desarrollo, señor Pablo Eguiguren expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión. Inició su intervención destacando que aunque su análisis tiene algunas coincidencias con lo recientemente expuesto por el doctor Peña, las conclusiones a las que llega son algo distintas. Expone su agenda de presentación, comenzando por abordar brevemente la situación actual de las Isapres y los motivos que justifican un cambio. A continuación, valora aspectos fundamentales del proyecto de ley en cuestión, reconociendo los elementos positivos, pero también identificando áreas que podrían mejorar. En este sentido, subraya que la verdadera dificultad del proyecto radica en lograr que estos aspectos positivos se concreten, además de señalar que hay problemas complejos que deben ser considerados para que el proyecto continúe avanzando.

Describe la actual situación de las Isapres en Chile, destacando la caída en el número de beneficiarios, que ha superado los 500.000 en los últimos dos años, representando casi el 20% de la cartera de afiliados. Sin embargo, señala que esa caída se ha estabilizado en los últimos meses, con una pérdida mensual que ha bajado a menos del 0,5%. Sostiene que, a pesar de las dificultades, las Isapres seguirán siendo relevantes en los próximos años, con una estimación de que la cantidad de afiliados podría estabilizarse en torno a los 2,6 millones. Subraya la importancia de reconocer esta realidad y perfeccionar el sistema para que siga siendo una opción viable para millones de chilenos. Resaltó también que, aunque la cartera ha perdido beneficiarios, se ha hecho más riesgosa, con un aumento en la participación de personas mayores y mujeres, lo que incrementa los costos para las Isapres. Esa situación genera un círculo vicioso, donde los precios más altos provocan la salida de afiliados, dejando a aquellos con mayores riesgos.

Asimismo, abordó la complejidad del sistema actual, en el que la siniestralidad ha alcanzado un nivel alarmante, con cerca del 96%. Ese dato indica que casi todo el ingreso de las Isapres se destina a cubrir gastos médicos y licencias médicas. Para el expositor, la principal dificultad radica en que, a pesar de la caída en el número de afiliados, cerca de 900.000 personas siguen cautivas en el sistema debido a enfermedades preexistentes, y otras 360.000 personas podrían estar en situación similares por razones de edad. Este problema, en su opinión, dificulta la transparencia y la competitividad del sistema.

A continuación, hizo una evaluación del proyecto de ley en detalle, reconociendo sus aportes, como la eliminación de las preexistencias y la creación de un precio único, lo cual facilita la comparación entre planes y fomenta la competencia, lo que resulta en beneficios para los afiliados. Sin embargo, sostuvo que el proyecto carece de herramientas adecuadas para garantizar la viabilidad de los cambios propuestos. Si bien la eliminación de las preexistencias y la implementación de una tarifa única son pasos positivos, argumentó que el sistema no está suficientemente preparado para cubrir los costos asociados, lo que podría derivar en desequilibrios financieros que afecten la sostenibilidad del sistema. En este sentido, analiza el mecanismo de reaseguro propuesto en el proyecto de ley, sugiriendo que presenta varios problemas. El reaseguro, aunque busca distribuir los riesgos entre las Isapres, no logra eliminar los incentivos de las aseguradoras a seleccionar a los afiliados menos riesgosos. Además, no promueve la prevención de gastos, lo que podría resultar en un aumento de los costos, que finalmente recaerían sobre los usuarios. En cambio, el expositor propone como alternativa un fondo de compensación, similar al que ha sido implementado en sistemas internacionales como

el de Alemania y los Países Bajos. Al respecto, indicó que este fondo, ya se utiliza en Chile a través del sistema de salud Ges y funciona de manera que las Isapres reciben mayores ingresos por la atención de pacientes con mayores riesgos, desincentivando la discriminación y controlando los costos sin necesidad de recursos adicionales.

Reconoció sí, que el proyecto de ley enfrenta un desafío considerable con respecto a la transición de los afiliados desde Fonasa hacia las Isapres. Recalcó que si bien el proyecto establece restricciones para evitar que las personas se inscriban en las Isapres para luego abandonarlas rápidamente, opinó que estas restricciones no son suficientes y podrían generar problemas adicionales. Sugirió que una transición más gradual, como la que se ha implementado en otros países, podría ser una solución más adecuada para garantizar un equilibrio en el sistema, evitando un espiral de muerte que afecte a los usuarios.

En conclusión, señaló que el proyecto de ley es necesario, pero requiere ajustes para ser viable. Declaró que el sistema de Isapre, aunque en declive, seguirá siendo una opción relevante para millones de chilenos. En este sentido, manifestó que el proyecto de ley tiene potencial para mejorar el sistema, pero necesita ser perfeccionado, en particular en lo que dice relación con la compensación de riesgos, la eliminación de las preexistencias y una transición más gradual para los usuarios. Para ello, considera que se debe aprender de las experiencias internacionales y utilizar mecanismos más efectivos, como los fondos de compensación, que ya han demostrado ser útiles en otros contextos.

La presidenta de la Federación Nacional de Sindicatos de Salud Privada, señora Gloria Flores comenzó agradeciendo el espacio brindado para compartir su perspectiva, la cual está basada en la experiencia y visión de los trabajadores de la salud privada respecto al proyecto que pone fin a las preexistencias y elimina la discriminación por edad y sexo en los planes de salud. Señaló que la organización que representa agrupa a más de 18.500 trabajadores del sector en todo el país. Representa a las personas que han dedicado su vida a ofrecer atención médica en clínicas, hospitales y centros asistenciales privados, pero que, a pesar de su arduo trabajo, sufren las consecuencias de un sistema de salud desigual.

Señaló que las Isapres, como las entidades privadas encargadas de administrar los seguros de salud, han concentrado recursos y poder de manera que han afectado la legitimidad del sistema de salud chileno. Expuso que, mientras la asociación de clínicas busca ser escuchada como una fuerza, los sindicatos de trabajadores de la salud privada han sido ignorados en sus solicitudes. Mencionó que han pedido ser recibidos por la Asociación de Clínicas sin éxito durante más de diez años, y que, en lugar de ser escuchados, se les ha referido a dialogar con sus propios empleadores. En este contexto, valora el proyecto de ley en cuestión, ya que busca corregir inequidades evidentes, como la exclusión por preexistencia y la discriminación por edad y género, lo que representa un paso necesario hacia un sistema más justo y accesible.

Destacó que el proyecto apunta a desconcentrar el poder económico que ha permitido que las Isapres generen abusos dentro del sistema. A lo largo de su intervención, recalcó que, como trabajadores del sector privado, su compromiso y defensa se centran en dos principios fundamentales: el derecho al acceso a la salud y el derecho a un trabajo decente. Aclaró que las modificaciones propuestas en el proyecto, con las

cuales están de acuerdo, no buscan perjudicar al sector privado, sino regular prácticas que no solo afectan a los usuarios, sino también a los trabajadores de este sector.

Manifestó que el proyecto aborda cuestiones históricas como la exclusión de personas con enfermedades crónicas, mujeres y adultos mayores, quienes enfrentan mayores dificultades para acceder a una atención adecuada. Por su parte, acotó que eliminar la preexistencia y la discriminación por edad y género, en su opinión, son medidas que aseguran un acceso más igualitario a la salud y se alinean con los principios de no discriminación establecidos en la Constitución Política y en tratados internacionales.

Valoró positivamente que el proyecto establezca un plan único con prestaciones claras, lo que mejora la transparencia y equidad dentro de las Isapres. Consideró que este enfoque facilita que las personas tomen decisiones informadas sobre su salud y evita que las aseguradoras controlen de manera abusiva la oferta de servicios.

Por su parte, sostuvo que la medida de eliminar la fragmentación en las redes de atención también es vista como un avance, pues proporciona a los afiliados un acceso más justo a los servicios de salud, fortaleciendo la confianza en el sistema.

Indicó que la eliminación de la cautividad de los afiliados es otro de los cambios positivos, pues con ello se promueve la libertad de elección de los usuarios, permitiéndoles cambiar de Isapre sin que la preexistencia sea un obstáculo.

Sin embargo, también señaló varias debilidades del proyecto que considera esenciales para garantizar un cambio estructural y no solo un ajuste superficial. Una de las principales preocupaciones es la persistencia de la segmentación económica dentro del sistema. Aunque el proyecto elimina barreras de salud como las preexistencias, no aborda la discriminación económica que persiste en el sistema privado, ya que las primas seguirán siendo inaccesibles para sectores de ingresos medios y bajos. Esto, según la expositora, perpetúa la exclusión de aquellos que no pueden pagar por el sistema privado, dejándolos atrapados en un sistema público que también enfrenta dificultades. Además, observa que el proyecto solo aplica a los nuevos afiliados, lo que genera una dualidad dentro del sistema privado y crea usuarios con derechos diferenciados, lo que debilita el principio de igualdad y perpetúa la inequidad. También criticó que el proyecto no resuelve la fragmentación entre lo público y lo privado, ya que mientras el sistema público opera bajo criterios de solidaridad, el privado sigue enfocado en la rentabilidad. Esta fragmentación, dificulta la continuidad de la atención y limita el acceso universal y equitativo a la salud. Otro aspecto preocupante, señaló, es la ausencia de mecanismos de solidaridad en el proyecto, específicamente un fondo de compensación o redistribución entre aseguradoras. Consideró que la falta de un componente solidario en el sistema privado sigue dejando intacto un modelo que prioriza la rentabilidad económica sobre el bienestar de los usuarios.

A pesar de esas observaciones, reconoció que el proyecto de ley marca un giro importante en la lógica que ha prevalecido en el sistema de salud privado y abre una puerta para avanzar hacia un sistema más justo e inclusivo. En este sentido, hizo un llamado a promover la solidaridad entre todos los actores del sistema, tanto públicos como privados, destacando que el derecho a la salud no puede depender de la capacidad de pago de las personas.

El Coordinador de la Reforma de Salud, doctor Bernardo Martorell inició su intervención agradeciendo a los tres invitados por sus presentaciones. Además, aprovechó la ocasión para extender su gratitud a las exposiciones de semanas anteriores, en las que diversos expositores de distintas representaciones habían compartido sus puntos de vista. Por su parte, destacó la calidad del diálogo generado durante las sesiones, mencionando que, hasta la fecha, había una valoración general del proyecto, lo cual consideraba muy positivo. Subrayó que se habían resaltado diversos aspectos favorables, como la eliminación de la preexistencia, los mecanismos de viabilidad que facilitan esa eliminación y, por ende, la eliminación de la cautividad que actualmente existe en el mundo de las Isapres. En este sentido, destacó que el plan único propuesto no solo es un mecanismo de viabilidad, sino que también debería mejorar la transparencia hacia los usuarios, permitiendo que comprendan mejor las coberturas que contratan con las instituciones de salud previsional. A su vez, mencionó que la simplificación de los aspectos administrativos y la reducción de los costos asociados también serán ventajas importantes. A este respecto, recordó la intervención de Jaime Peña, quien planteó que la simplificación de las coberturas a través de un único plan ayudaría a generar ahorros administrativos. También resaltó otras características del proyecto, como la tarifa plana, que elimina discriminaciones por enfermedad o sexo en la tarificación, y la gradualidad que se propone en la implementación. Luego, mencionó los mecanismos de ajuste y distribución de riesgos, como el reaseguro, que habían sido expuestos en el proyecto de ley. Explicó que uno de los motivos de su relevancia es la simplicidad del mecanismo, aludiendo a la experiencia internacional de distintos países que han implementado sistemas similares. Citó el ejemplo de Australia, que cuenta con un fondo universal de salud y mantiene un reaseguro para los seguros complementarios.

Además, destacó el fondo de compensación, que varios presentadores habían solicitado, considerando que es una medida fundamental para la viabilidad del proyecto. Afirmó que, en el caso chileno, la red de Isapre es una red única, lo cual permitiría optimizar el uso del fondo de compensación, ya existente en el sistema con el GES. Por último, expresó su entusiasmo por las propuestas que pudieran surgir en la discusión futura y consultó al señor Pablo Eguiguren a qué se refería específicamente cuando mencionaba que la ley, aunque positiva, carecía de ciertas herramientas o instrumentos. Según lo que entendió, el señor Eguiguren parecía aludir a la falta de un nuevo fondo de compensación, cuando en realidad el país ya cuenta con el GES, el cual se optimizaría con la red única propuesta. También interpretó que el señor Eguiguren sugería una mayor gradualidad en el traspaso de personas con preexistencia desde Fonasa hacia las Isapres, pero estimó relevante tener la aclaración del expositor.

El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres explicó que aproximadamente el 96% de los gastos operacionales del sistema de Isapre corresponden a costos asociados a la atención de los afiliados. A este porcentaje se le debe sumar el 10% adicional correspondiente a gastos de administración y ventas. Con esos datos, calculó que la diferencia entre los ingresos y los egresos resulta en una pérdida estimada de 121.000 millones de pesos a octubre de ese año. Sin embargo, subrayó que hay varios factores que se deben considerar para entender la situación, no solo la disminución de la tasa de uso de los servicios, sino también la necesidad de implementar un control efectivo de los costos.

En cuanto a los mecanismos de pago, destacó la importancia de los sistemas paquetizados o el GRD (Grupos Relacionados por Diagnóstico), los cuales, a su juicio, son los más eficaces y apropiados hasta el momento, especialmente en las atenciones cerradas. Explicó que la ley corta había resuelto permitir la implementación de estos mecanismos de pago en el sistema privado, ya que previamente solo existía el pago por prestaciones, lo que limitaba la eficiencia y flexibilidad del sistema. Sin embargo, añadió que todavía no se había implementado la capitación en el sistema privado, lo cual era otro tema pendiente y una conversación distinta, sobre todo en lo que respecta a las atenciones ambulatorias.

Por su parte, abordó el tema de la cautividad, en respuesta a una consulta del señor Eguiguren. Explicó que, aunque el estudio sobre la cautividad aún no ha sido lanzado formalmente, cuenta con datos preliminares sobre la situación a diciembre de 2023. Según los resultados, aproximadamente el 43% del sistema presentaba algún grado de cautividad, lo que equivalía a cerca de 1.200.000 personas. Este grupo incluía tanto a los afiliados menores de 60 años con enfermedades, como a los mayores de 60 años, independientemente de si tenían o no alguna condición preexistente. Destacó que el estudio arrojaba más detalles sobre el tema, pero se limitó a ofrecer solo la cifra general en esa ocasión.

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

Los diputados, en general, coincidieron en que el proyecto de ley viene a dar eventual solución, por el momento, a un problema que incide y afecta tanto a las instituciones que entregan y administran el financiamiento de la salud privada, como a los afiliados a dichas instituciones. Ello, por cuanto se tiende a dar cierta certeza en el actuar de las mismas en cuanto a la posibilidad o no de subir los precios base de los planes de salud, en la medida que se cumplan o no ciertas condiciones que establece la ley, y bajo los procedimientos, plazos y condiciones que esta iniciativa legal propone.

Se hizo hincapié en la importancia de la eliminación de las preexistencias, un tema que ha sido parte del eslogan de múltiples campañas tanto gubernamentales como parlamentarias y que ha sido un reclamo constante de la comunidad. Se resaltó que esta problemática afecta especialmente a los adultos mayores y a las mujeres.

Se señaló que la crisis que enfrentan las Isapres representa una oportunidad valiosa para implementar las reformas que el país ha estado pidiendo desde hace tiempo. Sin embargo, es importante asegurar que las nuevas fórmulas de seguros no impacten negativamente en sus afiliados. En ese contexto, es fundamental pensar en el ciudadano y su libertad de elección, recordando que no todos pueden optar por Fonasa, ya que el sistema público no está preparado para recibir a toda la población. A su vez, se enfatizó en la urgencia de fortalecer Fonasa. Es por ello que la implementación de esta iniciativa legal debe ser acelerada y que es crucial garantizar la sustentabilidad del nuevo modelo.

Se subrayó la importancia de mantener la autocrítica y evitar suspicacias en un proceso legislativo tan significativo. Se plantearon algunas preguntas que se estimaron claves: una referida a la eliminación de la preexistencia que, si bien es importante, ello no va acompañado de un fondo solidario, que haría más equitativo el sistema; preocupa también la regulación del reaseguro, y si el plan común de salud permitirá a las Isapres ofrecer más prestaciones que las mínimas establecidas.

También se cuestionó -o mostró preocupación- por la circunstancia que al 1 de octubre de 2024 sólo se ha ingresado el proyecto de ley relacionado con las preexistencias y las discriminaciones, sin presentar simultáneamente el proyecto que busca fortalecer Fonasa, que también es muy esperado por la comunidad. Ello, puede dar la impresión de que el enfoque está en el sector privado de salud, descuidando así al sector público, lo que no se considera adecuado.

No obstante lo anterior, en términos generales se estimó que este proyecto de ley en estudio es un buen punto de partida, aun cuando tiene la deficiencia sobre la falta de regulación del reaseguro que podría perpetuar las discriminaciones y problemas existentes en el sistema.

Por su parte, algunos diputados expusieron que, si bien el compromiso adquirido por el Gobierno en la llamada “ley corta de Isapres” se entiende cumplido con la presentación de este proyecto, que está destinado a eliminar las preexistencias y las discriminaciones por edad y sexo, preocupa los mecanismos propuestos para asegurar la viabilidad de estas reformas. Se estimó complicada la decisión de no establecer un fondo de compensación para enfermedades catastróficas similar al Ges, y, en su lugar, crear el sistema de reaseguro, que implicará un aumento en las primas pagadas por los usuarios. Dicho incremento en las primas no solo afectará a los afiliados, sino que podría resultar en un aumento de la cantidad de personas que optan por trasladarse a Fonasa, lo que claramente generará un colapso en los hospitales públicos y agravará las listas de espera, con los consiguientes efectos negativos en el sistema de salud.

Frente al comentario de algunos invitados, en relación con que el proyecto implica sólo al 13% de la población (personas que están adscritas a las Isapres), se mencionó que se trata de muchos chilenos y, por tanto, no se debe minimizar tal circunstancia, aun cuando se compare con la gente que se encuentra en Fonasa. Si esta población migra a Fonasa, el problema que se ocasionará será alto.

* * * * *

- **Votación general del proyecto.**

La Comisión, compartiendo los objetivos y fundamentos generales tenidos en consideración en el proyecto de ley refundido, y luego de intercambiar opiniones entre los diputados presentes, que les permitió a sus miembros formarse una idea de la conveniencia o inconveniencia de la iniciativa legal sometida a su conocimiento, **procedió a dar su aprobación a la idea de legislar por la unanimidad de los miembros presentes** (8 votos a favor).

Votaron los diputados y las diputadas Astudillo, Barría, Sagardía (en reemplazo de diputada Cariola), Gazmuri, Lagomarsino, Molina (Presidenta), Romero y Rosas.

* * * * *

b) Discusión particular.

Artículo único permanente. -

El texto propuesto en el mensaje tiene por objeto introducir modificaciones en el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Consta de siete numerales.

- Mediante el numeral 1), se propone modificar el artículo 170.
- Mediante el numeral 2), se propone introducir un artículo 181 bis, nuevo.
- Mediante el numeral 3), se propone modificar el artículo 216, numeral 8.
- Mediante el numeral 4), se introducen modificaciones en el artículo 219.
- Mediante el numeral 5), se propone modificar el artículo 221.
- Mediante el numeral 6) se propone modificar el artículo 223, y finalmente,
- Mediante el numeral 7), se propone introducir un título III nuevo, referido al plan común de salud, que abarcaría los artículos 229 a 247, debiendo hacerse la correlación numérica posterior.

Numeral 1).

El texto propuesto en el mensaje es del siguiente tenor:

“1) Modifícase el artículo 170 en el siguiente sentido:

a) Suprímese el literal i), readecuándose el orden correlativo de los literales siguientes.

b) Agrégase, a continuación del literal n) que ha pasado a ser m), el siguiente literal n), nuevo:

“n) La expresión “CAEC” por Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.”.

La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera subrayó la relevancia de esta parte específica del proyecto de ley, destacando que su propósito central es dar cumplimiento efectivo a uno de los objetivos fundamentales establecidos por la ley N°21.674: eliminar la figura del "cotizante cautivo". En este sentido, explicó que esta disposición apunta directamente a poner fin a una de las principales fuentes de rigidez y falta de movilidad dentro del sistema de salud previsional, que históricamente ha limitado la libertad de elección de los usuarios. La eliminación de la expresión "cotizante cautivo" no solo tiene un impacto simbólico, sino que también representa un avance concreto en términos de equidad y transparencia dentro del sistema.

Asimismo, detalló que este proyecto incorpora una nueva expresión dentro del marco legal: "cobertura adicional para enfermedades catastróficas". Esta incorporación responde a una necesidad largamente sentida por parte de los usuarios del sistema, ya que, hasta ahora, dicha cobertura existía de facto, pero carecía de un respaldo legal claro. Al incluir explícitamente esta figura en la normativa, se reconoce formalmente una realidad que afecta a muchas personas y se avanza en la dirección de entregar certezas jurídicas tanto a los afiliados como a las instituciones prestadoras de salud.

Enfatizó que ambos cambios -la eliminación del concepto de cotizante cautivo y la inclusión de la cobertura adicional para enfermedades catastróficas apuntan a consolidar un sistema de salud más justo, equitativo y centrado en las personas. Reiteró que estas modificaciones no son meros ajustes técnicos, sino pasos concretos hacia un modelo de salud que responda de mejor manera a las necesidades reales de la población, en el marco de un proceso más amplio de reforma estructural al sistema de salud previsional.

Sometido a votación el numeral propuesto en el mensaje, se aprobó por unanimidad (6 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Cordero, Lilayu, Molina, Pérez, Romero y Rosas.

Numeral 2).

El texto propuesto en el mensaje es del siguiente tenor:

2) *Agrégase, a continuación del artículo 181, el siguiente artículo 181 bis, nuevo:*

“Artículo 181 bis.- Toda Institución de Salud Previsional deberá contar con un reaseguramiento, otorgado por compañías de seguro o reaseguro nacionales, que cubra aquellos riesgos atribuibles a un mayor gasto en prestaciones correspondientes al plan común de salud, según determine la Superintendencia de Salud cada cinco años mediante instrucciones de carácter general, previa consulta a la Comisión para el Mercado Financiero. Estas mismas instrucciones establecerán las condiciones mínimas del reaseguro.

El reaseguro no confiere al beneficiario de la Institución ninguna obligación ni derecho. La Institución será la única que tiene derechos y obligaciones con quien lo otorgue. El reaseguro en caso alguno exonerará a la Institución de sus obligaciones con el beneficiario.”.

Sobre esta propuesta, surgieron inquietudes en el seno de la Comisión.

El diputado Romero expresó su inquietud respecto al impacto económico que podría tener la implementación del mecanismo de reaseguro contemplado en el proyecto de ley. Señaló que tiene una "duda existencial" sobre cuánto influirá esta medida en el costo final de los planes de salud para los afiliados, recalando que se trata de un aspecto que no es menor ni puede considerarse inocuo dentro del diseño de la reforma. A su juicio, es fundamental dejar en claro, en el marco del debate legislativo, que el reaseguro implica un costo adicional que probablemente no será absorbido por las aseguradoras, sino que terminará siendo traspasado a los pacientes.

Insistió en que este es un punto central de la discusión, ya que se trata de una medida que, si bien puede tener justificación técnica, podría no ser la solución más costo efectiva para quienes finalmente deberán pagar los planes de salud. En ese sentido, se preguntó si el Ministerio de Salud está realmente convencido de que este mecanismo es la mejor alternativa, especialmente considerando que podría existir otra opción, como la creación de un fondo compensatorio. Tal fondo, explicó, podría operar como una especie de autoseguro colectivo, evitando así la necesidad de contratar una póliza con una compañía de seguros nacional o extranjera, lo que, en sus palabras, “no va a ser barato”.

Señaló que comparte el objetivo general del proyecto y que, de hecho, votó a favor de la idea de legislar. Sin embargo, advirtió que este punto específico relacionado con el reaseguro merece una discusión más profunda, ya que podría derivar en un sacrificio económico por parte de los afiliados, sin una contraprestación clara en términos de beneficios directos. Por ello, planteó la posibilidad de postergar la decisión sobre este mecanismo en particular, con el fin de estudiar alternativas que no impliquen traspasar el costo al paciente y que aseguren una mayor eficiencia en el uso de los recursos del sistema.

La Ministra de Salud abordó las inquietudes planteadas por el diputado Romero respecto al mecanismo de reaseguro contemplado en el proyecto de ley. Indicó que comprendía plenamente la preocupación manifestada, ya que efectivamente el desafío que enfrenta la reforma es implementar un sistema que permita mitigar los riesgos asumidos por las aseguradoras, especialmente considerando que estas estarán obligadas a ofrecer seguros a toda persona que pueda pagarlos, sin aplicar restricciones por condiciones preexistentes. En este contexto, explicó que deben existir medidas que permitan transferir ese riesgo, y que desde un inicio el proyecto contempló dos alternativas: el reaseguro y el fondo de compensación.

Reconoció que ambos mecanismos, tanto el reaseguro como el fondo de compensación, implican costos, y que en cualquiera de los casos es probable que esos costos terminen siendo asumidos, al menos en parte, por los afiliados. Recalcó que no existe una opción gratuita: tanto la implementación de un reaseguro como la de un fondo de compensación requiere de estructuras y mecanismos específicos, cada uno con sus propios gastos operativos y administrativos.

Profundizando en el análisis explicó que, si bien se evaluaron ambas alternativas, el contexto específico del mercado chileno de seguros privados hace que la implementación de un fondo de compensación sea particularmente compleja y poco factible en el corto plazo. Señaló que dicho mercado carece de la transparencia necesaria en materia de precios, lo que dificulta establecer una estructura de compensación eficiente. A esto se suma el hecho de que actualmente las variables disponibles para predecir el riesgo -como el sexo, la edad y ciertos antecedentes de salud- son insuficientes. En comparación con otros países que han logrado aplicar modelos similares, mencionó que estos han contado con sistemas de información más robustos y mercados con precios más estandarizados, lo que ha permitido implementar mecanismos de compensación de forma más efectiva y en plazos más extensos.

Recordó que, en Chile, un mismo prestador de salud puede cobrar precios distintos a distintas aseguradoras, lo cual añade una capa adicional de complejidad al diseño de cualquier fondo de compensación. Enfatizó que, sin embargo, si se quiere eliminar verdaderamente la cautividad de los afiliados y terminar con las restricciones por preexistencias, es indispensable establecer mecanismos que mitiguen el riesgo que implica aceptar a todos los usuarios, sin importar su historial médico.

En ese sentido, defendió la opción del reaseguro como una solución viable y realista, considerando las condiciones actuales del sistema chileno. Indicó que esta alternativa ya ha sido utilizada con éxito en otras reformas, como en el caso de la implementación del “*ObamaCare*” en Estados Unidos.

El diputado Romero aclaró su planteamiento anterior, manifestando que quizás no había logrado expresarse con suficiente claridad. Explicó que su preocupación

no radica en cuestionar la eliminación del traspaso de pacientes entre aseguradoras ni en oponerse a la finalidad del proyecto, que reiteró compartir plenamente. Su inquietud, más bien, se centra en los efectos prácticos y económicos de implementar un sistema como el reaseguro en el contexto actual del mercado chileno.

Señaló que, justamente por las razones expuestas por la propia ministra, es decir, la falta de certeza y las dificultades que implica la instalación de un sistema de estas características, la reacción natural de las compañías de seguros será cubrirse ante el riesgo y la incertidumbre. Esto, advirtió, se traducirá inevitablemente en un aumento del valor de las primas, lo que impactará directamente en el costo de los planes de salud para los afiliados. Subrayó que este comportamiento responde a una lógica de mercado: si no hay claridad sobre los riesgos ni sobre la magnitud de los costos futuros, las aseguradoras tenderán a fijar precios más altos para protegerse ante eventuales pérdidas.

En ese contexto, trajo a colación la experiencia ya existente del fondo compensatorio que opera actualmente dentro del sistema de Isapres, particularmente en lo relativo a los subsidios diferenciados por sexo y edad. Indicó que este fondo, aunque limitado, representa un mecanismo que se ajusta y regula por los propios incumbentes del sistema, lo que genera incentivos más alineados con el funcionamiento interno del mercado. Según explicó, si se calculan mal los aportes o las compensaciones, serán los propios actores del sistema quienes deberán asumir las consecuencias, lo que fomenta un mayor compromiso con la eficiencia del mecanismo.

En contraste, advirtió que una compañía de seguros externa -encargada de operar el reaseguro- no tendría ese mismo tipo de vínculo con el sistema ni el mismo incentivo para contener costos. Al no conocer en profundidad el comportamiento del riesgo en el contexto chileno, y ante la imposibilidad de predecir con precisión el nivel de siniestralidad, esas compañías tenderían a fijar precios más altos para cubrirse, generando un encarecimiento de los planes para los afiliados. Acotó que este tipo de aseguramiento externo conlleva una lógica distinta, más orientada a la rentabilidad financiera que a la sostenibilidad del sistema de salud en su conjunto.

Por todo lo anterior, reiteró que su inquietud no es conceptual, sino práctica: le preocupa que la vía del reaseguro no sea la opción más eficiente ni beneficiosa para los usuarios. Insistió en que el fondo compensatorio, aunque no perfecto, responde a una lógica de autorregulación y control interno que podría ofrecer mejores resultados en términos de costos.

El diputado Lagomarsino preguntó si dentro del proceso de reaseguro, está incluido el Fondo Nacional de Salud.

El diputado Rosas manifestó una preocupación respecto al objetivo real del mecanismo de reaseguro incluido en el proyecto de ley. Planteó que existe una delgada línea entre diseñar herramientas que busquen estabilizar el sistema de salud y, por otro lado, terminar otorgando beneficios adicionales a las Isapres, en un contexto donde -a su juicio- ya han recibido apoyos significativos por parte del Estado y del marco legislativo.

Expresó su inquietud de que esta medida, bajo la figura del reaseguro, pueda convertirse en una forma encubierta de seguir entregando ayudas al sistema privado de salud, el mismo que recientemente fue beneficiado con la posibilidad de subir precios y ajustar costos en el presente año. En ese sentido, recordó que existió un acuerdo tácito dentro del debate legislativo y político: que las concesiones ya entregadas

a las Isapres eran suficientes, y que se debía evitar caer en lo que calificó como un “perdonazo”. Esta referencia alude a las propuestas discutidas en su momento para aliviar las obligaciones económicas de las aseguradoras, lo cual fue duramente criticado por ciertos sectores, incluido él mismo.

Señaló que se ha trazado una “línea roja” que no debe ser cruzada: no se puede seguir trasladando recursos ni diseñando mecanismos que terminen fortaleciendo de manera desproporcionada al sistema privado, especialmente cuando estos esfuerzos podrían restar impulso o financiamiento al sistema público. En esa línea, recalcó la importancia de fortalecer el sistema público de salud, específicamente al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), al que se refirió como el sistema más estable y robusto dentro del panorama actual.

El diputado Romero respondió a los comentarios del diputado Rosas, precisando que el mecanismo de reaseguro incluido en el proyecto de ley no representa una ayuda directa a las Isapres, sino más bien una carga que, en última instancia, recaerá directamente sobre los afiliados. Subrayó que el costo de este sistema no será asumido por las aseguradoras, sino que se traspasará al paciente, a través de un aumento en el valor de las primas. A diferencia del sistema público, donde el financiamiento del fondo compensatorio proviene de los impuestos generales de la nación, en este caso específico, explicó, el costo lo asume directamente quien contrata el plan de salud.

Enfatizó que la lógica del sistema privado funciona de manera distinta a la de Fonasa. Mientras en el sistema público los recursos provienen del conjunto de los contribuyentes, en el sistema privado son los propios afiliados quienes financian cada componente de su cobertura. Aclaró que la prima que las Isapres pagarían por contratar el reaseguro no representa un beneficio o subsidio hacia ellas, sino un nuevo gasto que, por su naturaleza, será cargado al usuario final. Agregó que, si bien es cierto que las aseguradoras podrían negociar mejores condiciones por volumen, incluso en ese escenario, el resultado seguirá siendo un incremento del costo para las personas, sin que ello se traduzca en mayores beneficios o coberturas adicionales.

Asimismo, señaló una diferencia fundamental en el aporte de los afiliados al sistema: el cotizante de Isapre, además de financiar su propio plan y seguro complementario, también contribuye al financiamiento del sistema público a través de sus impuestos. Esto, a su juicio, convierte al afiliado en alguien que está pagando por la salud más de una vez, lo que refuerza su preocupación respecto al impacto que este tipo de medidas tendrá sobre los bolsillos de las personas.

Insistió en que su inquietud no es solo sobre el diseño del mecanismo, sino sobre su viabilidad y pertinencia como herramienta de política pública. Reiteró su llamado al Ministerio de Salud para que clarifique cuál será la forma de compensación o el equilibrio que se pretende lograr con esta medida. Insistió en que, aunque ambos mecanismos -reaseguro o fondo compensatorio implican costos que serán asumidos por los usuarios, considera que uno podría terminar siendo más oneroso que el otro, y que es precisamente esa diferencia la que debe evaluarse cuidadosamente.

Expresó su disposición a que el proyecto avance, destacando la importancia de que la iniciativa salga bien resuelta desde la Cámara, para evitar que deba ser corregida o profundamente modificada en el Senado. Anticipó que, dada la naturaleza del tema, este punto en particular será objeto de un debate intenso en la siguiente etapa legislativa, y por ello hizo un llamado a actuar con responsabilidad y previsión desde ya.

La Ministra de Salud reafirmó que la eliminación de la cautividad de los afiliados y de las restricciones por preexistencias exige necesariamente la implementación de un mecanismo que resguarde a las aseguradoras del riesgo de selección adversa. Explicó que, sin un instrumento que mitigue esos riesgos, se corre el peligro de que las Isapres continúen imponiendo trabas o filtros a los potenciales asegurados, especialmente a aquellos con mayor siniestralidad, lo cual va en contra del espíritu de la reforma. Por tanto, enfatizó que este diseño técnico - si bien necesario para avanzar en equidad y libre elección- inevitablemente conlleva un costo económico, que será asumido inicialmente por las aseguradoras privadas, pero que, en la práctica, podrá trasladarse en parte a los afiliados a través de las primas.

Reiteró que la opción del fondo de compensación también implica costos, pero insistió en que su implementación no es viable en las condiciones actuales del mercado de seguros privados chileno. Mencionó que las características estructurales del sistema -como la falta de transparencia en precios, la segmentación de los prestadores y la insuficiencia de datos robustos para predecir el riesgo- hacen que dicho mecanismo carezca de factibilidad a corto plazo. Por ello, se optó por el diseño de un sistema de reaseguro, cuya implementación contará con un plazo de un año para su puesta en marcha efectiva, lo que permitirá avanzar en su reglamentación y en la definición concreta de sus costos y condiciones de contratación por parte de las Isapres.

En cuanto al seguro público, aclaró que este no necesita un sistema de reaseguro, ya que funciona como un fondo solidario de gran escala, con una amplia y diversa base de afiliados, lo que le permite distribuir los riesgos internamente. Subrayó, además, que en la práctica Fonasa ha operado durante años como un reaseguro implícito del sistema privado, ya que muchos pacientes terminan siendo absorbidos por el sistema público cuando no pueden acceder o mantener su cobertura privada. En ese sentido, señaló que uno de los objetivos de la reforma es precisamente evitar que el seguro público siga cumpliendo ese rol de respaldo para el sistema privado. Lo que se busca, dijo, es que las instituciones privadas asuman sus propios riesgos, sin recurrir al alza de precios ni a mantener a los afiliados cautivos para proteger su sostenibilidad financiera.

Hizo referencia al proceso legislativo que permitió la aprobación de la denominada "ley corta" de Isapres, destacando el rol que cumplió esta comisión en respaldar una salida que permitiera cumplir con las sentencias judiciales -dictadas por la Corte Suprema- sin provocar el colapso del sistema privado de salud. Recordó que la situación era altamente compleja, y que el Ejecutivo presentó una propuesta que buscaba compatibilizar el cumplimiento de la ley con la estabilidad del sistema, evitando la quiebra de las aseguradoras o de las clínicas privadas.

Finalmente, enfatizó que, a pesar de todas las medidas adoptadas, las Isapres están pagando la deuda en su totalidad, sin condonaciones, y en plazos que han sido definidos para garantizar la sostenibilidad del sistema. Además, indicó que existen estímulos para que las instituciones cumplan sus obligaciones en el menor tiempo posible, lo que forma parte de un esfuerzo más amplio por equilibrar justicia, estabilidad y viabilidad en el marco de esta reforma estructural.

El diputado Lagomarsino afirmó que el reaseguro del Fondo Nacional de Salud es el mismo Estado, que finalmente, cuando excede el gasto de lo presupuestado, expande presupuestariamente el presupuesto del Fondo Nacional de Salud.

Sometido a votación, el numeral 2) del artículo único, se entendió rechazada por no alcanzar el quorum de aprobación (4 votos a favor y 4 abstenciones). Votaron a favor, los diputados y diputadas Cordero, Lilayu, Molina y Rosas. Se abstuvieron, los diputados Astudillo, Lagomarsino, Palma y Romero.

Numeral nuevo.

----- Se presentó una indicación del diputado Lagomarsino para agregar un artículo 189 bis, nuevo, a continuación del título “Párrafo 4° De las Prestaciones” del siguiente tenor:

“Artículo 189 bis. - Las Instituciones de Salud Previsional estarán en la obligación de establecer un fondo de compensación de riesgo entre ellas que estará regulado a través de un reglamento dictado por el Ministerio de Salud. En este fondo se utilizarán las variables de sexo, edad, diagnósticos y cualquier otro que permita mejorar el modelo de ajuste de riesgos en salud para calcular los ajustes de las primas y las transferencias de recursos a realizar entre las Instituciones. Las variables que se utilizarán deberán ser previamente autorizadas por la Superintendencia de Salud. Igualmente, todas las transferencias de recursos que se produzcan a propósito de este fondo deberán ser informadas al regulador.”

El diputado Lagomarsino, como autor de la indicación, abordó las implicancias que tendría la implementación del reaseguro en el marco del proyecto de ley que busca terminar con la cautividad, las preexistencias y las discriminaciones por edad y sexo en el sistema de salud previsional. Recordó que hace poco tiempo esta misma Comisión discutió y aprobó la llamada “ley corta de Isapres”, la cual derivó en el alza de primas para una cantidad significativa de afiliados. Si bien reconoció que dicha medida respondía a un objetivo superior -el cumplimiento de las sentencias judiciales y la estabilidad del sistema-, manifestó que resulta complejo para esta Cámara, en tan corto plazo, volver a respaldar una medida que nuevamente implicará costos directos para los cotizantes.

Advirtió que el reaseguro, aunque técnicamente necesario desde el punto de vista del diseño de seguros inclusivos, conlleva gastos que inevitablemente se trasladarán a las personas afiliadas a Isapres. Desde esa perspectiva, consideró que es legítimo preguntarse si este es el mejor camino, especialmente cuando existen alternativas, como el fondo de compensación, que permitirían distribuir los riesgos entre las propias aseguradoras. Según explicó, este mecanismo -si se diseña adecuadamente y se acompaña de una regulación sólida por parte de la Superintendencia de Salud- podría ser una opción más equitativa y menos gravosa para los cotizantes.

En ese contexto, recordó que la Comisión de Salud también está discutiendo paralelamente un proyecto de fortalecimiento de la Superintendencia, lo cual sería una oportunidad para dotar de mayor capacidad fiscalizadora a esta institución, permitiéndole regular eficazmente un fondo compensatorio entre las Isapres. En su opinión, un sistema bien supervisado por el Estado podría generar una dinámica de equilibrio y corresponsabilidad entre las aseguradoras, sin necesidad de recurrir a un instrumento como el reaseguro, que termina siempre por afectar económicamente a los usuarios.

Expresó su preocupación por el efecto que decisiones como esta puedan tener en la percepción ciudadana. Subrayó que la reciente discusión de la ley corta generó tensiones y malestar en la opinión pública, sobre todo entre quienes recibieron devoluciones que consideraron insuficientes o incluso simbólicas. Por eso, planteó que no es razonable pedirle nuevamente a esta Comisión que apruebe una medida que, aunque bien intencionada, tendrá como resultado inmediato una nueva alza en las primas para quienes ya han sido afectados.

El diputado Lilayu manifestó su apoyo a la indicación presentada por el diputado Lagomarsino, especialmente luego del rechazo del mecanismo de reaseguro en el marco del proyecto de ley. Expresó que, frente a esa decisión, resulta imprescindible buscar alternativas que permitan reducir los riesgos del sistema privado de salud, con el objetivo principal de lograr una disminución en los precios que deben pagar los pacientes. Subrayó que esa es, en definitiva, la meta que debe guiar el trabajo legislativo: aliviar la carga económica de los afiliados y mejorar el acceso equitativo a la salud.

En ese sentido, defendió con claridad la propuesta de fondo compensatorio como una herramienta válida y necesaria. Reconoció que algunos podrían objetar su admisibilidad constitucional, pero recalcó que esta situación es diferente de otras iniciativas previas -como la mutualización- que fueron detenidas por el Tribunal Constitucional. Aclaró que en este caso específico no se está regulando ninguna materia vinculada a las cotizaciones obligatorias, ni al derecho a la salud o a la seguridad social, aspectos que son de iniciativa exclusiva del Ejecutivo. Por el contrario, argumentó que esta indicación se limita a modificar aspectos técnicos y de gestión de los recursos dentro del funcionamiento de los seguros privados, sin invadir competencias exclusivas del Gobierno.

Asimismo, hizo hincapié en que la propuesta no implica la creación de un nuevo fondo o servicio público, sino que busca clarificar el objeto del actual fondo solidario, una vez que entre en vigor el Plan Común de Salud. Es decir, se trata de una adecuación técnica que otorga coherencia al sistema que se está configurando en esta reforma. Destacó que esta precisión permitirá que el fondo existente cumpla adecuadamente su función dentro del nuevo marco normativo, sin necesidad de establecer estructuras paralelas o duplicadas.

La Ministra de Salud expresó que el Ejecutivo considera que esta indicación es inadmisibles porque trata materias de seguridad social.

La Presidenta de la Comisión, diputada Molina, declaró inadmisibles la indicación planteada. Sin embargo, solicitada su reconsideración, se declaró admisible por 5 votos a favor y 3 en contra.

Luego de ello, sometida a votación la indicación, se entendió rechazada por no alcanzar el quorum de aprobación (4 votos a favor y 4 en contra). Votaron a favor, los diputados y diputadas Cordero y Lagomarsino, Lilayu y Romero. Votaron en contra, los diputados Astudillo, Molina, Palma y Rosas.

Numeral 3).

El texto propuesto en el mensaje es del siguiente tenor:

3) Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 216, el numeral 8° por el siguiente:

“El plan común de salud disponible, con indicación de su prima, prestaciones, beneficios y red preferente.”.

----- Se presentó una indicación de la diputada Gazmuri para reemplazar el numeral 3) del artículo único, por el siguiente:

“3) Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 216, el numeral 8º por el siguiente:

“El plan común de salud disponible, con indicación de su prima, prestaciones, beneficios, red preferente y gastos de administración y venta.”.

El diputado Romero expresó su confusión y reservas frente a esta indicación, manifestando que no logra comprender del todo su contenido ni su aplicabilidad práctica.

Indicó que, según su interpretación preliminar, la indicación busca que se transparente o modele en su totalidad el precio del plan de salud, incluyendo un concepto que denominó “GAV” (Gastos de Administración y Venta), es decir, una diferencia o componente adicional -como podría ser el margen de administración o costos indirectos- que no forma parte del plan base, pero que igualmente incide en el precio final que paga el afiliado. Sin embargo, advirtió que este tipo de información es muy difícil de calcular e incorporar de manera estándar, ya que puede variar considerablemente, incluso dentro de una misma institución, dependiendo del tipo de asegurado, del prestador, de la modalidad del contrato, entre otros factores.

Agregó que si lo que se busca es obligar a las Isapres a mantener esa información detallada y permanentemente actualizada a disposición del público, como parte de su obligación de transparencia, la medida podría ser muy difícil de aplicar desde el punto de vista técnico y operativo. Subrayó que este tipo de cálculo no es sencillo, ya que puede aumentar o disminuir en función de múltiples variables, lo que lo hace inestable e incierto.

El diputado Lilayu abordó la indicación en cuestión, que propone obligar a las Isapres a publicar sus gastos de administración y venta. A su juicio, dicha exigencia resulta inapropiada por varias razones. En primer lugar, argumentó que este tipo de obligación no se impone a ninguna otra industria privada en el país y, por lo tanto, establecerla exclusivamente para las aseguradoras de salud generaría un desequilibrio en términos de regulación y competitividad.

Subrayó que este tipo de información forma parte de la gestión interna de cada empresa, y que hacerla pública no solo representaría una intromisión en su funcionamiento, sino que además podría afectar la libre competencia. Desde su perspectiva, si todos los actores del mercado conocen los costos de operación de sus competidores, ello podría tener un efecto negativo en la dinámica competitiva, limitando la innovación o las estrategias comerciales diferenciadas.

Además, sostuvo que estos gastos ya se reflejan de forma indirecta en el precio final del plan común de salud, por lo que exigir su publicación explícita sería, en el fondo, redundante. En ese sentido, consideró que el foco no debería estar en transparentar cada componente del precio, sino en fomentar una mayor competencia real en el mercado.

El diputado Rosas valoró el espíritu de la propuesta en cuanto a avanzar en mayor transparencia dentro del sistema. Reconoció que la medida se aleja del núcleo central del proyecto -enfocado en eliminar preexistencias, discriminaciones y establecer un plan común-, pero aun así consideró que la iniciativa tiene un componente positivo al ofrecer más información a los afiliados.

No obstante, también advirtió que esta mayor cantidad de datos podría terminar generando confusión en lugar de claridad, especialmente considerando que el sistema ya cuenta con una complejidad significativa y una enorme variedad de planes, como se ha señalado en otras oportunidades.

El diputado Lagomarsino planteó una consulta al Superintendente de Salud, con el objetivo de clarificar un aspecto técnico relevante respecto a la indicación que exige a las Isapres transparentar sus gastos de administración y venta. Preguntó si este tipo de información -referida a los costos operacionales de las aseguradoras- ya es entregada a la Superintendencia de Salud de manera regular o si la entidad tiene actualmente las atribuciones necesarias para requerirla cuando lo considere pertinente. Con esto, buscó determinar si la indicación en debate estaría introduciendo una obligación completamente nueva o si simplemente formalizaría una práctica que ya ocurre de facto dentro del sistema de supervisión regulatoria.

Planteó que, si estas cifras ya forman parte de los reportes que las Isapres deben presentar -como los balances financieros que se entregan periódicamente a la autoridad-, entonces no se estaría exigiendo nada extraordinario, sino que simplemente se haría pública una información que las entidades ya están obligadas a entregar a la Superintendencia, al menos de manera anual o periódica.

El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres contextualizó la forma en que actualmente la Superintendencia maneja y fiscaliza la información relacionada con los gastos de administración y venta de las Isapres. En primer lugar, explicó que el artículo 216 de la normativa vigente establece un conjunto de elementos que deben ser informados por las Isapres y puestos a disposición del público en general. Dentro de ese marco, las instituciones están obligadas a entregar información sobre los planes en comercialización, sus precios base, los factores de riesgo, las prestaciones incluidas, y también otros indicadores como el estándar de patrimonio, el índice de liquidez, el monto de garantías exigidas y las multas que hayan sido aplicadas por la Superintendencia.

Destacó que este artículo tiene como propósito principal mejorar la transparencia de las Isapres hacia los usuarios, permitiendo que estos accedan a información relevante al momento de tomar decisiones. Respecto a los gastos de administración específicamente, señaló que la Superintendencia sí recibe información detallada desde las Isapres. Desde el 2003, las instituciones están obligadas a reportar la apertura de 47 conceptos distintos asociados a su gestión financiera y operativa, los cuales son utilizados por el organismo fiscalizador con fines de supervisión y fiscalización.

Sin embargo, aclaró que esa información no se publica ni se hace accesible al público general, por una razón muy concreta: revelar esa apertura detallada afectaría directamente la competencia entre Isapres, ya que entregaría a los actores del mercado datos estratégicos sobre cómo cada institución distribuye y maneja sus recursos.

No obstante, abrió la puerta a una posible alternativa: la publicación de un valor agregado o genérico que dé cuenta, de manera agregada, de cuánto del dinero que aporta un afiliado se destina a gastos de administración y venta. Según su visión, esta

medida permitiría entregar una señal de eficiencia hacia los usuarios, sin comprometer la competitividad del mercado. Eso sí, reiteró que cualquier avance en esa dirección debe resguardar que la información no se “apertura” en exceso, pues hacerlo sí podría afectar negativamente tanto a las Isapres como al funcionamiento del sistema en su conjunto.

El diputado Romero respaldó en parte lo expuesto previamente por el Superintendente de Salud, destacando que es cierto que todos los indicadores patrimoniales y financieros ya son entregados a la Superintendencia para efectos de fiscalización del estado patrimonial de las Isapres. No obstante, expresó su desacuerdo con la indicación que busca que estas instituciones publiquen un desglose de sus gastos de administración y venta.

Cuestionó la utilidad práctica de esta medida desde el punto de vista del usuario. Señaló que, al momento de revisar o comparar planes entre distintas Isapres, un cotizante no obtiene un beneficio concreto al saber cuánto gasta cada aseguradora en arriendo de oficinas, en fuerza de ventas o en publicidad. A su juicio, ese tipo de información no aporta claridad ni ayuda a tomar decisiones informadas respecto a los planes de salud, pues no está directamente relacionado con los beneficios ni coberturas ofrecidas en dichos planes.

Sugirió que detrás de esta propuesta podría haber una motivación distinta, quizás similar a lo ocurrido con las AFP en el pasado, cuando se cuestionaron sus gastos en campañas publicitarias durante el debate de la reforma previsional. Sin embargo, remarcó que en el caso específico de las Isapres, incluir un monto global sobre gastos administrativos en la información pública solo generaría confusión, sin que el usuario tenga herramientas para interpretar o contextualizar ese dato.

Subrayó que la información realmente relevante para los usuarios ya está disponible: los balances financieros, el estado patrimonial de las Isapres y otros indicadores que sí permiten una evaluación real sobre la solidez y viabilidad de las instituciones.

Por estas razones, concluyó que no encontraba sentido a la indicación en cuestión y anticipó que votaría en contra, argumentando que lo que realmente importa para el cotizante es el valor del plan, la red de atención y las prestaciones, no los gastos operacionales internos de cada aseguradora.

El Superintendente de Salud explicó que, efectivamente, en el marco de la discusión de la ley corta de Isapre, se abordaron públicamente los GAP (gastos de administración y venta), y que esa información ha sido publicada por la Superintendencia. Sin embargo, indicó que en ese momento estaba revisando si dicha información se encontraba desagregada por cada Isapre o si se entregaba de forma consolidada.

Señaló que lo que no puede ocurrir es que se solicite a las Isapres una entrega de información completamente desglosada de estos gastos. Explicó que existen cerca de 47 conceptos que se reportan para efectos de fiscalización interna y que hacer públicos esos datos de forma individualizada podría perjudicar la competitividad entre las aseguradoras, ya que se estaría revelando información estratégica de gestión.

No obstante, afirmó que entregar un valor global, como el porcentaje del ingreso que cada Isapre destina a gastos de administración y venta, podría ser una alternativa válida. Consideró que esta medida no representa un riesgo significativo para la

competencia y, al mismo tiempo, podría ser útil para los usuarios al momento de evaluar cuán eficiente es la gestión de las distintas instituciones.

Señaló también que estos gastos no están asociados a planes específicos, sino que corresponden al funcionamiento general de cada Isapre como organización. Por esta razón, opinó que la redacción actual de la indicación podría estar generando cierta confusión, y planteó que sería posible mejorarla para hacerla más clara y aplicable.

Finalmente, reiteró su disposición a avanzar en una medida de este tipo si se mantiene en términos agregados. Subrayó que, siempre que no implique una apertura detallada de los conceptos internos, la publicación de este tipo de información podría ser un aporte en términos de transparencia sin comprometer la operatividad ni la competencia en el mercado de las Isapres.

El diputado Romero insistió en la necesidad de precisar y aclarar el contenido de la indicación en discusión, señalando que el problema no radica en la existencia ni en la entrega de la información sobre gastos de administración y venta, sino en cómo esta se está vinculando erróneamente, a su juicio, al plan común de salud.

Explicó que la Superintendencia de Salud ya cuenta con esta información y la maneja de forma adecuada, por lo que no se opone a su existencia ni a su fiscalización. El punto crítico, según planteó, es que la indicación establece que se debe informar el plan común de salud con todos sus elementos -como la prima, las prestaciones, los beneficios- y también los gastos de administración y venta, lo cual genera confusión, porque da la impresión de que estos gastos se deben calcular y presentar específicamente por plan.

El Superintendente de Salud aclaró su postura respecto a la discusión planteada por el diputado Romero. Señaló que no estaba en desacuerdo con lo expuesto por el parlamentario, sino que quería precisar un punto técnico relevante. Explicó que los gastos de administración y venta no se calculan por plan específico, sino que corresponden al funcionamiento general de la Isapre como entidad.

Añadió que, si el proyecto de ley en discusión se transforma en ley, las Isapres pasarán a administrar dos tipos de contratos distintos: por un lado, el Plan Común de Salud, que será obligatorio para los nuevos afiliados y, por otro, los planes previos, que podrán seguir vigentes si las personas deciden no cambiarse. En ese contexto, calcular los gastos de administración y venta asociados únicamente al Plan Común resultaría técnicamente inviable y carente de sentido.

Sometida a votación la indicación, se rechazó por mayoría (3 votos a favor, 3 en contra y 2 abstenciones). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Molina y Palma. Votaron en contra, los diputados Cordero, Lilayu y Romero. Se abstuvieron, los diputados Lagomarsino y Rosas.

Sometido a votación el numeral 3) propuesto en el mensaje, se aprobó por unanimidad (8 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Romero y Rosas.

Numeral 4).

El texto propuesto en el mensaje es del siguiente tenor:

4) Modifícase el inciso primero del artículo 219 en el siguiente sentido:

a) *Reemplázase la coma que antecede la expresión “cotización pactada” por la letra “o”.*

b) *Suprímese la expresión “o condición de cautividad”.*

En votación, se aprobó por unanimidad (8 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Romero y Rosas.

Numeral 5).

El texto propuesto en el mensaje es del siguiente tenor:

“4) Modifícase el artículo 221 en el siguiente sentido:

a) Reemplázase los incisos octavo y noveno por el siguiente inciso octavo, nuevo, pasando el actual inciso décimo a ser noveno:

“En caso de que no se logren solucionar los problemas, el Superintendente de Salud procederá a cancelar el registro de la Isapre y, mediante resolución, abrirá un período especial de hasta sesenta días para que los afiliados de la respectiva Isapre puedan cambiarse a otra Institución, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 241.”.

b) Suprímese el actual inciso décimo primero.”

El señor Manuel Pérez (abogado asesor del Ministerio de Salud) clarificó el contenido y los alcances de la disposición en análisis, particularmente aquella que aborda el escenario de insolvencia de una Isapre.

Explicó que esta modificación se diferencia de otras normativas previas, ya que sí contempla expresamente la hipótesis de una Isapre en situación de insolvencia. A diferencia del régimen anterior, que regulaba el traspaso de carteras en contextos normales -como una venta convencional o un cambio de controlador-, este artículo apunta directamente a un contexto de riesgo financiero, donde los afiliados podrían quedar expuestos a la pérdida de sus coberturas.

En ese marco, señaló que la normativa vigente hasta ahora se enfocaba en resguardar los derechos de las personas en una condición particular: la de "cautividad". Es decir, se diseñaron reglas especiales para proteger a los afiliados que, en la práctica, no podían cambiarse fácilmente de Isapre debido a condiciones del sistema. Sin embargo, con la creación del plan común de salud y la eliminación de la cautividad, esas reglas pierden vigencia y sentido.

Acotó que la lógica de este nuevo artículo es justamente facilitar el traspaso de afiliados en un contexto donde ya no están sujetos a restricciones para cambiar de entidad. En ese sentido, destacó que la existencia del plan común permitirá que, frente a la insolvencia de una Isapre, las personas puedan moverse libremente dentro del sistema, sin quedar atrapadas por condiciones contractuales desfavorables.

En resumen, explicó que el objetivo central de esta disposición es adaptar la normativa a una nueva realidad del sistema, en la cual la cautividad ya no existe, y por ende, el traspaso de cartera puede hacerse de manera más ágil y sin vulnerar los derechos de los afiliados.

El diputado Lagomarsino manifestó sus dudas respecto al manejo de la situación de insolvencia de una Isapre en el nuevo marco regulatorio propuesto. Comenzó reconociendo que, efectivamente, se ha avanzado en la eliminación de condiciones históricamente discriminatorias como las preexistencias. Sin embargo, advirtió que esta transformación se da en un momento crítico, donde el sistema enfrenta la posibilidad real de que una Isapre entre en insolvencia. En ese contexto, señaló que la respuesta planteada por la nueva legislación -la cancelación del registro de la Isapre y la invitación a que los afiliados se "muevan libremente" dentro del sistema- le genera especial preocupación.

Acotó que el proceso tal como está propuesto carece de una guía clara que oriente adecuadamente a las personas afectadas, lo que podría derivar en un escenario caótico. Advirtió que, sin un procedimiento bien establecido, podría producirse un "vertimiento" masivo de afiliados hacia Fonasa, o una distribución desigual entre las Isapres restantes, sin criterios técnicos ni garantías de continuidad adecuada en la cobertura.

Subrayó que este escenario es especialmente delicado porque se trata, en esencia, de una crisis dentro del sistema. A su juicio, enfrentar una insolvencia sin un marco regulatorio que ordene y resguarde adecuadamente el proceso de traspaso de afiliados podría tener consecuencias graves para miles de personas.

Asimismo, apuntó que le parece contradictorio que se eliminen justamente en esta ley las disposiciones que regulaban cómo debía llevarse a cabo este proceso en los términos actuales. Expresó que no le resulta lógico ni prudente que, por haber terminado con la cautividad, se opte ahora por desregular un procedimiento que, por su naturaleza, es complejo y potencialmente muy sensible para el sistema de salud y sus usuarios.

En definitiva, planteó que si bien se valora la libertad de elección, esta no puede traducirse en una desprotección en momentos críticos, y llamó a repensar cómo se estructura normativamente la respuesta ante una eventual insolvencia de una Isapre.

El señor Manuel Pérez señaló que comprendía la preocupación expresada por el parlamentario, y que intentaría explicar la situación de manera simple y esquemática. Indicó que, en el régimen vigente, si una Isapre cae en insolvencia, se activa un proceso ordenado que contempla varias etapas destinadas a proteger a los afiliados y a evitar una interrupción abrupta en la cobertura de salud. Este proceso incluye, en primer lugar, la obligación de la Isapre de presentar un plan de contingencia; en segundo término, si dicha obligación no se cumple adecuadamente, se designa un interventor; y solo en última instancia, si todas las medidas anteriores fallan, se recurre a una etapa final de licitación de cartera.

Enfatizó que la propuesta del Ejecutivo contenida en el proyecto de ley no elimina ni modifica estas dos primeras etapas del proceso, las cuales continúan plenamente vigentes. Es decir, la obligación de presentar un plan de contingencia y la posibilidad de intervención por parte de la autoridad se mantienen intactas. Lo que se modifica es únicamente la tercera etapa del proceso: la licitación.

Explicó que, en el nuevo contexto normativo, donde se elimina la cautividad y se establece un plan común de salud, ya no se justifica mantener la licitación con las reglas actuales, pensadas para un sistema donde los afiliados estaban limitados en su

movilidad. Dado que las personas ahora podrán cambiar libremente de aseguradora, se propone simplificar esa fase final del procedimiento.

En conclusión, aseguró que la preocupación del diputado Lagomarsino estaba contemplada y cautelada dentro del texto propuesto por el Ejecutivo, ya que el proceso de resguardo sigue existiendo en sus etapas iniciales. Lo único que se modifica es el procedimiento al final del proceso, en un contexto en el que, según explicó, ya no existe la misma necesidad de intervención estatal debido a la nueva configuración del sistema.

La Ministra de Salud hizo una aclaración sobre la coexistencia de dos regímenes durante la transición: el nuevo plan común de salud y los contratos anteriores. Señaló que existe un artículo transitorio que resguarda los derechos de quienes aún mantienen sus planes antiguos y no han renunciado a ellos. Este transitorio asegura que se mantendrán ciertas disposiciones aplicables a esos contratos mientras siga vigente esa condición.

El diputado Lagomarsino expresó su preocupación respecto a los efectos concretos de la propuesta del Ejecutivo en el proyecto de ley. Si bien reconoció que no se elimina completamente el procedimiento de manejo ante la insolvencia de una Isapre, advirtió que, en la práctica, con la aprobación de esto se estarían suprimiendo elementos clave del proceso.

Señaló que se eliminarían disposiciones específicas contenidas en las letras A, B, C, D y el párrafo final del artículo vigente, las cuales regulan la etapa final del procedimiento. Entre esas medidas, destacó que el administrador provisional tenía la facultad de transferir la totalidad de las carteras de afiliados a través de una licitación pública, y que el superintendente podía, a solicitud del administrador o de oficio, suspender la firma de nuevos contratos y las desafiliaciones de la Isapre en cuestión, como forma de resguardar la estabilidad del proceso.

Advirtió que, si se aprueba y llega a repetirse un escenario crítico como el que se vivió con la llamada "ley corta", ya no se contaría con estos mecanismos de protección institucional.

La Ministra de Salud señaló que comprende la preocupación del diputado, pero destacó que el proyecto en discusión es una reforma integral al sistema de salud privado. Explicó que uno de los cambios centrales del proyecto es la eliminación de las preexistencias y de la declaración de salud, lo que obliga a las Isapres, por ley, a ofrecer sus contratos a cualquier persona que desee afiliarse y pueda financiarlo. Desde esa perspectiva, sostuvo que ya no es necesario establecer un procedimiento legal adicional que faculte a la Superintendencia para obligar a una Isapre a aceptar afiliados, ya que la propia ley cumple con ese objetivo.

El diputado Lagomarsino señaló que el proyecto solo cubre las obligaciones contractuales, es decir, el ofrecimiento de planes de salud, pero no aborda las obligaciones extracontractuales ni las derivadas de fallos judiciales. Explicó que el sistema Isapre también incluye estos tipos de obligaciones, que benefician especialmente a algunos pacientes, como los relacionados con enfermedades poco frecuentes, por ejemplo. Advirtió que, con la reforma, estas obligaciones adicionales podrían perderse, y en el caso de las judiciales, los pacientes tendrían que reiniciar los procedimientos en los tribunales.

El señor Manuel Pérez expresó que comprendía la inquietud, pero aseguró que todos coincidían en el objetivo de encontrar una solución adecuada. Explicó que los casos mencionados por el diputado, como los judicializados o los relacionados con medidas extracontractuales, se encuentran bajo el régimen actual y seguirán siendo regulados según las normativas vigentes en ese contexto.

Destacó que los afiliados al plan común, bajo la nueva ley, no deberían verse afectados por fallos judiciales anteriores, y si llegara a ocurrir, esos fallos se aplicarían de manera igualitaria a todos los afiliados del plan común, independientemente de su situación previa. Subrayó que los planes vigentes seguirán estando regulados por las normativas actuales, lo que incluirá la protección de derechos extracontractuales y casos judicializados, tal como se aplicaba antes.

Aseguró que, aunque el plan común homogeniza la oferta de salud, los derechos derivados de situaciones extracontractuales o judiciales seguirán siendo respetados bajo el marco normativo actual para los casos previos a la transición al nuevo sistema.

Sometido el numeral 5) propuesto en el mensaje, se aprobó por mayoría (7 votos a favor y 1 abstención). Votaron a favor los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Lilayu, Molina, Palma, Romero y Rosas. Se abstuvo, el diputado Lagomarsino.

Numeral 6).

El texto propuesto en el mensaje es del siguiente tenor:

“6) Suprímese, en el numeral 1 del artículo 223, la frase “o cuando la licitación a que se refiere el artículo 221 haya sido declarada desierta”.

La Ministra de Salud explicó que esto es una consecuencia del artículo anterior, porque se eliminó la licitación, por lo tanto, hay que eliminar la referencia a esa licitación.

Sometido a votación el texto propuesto en el mensaje se aprobó por mayoría (7 votos a favor y 1 abstención). Votaron a favor los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Lilayu, Molina, Palma, Romero y Rosas. Se abstuvo, el diputado Lagomarsino.

Numeral 7).

El texto propuesto en el mensaje es del siguiente tenor:

“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 Explicitas 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.

La o 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 Subsecretaria 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 Explícitas 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 Explícitas 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 ocho indicaciones a este numeral 7), de las cuales cinco se declararon inadmisibles, y se consignan en el párrafo respectivo de este informe (desde página 66). A continuación, se transcriben las tres indicaciones sometidas a votación:

1) Del diputado Romero, para reemplazar el inciso primero del artículo 237, por el siguiente:

“Artículo 237.- El plan común de salud tendrá una vigencia de al menos un año. Si no se hubiere modificado al vencimiento de dicho plazo, se entenderá prorrogado por el mismo período, y así sucesivamente.”.

Sometida a votación, en conjunto con los incisos segundo y tercero propuestos en el mensaje, se aprobó por unanimidad (9 votos a favor). Votaron los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Romero y Rosas.

2) Del diputado Lilayu para modificar el inciso segundo del artículo 239, propuesto por el numeral 7, 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,”.

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.

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

Sometida a votación, en conjunto 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.

Con posterioridad, se sometió a votación en forma divida cada uno de los artículos que introduce este numeral.

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.

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.

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.

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.

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.

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 artículo 235, se rechazó por no alcanzar el quorum de aprobación (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.

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 artículo 237, en conjunto con la indicación, se aprobó por unanimidad (9 votos a favor). Votaron los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Romero y Rosas.

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 artículo 239, fue votado por incisos. Su inciso primero 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, Lilayu y Romero. Se abstuvo el diputado Palma. **Su inciso segundo, 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 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 artículo 241, fue votado por incisos. Su inciso primero 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. **Sus incisos segundo y tercero 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 artículo 242 también tuvo votación separada. La indicación presentada en conjunto con el inciso primero, 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. **Sus incisos segundo y tercero 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.

El artículo 243, se aprobó por unanimidad (9 votos a favor). Votaron los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Romero y Rosas.

El artículo 244, se aprobó por unanimidad (9 votos a favor). Votaron los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Romero y Rosas.

El artículo 245, se aprobó por unanimidad (9 votos a favor). Votaron los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Romero y Rosas.

El artículo 246, se aprobó por unanimidad (9 votos a favor). Votaron los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Romero y Rosas.

El artículo 247, se aprobó por unanimidad (9 votos a favor). Votaron los diputados y diputadas Astudillo, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Romero y Rosas.

Disposiciones transitorias.

Primero transitorio.-

El texto del mensaje es del siguiente tenor:

“Artículo primero transitorio.- El primer decreto que aprueba el plan común de salud, además de las prestaciones y beneficios señalados en el artículo 230 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, podrá incorporar dentro del contenido del plan, las prestaciones no incluidas en los aranceles de la modalidad institucional o de libre elección del Fondo Nacional de Salud que se encuentren reconocidas en la cobertura de los planes de salud vigentes de las Instituciones de Salud Previsional.

Para la elaboración del primer decreto, se deberá seguir el procedimiento establecido en los artículos 235 y 236 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Para proponer las coberturas financieras del primer decreto del plan común de salud, el Consejo Consultivo dispondrá de un plazo de seis meses contados desde su convocatoria.

Los integrantes del Consejo, para la elaboración del primer decreto al que se refiere el artículo 234 tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de trescientas noventa unidades de fomento anuales. Esta dieta será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero.

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

Segunda transitoria.-

El texto del mensaje es del siguiente tenor:

“Artículo segundo transitorio.- Las modificaciones a los artículos 170, 216, 219, 221 y 223 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, efectuadas por los numerales 1, 3, 4, 5 y 6, respectivamente, del artículo único de la presente ley, entrarán en vigencia conjuntamente con la publicación en el Diario Oficial del decreto supremo que aprueba el primer plan común de salud.

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

Tercera transitoria.-

El texto del mensaje es del siguiente tenor:

“Artículo tercero transitorio.- El artículo 229 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, entrará en vigencia junto con el decreto supremo que aprueba el primer plan común de salud, fecha a partir de la cual las Instituciones de Salud Previsional solo podrán ofrecer el plan común de salud en los términos dispuestos en esta ley.

Con todo, los planes de salud vigentes a la fecha de entrada en vigencia del referido decreto supremo subsistirán y continuarán regulándose conforme a las normas del título II del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, y las demás que resulten pertinentes.”.

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

Cuarta transitoria.-

El texto del mensaje es del siguiente tenor:

“Artículo cuarto transitorio.- Dentro de los doce meses siguientes a la publicación en el Diario Oficial del decreto supremo que aprueba el primer plan común de salud, todas las Instituciones de Salud Previsional abiertas deberán contar con el reaseguro de que trata el artículo 181 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, introducido por el numeral 7 de la presente ley.”.

Esta disposición no fue sometida a votación, por cuanto su contenido es incompatible con lo ya aprobado. Por consiguiente, se entiende rechazada reglamentariamente.

Quinta transitoria.- (que pasa a ser cuarta transitoria).

El texto del mensaje es del siguiente tenor:

“Artículo quinto transitorio.- El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No

obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.”.

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

IV. ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADAS.

Artículos rechazados.

“Artículo cuarto transitorio. - Dentro de los doce meses siguientes a la publicación en el Diario Oficial del decreto supremo que aprueba el primer plan común de salud, todas las Instituciones de Salud Previsional abiertas deberán contar con el reaseguro de que trata el artículo 181 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, introducido por el numeral 7 de la presente ley.”.

Indicaciones rechazadas.

1) Del diputado Lagomarsino para agregar un nuevo artículo 189 bis a continuación del título “Párrafo 4° De las Prestaciones” del siguiente tenor:

“Artículo 189 bis. - Las Instituciones de Salud Previsional estarán en la obligación de establecer un fondo de compensación de riesgo entre ellas que estará regulado a través de un reglamento dictado por el Ministerio de Salud. En este fondo se utilizarán las variables de sexo, edad, diagnósticos y cualquier otro que permita mejorar el modelo de ajuste de riesgos en salud para calcular los ajustes de las primas y las transferencias de recursos a realizar entre las Instituciones. Las variables que se utilizarán deberán ser previamente autorizadas por la Superintendencia de Salud. Igualmente, todas las transferencias de recursos que se produzcan a propósito de este fondo deberán ser informadas al regulador.”

2) De la diputada Gazmuri para reemplazar el numeral 3) del artículo único, por el siguiente:

“3) Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 216, el numeral 8° por el siguiente:

“El plan común de salud disponible, con indicación de su prima, prestaciones, beneficios, red preferente y gastos de administración y venta.”.

3) Del diputado Lilayu para modificar el inciso segundo del artículo 239, propuesto por el numeral 7, 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,”.

V. INDICACIONES DECLARADAS INADMISIBLES.

1. Del diputado Lilayu para agregar en el inciso segundo del artículo 107 (de la ley vigente) la siguiente frase final:

“Adicionalmente, fiscalizará la entrega de información que requiera desde el Fondo Nacional de Salud para el funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario establecido el párrafo 6° del Título II del Libro III de la presente ley.”.

2. Del diputado Lilayu para reemplazar el párrafo 6° del Título II del Libro III del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud por el siguiente:

Párrafo 6°

De la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario

Artículo 210.- Créase un Fondo de Compensación Solidario cuya finalidad será solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios con relación a las prestaciones y beneficios del plan común de salud, en conformidad a lo establecido en este Párrafo.

El referido Fondo será supervigilado y regulado por la Superintendencia.

Artículo 211.- El Fondo de Compensación Solidario compensará entre sí a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, por las diferencias en los factores de riesgo de la cartera afiliada a cada institución.

La forma de cálculo y ponderadores de los factores usados para estimar el riesgo se determinarán conforme al Reglamento. Con todo, ellos considerarán, a lo menos, las variables de sexo, edad y condición de salud. Para la determinación de estos últimos, la Superintendencia podrá usar sus bases de datos y solicitar información al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional. La información así obtenida no podrá ser utilizada por la Superintendencia para fines distintos a los referidos en el presente artículo.

Si el Fondo Nacional de Salud o alguna de las Instituciones de Salud Previsional formulare observaciones, la Superintendencia deberá evacuar su parecer. De mantenerse la discrepancia, una comisión de tres miembros resolverá la disputa, sin ulterior recurso. La comisión estará integrada por un representante de la Superintendencia de Salud, un representante de las Instituciones de Salud Previsional o del Fondo Nacional de Salud, según sea el caso, designado en la forma que señale el Reglamento, y un perito designado por sorteo de una nómina de cuatro que se confeccionará con dos personas designadas por la referida Superintendencia y dos por las Instituciones de Salud Previsional o del Fondo Nacional de Salud, según corresponda. La comisión deberá resolver dentro de los quince días siguientes a su constitución.

Los honorarios del perito serán de cargo de las Instituciones de Salud Previsional o del Fondo Nacional de Salud, según corresponda, en partes iguales.

Artículo 212.- La Superintendencia determinará el o los montos efectivos de compensación para cada institución.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine

la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que ésta determine.

Artículo 213.- La Superintendencia fiscalizará el cumplimiento de las obligaciones que establece este Párrafo.

En caso de que el Fondo Nacional de Salud o alguna Institución de Salud Previsional no efectúe la compensación de que trata este Título en la oportunidad que corresponda o ésta sea menor a la determinada por la Superintendencia, se procederá de la siguiente manera:

Las Instituciones de Salud Previsional lo harán con cargo a la garantía de que trata el artículo 26 de esta ley. En este caso, la Institución de Salud Previsional estará obligada a reponer el monto de la garantía dentro del plazo de veinte días y si no lo hiciere, se aplicará el régimen de supervigilancia a que se refieren los artículos 45 bis y 45 ter de este mismo texto legal.

El Fondo Nacional de Salud lo hará con cargo al presupuesto de su Dirección Nacional.

Lo anterior es sin perjuicio de las sanciones administrativas que procedan.

Los recursos administrativos o judiciales que deduzcan las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud respecto de la procedencia o del monto de la compensación, no suspenderán los efectos de lo ordenado.

Artículo 214.- Para los efectos de lo dispuesto en este Párrafo, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar a la Superintendencia la información necesaria para calcular los pagos y compensaciones indicados, conforme a las instrucciones de general aplicación que ésta emita.

Artículo 215.- El Reglamento a que se refiere este Párrafo, será expedido a través del Ministerio de Salud y deberá llevar la firma, además, del Ministro de Hacienda."

3. De la diputada Gazmuri para reemplazar el inciso 3° del artículo 219, por el siguiente:

"La transferencia de contratos y cartera a que se refiere esta disposición requerirá la autorización de la Superintendencia y deberá sujetarse a las instrucciones de general aplicación que se dicten al efecto, entre las cuáles establecerán la regulación de los Gastos de Administración y Venta, estableciendo un porcentaje máximo de ingresos destinados a este concepto y nuevos mecanismos de pago a prestadores basados en la resolución de problemas de salud, como los Grupos Relacionados por Diagnóstico, pagos asociados y pagos basados en resultados".

4. 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.”.

5. 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.”.

6. 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.”.

7. 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.”.

8. 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.”.

* * * * *

Por las razones señaladas y por las que expondrá oportunamente la Diputada Informante, esta Comisión recomienda aprobar el proyecto de conformidad al siguiente texto:

P R O Y E C T O D E L E Y

“Artículo único. - Introdúcense, en 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, las siguientes modificaciones:

1) Modifícase el artículo 170 en el siguiente sentido:

a) Suprímese el literal i).

b) Agrégase, a continuación del literal n) el siguiente literal o), nuevo:

“o) La expresión “CAEC” por Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.”.

2) Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 216, el numeral 8, por el siguiente:

“8.- El plan común de salud disponible, con indicación de su prima, prestaciones, beneficios y red preferente.”.

3) Modifícase el inciso primero del artículo 219, en el siguiente sentido:

a) Reemplázase la coma que antecede a la expresión “cotización pactada” por la letra “o”.

b) Suprímese la expresión “o condición de cautividad”.

4) Modifícase el artículo 221 en el siguiente sentido:

a) Reemplázanse los incisos octavo y noveno por el siguiente inciso octavo, nuevo, pasando el actual inciso décimo a ser noveno:

“En caso de que no se logren solucionar los problemas, el Superintendente de Salud procederá a cancelar el registro de la Isapre y, mediante resolución, abrirá un período especial de hasta sesenta días para que los afiliados de la respectiva Isapre puedan cambiarse a otra Institución, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 241.”.

b) Suprímese el actual inciso décimo primero.

5) Suprímese, en el numeral 1 del artículo 223, la frase “o cuando la licitación a que se refiere el artículo 221 haya sido declarada desierta”.

6) 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 este 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 lo dispuesto en la ley N°19.966.

Sin perjuicio de las coberturas que se definan conforme lo establece el 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 el Ministro de Hacienda. Ese 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 Explicitas en Salud será el que corresponda a dicho régimen conforme a lo dispuesto en la ley N°19.966.

Artículo 235.- 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 236.- El plan común de salud tendrá una vigencia de al menos un año. Si no se hubiere modificado al vencimiento de dicho plazo, se entenderá prorrogado por el mismo período, 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 237.- 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 238.- 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 239.- 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 240. La Superintendencia podrá impartir instrucciones de general aplicación sobre la forma y procedimiento a que deberán ceñirse las comunicaciones indicadas precedentemente.

Artículo 240.- 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 241.- 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 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 242.- 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 esta 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 Explícitas 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 243.- 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 244 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 237.

d) La prima del plan común de salud solo podrá variar una vez al año, en los términos dispuestos en el artículo 244 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 con lo dispuesto en el Párrafo 5° del Título II de esta 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 244.- 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 239, 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 245.- Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 239 y 240, dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas 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 de este título.

Artículo 246.- 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.

Disposiciones transitorias.

Primera. - El primer decreto que apruebe el plan común de salud, además de las prestaciones y beneficios señalados en el artículo 230 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, podrá incorporar dentro del contenido del plan, las prestaciones no incluidas en los aranceles de la modalidad institucional o de libre elección del Fondo Nacional de Salud que se encuentren reconocidas en la cobertura de los planes de salud vigentes de las Instituciones de Salud Previsional.

Para la elaboración del primer decreto, se deberá seguir el procedimiento establecido en el artículo 235 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Para proponer las coberturas financieras del primer decreto del plan común de salud, el Consejo Consultivo dispondrá de un plazo de seis meses contados desde su convocatoria.

Los integrantes del Consejo, para la elaboración del primer decreto al que se refiere el artículo 234 tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de trescientas noventa unidades de fomento anuales. Esta dieta será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero.

Segunda. - Las modificaciones a los artículos 170, 216, 219, 221 y 223 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, efectuadas por los numerales 1, 3, 4, 5 y 6, respectivamente, del artículo único de esta ley, entrarán en vigencia conjuntamente con la publicación en el Diario Oficial del decreto supremo que aprueba el primer plan común de salud.

Tercera. - El artículo 229 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, entrará en vigencia junto con el decreto supremo que aprueba el primer plan común de salud, fecha a partir de la cual las Instituciones de Salud Previsional solo podrán ofrecer el plan común de salud en los términos dispuestos en esta ley.

Con todo, los planes de salud vigentes a la fecha de entrada en vigencia del referido decreto supremo subsistirán y continuarán regulándose conforme a las normas del título II del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, y las demás que resulten pertinentes.”.

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

cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.”.

* * * * *

Se designó Informante a la señora Danisa Astudillo Peiretti.

* * * * *

Tratado y acordado, según consta en las actas correspondientes a las sesiones de 8 de octubre, 5 y 26 de noviembre, 3, 10 y 17 de diciembre de 2024, 15 y 22 de abril, y 6 y 13 de mayo de 2025, con asistencia de las diputadas y diputados Danisa Astudillo Peiretti, Hector Barría Angulo, Marta Bravo Salinas, Karol Cariola Oliva, Andrés Celis Montt, María Luisa Cordero Velásquez, Ana María Gazmuri Vieira, Tomás Lagomarsino Guzmán, Daniel Lilayu Vivanco, Helia Molina Milman (Presidenta), Hernan Palma Pérez, Patricio Rosas Barrientos y Agustín Romero Leiva.

Participaron, además, los diputados Fernando Bórquez, Eduardo Cornejo y Sergio Bobadilla (en reemplazo de diputada Marta Bravo), y Hugo Rey (en reemplazo del diputado Andrés Celis).

Sala de la Comisión, a 13 de mayo de 2025.-


ANA MARIA SKOKNIC DEFILIPPIS
 Abogado Secretaria de Comisiones