BOLETÍN Nº 8.105-11

INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD, INCORPORANDO UN PLAN GARANTIZADO.

HONORABLE CÁMARA:

La Comisión de Hacienda informa el proyecto de ley mencionado en el epígrafe, en cumplimiento del inciso segundo del artículo 17 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional y conforme a lo dispuesto en los artículos 220 y siguientes del Reglamento de la Corporación.

CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS PREVIAS

1.- Origen y urgencia

La iniciativa tuvo su origen en la Cámara de Diputados por un mensaje de S.E. el Presidente de la República, calificada de “simple”, “suma” y sin urgencia para su tramitación legislativa, según el caso.

2.- Disposiciones o indicaciones rechazadas

Los numerales 6) y 7) del artículo 1° con sus respectivas indicaciones y el numeral 16) con su indicación.

3.- Indicaciones declaradas inadmisibles

Indicación de los Diputados señores Castro, Jaramillo, Lorenzini, Ortiz, y Robles para modificar el numeral 6) del artículo 1° del proyecto, eliminando el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud.

4.- Disposiciones que fueron aprobadas por unanimidad

Ninguna.

5.- Indicaciones que requieren quórum especial de aprobación

Todas aquellas aprobadas por esta Comisión y que inciden en normas de quórum calificado según la calificación del Informe de la Comisión de Salud, además del nuevo numeral 6) del artículo 1° del proyecto.

6.- Se designó Diputado Informante al señor SILVA, don ERNESTO.

Asistieron a la Comisión durante el estudio del proyecto los señores Jaime Mañalich, Ministro de Salud; Luis Romero, Superintendente de Salud; Fernando Riveros, Fiscal de la Superintendencia de Salud; Juan Cataldo, Jefe de Gabinete del Ministro de Salud; la señora Johanna Osorio, encargada de Comunicaciones de la Superintendencia de Salud, y los señores Jaime González y Pablo Solís, Asesores del Ministerio de Salud; Thomas Leisewitz, Asesor de la Dirección de Presupuestos; Francisco Moreno y José Domingo Peñafiel, Asesores del Ministerio de Hacienda.

Concurrieron además el señor Patricio Silva, Presidente de la Corporación de Investigaciones Sociales, CISO; la señora Victoria Beaumont, Directora de la Consultora Altura Management, acompañada por el Director de Estudios de dicha entidad, señor Bernardo Luque; el señor Francisco Javier Labbé, Director Nacional del Instituto Nacional de Estadísticas, INE; la señora Marcela Cabezas, Subdirectora Técnica del INE; el señor Cristián Copaja, Jefe del Departamento de Estudios de Precios del INE; el señor Julio Pinto, Economista Senior del INE; el señor Rafael Caviedes, Director Ejecutivo de la Asociación de Isapre de Chile A.G.; el señor Gonzalo Simón, Gerente de Estudios de dicha Asociación; la señora Ana María Albornoz, Gerenta de Clínicas de Chile A.G.; la señora María Eugenia Salazar, Gerente de Estudios de dicha Asociación; el señor José Mauricio Cortés, Presidente de la Asociación de Clínicas y Prestadores de Salud Privadas A.G., y el Abogado, señor Pedro Barría; el señor Rodrigo Castro, Decano de la Universidad del Desarrollo; el señor Óscar Arteaga, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, y el señor Fernando Cañas, Subgerente de la Asociación de Isapre.

El propósito de la iniciativa consiste en modificar el Sistema Privado de Salud, regulado en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, a través de la creación de un Plan Garantizado de Salud y estableciendo herramientas que faciliten el análisis de los ajustes de precios que realicen las Isapres, aumentando la solidaridad y transparencia del mismo.

El **informe financiero elaborado por la Dirección de Presupuestos**, con fecha 20 de diciembre de 2011, señala que el plan garantizado de salud contempla una protección financiera no inferior a la que otorga el Fondo Nacional de Salud en la modalidad de libre elección y tiene como características la no discriminación por sexo ni edad, siendo financiado con precios idénticos para todos los beneficiarios de una misma Institución. Asimismo, este proyecto considera que las personas podrán seguir destinando recursos para la compra de coberturas complementarias, con la

finalidad de mantener beneficios similares a los que actualmente han contratado con sus Isapres, a través de sus planes de salud.

Si bien este proyecto de ley se relaciona exclusivamente con el Sistema Privado de Salud, tiene efectos directos e indirectos en el gasto público.

El plan garantizado de salud (PGS) incluye:

-- Las garantías explícitas en salud (GES);
-- La cobertura para gastos catastróficos en salud.
-- La cobertura ante eventos de emergencia vital;
-- El examen de medicina preventiva incluido en el régimen GES, y
-- Las prestaciones curativas y la cobertura financiera que se fijen conforme al procedimiento señalado al efecto.

Este Plan contemplará una protección financiera global no inferior a la que otorga el Fondo Nacional de Salud en la modalidad de libre elección.

El PGS deberá ser obligatoriamente ofrecido por las Isapres a un único precio, independiente de sexo, edad y condición de salud de las personas beneficiarías. Este precio será determinado por cada institución.

Para hacer viable la existencia de este precio, el que es independiente del riesgo de cada persona individualmente considerada, se creará un fondo de compensación en el Sistema Isapre, el que redistribuirá recursos desde las instituciones con carteras menos riesgosas hacia aquéllas que lo requieran. El modelo de ajuste de riesgos será definido a partir de la propuesta del Consejo Consultivo del plan garantizado de salud, y cuya prima comunitaria del fondo en comento será determinada anualmente por el Ministro de Salud. Para llevar adelante esta tarea es fundamental la participación que le asigna este proyecto de ley a la Superintendencia de Salud.

Los factores de riesgo se determinarán en base a los costos efectivos registrados por el PGS para todos los beneficiarios del Sistema de Isapre, y considerando al menos sexo y edad. Adicionalmente podrá considerar diagnósticos o patologías en la definición del riesgo, las que se agregarán conforme la información que respecto de este aspecto se vaya registrando. De esta manera se viabiliza la solidaridad de riesgos entre todos quienes integran el sistema.

Por otro lado, el precio del plan garantizado de salud no incluirá el costo del subsidio de incapacidad laboral, el que deberá ser cobrado adicionalmente respecto de los trabajadores dependientes e independientes que correspondan. Para esto, cada Isapre determinará un porcentaje de la remuneración imponible de los cotizantes, el que será el mismo para todos los afiliados a una misma entidad.

i) Costos directos en la Superintendencia de Salud:

Los costos directos de este proyecto se ven reflejados en un mayor gasto fiscal en la Superintendencia de Salud. Para los cálculos respectivos se ha supuesto el refuerzo de la Superintendencia para hacer frente a esta tarea, tanto en la elaboración, control, fiscalización, regularización, difusión del plan garantizado de salud, como de su actualización en el tiempo, para lo cual se incluye la participación del Instituto Nacional de Estadística en el levantamiento de indicadores referenciales. Comprende esto algunos gastos por una sola vez y otros recurrentes, esperando alcanzar el régimen el segundo año.

Otras instituciones públicas involucradas operarán con el presupuesto vigente para hacer frente a esta tarea, por lo que se asume que no hay mayor gasto fiscal.

Un resumen de los mayores costos de la Superintendencia de Salud:

			Año 1	Año 2	
1	Propuesta PGS y Arancel	Gastos por una vez Gastos Anuales	6,4 147,7	147.7	147,7
2	Indicadores Referenciales	Gastos por una vez Gastos Anuales	 140,0	140,0	140,0
3	Supervisión Fondo Compensación	Gastos por una vez Gastos Anuales	231,8 100,0	100,0	100,0
4	Cuentas de Excedentes: Reguladas y Fiscalizadas por la Superintendencia de Salud	Gastos por una vez Gastos Anuales	54,7 22,5	22,5	22,5
5	Regulación	Gastos por una vez Gastos Anuales	77,7 13,0	67,9 13,0	13,0
6	Fiscalización	Gastos por una vez Gastos Anuales	28,3 37.9	74,8	74.8
7	Resolución de Conflictos	Gastos por una vez Gastos Anuales	90,3 553,0	553,0	553,0
8	Fiscalía	Gastos por una vez Gastos Anuales	3,5 40,4	40,4	40,4
9	Difusión y Educación	Gastos por una vez Gastos Anuales	20,5 12,3	12,3	12,3

Concepto	MM$	Año O		
TOTAL (MMS)		Año O	Año 1	Año 2
Gastos por una vez		513,3	67,9	0,0
Gastos Anuales		1.066,9	1.103,7	1.103,7
Total Proyecto		1.580,2	1.171,6	1. 103,7

Si bien a la fecha no hay definido un precio asociado al plan garantizado para cada Isapre, estos costos suponen que el Fondo de Compensación de Riesgos a ser controlado por la Superintendencia de Salud maneja montos elevados producto de las cotizaciones de los afiliados al Sistema Privado de Salud, muy superiores a los que actualmente administra esta institución.

La resolución de conflictos da cuenta de las posibles diferencias entre el plan de salud vigente y las modificaciones o adecuaciones del plan garantizado y los beneficios complementarios que se contraten, que

originarán mayores reclamos a lo largo del país, con un crecimiento del 400% respecto a lo actual.

ii) Efectos Indirectos:

En esta categoría se contemplan los efectos fiscales del traslado de beneficiarios desde el Sistema Isapre a FONASA por imposibilidad de cubrir el precio del plan para si y para sus beneficiarios. Este efecto se produce si es que algún afiliado no cuenta con recursos disponibles, provenientes de su remuneración imponible, para financiar aquella parte del precio del plan que no alcanza a ser financiada con su cotización obligatoria "neta"; es decir, su cotización obligatoria menos el porcentaje que la Isapre cobrará a todos sus afiliados para financiar las licencias médicas.

El departamento de estudios de la Superintendencia de Salud, utilizando la base de datos del Sistema Isapre para el año 2010, ha identificado cuántos beneficiarios (cotizantes más sus cargas) no cumplen con el requisito de contar con cotización legal neta suficiente para financiar planes garantizados a distintos precios ("beneficiarios deficitarios"):

Tabla: Beneficiarios Deficitarios (definición según cotización legal sin SIL)

Acumulado	Dependiente	Independiente	Pensionado	Voluntario	Cargas	Total general
< = 2000	63.267	20.788	2.799	63.323	112.963	**263. 14O**
< =15000	360.887	29.222	24.687	70.280	766.150	**1.251.226**
<=16000	395.896	29.887	26.746	70.852	820.271	**1.343.652**
<=170OO	429.946	30.667	28.889	71.353	866.588	**1.427.443**
<=18OOO	465.639	31.449	31.300	71.869	918.788	**1.519.045**
<-19000	537.288	33,025	33.414	72.635	1.082.936	**1.759.298**
< =20000	566.198	33.590	35.393	73.022	1.113.501	**1.821.704**
<=21OOO	593.689	34.145	37.322	73.368	1.139.149	**1.877.673**
<=2200O	619.991	34.786	39.128	73.750	1.162.316	**1.929.971**
Total	**1.295.117**	**49.747**	**85.103**	**82.519**	**1.462.730**	**2.975.216**

Fuente: Superintendencia de Salud

Ahora bien, en caso de que alguno de estos beneficiarios se trasladase a FONASA, se producirá en esta entidad un incremento simultáneo entre los ingresos por cotizaciones y los gastos que generan, lo que no es posible de dimensionar fácilmente. Ello depende de la cotización de la persona que se traslade de sistema y del tamaño de su grupo familiar, comparado con un gasto promedio per cápita en FONASA equivalente, aproximadamente, a $ 21.883 mensuales por beneficiario estimado en 2011 para los grupos B, C y D. Si ocurriera entonces que la cotización promedio de quienes se trasladan es menor a dicho gasto, entonces habrá necesidad de un mayor financiamiento a FONASA, lo cual es mayor costo fiscal.

Así por ejemplo, si el valor del PGS fuera $ 17.000, y un 10% de los beneficiarios deficitarios se cambiaran de Isapre a FONASA (y si su cotización efectiva fuera de $ 17.000), manteniendo su distribución de cotizaciones, y que su estado de salud es similar a los afiliados actuales a FONASA, habría un mayor gasto esperado en FONASA de $ 8.364 millones anuales, lo cual constituye costo fiscal. Del mismo modo, este costo fiscal puede ser mayor si se considerara que estos nuevos beneficiarios de FONASA tuvieran un gasto semejante al de los actuales beneficiarios del grupo D, con un gasto mensual estimado de $ 23.205 mensuales por beneficiario, totalizando un mayor costo fiscal de $ 10.628 millones anuales. Sin embargo, estos afiliados en la actualidad pagan cotizaciones adicionales y, o son parte de contratos colectivos, que se busca preservar con el cambio legal propuesto, de modo que no se considera realista esperar que en régimen se observe el efecto máximo recién presentado.

La indicación N° 243-360 fue acompañada por un **informe financiero complementario**, de fecha 6 de noviembre, presentado el 28 de noviembre de 2012 a la Comisión, mediante un oficio conductor del señor Ministro Jaime Mañalich, que señala que la referida indicación no cambia las características del plan garantizado de salud, sino sólo incide en el valor de éste. La cobertura establecida sigue contemplando una protección financiera no inferior a la otorgada por el Fondo Nacional de Salud en la Modalidad de Libre Elección, sin discriminación por sexo, con un valor único definido para cuatro tramos etarios válido a todos los beneficiarios de una misma institución.

Dichos tramos son:

A	0-17 años
B	18-44 años
C	45-64 años
D	65 años y más.

La indicación respecto del proyecto de ley original, implica un menor costo fiscal, según se detalla a continuación:

i) Costos Directos en la Superintendencia de Salud: Sin variación.

ii) Costos indirectos:

Esta propuesta no elimina la situación de "beneficiarios deficitarios" (esto es, aquellos cotizantes y sus cargas cuya cotización legal para financiar el Plan Garantizado de Salud es menor al precio esperado del plan), pero sí disminuye su número en relación al proyecto de ley original al diferenciar la tarifa plana original en los 4 tramos. Es menester recordar que este número de "beneficiarios deficitarios" depende del precio final del plan, el cual es desconocido por ahora.

Sin embargo, manteniendo el ejercicio del IF original, donde el valor del PGS supuesto es de $17.544 (considerando una variación del IPC en 2012 igual a 3,2%) la indicación supone disminuir en 160.587 las personas cuya cotización legal no les alcanzaría para permanecer en una ISAPRE.

Ello, presumiblemente, disminuiría el número de beneficiarios que podrían decidir emigrar a FONASA, con el correspondiente costo fiscal para el Estado, al considerar un mayor gasto en el Fondo Nacional de Salud.

Usando el mismo supuesto que en el IF N°153 - 2011; es decir, que el 10% de los beneficiarios deficitarios se trasladan de una Isapre al FONASA, teniendo un gasto similar que los actuales beneficiarios del grupo D de FONASA, que se estima en $ 23.948 mensuales, se esperaría una disminución del costo fiscal desde $ 10.969 millones anuales (a pesos de diciembre 2012, que equivale a $ 10.628 millones en moneda de diciembre 2011) a $ 9.735 millones; es decir, $ 1.234 millones menos al año, en moneda de diciembre de 2012, respecto al costo presentado en el IF antes citado.

En el **debate de la Comisión** el señor Jaime Mañalich planteó que el sistema de salud chileno está constituido por cuatro cuadrantes: en los dos cuadrantes superiores están los sistemas de seguros de salud: el sistema privado constituido por las Isapres, con 3 millones de beneficiarios y el seguro público de salud, FONASA, que tiene 13,2 millones de beneficiarios. El fondo de las Isapres se constituye con la cotización de salud que corresponde al 7% de la remuneración con un tope imponible. Por su parte, el seguro público se financia en el 40% con la cotización obligatoria y en el 60% por contribución de impuestos generales de la Nación. Debe tenerse presente, añadió, que los afiliados al Sistema de Isapre sobre cotizan pagando en promedio el 10% de su remuneración para adquirir lo que ellos determinan como buenos planes de salud.

En los dos cuadrantes inferiores se encuentran los prestadores: por un lado está el sistema público de prestadores constituido por la salud primaria municipal, que tiene aproximadamente 13 millones de beneficiarios inscritos y por el sistema hospitalario que posee 186 hospitales a lo largo del país, prestadores que realizan el 50% de las atenciones de los beneficiarios del seguro público de salud, principalmente los beneficiarios de FONASA de menores ingresos, que no tienen copago o éste es mínimo, que son los segmentos A y B. Los tramos C y D acceden al sistema de libre elección, lo que les permite optar a prestadores privados, pero en sus grandes patologías estos usuarios se atienden en la red pública de prestadores. Los prestadores privados, por su parte, atienden fundamentalmente a los beneficiarios del Sistema de Isapre y a los usuarios de FONASA, principalmente en servicios de menor complejidad como atenciones ambulatorias, consultas y exámenes.

En relación a los antecedentes de este proyecto de ley, el señor Mañalich hizo ver que el Presidente de la República en su discurso del 21 de mayo de 2010 reconoció que el sistema de seguros privados funciona dentro

de un marco jurídico muy complejo, diagnóstico que se corroboró con el fallo dictado por el Tribunal Constitucional, de 6 de agosto de 2010, que declaró inconstitucional la norma relativa a la estructura de la tabla de factores de riesgo por sexo y edad de la ley N°18.993, dictamen que fue ratificado con posterioridad por la Corte Suprema.

En esa cuenta a la Nación, el Presidente decidió constituir una Comisión Presidencial que trabajó intensamente en diversos temas relacionados con la salud, concluyendo que en el ámbito de la salud privada el sistema actual debía ser reformado por un plan garantizado de salud. Con posterioridad, se designó una Comisión político-técnica en la que participaron parlamentarios de todos los sectores y diversos expertos, que luego de tres meses de trabajo elaboraron un informe que se plasmó en el proyecto de ley que se envió a tramitación legislativa en el mes de diciembre del año 2011.

En la Comisión de Salud de esta Corporación el proyecto fue objeto de discusiones y negociaciones, despachándolo con algunas modificaciones a fines de marzo. En esa oportunidad se acordó que el Ejecutivo presentara en la Comisión de Hacienda algunas indicaciones que básicamente recogiera acuerdos logrados en la Comisión de Salud.

Precisó el señor Ministro que hay un solo tema que no logró acuerdo en la Comisión de Salud y que el Ejecutivo está interesado en debatir en esta Comisión, que es la posibilidad de que el plan garantizado tenga un precio diferenciado para las cargas menores de 24 años, de manera tal de no castigar excesivamente a las familias con más de dos hijos.

En cuanto al contenido del proyecto de ley, manifestó que sus ejes principales son:

1. Plan garantizado de salud, que tiene una tarifa que será definida por cada Isapre, pero que debe ser única para todos los cotizantes y beneficiarios de una misma Isapre.
2. Definición de un IPC de la salud por parte del Instituto Nacional de Estadísticas. El INE ya está construyendo la canasta que estará compuesta por las prestaciones más frecuentes en materia de salud.
   Este IPC de la salud será el indicador objetivo para determinar el alza en los precios de los programas de salud.

Explicó también que el Ministerio de Salud elaboró un IPC de la salud para el año 2011 utilizando criterios similares a los que hoy está usando el INE para construir la canasta, el que fue de 2,15% real, es decir, sobre UF. A su juicio, esta información tuvo un efecto disuasivo en las alzas de precios que las Isapres iban a aplicar a los beneficiarios de sus planes de salud, incremento que deben informar las Isapres a la Superintendencia de Salud a más tardar el 31 de marzo de cada año.

Concluyó su presentación señalando que el proyecto corrige en forma sustantiva las falencias del Sistema Privado de Salud, haciéndose cargo de los reclamos de los usuarios de este sistema. Asimismo, introduce

solidaridad y pone término a la discriminación por edad, preexistencia, enfermedad y sexo.

El señor Luis Romero afirmó que los antecedentes de la reforma son básicamente dos: la judicialización de las alzas de los precios de los planes de salud y el fallo del Tribunal Constitucional, de agosto de 2010, que declaró inconstitucional la aplicación de las tablas de factores de riesgo para la determinación de los precios de los planes de las Isapres.

Tal como lo mencionó el señor Ministro, como consecuencia de la demanda ciudadana de establecer un sistema de financiamiento más equitativo en el sistema privado de salud, el Presidente de la República conformó una Comisión Presidencial de Salud, cuyo informe fue evacuado en diciembre de 2010, y posteriormente, se convocó a una Comisión de Expertos en el área de la Salud, la que en su informe de 2011 determinó la viabilidad técnica de introducir un plan común para todos los beneficiarios de Isapres y diseñó los elementos principales del plan garantizado de salud (PGS), que fue la base del proyecto de ley en informe.

En cuanto a la estructura del PGS, sostuvo que este plan estará estructurado sobre la base de cinco componentes principales: examen de medicina preventiva, beneficios plan Auge, beneficios no Auge, cobertura para gastos catastróficos y cobertura ante eventos de emergencia vital (Ley de Urgencias).

El PGS será único para todos los beneficiarios del Sistema Isapre, tendrá un precio común por isapre, se podrá otorgar en una red de prestadores en convenio y este plan no incluirá el seguro de invalidez y sobrevivencia, el que deberá contratarse aparte en la misma isapre.

En relación al acceso universal a garantías explícitas (Auge) y al examen de medicina preventiva, planteó que este proyecto mantiene los copagos, mecanismos de acceso y todas las normas establecidas en la ley vigente.

En el caso de la cobertura para condiciones de salud no Auge, el plan crea un listado de prestaciones de salud no Auge, las que tendrán una bonificación fija en pesos o UF, que será establecida en un Arancel (Arancel del PGS). Estas bonificaciones no podrán ser inferiores, en su conjunto, a aquellas que establece el arancel del FONASA en la modalidad de libre elección ni al 25% de la cobertura de FONASA. Esta cobertura podrá operar en una red de prestadores, pero, si el beneficiario prefiere atenderse en un prestador distinto trasladará su bonificación fija, en pesos o UF, a esos prestadores. La diferencia entre el precio de la atención y la bonificación será de cargo del beneficiario.

Por su parte, agregó, la cobertura para gastos catastróficos, CGC, operará de manera similar a la cobertura adicional para enfermedades catastróficas, CAEC, actual (en red). La CGC consiste en un límite anual de copagos por beneficiario, cuyo monto será fijado anualmente. El deducible

se acumulará independientemente del diagnóstico y, o del prestador utilizado, y en este último caso, los copagos estarán basados en el arancel del PGS. Una vez alcanzado el deducible, el beneficiario deberá concurrir a la red de prestadores definida por la Isapre para acceder a la cobertura adicional.

Finalmente, en relación a la cobertura de la Ley de Urgencias, explicó que las atenciones de emergencia mantendrán las condiciones de protección, acceso y todas las normas de la “Ley de Urgencias” vigente. Asimismo, tendrán la cobertura que corresponda al tipo de condición de salud de que se trate: Auge, no Auge, CGC, según se ha definido. La Ley de Urgencias se aplicará incluyendo cualquier beneficio complementario que haya convenido el beneficiario con una Isapre.

En cuanto a los precios y al financiamiento del PGS, el señor Romero indicó que este plan será ofrecido a un precio único, independientemente del sexo, edad, y condición de salud de los contratantes, precio que será determinado por cada Isapre. Respecto del Subsidio por Incapacidad Laboral, SIL, éste se cobrará aparte y sólo a los cotizantes que tengan derecho a él. Este precio se expresará como un porcentaje fijo y único de la remuneración imponible, el cual será determinado anualmente por cada Isapre.

Tanto el PGS y el SIL se financiarán con cargo al 7% de la renta imponible. Si este monto no fuese suficiente, podrá completarse con una cotización voluntaria y las personas que no son trabajadoras, podrán comprar el PGS al precio establecido como tarifa plana.

Además, el proyecto crea un Fondo de Compensación de Riesgos para el PGS que operará en forma similar al establecido para el AUGE. El actual Fondo del AUGE se eliminará, siendo reemplazado por este nuevo, más amplio. En una primera etapa, el modelo de ajuste de riesgos considerará sólo sexo y edad como variables predictoras del riesgo individual. Posteriormente, en la medida que se disponga de la información necesaria, incorporará otras variables que permitan mejorar el modelo. Este Fondo, añadió, será gestionado por la Superintendencia de Salud.

En materia de reajustes anuales de precios, se crea lo que se ha denominado el IPC de la salud, para lo cual anualmente el Instituto Nacional de Estadísticas, INE, calculará los siguientes indicadores, los que serán publicados en el Diario Oficial por la Superintendencia de Salud, el último día hábil del mes de enero de cada año:

- Indicador de la variación de los precios de las prestaciones de salud otorgadas por el Sistema Isapre.

- Indicador de la variación experimentada en la frecuencia de uso de las prestaciones de salud otorgadas por el Sistema Isapre.

- Indicador de la variación en el gasto en subsidios por incapacidad laboral del Sistema Isapre, es decir, el pago de las licencias médicas.

Además, anualmente, un Panel de Expertos calculará los índices referenciales de variación porcentual para los precios del PGS y SIL, basándose en: los indicadores elaborados por el INE; las condiciones existentes en el mercado; las variaciones en la productividad, y en los cambios tecnológicos del sector. Estos índices serán publicados en el Diario Oficial por la Superintendencia de Salud, el último día hábil del mes de febrero de cada año.

Agregó el señor Romero que adicionalmente al PGS las Isapres podrán comercializar beneficios complementarios de salud, BC, que mejoren la cobertura del PGS u otorguen bonificación a prestaciones no incluidas en él. Los BC deberán ser convenidos en contratos independientes de aquél en el que se contrate el PGS y el SIL, cuando éste corresponda, y podrán contratarse en la misma Isapre o en otra distinta. Los BC sólo podrán venderse a personas que ya cuenten con un PGS contratado y podrán pactarse en forma individual o colectiva, al momento de la afiliación o durante la vigencia del contrato. Un reglamento establecerá los requisitos y condiciones mínimas que tendrán que cumplir estos beneficios, los que deberán ser informados a la Superintendencia de Salud en forma previa a su comercialización.

Además, existirá la cuenta de excedentes, pudiendo el cotizante solicitar a la Isapre que abone todos sus excedentes a una cuenta que conservará las características de la actual cuenta de excedentes, pero se eliminará el tope de 10% establecido en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N°1.

En relación a la movilidad de los cotizantes, el proyecto establece que en el ámbito del PGS no existirán afiliados cautivos, es decir, los afiliados que estén adscritos a una Isapre y deseen cambiarse a otra, no tendrán limitaciones de acceso, exclusiones de cobertura ni períodos de carencia, pero en el ámbito de los BC, las Isapres podrán establecer restricciones de acceso, exclusiones, carencias o coberturas restringidas.

En cuanto a la vigencia del PGS, éste comenzará a regir el primer día del mes de julio del 2014 y todos los contratos vigentes a la época en que empiece a regir el PGS y aquéllos que se suscriban con posterioridad, deberán ajustarse a esta ley, contemplando: el plan garantizado de salud, el subsidio por incapacidad laboral, cuando corresponda, y los beneficios pactados con cada afiliado en sus planes complementarios, los que tendrán que traducirse a beneficios complementarios.

Añadió que el PGS será incorporado a los contratos de salud a través de un proceso de adecuación de contratos, que se iniciará con la emisión de una carta de adecuación que las Isapres deberán remitir a cada uno de sus afiliados, a más tardar, el último día hábil del mes de marzo del año 2014. En estas cartas, las Isapres deberán señalar, a lo menos, el contenido del PGS

y mencionar que el precio del SIL sólo se cobrará a cotizantes que tengan derecho a él. Además, deberán individualizar los establecimientos que conformarán la red o redes de prestadores, a través de las cuales se otorgarán los beneficios del PGS.

En estas cartas, las Isapres deberán ofrecer a los afiliados las siguientes alternativas de contratos:

- Un contrato que incluya y distinga el precio del PGS y del SIL, si procede, más otro que contenga y distinga el precio de los beneficios complementarios en actual comercialización, de manera tal que la suma de ambos contratos permita mantener los beneficios vigentes del cotizante, aun cuando ello le signifique un aumento en su cotización pactada.

- Un contrato que incluya y distinga el precio del PGS y del SIL, cuando proceda, y otro que contenga y distinga el precio de los beneficios complementarios en actual comercialización, de manera tal que la suma de ambos contratos permita mantener la cotización pactada vigente del cotizante.

- Un contrato que incluya el PGS y el SIL, cuando proceda, y la posibilidad de abonar todos los excedentes de cotización a la respectiva cuenta individual.

Los afiliados, agregó, podrán requerir otras alternativas de contrato o beneficios complementarios entre aquéllos que se comercialicen, quedando obligada la Isapre a otorgarles los beneficios solicitados hasta por un valor equivalente al monto de la cotización vigente.

En todo caso, los afiliados podrán cambiarse a otra institución de salud previsional, para lo cual el cotizante deberá ejercer su opción ante la Isapre, a más tardar, el último día hábil del mes de junio de 2014. En el evento que nada diga, se entenderá que ha optado por permanecer en el contrato indicado en la primera opción.

Finalmente, sostuvo que los principales elementos del proyecto de ley son:

- PGS: incorporación de un plan garantizado de salud común para todos los beneficiarios del Sistema Isapre.

- Prima Plana para el PGS: el mismo precio para todos los beneficiarios de una misma Isapre, independientemente de su sexo, edad o estado de salud.

- Fondo de Compensación para el PGS: este fondo compensará las diferencias de costos derivadas de los distintos perfiles de riesgo de los beneficiarios. Más amplio que el actual Fondo del AUGE.

- Financiamiento Separado para el SIL: sólo para quienes tengan derecho a él. Será igual para todos los cotizantes de una misma Isapre y estará expresado como un porcentaje de la renta imponible.

- Patrones de Referencia para las Alzas de Precios: los precios del PGS y del SIL se ajustarán sobre la base de índices de referencia fijados por un Panel de Expertos a partir de indicadores calculados por el INE.

- Eliminación de la Cautividad: en el contexto del PGS, los actuales beneficiarios de Isapres no tendrán limitaciones de acceso o cobertura que les impidan cambiarse de Isapre.

- Beneficios Complementarios: las Isapres podrán ofrecer beneficios adicionales al PGS cuyos requisitos serán fijados por un reglamento. Estos beneficios podrán ser adquiridos con los excedentes de cotización o cotizaciones voluntarias, en la misma Isapre o en otra distinta y deberán constar en contratos independientes.

- Cuenta de Excedentes: los cotizantes también podrán destinar sus excedentes de cotización a una cuenta individual de excedentes, similar a la actual, pero, sin el tope de 10% que existe actualmente.

Consultado el señor Romero acerca de las preexistencias en el caso que un usuario de FONASA contrate el PGS con una Isapre afirmó que dentro del PGS los usuarios son libres de moverse entre las Isapres, sin preexistencias. Con respecto a los afiliados a FONASA el proyecto no contempla el acceso de éstos al PGS porque se estima que estos usuarios podrían cambiarse al PGS sólo para hacer uso de una prestación y luego volver a FONASA provocando un caos financiero en este plan e incrementando sus precios.

La idea que se proyecta es que este plan vaya incrementando su cobertura y mejorando sus condiciones a lo largo del tiempo, tal como ha sucedido con el AUGE, para lo cual un Consejo Consultivo deberá proponer anualmente la incorporación de nuevos beneficios.

Varios señores Diputados manifestaron sus dudas en torno al IPC de la salud, por lo que formulan las siguientes preguntas, ¿este IPC se calcula en pesos o en UF?, ¿es obligatorio para las Isapres o sólo opera como una medida de presión social?, ¿cuáles son los antecedentes que permiten determinar que la precios relacionados con la salud se incrementan en mayor medida que los precios de los otros bienes?, ¿qué prestaciones componen este IPC?

Respecto del IPC de la salud, sostuvo el señor Romero que el proyecto establece que éste será determinado por el INE, razón por la cual ni el Ministerio ni la Superintendencia conocen exactamente la metodología que están aplicando.

Agregó que en la determinación del IPC referencial del año pasado realizada por la Superintendencia, se consideraron todas aquellas prestaciones que en su conjunto representan el 90% del costo de la salud en Chile, tanto en el ámbito de las prestaciones ambulatorias; exámenes,

consultas, procedimientos, etcétera, como hospitalarias. Además, se analizaron todas las prestaciones que las Isapres habían otorgado el 2010 y 2011, chequeando los precios de esas prestaciones en todas las clínicas de Chile. Asimismo, se analizó la variación de frecuencia de uso de estas prestaciones, que en un año subió en 4,48%.

Esta información expresada en pesos dio cuenta que tanto las licencias médicas como el precio de las prestaciones se habían incrementado en menor medida que el IPC, pero al considerar la frecuencia de uso de estas prestaciones, se determinó que éstas se incrementaron en 2,15% por sobre el IPC.

Finalmente, explicó que se utilizó la UF porque el 90% de los planes de salud que ofrecen las Isapres utilizan este índice.

Con respecto a la obligatoriedad de cambiarse al nuevo sistema para todos los usuarios de Isapres, indicó que este fue un tema que se debatió en la Comisión de Salud donde se discutió la constitucionalidad de esta disposición. La razón técnica de establecer la obligatoriedad radica en que permitir que sólo se cambien al nuevo sistema los afiliados a los que les es conveniente, no permitiría tener un fondo de compensación de riesgos técnicamente viable.

En este tema el Diputado señor Auth expresó sus dudas sobre la constitucionalidad de que una persona que tiene un plan vigente con una Isapre por el cual paga un determinado precio, deba obligatoriamente suscribir un nuevo contrato que eventualmente puede significar un mayor precio para mantener los mismos beneficios. Esta situación sin duda generará una nueva judicialización de estos temas.

Por otro lado, preguntó si este IPC da cuenta de los precios que cobran las clínicas por las prestaciones de salud o de lo que efectivamente valen esas prestaciones.

El Diputado señor Robles consultó por qué este IPC de la salud sólo considera el costo de las prestaciones en el sector privado y no incorpora el sector público de salud.

Respondiendo al Diputado señor Robles, señaló que el IPC se calcula sólo en el sector privado porque está relacionado con las Isapre. Considera importante conocer la variación de los precios de las prestaciones de salud en el sector público, pero los hospitales carecen de esa información y ni siquiera saben cuánto le cuestan los insumos, las prestaciones, etcétera, por lo que hoy es imposible calcular costos y precios. Para solucionar este problema se está haciendo un trabajo exhaustivo a nivel hospitalario, lo que permitirá en el futuro saber cuáles son los hospitales eficientes y cuáles no.

Indicó que las Isapres pueden cobrar precios distintos por el PGS porque éste dependerá de la red de prestadores que ofrezcan a sus

cotizantes. Pero el fondo de compensación se determinará por un estudio técnico, de manera que las Isapres que cobren un precio muy alto por el PGS verán reducido su compensación o simplemente no tendrán derecho a ésta.

Finalmente, el señor Fernando Riveros explicó que, por una parte, el INE debe fijar anualmente los indicadores relativos a la variación de los precios de las prestaciones de salud otorgadas por el Sistema Isapre; la variación experimentada en la frecuencia de uso de las prestaciones de salud otorgadas por el Sistema Isapre, y la variación en el gasto en subsidios por incapacidad laboral de las Isapres y, posteriormente, un Panel de Expertos calculará los índices referenciales de variación porcentual para los precios del PGS y SIL, basándose tanto en los indicadores elaborados por el INE como en las condiciones existentes en el mercado, las variaciones en la productividad, y los cambios tecnológicos del sector. De manera que el aumento en los precios de las prestaciones de salud no se reflejan automáticamente en el IPC.

El señor Jaime Mañalich hizo presente que durante la discusión de este proyecto en la Comisión de Salud de esta Corporación, el Ejecutivo se comprometió con los parlamentarios a presentar en la Comisión de Hacienda una serie de indicaciones, las que se explican a continuación por el Superintendente de Salud. Destacó que no se logró acuerdo en la Comisión de Salud, en la posibilidad de fraccionar la tarifa plana del plan garantizado, de manera que las cargas menores de 24 años tuvieran un precio diferenciado. Este tema, precisó, no fue abordado en las indicaciones N° 039-360, presentadas por el Ejecutivo en esta Comisión, el 24 de abril de 2012.

El señor Luis Romero, expresó que los aspectos centrales de las indicaciones presentadas son las siguientes:

1. Establecer dos contratos de salud distintos (PGS y Beneficios Complementarios).

Se establecen todas las indicaciones necesarias para adecuar el texto del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2005, a la existencia de dos contratos de salud: uno, en el que se deberá consignar el PGS y, cuando corresponda, la cobertura de los subsidios por incapacidad laboral y otro, en el que deberán constar los beneficios complementarios. Este último contrato podrá ser suscrito por el afiliado en la misma Isapre en la que haya contratado el PGS o en otra distinta.

2. Protección mínima del 25% del arancel FONASA.

Esta indicación tiene por finalidad brindar protección a los afiliados a través del establecimiento de un piso mínimo de 25% arancel FONASA modalidad libre elección para arancel PGS y la misma protección para los beneficios complementarios.

3. Requisitos para el cambio de Isapre.

Se establecen nuevos requisitos que tendrán que cumplir los afiliados que se quieren cambiar de Isapre para adquirir el PGS que ofrece otra Isapre, otorgándole mayor estabilidad al modelo.

Los requisitos que debe cumplir el afiliado son:

a) El plazo de 1 año de afiliación en la Isapre actual;
b) No estar haciendo uso del subsidio de incapacidad laboral;
c) No tener deudas pendientes de cuyo pago sean responsables, con la Isapre en la que se encuentren afiliados al momento de solicitar la celebración del contrato;
d) Haber informado a la Isapre a la que solicitan la celebración del contrato sus patologías o condiciones de salud preexistentes.

4. Definición de gastos catastróficos.

Nueva redacción de la definición de la cobertura de los gastos catastróficos, para aclarar que se trata de una cobertura cuyo deducible se acumulará por cualquier copago independientemente del diagnóstico o patología que lo haya ocasionado.

5. Indexación de riesgos.

La indicación tiene por finalidad definir taxativamente las variables que se considerarán para efectuar la compensación de riesgos. La idea es limitar la compensación de riesgos sólo a las variables de edad, sexo, diagnóstico y otras variables específicas y previamente definidas, eliminando del articulado la alusión que se hace a "…cualquiera otra que permita mejorar el modelo de ajuste de riesgos en salud, en la forma y oportunidad que determine el Reglamento", pues atendido el impacto económico que tendrá para las Isapres, se entienda que una facultad de esta naturaleza no puede quedar entregada a una autoridad administrativa.

6. Se adicionan dos nuevos miembros al Consejo Consultivo del PGS.

- Un representante de las sociedades científicas, elegido por éstas, de conformidad al mecanismo establecido en el reglamento respectivo;

- Un representante del Director de Fonasa.

La Comisión de Salud dispuso en su informe que esta Comisión tomara conocimiento del artículo 1°, numerales 16), 17), 18), inciso primero de la letra c) del numeral 19), 27), 29), 33), la letra b) del numeral 34); artículo 4°; artículo tercero transitorio; artículo cuarto transitorio y artículo quinto transitorio. Asimismo, corresponde pronunciarse sobre los siguientes artículos que han sido objeto de indicaciones del Ejecutivo: artículo 1°,

numerales 1), la letra a) del numeral 2), 3), 4), 5), nuevo numeral 6), actual numeral 6) que pasaría a ser 7), actual numeral 7) que pasaría a ser 8), actual numeral 8) que pasaría a ser 9), actual numeral 9) que pasaría a ser 10), actual numeral 12) que pasaría a ser 13), la letra c) del actual numeral 13) que pasa a ser 14), actual numeral 14) que pasaría a ser 15), actual numeral 15) que pasaría a ser 16), actual numeral 16) que pasaría a ser 17), actual numeral 22) que pasaría a ser 23), actual numeral 23) que pasaría a ser 24), actual numeral 28) que pasaría a ser 29), actual numeral 31) que pasaría a ser 32), la letra b) del actual numeral 36) que pasaría a ser 37); artículo 2°, artículo 3° y artículos primero, segundo, tercero y cuarto transitorios.

En relación con la discusión particular del articulado, cabe señalar lo siguiente:

Luego de un breve debate y a propuesta del Presidente de la Comisión, se acordó votar en un solo acto los artículos de competencia de esta Comisión y aquéllos con indicaciones del Ejecutivo; el numeral 6) del artículo 1°, respecto del cual se solicitó votación separada y, finalmente, las indicaciones ingresadas del Ejecutivo N° 243-360 sobre los artículos 188 bis y 197 bis propuestos.

Los Diputados señores Castro, Jaramillo, Lorenzini, Ortiz, y Robles presentaron la siguiente indicación: para modificar el numeral 6) del artículo 1° del proyecto, eliminando el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, sobre el destino de los excedentes de la cotización legal que indica.

El señor Robles explicó que esta indicación tiene por objeto derogar el artículo 188 de la norma citada puesto que ésta establece que los excedentes de la cotización legal son de propiedad del afiliado, inembargables e incrementan una cuenta corriente individual que la institución debe abrir a favor del afiliado, en circunstancia que, a su juicio, los fondos provenientes de la cotización de los afiliados al sistema privado de salud son de la seguridad social y no propiedad del individuo. De manera que al derogar esta disposición los excedentes pasarían al Fondo que crea esta ley, el que está constituido para fines de seguridad social y tiene un carácter solidario.

El Diputado señor Silva (Presidente) declaró **inadmisible** la indicación por incidir en una materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, de conformidad a lo preceptuado en el numeral 6° del inciso cuarto del artículo 65 de la Constitución Política de la República.

En razón de la declaración de inadmisibilidad el Diputado señor Robles solicitó votación separada del numeral 6) del artículo 1° del proyecto.

El Ejecutivo formuló con fecha 10 de abril de 2012 las siguientes indicaciones al texto aprobado por la Comisión de Salud:

Artículo 1°

- Para modificarlo del siguiente modo:

a) Sustitúyase su numeral 1), por el siguiente:

"**1) Reemplázase el inciso primero del artículo 107 por el siguiente:**

"**Corresponderá a la Superintendencia supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsional, en los términos que señale este Capítulo, el Libro III de este decreto con fuerza de ley y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley en relación al Plan Garantizado de Salud, a la Cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral y a los Beneficios Complementarios, contenidos en los respectivos contratos de salud, las leyes y reglamentos que las rigen."**.".

b) Sustitúyase la letra a) de su numeral 2), que modifica el artículo 110, por la siguiente:

"**a) Reemplácese su primer párrafo por el siguiente:**

"Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la posibilidad de los contratantes de convenir Beneficios Complementarios en los términos regulados en la presente ley.".".

c) Modifícase su numeral 3), que introduce modificaciones al artículo 170, de la siguiente forma:

i. Reemplázase su literal a), por el siguiente:

"a) Sustitúyase su literal i) por el siguiente:

"i) La expresión "Plan Garantizado de Salud", por el conjunto de prestaciones uniformes conformado por las Garantías Explícitas relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, en

conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen; la Cobertura para Gastos Catastróficos; la cobertura de las atenciones de emergencia contempladas en los incisos cuarto y quinto del artículo 173; las prestaciones mínimas legales contempladas en el artículo 194, a excepción de la Cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral; y las prestaciones curativas y la cobertura financiera que se fije para el Arancel que se elabore de conformidad a lo dispuesto en la letra p) de este artículo, el que no podrá establecer coberturas inferiores al 25% del Arancel Fonasa en la Modalidad de Libre Elección.".".

ii. Reemplázase su literal b), por el siguiente:

"b) Sustitúyase su literal k) por el siguiente:

"k) La expresión "Beneficio Complementario", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios de salud, convenido libremente por los afiliados, que aumente la cobertura prevista en el Plan Garantizado de Salud o que otorgue cobertura a prestaciones no incluidas en dicho plan, mediante la suscripción de un contrato de salud independiente, ya sea con la misma isapre o con otra distinta.".".

d) Modifícase su numeral 4), el que modifica el artículo 172, de la siguiente forma:

i. Reemplázase su literal a) por el siguiente:

"**a) Sustitúyase su inciso primero por el siguiente:**

"Las Instituciones de Salud Previsional deberán proporcionar información suficiente y oportuna a sus afiliados y al público en general respecto de las materias fundamentales de los contratos que ofrecen, tales como los precios del Plan Garantizado de Salud, de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, de los Beneficios Complementarios y de las modalidades y condiciones de otorgamiento de éstos. En cumplimiento de esta obligación, las Isapres deberán informar sobre la red o redes de prestadores a través de las cuales otorguen las prestaciones comprendidas en las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura para Gastos Catastróficos, así como otras redes que puedan constituir para otorgar los demás beneficios que ofrezca el Plan Garantizado de Salud. Asimismo, las Isapres deberán informar las redes de prestadores a través de las cuales se otorguen los Beneficios Complementarios en el caso que se comercialicen en esa modalidad. A través de instrucciones de general aplicación, la Superintendencia regulará la forma y el contenido mínimo de la información que las Isapres deberán entregar a sus beneficiarios y al público en general.".".

ii. Sustitúyase su letra b) por la siguiente:

"**b) Agréganse los siguientes incisos tercero y cuarto, nuevos:**

"Anualmente, junto a la información que las Isapres envíen a sus afiliados, deberán acompañar una tabla comparativa, elaborada por la

Superintendencia de Salud, en la que incluyan los precios cobrados por cada isapre por el Plan Garantizado de Salud, la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, tasa de rechazo de licencias médicas, red de prestadores para el Plan Garantizado y red de prestadores, cerrada y preferente para los Beneficios Complementarios, utilidades del año cronológico anterior, promedio de costos de administración, beneficios vinculados al examen de medicina preventiva y cualquier otra información determinada por el reglamento.

Sin perjuicio de las notificaciones por escrito a que obliga este decreto con fuerza de ley, todas las actuaciones que deban desarrollarse con una isapre, sea por parte de sus afiliados, del público en general, de los prestadores de salud o de los empleadores u obligados al pago de las cotizaciones de salud, así como todas las informaciones, comunicaciones y notificaciones que las isapres dirijan a sus afiliados, a los prestadores de salud o a los respectivos empleadores u obligados al pago de la cotización de salud, podrán realizarse por aquellos medios electrónicos que hayan sido aprobados por la Superintendencia de Salud.".".

e) Modifícase su numeral 5), el que modifica el artículo 173, del siguiente modo:

i. Reemplázase en su literal a), en el inciso sexto que se sustituye, el vocablo "convenidos" por la oración "**que hubieren convenido con esa institución.**".

ii. Reemplázase su letra b) por la siguiente:

"b) Sustitúyase en el inciso noveno la oración "Las cuotas mensuales no podrán exceder del 5% de la remuneración o renta imponible, tratándose de los afiliados dependientes, independientes o pensionados, ni de una suma equivalente al precio del plan de salud contratado, en el caso de los voluntarios" por la siguiente: "Las cuotas mensuales no podrán exceder del 5% de la remuneración o renta imponible, tratándose de los afiliados dependientes, independientes o pensionados, ni de una suma equivalente al precio del Plan de Salud Garantizado de salud más el precio de los Beneficios Complementarios que se hubieren convenido con esa isapre, en el caso de los voluntarios".".

f) Intercálase el siguiente numeral 6) nuevo, pasando el actual numeral 6) a ser 7) y así sucesivamente.

"**6) Modifíquese el artículo 184 de la siguiente manera:**

a) Agrégase en su inciso primero, a continuación de la oración "establecido en esta Ley", la siguiente: "para el otorgamiento del Plan Garantizado de Salud y, cuando proceda, la Cobertura para Subsidios

por Incapacidad Laboral. Además, deberán suscribir otro contrato si pactan Beneficios Complementarios, ya sea en la misma isapre o en otra distinta.", precedida de una coma (,).

b) Reemplázase su inciso segundo por el siguiente:

"La isapre deberá comunicar la suscripción del o de los contratos, según sea el caso, a la Superintendencia y a la entidad encargada del pago de la pensión, si el cotizante fuere pensionado, o al empleador, si fuere trabajador dependiente, antes del día 10 del mes siguiente a la suscripción de los mismos. Estas comunicaciones, como también las relativas al término de alguno de los contratos o de ambos, que deberán informarse a la Superintendencia y a la entidad encargada del pago de la pensión o al empleador, según corresponda, se efectuarán en la forma y de acuerdo a los procedimientos que dicha Superintendencia establezca.".".

g) Modifícase su numeral 6), que modifica el artículo 188, de la siguiente manera:

i. Intercálase la siguiente letra b), nueva, pasando su actual letra b) a ser c) y así sucesivamente:

"b) Sustitúyase en el numeral 3.- de su inciso cuarto, la expresión "el contrato" por la siguiente oración: "el o los contratos de salud suscritos por el cotizante.".".

ii. Reemplázase su letra b), que ha pasado a ser c), por la siguiente:

"c) Sustitúyase el número 5.- de su inciso cuarto por el siguiente:
"5.- "Para financiar Beneficios Complementarios, y".".

iii. Reemplázase su letra c), que ha pasado a ser d), por la siguiente:

"d) Sustitúyase el numeral 6.- del inciso cuarto, por el siguiente:
"6.- Para financiar el Plan Garantizado de Salud, la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, cuando proceda, y los Beneficios Complementarios si los hubiere convenido, cuando el afiliado reúna los requisitos que la ley establece para pensionarse, durante el lapso comprendido entre la solicitud de la jubilación y el momento en que ésta se hace efectiva.".".

h) Modifícase su numeral 7), que agrega el artículo 188 bis, del siguiente modo:

i. Intercálase el siguiente inciso segundo, nuevo, al artículo 188 bis:

"Además, cuando corresponda, la isapre deberá otorgar la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, la que tendrá, en términos de

porcentaje de la remuneración imponible, el mismo precio para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio.”.

ii. Sustitúyase el inciso segundo del artículo 188 bis, el que ha pasado a ser tercero, por el siguiente:

“Para el otorgamiento del Plan Garantizado de Salud y de la Cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral que norma este Título, las instituciones de salud previsional deberán suscribir un contrato de plazo indefinido con sus afiliados. Tratándose de afiliados y beneficiarios que provengan de otra institución del Sistema Privado de Salud que participe del Fondo de Compensación a que alude el artículo 210 de este decreto con fuerza de ley, las isapres estarán obligadas a afiliarlas siempre que acrediten cumplir todos los siguientes requisitos:

a) El plazo establecido en el inciso segundo del artículo 197;
b) No estar haciendo uso del subsidio de incapacidad laboral;
c) No tener deudas pendientes, de cuyo pago sean responsables, con la isapre en la que se encuentren afiliados al momento de solicitar la celebración del contrato, y
d) Haber informado a la isapre a la que solicitan la celebración del contrato sus patologías o condiciones de salud preexistentes en los términos indicados en el presente artículo.”.

iii. Agrégase el siguiente inciso cuarto, nuevo, al artículo 188 bis:

“Tratándose del contrato que contiene el Plan Garantizado de Salud, las isapres no podrán establecer exclusiones o periodos de carencia respecto de antecedentes de salud preexistentes, salvo los contemplados en los numerales 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 8 del artículo 190.”.

iv. Agréguense el siguiente inciso quinto, nuevo, al artículo 188 bis:

“La Institución de Salud Previsional estará obligada a concurrir al financiamiento de las prestaciones cubiertas por el Plan Garantizado de Salud derivadas de enfermedades o condiciones de salud preexistentes, hayan sido declaradas o no. Sin embargo, la no declaración de las preexistencias facultará a la isapre para disponer el término del contrato de salud, salvo que se acredite que la omisión se debió a justa causa de error o que haya transcurrido un plazo de cinco años contado desde la suscripción del contrato o desde la incorporación del beneficiario, en su caso, sin que el beneficiario haya requerido atención médica por la patología o condición de salud preexistente. Se presumirá la mala fe si la Institución probare que la patología o condición de salud preexistente requirió atención médica durante los cinco años anteriores a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso, y el afiliado a sabiendas la ocultó.”.

La indicación signada con la letra h) fue **retirada** por el Ejecutivo en virtud de la indicación N° 243-360**.**

i) Modifícase su numeral 8), que ha pasado a ser 7), el que reemplaza el artículo 189, del siguiente modo:

i. Sustitúyase en el inciso primero del artículo 189, que se reemplaza, la oración “un prestador distinto de los mencionados en el párrafo primero de este numeral”, por la siguiente: “**un prestador distinto de los considerados en la red de atención del Plan Garantizado de Salud o de los Beneficios Complementarios convenidos**”.

ii. Elimínese en el inciso tercero del artículo 189, que se reemplaza, la oración “**calificará la concurrencia de los requisitos habilitantes a que se refiere el inciso anterior. Asimismo,**”.

j) Modifícase su numeral 9), que ha pasado a ser 8), el que agrega el artículo 189 bis, del siguiente modo:

i. Reemplácese en la letra a) del inciso primero del artículo 189 bis, la oración ”Las prestaciones aseguradas a través del Régimen de Garantías Explícitas sólo serán cubiertas si se otorgan por los prestadores previstos al efecto, sin perjuicio de la facultad del interesado de optar por la cobertura de algún Beneficio Complementario que tenga contratado”, por la siguiente: “**Las prestaciones aseguradas a través del Régimen de Garantías Explícitas sólo serán cubiertas si se otorgan por los prestadores previstos al efecto, sin perjuicio de la facultad del interesado de optar por la cobertura de algún Beneficio Complementario convenido con la misma isapre o con otra distinta.**”.

ii. Sustitúyase la letra b) del inciso primero del artículo 189 bis, por la siguiente:

“**b) La Cobertura para Gastos Catastróficos, cuyo monto máximo de deducible anual, por cada beneficiario, será establecido en el decreto supremo del Ministerio de Salud que establezca las prestaciones y coberturas del Plan Garantizado en Salud. Los gastos que se considerarán para dicho deducible serán todos aquellos originados en prestaciones de salud realizadas dentro de la respectiva anualidad, tanto en la red de prestadores definida por la isapre como en otros establecimientos, en ambos casos de conformidad al Arancel del Plan Garantizado de Salud. Con todo, para obtener el beneficio de dicha cobertura catastrófica, el paciente deberá trasladarse efectivamente al prestador de la red que la isapre haya definido para estos efectos, una vez que se complete el deducible;**”.

k) Reemplázase en su numeral 12), que ha pasado a ser 11), los incisos primero y segundo del artículo 189 quinquies, que se agrega, por los siguientes:

“**Adicionalmente al Plan Garantizado de Salud y a la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, las instituciones de salud previsional podrán comercializar Beneficios Complementarios, los que,**

en todo caso, no podrán vulnerar la prohibición establecida en el inciso primero del artículo 173 de este decreto con fuerza de ley y deberán ser pactados en un contrato distinto e independiente al que contiene el Plan Garantizado de Salud y la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral.

Las isapres podrán ofrecer, tanto a quienes contraten con ella el referido Plan Garantizado, como a quienes los hubieren contratado con otra Institución de Salud Previsional, Beneficios Complementarios que consistan en aumentos de cobertura para prestaciones específicas o que estén estructurados como un conjunto de beneficios de salud ambulatorios, hospitalarios, o ambos, o planes de salud que mejoren la cobertura del Plan Garantizado de Salud. Asimismo, dichos Beneficios Complementarios podrán referirse al otorgamiento de cobertura para una determinada prestación o un conjunto de prestaciones no incluidas en el Plan Garantizado de Salud.".

l) Sustitúyase la letra c) del numeral 13), que ha pasado a ser 12), el que modifica el artículo 190, por la siguiente:

"**c) Derógase el número 6 de su inciso segundo, pasando sus actuales números 7 y 8 a ser los números 6 y 7.**".

m) Modifícase su numeral 14), que ha pasado a ser 13), el que reemplaza el artículo 192, de la siguiente manera:

i. Sustitúyase el inciso primero del artículo 192, que se reemplaza, por el siguiente:

"**Los Beneficios Complementarios podrán ser contratados por el cotizante al momento de la suscripción del contrato de salud o con posterioridad, mediante la suscripción de un contrato de salud independiente, en los términos indicados en el literal k) del artículo 170 y el artículo 189 quinquies del presente decreto con fuerza de ley.**".

ii. Agréguese el siguiente inciso segundo, nuevo, al artículo 192, que se reemplaza, pasando el actual inciso segundo a ser tercero y así sucesivamente:

"**Con cada institución de salud previsional podrá suscribirse un solo contrato de salud para el otorgamiento de Beneficios Complementarios, ya sea en la misma isapre en la que se esté afiliado para la obtención del Plan Garantizado de Salud y, cuando corresponda, la Cobertura para el Subsidio por Incapacidad Laboral, o en otra distinta. Los Beneficios Complementarios podrán alcanzar al cotizante y a todos sus beneficiarios contemplados en dicho contrato o sólo a algunos de ellos.**".

iii. Sustitúyase el inciso segundo, que ha pasado a ser tercero, del artículo 192, por el siguiente:

"**En ningún caso la isapre podrá supeditar la contratación del Plan Garantizado de Salud y de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, a la contratación de Beneficios Complementarios**.".

n) Modifíquese su numeral 15), que ha pasado a ser 14), el que modifica el artículo 197, de la siguiente manera:

i. Reemplázase su letra a) por la siguiente:

"**a) Remplázase el inciso primero por el siguiente:**

"**Los contratos de salud a que hacen referencia los artículos 189, 189 quinquies y 192 de este decreto con fuerza de ley, 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.**".".

ii. Sustitúyase su letra b) por la siguiente:

"**b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:**

"El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el o los contratos de salud, para lo cual bastará una comunicación escrita a la o las Instituciones de salud correspondientes 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, quedando él y sus cargas, si no optaren por un nuevo contrato de salud previsional, afectos al régimen general de cotizaciones, prestaciones y beneficios de salud que les correspondan como beneficiarios del Libro II de este decreto con fuerza de ley. En caso de cesantía y no siendo aplicable el artículo 188 de este decreto con fuerza de ley, la Institución deberá acceder a la desafiliación, en cualquier momento, si ésta es requerida por el afiliado. La Superintendencia podrá impartir instrucciones de general aplicación sobre la forma y procedimiento a que deberán ceñirse las comunicaciones indicadas precedentemente.".".

iii. Incorpórese la siguiente letra d), nueva:

"**d) Reemplázase el inciso sexto, que ha pasado a ser tercero, por el siguiente:**

"Cuando el cotizante desahucie el o los contratos de salud y transcurrido el plazo de antelación que corresponde, la terminación surtirá plenos efectos a contar del primer día del mes subsiguiente a la fecha de expiración de dicho plazo.".".

iv. Agrégase la siguiente letra e), nueva:

"**e) Intercálase el siguiente inciso octavo, nuevo, pasando el actual inciso octavo, el que ha pasado a ser quinto, a ser sexto y así sucesivamente:**

"En el evento que al día del término del contrato por desahucio el cotizante esté en situación de incapacidad laboral, el contrato que contiene el Plan Garantizado de Salud y cuando corresponda, la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral se extenderá de pleno derecho hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad y mientras no se declare la invalidez del cotizante.".".

ñ) Modifícase el numeral 22), que ha pasado a ser 20), el que modifica el artículo 201, de la siguiente manera:

i. Agrégase la siguiente letra a), nueva, pasando la actual letra a) ser b) y así sucesivamente:

"**a) Reemplácese el encabezado del inciso primero por el siguiente:**

"La Institución sólo podrá poner término al contrato de salud que contenga el Plan Garantizado de Salud y, cuando corresponda, la cobertura de subsidios por incapacidad laboral o al contrato independiente en el que consten los beneficios complementarios convenidos cuando el cotizante incurra en alguno de los siguientes incumplimientos contractuales:".".

ii. Intercálese en el numeral 2 de la letra a), que ha pasado a ser b), entre las expresiones "o del precio" y "Subsidios por Incapacidad Laboral" la frase "**de la cobertura para**".

iii. Reemplázase la letra c) por la siguiente:

"**c) Agrégase el siguiente inciso final:**

"En caso que los incumplimientos señalados en este artículo se relacionen con el contrato salud en el que consten los beneficios complementarios convenidos, la respectiva Isapre podrá poner término a dicho beneficio, pero no podrá poner término al contrato de salud ni afectar el otorgamiento de los beneficios contenidos en el Plan Garantizado de Salud y la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral.".

o) Modificase su numeral 23), que ha pasado a ser 21), el que modifica el artículo 202, de la siguiente manera:

i. Reemplázase su letra b) por la siguiente:

"**b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:**

“Los beneficios del Plan Garantizado de Salud y de los Beneficios Complementarios convenidos se extenderán por el solo ministerio de la ley a todos los nuevos familiares beneficiarios que declare el cotizante. Asimismo, estos beneficios se extinguirán automáticamente, respecto de quienes pierden dicha calidad.”.”.

ii. **Elimínase** su letra c), pasando su actual letra d) a ser c).

iii. Reemplázase su letra d), que ha pasado a ser c), por la siguiente:

”**c) Reemplázase su inciso final por el siguiente:**

“Con todo, en el evento de que un beneficiario adquiera la calidad jurídica de cotizante, podrá optar por permanecer en la o las Instituciones respectivas celebrando los correspondientes contratos de salud de acuerdo a lo establecido en esta ley. La Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario el Plan Garantizado de Salud, la cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral y los Beneficios Complementarios convenidos, según corresponda, debiendo pagar aquél los valores en que se estén comercializando tales beneficios en ese momento”.”.

p) Reemplázase en su numeral 28), que ha pasado a ser 26), el artículo 206 que se sustituye, por el siguiente:

“**Artículo 206.- El Consejo estará compuesto por seis miembros:**

1.- Un representante de las instituciones de salud previsional, elegido por éstas, de conformidad al mecanismo establecido en el reglamento respectivo;

2.- Un representante de los prestadores privados institucionales, elegido por éstos, de conformidad al mecanismo establecido en el reglamento respectivo;

3.- Un representante del Ministerio de Salud, quien lo presidirá;

4.- Un representante de la Dirección de Presupuestos;

5.- Un representante de las sociedades científicas, elegido por éstas, de conformidad al mecanismo establecido en el reglamento respectivo, y

6.- Un representante del Director del Fondo Nacional de Salud.

Además, integrará el Consejo el Superintendente de Salud, sin derecho a voto, quien actuará como Secretario Ejecutivo del Consejo y como ministro de fe respecto de sus acuerdos.

Para el mejor cumplimiento de sus funciones, el Secretario Ejecutivo contará con la colaboración de un secretario asistente, designado por éste de entre los funcionarios de la Superintendencia.

Los consejeros no recibirán remuneración alguna por su desempeño.

Podrán asistir a sus sesiones, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o quienes los representen.”.

q) Reemplázase en el numeral 31), que ha pasado a ser 29), el artículo 209 que se sustituye, por el siguiente:

"**Artículo 209.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 197, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud que contiene el Plan Garantizado de Salud y, cuando corresponda, la cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia del nuevo Plan Garantizado de Salud o de sus posteriores modificaciones.**".

r) Sustitúyase la letra b) del numeral 36), que ha pasado a ser 34), que modifica el artículo 221, por la siguiente:

"**b) Sustitúyase su inciso final por el siguiente:**

"Las Instituciones que hayan recibido el total o parte de los afiliados y beneficiarios de la isapre a la que se le aplique el régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el presente artículo, deberán adscribir a cada uno de los cotizantes al Plan Garantizado de Salud y si correspondiere, a la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, al precio vigente para el referido Plan Garantizado, y al precio vigente para la mencionada Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, a la fecha de la transferencia. Lo anterior, sin perjuicio de que las partes, de mutuo acuerdo, convengan Beneficios Complementarios adicionales a dicho plan. Las Instituciones deberán notificar a los cotizantes mediante carta certificada expedida dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la fecha de la transferencia, informándoles, además, que pueden desafiliarse de la Institución y traspasarse, junto a sus cargas legales, al régimen a que se refiere el Libro II de este decreto con fuerza de ley o a otra isapre con la que convengan. Si los afiliados nada dicen hasta el último día hábil del mes subsiguiente a la respectiva notificación, regirá a su respecto.".".

Artículo 2°

- Para sustituir en su inciso primero el guarismo "2013" por "**2014**".

Artículo 3°

- Para sustituir en su inciso segundo la oración "2012, de conformidad a lo dispuesto en los artículos cuarto y quinto transitorios" por "**2013, de conformidad a lo dispuesto en los artículos tercero y cuarto transitorios**".

Artículo primero transitorio

- Para sustituirlo por el siguiente:

“**Artículo Primero Transitorio.- A más tardar el último día hábil del mes de marzo del año 2014, las isapres deberán enviar a cada uno de sus afiliados una carta certificada, en la que comunicarán las modificaciones que sufrirá su contrato de salud vigente conforme a esta ley, de acuerdo con las instrucciones generales que imparta al efecto la Superintendencia de Salud.**

En dicha carta, la isapre deberá señalar, a lo menos, el contenido del Plan Garantizado de Salud y mencionar que sólo cobrará el valor de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral cuando ello proceda. Además, se deberá individualizar los establecimientos que conforman la red o redes de prestadores a través de las cuales se otorgarán las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura de Gastos Catastróficos, para prestaciones ambulatorias y hospitalarias. Adicionalmente, si fuere procedente, se deberán informar, en los mismos términos, la red o redes a través de los cuales se otorgarán el resto de las prestaciones comprendidas en el Plan Garantizado de Salud. Por último, se deberá informar a los cotizantes que pueden contratar los Beneficios Complementarios con esa o con otra isapre distinta, aunque todos esos beneficios deberán ser convenidos con una sola institución de salud.

La isapre deberá proponer las siguientes alternativas de contratos ajustados a las disposiciones de la presente ley, a las que podrá optar el cotizante:

1.- Un contrato que contenga el Plan Garantizado de Salud y, si correspondiere, la Cobertura para Subsidios por incapacidad Laboral, y otro contrato que contenga los demás beneficios del plan de salud vigente al momento del envío de la carta, los que pasarán a denominarse Beneficios Complementarios, informándose el precio total, con el siguiente desglose:

a. El precio que asigne la institución de salud al Plan Garantizado de Salud, el que será idéntico para todos sus cotizantes;
b. El precio que corresponda por la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, el que será, en términos de porcentaje de la remuneración imponible, idéntico para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio, en la forma y condiciones señaladas en el artículo 197 bis del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley, y
c. El precio que se asigne a los demás beneficios del plan que se está ajustando que no estén incluidos en las letras a) y b) anteriores, denominados Beneficios Complementarios, manteniendo respecto de éstos la cobertura que contempla el plan vigente. Para estos efectos, las isapres no podrán requerir una nueva Declaración de Salud, ni establecer restricciones de cobertura.

Respecto de los Beneficios Complementarios, el valor asignado a éstos por la isapre, deberá, en todo caso, respetar las normas establecidas en el artículo 192 y el inciso tercero del artículo 197 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley.

2.- Un contrato cuyo precio sea equivalente al valor total que esté pagando el cotizante al momento de enviársele la carta en referencia por el Plan Garantizado de Salud, más la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, si ésta corresponde, señalándose:

a. El precio asignado al Plan Garantizado de Salud, el que será idéntico para todos los cotizantes y demás beneficiarios;
b. El precio que le corresponda por la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, cuando corresponda, el que será idéntico para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio, en los términos señalados en el artículo 197 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley.

Además, deberá proponerle otro contrato que contenga los Beneficios Complementarios que serán financiados con el monto de la cotización que exceda el valor del Plan garantizado de Salud y cuando correspondiere, de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, indicando el precio que se cobrará por ellos. Para estos efectos, las isapres no podrán requerir una nueva Declaración de Salud, ni establecer restricciones de cobertura.

Respecto de los Beneficios Complementarios, el valor asignado a éstos por la isapre, deberá, en todo caso, respetar las normas establecidas en el artículo 192 y el inciso tercero del artículo 197 bis del decreto con fuerza de ley N°1, 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley.

3.- Un contrato que sólo comprenda el Plan Garantizado de Salud y, cuando proceda, la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, en los casos que el cotizante tenga derecho a este último beneficio.

Los afiliados podrán requerir, en todo caso, otras alternativas de contratos o Beneficios Complementarios distintos de los propuestos por la isapre, de entre aquéllos que la institución esté ofreciendo, quedando obligada aquélla a otorgarle los beneficios que los afiliados le soliciten hasta por un valor equivalente al monto de su cotización vigente.

Si no les satisfacen las propuestas de su isapre, los afiliados podrán cambiarse a otra institución de salud previsional.”.

Artículo segundo transitorio

- Para sustituir en su inciso primero el guarismo “2013” por “**2014**”.

Artículo tercero transitorio

- Para sustituirlo por el siguiente:

“**Artículo Tercero Transitorio.- Para efectos de la adecuación de los precios del Plan Garantizado de Salud y de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral de los contratos de salud vigentes el año 2013, la Superintendencia de Salud, por única vez, elaborará indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de salud, de la variación experimentada en la frecuencia de uso de las mismas y de la variación del gasto en subsidios por incapacidad laboral.**

A contar del proceso de adecuación de precios de los contratos del año 2014, el Instituto Nacional de Estadística elaborará los indicadores a que alude el inciso precedente.

Los indicadores elaborados conforme a los incisos precedentes, deberán ser informados por la Superintendencia de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas al Panel de Expertos, según corresponda, a más tardar el último día del mes de enero de cada año.

Respecto del proceso de adecuación de los referidos precios en los contratos de salud del año 2013, y en tanto no se dicte el reglamento a que aluden los artículos 198 y 198 ter del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley, la Superintendencia de Salud dictará las instrucciones que sean indispensables para el adecuado ejercicio de las funciones señaladas en el presente artículo.”.

Artículo cuarto transitorio

- Para modificar su inciso primero del siguiente modo:

a) Intercálase entre la palabra “precios” y la expresión “de los años”, la siguiente frase: “**del Plan Garantizado de Salud y de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral**”.

b) Reemplázase la expresión “2012 y 2013”, por la frase “**2013 y 2014**”.

Además, el Ejecutivo presentó las siguientes indicaciones al artículo 1° del proyecto que fueron **rechazadas** ad referéndum:

a) Sustitúyase en su numeral 7), que ha pasado a ser 8), el artículo 188 bis, que se agrega, por el siguiente:

“Artículo 188 bis.- Las Instituciones de Salud Previsional deberán otorgar a las personas indicadas en el artículo 184 el Plan Garantizado de Salud, el que será único para todos los beneficiarios del Sistema Privado de Salud. Cada isapre determinará el precio que cobrará por dicho plan, el que cumplirá con las siguientes condiciones según el tramo de edad en que se encuentren los respectivos afiliados y beneficiarios:

a) Deberá ser igual para todos los cotizantes y beneficiarios a partir de los 18 y hasta los 44 años de edad;

b) A todos los cotizantes y beneficiarios menores de 18 años de edad se les deberá cobrar el mismo precio, el que no podrá ser superior al 80% del que se cobre a los cotizantes y beneficiarios señalados en el literal a) precedente;

c) A todos los cotizantes y beneficiarios a partir de los 44 y hasta los 65 años de edad se les deberá cobrar el mismo precio, el que no podrá ser superior al 200% del precio que se cobre a los cotizantes y beneficiarios señalados en el literal a) precedente, y

d) A todos los cotizantes y beneficiarios a partir de los 65 años de edad se les deberá cobrar el mismo precio, el que no podrá ser superior al 300% del que se cobre a los cotizantes y beneficiarios señalados en el literal a) precedente.

En concordancia con lo dispuesto en el artículo 197 bis, en ningún caso las isapres podrán ofrecer rebajas o disminuciones de precio respecto del Plan Garantizado de Salud a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.

Además, cuando corresponda, la isapre deberá otorgar la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, la que tendrá, en términos de porcentaje de la remuneración imponible, el mismo precio para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio.

Para el otorgamiento del Plan Garantizado de Salud y de la Cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral que norma este Título, las instituciones de salud previsional deberán suscribir un contrato de plazo indefinido con sus afiliados. Tratándose de afiliados y beneficiarios que provengan de otra institución del Sistema Privado de Salud que participe del Fondo de Compensación a que alude el artículo 210 de este decreto con fuerza de ley, las isapres estarán obligadas a afiliarlas siempre que acrediten cumplir todos los siguientes requisitos:

a) El plazo establecido en el inciso segundo del artículo 197;

b) No estar haciendo uso del subsidio de incapacidad laboral;

c) No tener deudas pendientes, de cuyo pago sean responsables, con la isapre en la que se encuentren afiliados al momento de solicitar la celebración del contrato, y

d) Haber informado a la isapre a la que solicitan la celebración del contrato sus patologías o condiciones de salud preexistentes en los términos indicados en el presente artículo.

Tratándose del contrato que contiene el Plan Garantizado de Salud, las isapres no podrán establecer exclusiones o periodos de carencia respecto de antecedentes de salud preexistentes, salvo los contemplados en los numerales 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 8 del artículo 190.

La Institución de Salud Previsional estará obligada a concurrir al financiamiento de las prestaciones cubiertas por el Plan Garantizado de Salud derivadas de enfermedades o condiciones de salud preexistentes, hayan sido declaradas o no. Sin embargo, la no declaración de las preexistencias facultará a la isapre para disponer el término del contrato de salud, salvo que se acredite que la omisión se debió a justa causa de error o que haya transcurrido un plazo de cinco años contado desde la suscripción del contrato o desde la incorporación del beneficiario, en su caso, sin que el beneficiario haya requerido atención médica por la patología o condición de salud preexistente. Se presumirá la mala fe si la Institución probare que la patología o condición de salud preexistente requirió atención médica durante los cinco años anteriores a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso, y el afiliado a sabiendas la ocultó.”.

b) Modifícase en el numeral 16), que ha pasado a ser 17), del siguiente modo:

i. Sustitúyase el inciso primero del artículo 197 bis, que se agrega, por el siguiente:

“Sin perjuicio de los cambios de precio que experimente el Plan Garantizado de Salud por las modificaciones de cobertura o de prestaciones que se incorporen al Arancel respectivo, anualmente, en la oportunidad que determine el reglamento, las Instituciones podrán modificar el precio que cobran por el Plan Garantizado de Salud. Con todo, el nuevo precio que se cobre por el Plan Garantizado, cumplirá con las siguientes condiciones según el tramo de edad en que se encuentren los respectivos afiliados y beneficiarios:

a) Deberá ser igual para todos los cotizantes y beneficiarios a partir de los 18 y hasta los 44 años de edad;

b) A todos los cotizantes y beneficiarios menores de 18 años de edad se les deberá cobrar el mismo precio, el que no podrá ser superior al 80% del que se cobre a los cotizantes y beneficiarios señalados en el literal a) precedente;

c) A todos los cotizantes y beneficiarios a partir de los 44 y hasta los 65 años de edad se les deberá cobrar el mismo precio, el que no podrá ser superior al 200% del precio que se cobre a los cotizantes y beneficiarios señalados en el literal a) precedente, y

d) A todos los cotizantes y beneficiarios a partir de los 65 años de edad se les deberá cobrar el mismo precio, el que no podrá ser superior al 300% del que se cobre a los cotizantes y beneficiarios señalados en el literal a) precedente.”.

ii. Intercálase el siguiente inciso segundo, nuevo, en el artículo 197 bis, que se agrega, pasando los actuales incisos segundo a sexto, a ser tercero a séptimo:

"En la misma oportunidad, la isapre podrá modificar el precio correspondiente a la Cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral, la que tendrá, en términos de porcentaje de la remuneración imponible, el mismo precio para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio, en los términos establecidos en el inciso segundo del artículo 188 bis.".

El señor Jaime Mañalich, en relación a las indicaciones presentadas ad referéndum y que dicen relación con el PGS y no modifican el IPC de la salud, explicó que tienen por objeto que este Plan que es único e idéntico para todos los cotizantes sea tarificado en 4 tramos diferenciado sólo por edad y no por sexo. Estos tramos serían de 0 a 17 años; de 18 a 44 años; de 45 a 64 años y 65 años y más.

Esta propuesta pretende disminuir el costo fiscal que la proposición original irrogaba para las arcas públicas.

El señor Romero agregó que la Superintendencia de Salud realizó un estudio para analizar la factibilidad de establecer una tarifa diferenciada por tramos de edad en el Plan Garantizado de Salud, PGS, concluyendo que dicha opción mejoraría el proyecto en dos sentidos: facilitar que las familias con más de dos hijos puedan adquirir el PGS a un precio razonable y reducir el efecto de transición de aquellas personas a las que no les alcanzaría su cotización para adquirir el PGS, por lo cual deberían migrar a Fonasa.

Los cálculos elaboradas por la Superintendencia son los siguientes:

Cálculo de Tarifas Diferenciadas

Edad	Tarifa Plana	Tarifa Cuatro Tramos	% Variación
0 a 17 años	$17.000	$ 10.280	-40%
18 a 44 años	$17.000	$15.488	-9%
45 a 64 años	$17.000	$22.816	+34%
65 años y más	$17.000	$41.267	+143%

Porcentaje Deficitario según:

Escenario	Cotización Legal	Cotización Legal Ajustada	Cotización Pactada
Cuatro Tramos	42,6%	35,2%	14,2%
Sin Tramos	48,0%	41,2%	21,8%

El señor Jaime Mañalich complementó lo expresado manifestando que de acuerdo al análisis de la Dirección de Presupuestos la tarifa plana del PGS, tal como estaba contemplado en el proyecto original, significaba la migración desde el Sistema de Isapre a FONASA de aproximadamente 500 mil jóvenes por el encarecimiento de su plan. Esta migración produce el efecto de encarecer aún más el sistema de seguro privado para los cotizantes que se mantienen en las Isapres. Con esta indicación este efecto de reduciría en aproximadamente $ 1.000 millones.

Puestos en votación el artículo 1° del proyecto, numeral 1), letra a) del numeral 2), 3), 4), 5), nuevo numeral 6), actual numeral 8) que pasó a ser 7), actual numeral 9) que pasó a ser 8), actual numeral 12) que pasó a ser 11), letra c) del actual numeral 13) que pasó a ser 12), actual numeral 14) que pasó a ser 13), actual numeral 15) que pasó a ser 14), actual numeral 17) que pasó a ser 15), actual numeral 18) que pasó a ser 16), inciso primero de la letra c) del actual numeral 19) que pasó a ser 17), actual numeral 22) que pasó a ser 20), actual numeral 23) que pasó a ser 21), actual numeral 27) que pasó a ser 25), actual numeral 28) que pasó a ser 26), actual numeral 29) que pasó a ser 27), actual numeral 31) que pasó a ser 29), actual numeral 33) que pasó a ser 31), letra b) del actual numeral 34) que pasó a ser 32), letra b) del actual numeral 36) que pasó a ser 34); artículo 2°, artículo 3°, artículo 4°, y artículos primero, segundo, tercero, cuarto y quinto transitorios se ***aprobaron*** *por 10 votos a favor y 3 abstenciones. Votaron a favor los Diputados señores Cardemil, don Alberto; Godoy, don Joaquín; Jaramillo, don Enrique; Macaya, don Javier; Núñez, don Marco Antonio; Ortiz, don José Miguel; Robles, don Alberto; Silva, don Ernesto; Van Rysselberghe, Enrique, y Von Mühlenbrock, don Gastón. Se abstuvieron los Diputados señores Castro, don Juan Luis; Lorenzini, don Pablo, y Marinovic, don Miodrag.*

Sometido a votación el actual numeral 6) del artículo 1° con las indicaciones del Ejecutivo, se ***rechazó*** *por 6 votos a favor, 6 votos en contra y una abstención. Votaron a favor los Diputados señores Cardemil, don Alberto; Godoy, don Joaquín; Macaya, don Javier; Silva, don Ernesto; Van Rysselberghe, Enrique, y Von Mühlenbrock, don Gastón. Votaron en contra los Diputados señores Castro, don Juan Luis; Jaramillo, don Enrique; Lorenzini, don Pablo; Núñez, don Marco Antonio; Ortiz, don José Miguel, y Robles, don Alberto. Se abstuvo el Diputado señor Miodrag Marinovic.*

Puestas en votación ad referéndum las indicaciones N° 243-360 al actual numeral 7) y al actual numeral 16) del artículo 1° del proyecto, se ***rechazaron*** *por 6 votos a favor y 7 votos en contra. Votaron a favor los Diputados señores Cardemil, don Alberto; Godoy, don Joaquín; Macaya, don Javier; Silva, don Ernesto; Van Rysselberghe, Enrique, y Von Mühlenbrock, don Gastón. Votaron en contra los Diputados señores Castro, don Juan Luis; Jaramillo, don Enrique; Lorenzini, don Pablo; Marinovic, don Miodrag; Núñez, don Marco Antonio; Ortiz, don José Miguel, y Robles, don Alberto.*

Sometido a votación el actual numeral 7) y el actual numeral 16) del artículo 1° del proyecto propuesto por la Comisión de Salud, se ***rechazaron*** *por 6 votos a favor, 6 votos en contra y una abstención. Votaron a favor los Diputados señores Castro, don Juan Luis; Jaramillo, don Enrique; Marinovic, don Miodrag; Núñez, don Marco Antonio; Ortiz, don José Miguel, y Robles, don Alberto. Votaron en contra los Diputados señores Cardemil, don Alberto; Godoy, don Joaquín; Macaya, don Javier; Silva, don Ernesto; Van Rysselberghe, Enrique, y Von Mühlenbrock, don Gastón. Se abstuvo el Diputado señor Pablo Lorenzini.*

Se han introducido al proyecto modificaciones formales que se recogen en el texto propuesto a continuación.

TEXTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN DE HACIENDA

"Artículo 1°.- Introdúcense las siguientes modificaciones al 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:

1) Reemplázase el inciso primero del artículo 107 por el siguiente:

"Artículo 107.- Corresponderá a la Superintendencia supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsional, en los términos que señale este Capítulo, el Libro III de este decreto con fuerza de ley y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley en relación al Plan Garantizado de Salud, a la Cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral y a los Beneficios Complementarios, contenidos en los respectivos contratos de salud, las leyes y reglamentos que las rigen.".

2) Introdúcense las siguientes modificaciones al número 8) del artículo 110:

a) Reemplázase su primer párrafo por el siguiente:

"Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la posibilidad de los

contratantes de convenir Beneficios Complementarios en los términos regulados en la presente ley.”.

b) Reemplázase el párrafo segundo por el siguiente:

”La Superintendencia de Salud llevará un registro de los Beneficios Complementarios que comercialicen las Isapres y que éstas deberán informar, de acuerdo a lo que establece el artículo 190.”.

3) Introdúcense las siguientes modificaciones al artículo 170:

a) Sustitúyese su literal i) por el siguiente:

“i) La expresión “Plan Garantizado de Salud”, por el conjunto de prestaciones uniformes conformado por las Garantías Explícitas relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen; la Cobertura para Gastos Catastróficos; la cobertura de las atenciones de emergencia contempladas en los incisos cuarto y quinto del artículo 173; las prestaciones mínimas legales contempladas en el artículo 194, a excepción de la Cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral; y las prestaciones curativas y la cobertura financiera que se fije para el Arancel que se elabore de conformidad a lo dispuesto en la letra p) de este artículo, el que no podrá establecer coberturas inferiores al 25% del Arancel Fonasa en la Modalidad de Libre Elección.”.

b) Sustitúyese su literal k) por el siguiente:

“k) La expresión “Beneficio Complementario”, por cualquier beneficio o conjunto de beneficios de salud, convenido libremente por los afiliados, que aumente la cobertura prevista en el Plan Garantizado de Salud o que otorgue cobertura a prestaciones no incluidas en dicho plan, mediante la suscripción de un contrato de salud independiente, ya sea con la misma isapre o con otra distinta.”.

c) Sustitúyese su literal m), por el siguiente:

“m) La expresión “precio del Plan Garantizado de Salud”, por el precio definido por la Isapre para el conjunto de prestaciones señaladas en el literal i) de este artículo, el que podrá fijarse en moneda de curso legal o en unidades de fomento.”.

d) Sustitúyese su literal n), por el siguiente:

“n) La expresión “precio del Beneficio Complementario”, por el precio definido por la Isapre para el beneficio o conjunto de beneficios de salud señalados en el literal k) de este artículo.”.

e) Agrégase el siguiente literal o):

“o) La expresión “precio del subsidio por Incapacidad Laboral”, por aquella parte de la cotización legal para salud destinada al financiamiento de dicho beneficio.”.

f) Agrégase el siguiente literal p):

“p) La expresión “arancel de prestaciones del Plan Garantizado de Salud”, por el conjunto de prestaciones y sus respectivos precios, que serán otorgadas por las Isapres ya sea en los prestadores en convenio o en libre elección, conforme al referido plan. Mediante decreto supremo del Ministerio de Salud se definirán, periódicamente, el arancel y sus respectivas coberturas, las que se establecerán en moneda de curso legal o en unidades de fomento.”.

4) Modifícase el artículo 172 de la siguiente forma:

a) Sustitúyese su inciso primero por el siguiente:

"Artículo 172.- Las Instituciones de Salud Previsional deberán proporcionar información suficiente y oportuna a sus afiliados y al público en general respecto de las materias fundamentales de los contratos que ofrecen, tales como los precios del Plan Garantizado de Salud, de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, de los Beneficios Complementarios y de las modalidades y condiciones de otorgamiento de éstos. En cumplimiento de esta obligación, las isapres deberán informar sobre la red o redes de prestadores a través de las cuales otorguen las prestaciones comprendidas en las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura para Gastos Catastróficos, así como otras redes que puedan constituir para otorgar los demás beneficios que ofrezca el Plan Garantizado de Salud. Asimismo, las isapres deberán informar las redes de prestadores a través de las cuales se otorguen los Beneficios Complementarios en el caso que se comercialicen en esa modalidad. A través de instrucciones de general aplicación, la Superintendencia regulará la forma y el contenido mínimo de la información que las isapres deberán entregar a sus beneficiarios y al público en general.".

b) Agréganse los siguientes incisos tercero y cuarto:

"Anualmente, junto a la información que las isapres envíen a sus afiliados, deberán acompañar una tabla comparativa, elaborada por la Superintendencia de Salud, en la que incluyan los precios cobrados por cada isapre por el Plan Garantizado de Salud, la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, tasa de rechazo de licencias médicas, red de prestadores para el Plan Garantizado y red de prestadores, cerrada y preferente para los Beneficios Complementarios, utilidades del año cronológico anterior, promedio de costos de administración, beneficios vinculados al examen de medicina preventiva y cualquier otra información determinada por el reglamento.

Sin perjuicio de las notificaciones por escrito a que obliga este decreto con fuerza de ley, todas las actuaciones que deban desarrollarse con una isapre, sea por parte de sus afiliados, del público en general, de los prestadores de salud o de los empleadores u obligados al pago de las cotizaciones de salud, así como todas las informaciones, comunicaciones y notificaciones que las isapres dirijan a sus afiliados, a los prestadores de salud o a los respectivos empleadores u obligados al pago de la cotización de salud, podrán realizarse por aquellos medios electrónicos que hayan sido aprobados por la Superintendencia de Salud.".

5) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 173:

a) Sustitúyese el inciso sexto, por el siguiente:

"En las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, las Instituciones podrán repetir en contra del afiliado el monto que exceda de lo que les corresponda pagar conforme al Plan Garantizado de Salud y a los Beneficios Complementarios **que hubieren convenido con esa institución** en el respectivo contrato independiente, si lo hubiere."

b) Sustitúyase en el inciso noveno la oración "Las cuotas mensuales no podrán exceder del 5% de la remuneración o renta imponible, tratándose de los afiliados dependientes, independientes o pensionados, ni de una suma equivalente al precio del plan de salud contratado, en el caso de los voluntarios" por la siguiente: "Las cuotas mensuales no podrán exceder del 5% de la remuneración o renta imponible, tratándose de los afiliados dependientes, independientes o pensionados, ni de una suma equivalente al precio del Plan de Salud Garantizado de salud más el

precio de los Beneficios Complementarios que se hubieren convenido con esa isapre, en el caso de los voluntarios.".

c) Sustitúyese en el inciso décimo tercero, la expresión "plan de salud correspondiente", por la frase "Plan Garantizado de Salud y Beneficios Complementarios que se hubieren convenido.".

6) Modifícase el artículo 184 de la siguiente manera:

a) Agrégase en su inciso primero, a continuación de la oración "establecido en esta Ley", la siguiente: "para el otorgamiento del Plan Garantizado de Salud y, cuando proceda, la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral. Además, deberán suscribir otro contrato si pactan Beneficios Complementarios, ya sea en la misma isapre o en otra distinta.", precedida de una coma (,).

b) Reemplázase su inciso segundo por el siguiente:

"La isapre deberá comunicar la suscripción del o de los contratos, según sea el caso, a la Superintendencia y a la entidad encargada del pago de la pensión, si el cotizante fuere pensionado, o al empleador, si fuere trabajador dependiente, antes del día 10 del mes siguiente a la suscripción de los mismos. Estas comunicaciones, como también las relativas al término de alguno de los contratos o de ambos, que deberán informarse a la Superintendencia y a la entidad encargada del pago de la pensión o al empleador, según corresponda, se efectuarán en la forma y de acuerdo a los procedimientos que dicha Superintendencia establezca.".

7) Reemplázase el artículo 189 por el siguiente:

"**Artículo 189.-** Los contratos de salud deberán establecer el derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia, haya ingresado a **un prestador distinto de los considerados en la red de atención del Plan Garantizado de Salud o de los Beneficios Complementarios convenidos**, 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 siguientes reglas:

a.- Corresponderá al médico tratante en el establecimiento determinar el momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado.

b.- Si el paciente o sus familiares deciden el traslado a un prestador que forme parte de la oferta cerrada o preferente, accederán a la cobertura prevista en el plan, desde el momento del traslado. Si, por el contrario, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento o por el traslado a otro que no forme parte de la oferta cerrada o preferente, no podrán requerir la cobertura prevista en el plan cerrado o preferente.

En todos estos casos, para resolver discrepancias, se aplicará el procedimiento previsto en el inciso final del artículo 9º de la ley Nº 19.966.

El Secretario Regional Ministerial respectivo velará porque la atención a personas no beneficiarias del Libro II de esta ley no provoque menoscabo a la atención de los beneficiarios de dicho Libro.

Cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una Institución de Salud Previsional un beneficio cualquiera en virtud de un contrato de salud, se entenderá que la faculta para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio. La Institución de Salud Previsional deberá adoptar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de estas certificaciones.

Si la Institución de Salud Previsional considera que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise personalmente la ficha clínica. Si de la revisión resulta que no corresponde otorgar la cobertura financiera solicitada, la Institución de Salud Previsional informará de tal circunstancia al afiliado, el que podrá recurrir ante la Superintendencia, a fin de que ésta resuelva la controversia. El médico cirujano que se designe deberá estar inscrito en un registro que la Superintendencia llevará para estos efectos.

El o los prestadores de salud deberán dar cumplimiento al requerimiento señalado en el inciso anteprecedente, y deberán permitir la revisión de la ficha clínica, dentro del plazo de cinco días hábiles. La Institución de Salud Previsional deberá mantener la información recibida en reserva, de acuerdo a lo dispuesto en la ley Nº 19.628.

Corresponderá a la Superintendencia vigilar el adecuado ejercicio de esta facultad y resolver los conflictos que puedan producirse entre los prestadores y las Isapres."

8) Agrégase el siguiente artículo 189 bis:

"Artículo 189 bis.- El Plan Garantizado de Salud deberá contener las siguientes coberturas y prestaciones:

a) Las Garantías Explícitas 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 que establece dicho Régimen. **Las prestaciones aseguradas a través del Régimen de Garantías Explícitas sólo serán cubiertas si se otorgan por los prestadores previstos al efecto, sin perjuicio de la facultad del interesado de optar por la cobertura de algún Beneficio Complementario convenido con la misma isapre o con otra distinta.** Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento respectivo y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia;

b) La Cobertura para Gastos Catastróficos, cuyo monto máximo de deducible anual, por cada beneficiario, será establecido en el decreto supremo del Ministerio de Salud que establezca las prestaciones y coberturas del Plan Garantizado en Salud. Los gastos que se considerarán para dicho deducible serán todos aquellos originados en prestaciones de salud realizadas dentro de la respectiva anualidad, tanto en la red de prestadores definida por la isapre como en otros establecimientos, en ambos casos de conformidad al Arancel del Plan Garantizado de Salud. Con todo, para obtener el beneficio de dicha cobertura catastrófica, el paciente deberá trasladarse efectivamente al prestador de la red que la isapre haya definido para estos efectos, una vez que se complete el deducible;

c) La modalidad de financiamiento de las atenciones de emergencia contempladas en los incisos cuarto y quinto del artículo 173;

d) Las prestaciones mínimas legales contempladas en el artículo 194, a excepción de la cobertura de los subsidios por incapacidad laboral, y

e) La cobertura financiera de las prestaciones contempladas en el arancel definido en la letra p) del artículo 170 de este decreto con fuerza de ley.

Las instituciones de salud previsional deberán otorgar, adicionalmente, el beneficio contemplado en el artículo 149 de este decreto con fuerza de ley, el que no se entenderá formar parte del Plan Garantizado de Salud. Por la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, cada Isapre deberá cobrar un porcentaje de la remuneración o rentas imponibles, que será el mismo para todos sus cotizantes, y estará comprendido dentro de la cotización obligatoria de salud a que se refieren los artículos 84 y 92 del decreto ley N° 3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Este porcentaje sólo podrá ser

cobrado a los afiliados que tengan la calidad de trabajadores dependientes e independientes que tengan derecho a gozar de licencia médica.

Los afiliados voluntarios a que se refiere el artículo 92 J de la ley N° 20.255, los imponentes voluntarios de los regímenes previsionales administrados por el Instituto de Previsión Social y los pensionados por cualquier causa, no estarán afectos a la cotización a que se refiere el inciso anterior. Con todo, aquellos pensionados que se desempeñen como trabajadores dependientes o independientes, estarán afectos a la referida cotización en esta última calidad, la que se calculará sobre la remuneración o rentas imponibles que correspondan.

Un reglamento establecerá los parámetros, indicadores y periodicidad para determinar el valor de la prima comunitaria que se utilizará para la compensación de riesgos en el Fondo de Compensación que se encuentra regulado en el párrafo 6° del Título II del Libro III de este decreto con fuerza de ley; el procedimiento para determinar las prestaciones cubiertas por el Plan Garantizado de Salud, así como los mecanismos para el otorgamiento de tales prestaciones; el establecimiento de la Red o Redes de Prestadores en Convenio para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura para Gastos Catastróficos. Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de la Superintendencia de Salud para dictar instrucciones de general aplicación de conformidad a lo dispuesto en el artículo 110.”.

9) Agrégase el siguiente artículo 189 ter:

“Artículo 189 ter.- Tratándose de la red o redes de prestadores en convenio para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura para Gastos Catastróficos, las instituciones de salud previsional deberán indicar, en el Plan Garantizado de Salud, el nombre del o los establecimientos a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalarias. Asimismo, deberán identificarse los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a los beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia. Las obligaciones anteriores se aplicarán también respecto de las redes que eventualmente establezcan las Isapres, para el otorgamiento de los demás beneficios contemplados en el Plan Garantizado de Salud.

Para estos efectos, se entenderá que se configura una insuficiencia del o los prestadores individualizados en el Plan Garantizado de Salud, cuando se encuentran imposibilitados de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de éste. El reglamento determinará las causales de insuficiencia del prestador ambulatorio que habilitarán al beneficiario para solicitar la designación de un nuevo prestador, así como el procedimiento de reclamo respectivo ante la Superintendencia de Salud.

En caso de prestaciones que se otorguen en virtud de la derivación a que alude el inciso segundo, el monto del copago del afiliado no podrá ser superior al que le habría correspondido si hubiere sido atendido por el prestador de la red. Cualquier diferencia será financiada por la Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional no podrán eximirse de la responsabilidad que para ellas emana de los contratos de salud en lo que se refiere a acceso, oportunidad y cobertura financiera, atribuyéndosela a los prestadores. En todas estas situaciones, el contrato entre el asegurador y los prestadores será público y conocido por la Superintendencia de Salud, así como sus modificaciones y adecuaciones. La Isapre y los prestadores mantendrán información actualizada respecto de todos sus contenidos, los que estarán disponibles permanentemente, tanto para el usuario como para la Superintendencia de Salud.

El término del convenio entre la Institución de Salud Previsional y el prestador institucional cerrado, o cualquier modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del contrato, corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas, hasta el cumplimiento del respectivo período anual.

Al cumplirse dicho período, la Institución de Salud Previsional podrá modificar la Red de Prestadores, debiendo informar por carta al cotizante, la circunstancia de haberse puesto término o de haberse modificado el referido convenio.”.

10) Agrégase el siguiente artículo 189 quáter:

“Artículo 189 quáter.- El cotizante de una Isapre y las personas señaladas en el artículo 202 de este decreto con fuerza de ley, podrán utilizar la modalidad institucional para la asistencia médica curativa del Libro II de este cuerpo normativo, de acuerdo al artículo 157, sujetos al arancel para personas no beneficiarias del referido Libro, en casos de urgencia, de ausencia o insuficiencia de la especialidad que motive la atención, o de ausencia o escasez de servicios profesionales en la especialidad de que se trate. Las personas a que se refiere este inciso deberán pagar el valor total establecido en el arancel aplicable a los no beneficiarios del Libro II de este decreto con fuerza de ley, a menos que se encuentren en la situación prevista en los incisos cuarto y quinto del artículo 173, en que dicho pago deberá efectuarlo directamente la Institución correspondiente.

La atención a personas no beneficiarias del Libro II de este decreto con fuerza de ley no podrá provocar menoscabo a la atención de los beneficiarios de dicho Libro.”.

11) Agrégase el siguiente artículo 189 quinquies:

“Artículo 189 quinquies.- **Adicionalmente al Plan Garantizado de Salud y a la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, las instituciones de salud previsional podrán comercializar Beneficios Complementarios, los que, en todo caso, no podrán vulnerar la prohibición establecida en el inciso primero del artículo 173 de este decreto con fuerza de ley y deberán ser pactados en un contrato distinto e independiente al que contiene el Plan Garantizado de Salud y la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral.**

Las isapres podrán ofrecer, tanto a quienes contraten con ella el referido Plan Garantizado, como a quienes los hubieren contratado con otra Institución de Salud Previsional, Beneficios Complementarios que consistan en aumentos de cobertura para prestaciones específicas o que estén estructurados como un conjunto de beneficios de salud ambulatorios, hospitalarios, o ambos, o planes de salud que mejoren la cobertura del Plan Garantizado de Salud. Asimismo, dichos Beneficios Complementarios podrán referirse al otorgamiento de cobertura para una determinada prestación o un conjunto de prestaciones no incluidas en el Plan Garantizado de Salud.

Sin perjuicio de las prestaciones específicas que puedan contemplarse en estos Beneficios Complementarios, será procedente la homologación de prestaciones, si la Institución de Salud Previsional consiente en ello o cuando la Superintendencia lo ordene en casos excepcionales y siempre que se trate de prestaciones en que exista evidencia científica de su efectividad. En tales casos, el costo de la prestación para la Institución no podrá ser superior al que hubiese correspondido por la prestación a la cual se homologa.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, establecerá los requisitos y condiciones mínimos que deberán cumplir dichos Beneficios Complementarios de salud, así como sus condiciones de comercialización.

Al momento de establecer dichos beneficios, las Isapres deberán informarlos a la Superintendencia de Salud, en los términos y periodicidad que ésta determine a través de instrucciones de general aplicación.

El o los Beneficios Complementarios podrán contener una o más de las siguientes modalidades para su otorgamiento:

a) Libre elección: aquel Beneficio Complementario en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Institución de Salud Previsional.

Para efectos del otorgamiento de los beneficios en esta modalidad, cuya cobertura financiera se efectúe por la vía del reembolso, la Institución de Salud Previsional deberá pagarlas de acuerdo a lo pactado, sin supeditarla a que los prestadores mantengan convenios con la Institución o estén adscritos a ella para la emisión de órdenes de atención;

b) Cobertura cerrada: aquel Beneficio Complementario cuya estructura sólo contempla el financiamiento de las prestaciones de salud convenidas a través de determinados prestadores previamente individualizados, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

Con todo, la Superintendencia podrá determinar, mediante instrucciones generales, los casos excepcionales en que el afiliado o beneficiario podrá ser atendido por un prestador distinto al individualizado en el plan, eventualidad en la cual tendrá derecho, como mínimo, a la cobertura financiera contemplada en arancel del Plan Garantizado de Salud, y

c) Cobertura con prestadores preferentes: aquel Beneficio Complementario cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento a través de determinados prestadores previamente individualizados.”.

12) Modifícase el artículo 190 de la siguiente forma:

a) Derógase su inciso primero, pasando su actual inciso segundo a ser primero.

b) Reemplázase, en el encabezado del inciso segundo, la oración “Asimismo, no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo” por la siguiente: “El Plan Garantizado de Salud sólo podrá considerar como exclusiones de cobertura,”.

c) Derógase el número 6 de su inciso segundo, pasando sus actuales números 7 y 8 a ser los números 6 y 7.

d) Derógase el inciso final.

13) Reemplázase el artículo 192 por el siguiente:

“Artículo 192.- **Los Beneficios Complementarios podrán ser contratados por el cotizante al momento de la suscripción del contrato de salud o con posterioridad, mediante la suscripción de un contrato de salud independiente, en los términos indicados en el literal k) del artículo 170 y el artículo 189 quinquies del presente decreto con fuerza de ley.**

Con cada institución de salud previsional podrá suscribirse un solo contrato de salud para el otorgamiento de Beneficios Complementarios, ya sea en la misma isapre en la que se esté afiliado para la obtención del Plan Garantizado de Salud y, cuando corresponda, la Cobertura para el Subsidio por Incapacidad Laboral, o en otra distinta. Los Beneficios Complementarios podrán alcanzar al cotizante y a todos sus beneficiarios contemplados en dicho contrato o sólo a algunos de ellos.

En ningún caso la isapre podrá supeditar la contratación del Plan Garantizado de Salud y de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, a la contratación de Beneficios Complementarios.

Los Beneficios Complementarios podrán ser contratados en la misma Isapre donde se suscriba el contrato de salud o en una distinta. Podrán alcanzar al cotizante y a todos sus beneficiarios contemplados en dicho contrato o sólo a una parte de ellos.

Al momento de la suscripción del o los Beneficios Complementarios, las ISAPRES sólo podrán evaluar el riesgo individual de salud del cotizante y sus beneficiarios, pudiendo requerir para ello una Declaración de Salud en los términos del artículo 190, en lo que corresponda, y sólo podrán negar la contratación del beneficio basadas en dicha evaluación.

Las Isapres, en el caso de preexistencias declaradas conforme al inciso precedente, podrán restringir la cobertura de los Beneficios Complementarios por un plazo no superior a dieciocho meses, sólo respecto del beneficiario de que se trate, contado desde la contratación del citado beneficio.

En el caso de Beneficios Complementarios que tengan por finalidad mejorar la cobertura que el Plan Garantizado de Salud contempla para las prestaciones relacionadas con el embarazo y parto, se deberá consignar claramente que la cobertura al menos será proporcional al período que reste para que ocurra el nacimiento.

Los Beneficios Complementarios que el afiliado contrate, se incorporarán como un anexo al contrato de Salud. En dicho anexo, entre otras materias, deberá especificarse el mecanismo de modificación de su precio, si corresponde. El referido mecanismo deberá ser el mismo para todas las personas adscritas al respectivo beneficio.

Los Beneficios Complementarios tendrán carácter de indefinidos y no podrán dejarse sin efecto durante su vigencia, sino por el incumplimiento de las obligaciones contractuales, por mutuo acuerdo o, una vez transcurrido un año desde la contratación del beneficio, por voluntad del afiliado. No obstante lo anterior, podrán estar sujetos a un plazo determinado aquellos Beneficios Complementarios que, por su naturaleza, tengan una duración definida o cuyos efectos se circunscriban a un determinado período, circunstancias que deberán quedar expresamente estipuladas al momento de la contratación.

En todo caso, no constituirá causal de terminación del Beneficio Complementario, el hecho de haber puesto término a su comercialización a nuevos afiliados.

Los Beneficios Complementarios podrán ser contratados individual o colectivamente, con dos o más personas pertenecientes a una misma empresa o grupo de trabajadores. En este último caso, cada afiliado deberá contar con sus propios anexos al respectivo contrato de salud.

Las condiciones en que se comercialicen los Beneficios Complementarios, deberán ser transparentes, públicas y objetivas, y no podrán ser modificadas unilateralmente por la Isapre una vez que hayan sido contratados.

Las Isapres podrán ofrecer descuentos en los precios de los Beneficios Complementarios a aquellos beneficiarios que se sometan a programas de medicina preventiva. Dichos descuentos deberán ser ofrecidos en condiciones generales, que no importen discriminación entre los afiliados adscritos al Beneficio Complementario respectivo.

Cuando se trate de la contratación de un Beneficio Complementario destinado a cubrir riesgos de salud por tiempo indefinido, éstos se extenderán por el solo ministerio de la ley a todos los nuevos familiares beneficiarios que declare el cotizante. En caso de Beneficios Complementarios que, por su naturaleza se otorguen para un evento específico o dentro de un plazo previamente definido, la extensión a todos o a algunos de los beneficiarios del cotizante podrá establecerse de común acuerdo entre las partes.

Las Isapres, anualmente, podrán modificar los precios de los Beneficios Complementarios de Salud.”.

14) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 197:

a) Reemplázase el inciso primero por el siguiente:

“Artículo 197.- Los contratos de salud a que hacen referencia los artículos 189, 189 quinquies y 192 de este decreto con fuerza de ley, 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.”.

b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

“El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el o los contratos de salud, para lo cual bastará una comunicación escrita a la o las Instituciones de salud correspondientes 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, quedando él y sus cargas, si no optaren por un nuevo contrato de salud previsional, afectos al régimen general de cotizaciones, prestaciones y beneficios de salud que les correspondan como beneficiarios del Libro II de este decreto con fuerza de ley. En caso de cesantía y no siendo aplicable el artículo 188 de este decreto con fuerza de ley, la Institución deberá acceder a la desafiliación, en cualquier momento, si ésta es requerida por el afiliado. La Superintendencia podrá impartir instrucciones de general aplicación sobre la forma y procedimiento a que deberán ceñirse las comunicaciones indicadas precedentemente.”.

c) Deróganse los incisos tercero, cuarto y quinto.

d) Reemplázase el inciso sexto, que ha pasado a ser tercero, por el siguiente:

“Cuando el cotizante desahucie el o los contratos de salud y transcurrido el plazo de antelación que corresponde, la terminación surtirá plenos efectos a contar del primer día del mes subsiguiente a la fecha de expiración de dicho plazo.”.

e) Intercálase el siguiente inciso octavo, nuevo, pasando el actual inciso octavo, el que ha pasado a ser quinto, a ser sexto y así sucesivamente:

“En el evento que al día del término del contrato por desahucio el cotizante esté en situación de incapacidad laboral, el contrato que contiene el Plan Garantizado de Salud y cuando corresponda, la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral se extenderá de pleno derecho hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad y mientras no se declare la invalidez del cotizante.”.

15) Reemplázase el artículo 198, por el siguiente:

“Artículo 198.- Para efectos de la modificación de precios del Plan Garantizado de Salud y de la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral, anualmente el Instituto Nacional de Estadísticas deberá calcular, respecto del Sistema de Instituciones de Salud Previsional, y para el mismo período, indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de salud, de la variación experimentada en la frecuencia de uso de las mismas y de la variación del gasto en subsidios por incapacidad laboral. Para el cálculo de estos indicadores, la información a considerar corresponderá al período definido en el reglamento a que alude el inciso siguiente, el que no podrá ser superior a cinco años.

Un reglamento del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, suscrito además por el Ministro de Salud, establecerá las demás materias necesarias para el ejercicio de esta función. En todo caso, los cálculos, variaciones e indicadores deberán estar perfectamente diferenciados entre Plan Garantizado de Salud y Subsidio por Incapacidad Laboral, asegurándose que no haya confusión respecto de los elementos que determinan la variación del precio entre ambos.

Para los efectos descritos en los incisos precedentes, a más tardar el último día hábil de noviembre de cada año, la Superintendencia de Salud deberá proporcionar al Instituto

Nacional de Estadísticas toda la información de que disponga y que sea necesaria para que dicho órgano pueda cumplir adecuadamente con sus funciones. Sin perjuicio de lo anterior, el referido Instituto podrá solicitar a dicha Superintendencia cualquier antecedente que le parezca pertinente y relevante para el cumplimiento de estos fines.

Los indicadores a que alude esta disposición serán informados a la Superintendencia de Salud por el Instituto Nacional de Estadísticas, a más tardar, el último día hábil del mes de enero de cada año; una vez recibida dicha información, la Superintendencia la publicará en el Diario Oficial y en su página web.”.

16) Agrégase el siguiente artículo 198 bis:

“Artículo 198 bis.- Un Panel de Expertos con carácter de asesor, en adelante “el Panel”, calculará anualmente índices referenciales de variación de los precios del Plan Garantizado de Salud, de la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral, basados en los indicadores elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas de conformidad al artículo anterior.

Al efecto, el Panel evaluará la varianza estadística de los indicadores presentados por el Instituto Nacional de Estadísticas, las condiciones existentes en el mercado, las variaciones en la productividad y los cambios tecnológicos en el sector, de modo que los índices resultantes reflejen las variaciones de precio que, bajo condiciones de eficiencia, Isapres representativas de las diversas realidades del mercado aplicarían al Plan Garantizado de Salud y a la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral.

A más tardar el último día hábil de enero del año que corresponda, la Superintendencia de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas deberán proporcionar al Panel toda la información de que dispongan y que sea necesaria para que dicho órgano pueda cumplir adecuadamente con sus funciones. Sin perjuicio de lo anterior, el referido Panel podrá solicitar a la Superintendencia de Salud cualquier antecedente que le parezca pertinente y relevante para el cumplimiento de sus fines.

Los índices referenciales determinados de conformidad a este artículo serán informados a la Superintendencia de Salud, a más tardar, el último día hábil del mes de febrero del año respectivo. Una vez recibida la información por la referida Superintendencia, ésta la publicará en el Diario Oficial y en su página web.”.

17) Agrégase el siguiente artículo 198 ter:

“Artículo 198 ter.- El Panel estará integrado por las personas que se indican a continuación, quienes ejercerán sus funciones sin derecho a remuneración ni dieta alguna, por un período de cuatro años:

1) Un académico de una universidad acreditada de conformidad a la ley N° 20.129, que deberá estar en posesión de un título de una carrera profesional de, a lo menos, diez semestres de duración, otorgado por una universidad o instituto profesional del Estado, o reconocido por éste, quien deberá ser experto en el área de la administración, de la gestión, de la ingeniería, de la economía o de las finanzas;

2) Un académico de una universidad acreditada de conformidad a la ley N° 20.129, que deberá estar en posesión de un título profesional de una carrera de a lo menos, diez semestres de duración, otorgado por una universidad o instituto profesional del Estado, o reconocido por éste, quien deberá ser experto en el área de la salud pública, y

3) Un profesional experto en alguna de las áreas señaladas en las letras precedentes.

Los integrantes del Panel serán nombrados previo concurso público de antecedentes, proceso que se fundará en condiciones objetivas, transparentes y no

discriminatorias. Dicho concurso será convocado por el Ministerio de Salud y resuelto por dicho organismo, de común acuerdo, con el Ministro de Economía, Fomento y Turismo.

Además, los miembros del Panel deberán reunir los siguientes requisitos:

a) No haber sido condenado o encontrarse acusado por delito que merezca pena aflictiva o de inhabilitación perpetua para desempeñar cargos u oficios públicos, por delitos tributarios o por los contemplados en la ley N° 18.045;

b) No haber sido administrador o representante legal de personas condenadas por los delitos de quiebra culpable o fraudulenta establecidos en la Ley de Quiebras, y

c) No haber prestado él ni su cónyuge, servicios, de cualquier tipo y en cualquier circunstancia o lugar, a una Institución de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud, en el año anterior a su designación.

La función de integrante del Panel es incompatible con la calidad de accionista, director, gerente, trabajador dependiente o asesor de una Institución de Salud Previsional.

El Panel contará con un secretario ejecutivo, que será funcionario de la Superintendencia de Salud, quien estará encargado de coordinar su funcionamiento. Dicho funcionario será designado por el Superintendente y no tendrá derecho a voto.

Una vez constituido el Panel, en su primera sesión elegirá de entre sus integrantes al experto que lo presidirá. Ante la ausencia del presidente a una sesión, el cargo será subrogado según lo que disponga el reglamento.

El Panel funcionará con un mínimo de dos de sus integrantes y sus acuerdos deberán adoptarse por la mayoría simple de quienes estén presentes en la sesión respectiva. En caso de empate, decidirá el voto de su presidente, o quien lo reemplace.

El procedimiento para designar a los miembros del Panel, como también, los mecanismos de adopción de acuerdos por parte de sus miembros, serán establecidos en el reglamento señalado en el inciso segundo del artículo 198.”.

18) Derógase el artículo 199.

19) Reemplázase el artículo 200 por el siguiente:

“Artículo 200.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán tener por objeto el otorgamiento de prestaciones únicamente a trabajadores de una determinada empresa o institución, caso en el cual, la pérdida de la relación laboral podrá constituir causal de término anticipado del mismo, salvo que ella se origine por el hecho de acogerse a pensión. Tal circunstancia deberá dejarse expresamente establecida en el contrato.”.

20) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 201:

a) Reemplázase el encabezado del inciso primero por el siguiente:

“Artículo 201.- La Institución sólo podrá poner término al contrato de salud que contenga el Plan Garantizado de Salud y, cuando corresponda, la cobertura de subsidios por incapacidad laboral o al contrato independiente en el que consten los beneficios complementarios convenidos cuando el cotizante incurra en alguno de los siguientes incumplimientos contractuales:”.

b) Reemplázase el numeral 2.-, en su inciso primero, por el siguiente:

“2.- No pago del precio del Plan Garantizado en Salud o del precio **de la cobertura para** el Subsidio por Incapacidad Laboral, por parte de los cotizantes voluntarios de este

sistema o de quienes reúnan la calidad de trabajadores independientes, tanto aquellos que revistan tal carácter al afiliarse como los que la adquieran posteriormente por un cambio en su situación laboral. Para ejercer esta facultad, será indispensable haber comunicado el no pago de la cotización en los términos del inciso final del artículo 197.".

c) Reemplázase, en su inciso cuarto, las oraciones "la cotización, desde los treinta días siguientes a la fecha en que comunicó la deuda en los términos del inciso undécimo del artículo 197" por las siguientes: "del precio del Plan Garantizado en Salud o del monto por concepto de la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral, el plazo se contará desde los treinta días siguientes a la fecha en que la Institución de Salud Previsional comunicó la deuda en los términos del inciso segundo del artículo 197.".

d) Agrégase el siguiente inciso final:

"En caso que los incumplimientos señalados en este artículo se relacionen con el contrato salud en el que consten los beneficios complementarios convenidos, la respectiva Isapre podrá poner término a dicho beneficio, pero no podrá poner término al contrato de salud ni afectar el otorgamiento de los beneficios contenidos en el Plan Garantizado de Salud y la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral.".

21) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 202:

a) Reemplázase en el inciso primero la expresión "Los contratos celebrados", por la siguiente frase: "Los contratos de salud celebrados, tanto del Plan Garantizado de Salud como de Beneficios Complementarios".

b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

"Los beneficios del Plan Garantizado de Salud y de los Beneficios Complementarios convenidos se extenderán por el solo ministerio de la ley a todos los nuevos familiares beneficiarios que declare el cotizante. Asimismo, estos beneficios se extinguirán automáticamente, respecto de quienes pierden dicha calidad.".

c) Suprímese la letra c), pasando su letra d) a ser c).

d) Reemplázase su inciso final por el siguiente:

"Con todo, en el evento de que un beneficiario adquiera la calidad jurídica de cotizante, podrá optar por permanecer en la o las Instituciones respectivas celebrando los correspondientes contratos de salud de acuerdo a lo establecido en esta ley. La Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario el Plan Garantizado de Salud, la cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral y los Beneficios Complementarios convenidos, según corresponda, debiendo pagar aquél los valores en que se estén comercializando tales beneficios en ese momento".

22) Modifícase el artículo 203 de la siguiente forma:

a) Reemplázanse los incisos segundo y tercero, por los siguientes:

"Cuando corresponda, las Instituciones de Salud Previsional tendrán derecho a percibir las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneraciones devengadas por los beneficiarios señalados en el inciso primero, durante el período en que rija el beneficio dispuesto en este artículo.

Terminada la vigencia del beneficio, la Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario el Plan Garantizado en Salud, la cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral y los Beneficios Complementarios convenidos, debiendo éste pagar el valor al que aquellos se comercialicen en ese momento.".

b) Derógase el inciso cuarto.

23) Derógase el artículo 204.

24) Sustitúyese el epígrafe del actual párrafo 5° del Título II del Libro III por el siguiente: “De la determinación del Plan Garantizado de Salud”.

25) Sustitúyese el artículo 205 por el siguiente:

“Artículo 205.- Por decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud se revisarán los montos de protección financiera y las prestaciones del arancel del Plan Garantizado de Salud junto a la prima comunitaria. Para tal efecto, se incorporará el contenido de las Garantías en Salud que se definan conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.966 y efectuará las evaluaciones de tecnologías sanitarias con criterio de costo efectividad y de priorización sanitaria.

El Consejo Consultivo deberá proponer el modelo de ajuste de riesgos, con las variables que se utilizarán para efectuar las compensaciones que se regula en el párrafo 6° de este decreto con fuerza de ley.

Para efectos de la revisión señalada en el inciso primero, la variación en el valor de la prima comunitaria que se defina anualmente, no podrá superar la variación promedio de los cuatro años anteriores del índice general real de remuneraciones por hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace. Un reglamento determinará la forma en que se deberán calcular las referidas variaciones.

Con todo, en la revisión regulada en este artículo, cada una de las prestaciones del Plan Garantizado de Salud deberá contemplar una protección financiera no inferior a la que otorga el Fondo Nacional de Salud en la Modalidad de Libre Elección.

El Ministro de Salud podrá convocar al Consejo cada vez que lo estime necesario, sin perjuicio que éste deba reunirse, a lo menos, una vez al año.”.

26) Sustitúyese el artículo 206, por el siguiente:

“Artículo 206.- El Consejo estará compuesto por seis miembros:

1.- Un representante de las instituciones de salud previsional, elegido por éstas, de conformidad al mecanismo establecido en el reglamento respectivo;
2.- Un representante de los prestadores privados institucionales, elegido por éstos, de conformidad al mecanismo establecido en el reglamento respectivo;
3.- Un representante del Ministerio de Salud, quien lo presidirá;
4.- Un representante de la Dirección de Presupuestos;
5.- Un representante de las sociedades científicas, elegido por éstas, de conformidad al mecanismo establecido en el reglamento respectivo, y
6.- Un representante del Director del Fondo Nacional de Salud.

Además, integrará el Consejo el Superintendente de Salud, sin derecho a voto, quien actuará como Secretario Ejecutivo del Consejo y como ministro de fe respecto de sus acuerdos.

Para el mejor cumplimiento de sus funciones, el Secretario Ejecutivo contará con la colaboración de un secretario asistente, designado por éste de entre los funcionarios de la Superintendencia.

Los consejeros no recibirán remuneración alguna por su desempeño.

Podrán asistir a sus sesiones, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o quienes los representen.”.

27) Sustitúyese el artículo 207, por el siguiente:

“Artículo 207.- Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud establecerá la metodología que utilizará el Consejo Consultivo para garantizar que la protección financiera de cada una de las prestaciones contenidas en el Plan Garantizado de Salud, no sea inferior a la cobertura que establece el Fondo Nacional de Salud para la Modalidad de Libre Elección. Asimismo señalará la fecha en que se modificará la prima comunitaria del referido Plan, considerando la oportunidad en que se modifica el precio de las Garantías Explícitas en Salud, el monto del deducible máximo anual por beneficiario para la Cobertura para Gastos Catastróficos, y el arancel del Plan Garantizado de Salud, de acuerdo con los términos establecidos en la letra i) del artículo 170.

Además, el reglamento indicará las reglas de funcionamiento del referido Consejo, el quórum para que sesione y adopte acuerdos, las causales de inhabilidad o de cesación en el cargo de los consejeros, la forma en que deberá recoger las opiniones de las Instituciones de Salud Previsional, de los prestadores de salud públicos y privados y de otras entidades, con el objeto de recabar antecedentes que le permitan entregar una opinión fundada al Ministro de Salud, en el plazo que se definirá en el aludido reglamento.”.

28) Sustitúyese el artículo 208, por el siguiente:

“Artículo 208.- Para cumplir con lo dispuesto en el artículo 205, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio. Sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar a la Superintendencia otros estudios o informes técnicos complementarios.

Junto con la evaluación técnica científica para la incorporación de nuevas tecnologías, procedimientos y medicamentos al Plan Garantizado de Salud, se deberá incorporar una instancia y mecanismos de participación ciudadana que permitan incorporar en el trabajo del Consejo, las valoraciones y preferencias de la sociedad.”.

29) Sustitúyese el artículo 209, por el siguiente:

“**Artículo 209.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 197, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud que contiene el Plan Garantizado de Salud y, cuando corresponda, la cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia del nuevo Plan Garantizado de Salud o de sus posteriores modificaciones.”**.

30) Reemplázase, en el epígrafe del párrafo 6° del Título II del Libro III, la palabra “Solidario” por la frase “del Plan Garantizado de Salud”.

31) Sustitúyese el inciso primero del artículo 210, por el siguiente:

“ Artículo 210.- Créase un Fondo de Compensación del Plan Garantizado de Salud entre Instituciones de Salud Previsional, cuya finalidad será solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de dichas Instituciones, en relación con las coberturas, prestaciones y condiciones de salud contenidas en el Plan Garantizado de Salud, en conformidad a lo establecido en este Párrafo.”.

32) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 211:

a) Modifícase su inciso primero del siguiente modo:

i. Reemplázase la palabra “Solidario”, por las palabras “del Plan Garantizado de Salud”.

ii. Reemplázase la expresión “las Garantías Explícitas en Salud”, por la frase “el Plan Garantizado de Salud”.

b) Sustitúyese su inciso segundo por el siguiente:

“Para el cálculo de la prima ajustada por riesgos, se considerarán las variables de sexo, edad, diagnóstico y cualquiera otra que permita mejorar el modelo de ajuste de riesgos en salud, en la forma y oportunidad que determine el Reglamento. Con todo, el Ministerio de Salud definirá la fecha a partir de la cual se incorporará la variable diagnóstico y las demás que correspondan al cálculo de la prima comunitaria.”.

33) Modifícase el artículo 219 del siguiente modo:

a) Reemplázase, en la oración final de su inciso primero, la frase “, cotización pactada o condición de cautividad” por la expresión “o cotización pactada”.

b) Reemplázase su inciso segundo por el siguiente:

“Esta transferencia no podrá, en caso alguno, afectar los derechos y obligaciones que emanan de los contratos de salud y los contratos independientes cedidos, imponer a los afiliados y beneficiarios otras restricciones que las que ya se encontraren vigentes en virtud de Beneficios Complementarios convenidos, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de salud.”.

34) Modifícase el artículo 221 del siguiente modo:

a) Suprímese, en el literal c) de su inciso octavo, la frase “y la condición de cautividad”.

b) Sustitúyese su inciso final por el siguiente:

“Las Instituciones que hayan recibido el total o parte de los afiliados y beneficiarios de la isapre a la que se le aplique el régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el presente artículo, deberán adscribir a cada uno de los cotizantes al Plan Garantizado de Salud y si correspondiere, a la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, al precio vigente para el referido Plan Garantizado, y al precio vigente para la mencionada Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, a la fecha de la transferencia. Lo anterior, sin perjuicio de que las partes, de mutuo acuerdo, convengan Beneficios Complementarios adicionales a dicho plan. Las Instituciones deberán notificar a los cotizantes mediante carta certificada expedida dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la fecha de la transferencia, informándoles, además, que pueden desafiliarse de la Institución y traspasarse, junto a sus cargas legales, al régimen a que se refiere el Libro II de este decreto con fuerza de ley o a otra isapre con la que convengan. Si los afiliados nada dicen hasta el último día hábil del mes subsiguiente a la respectiva notificación, regirá a su respecto.”.

35) Reemplázase, en el inciso primero del artículo 224, la palabra "Solidario" por la expresión "del Plan Garantizado de Salud.".

36) Agrégase el siguiente artículo 228 bis:

“Artículo 228 bis.- Sin perjuicio de las notificaciones por escrito a que obliga esta ley, todas las actuaciones que deban desarrollarse con una Isapre, sea por parte de sus afiliados, del público general, de los prestadores de salud o de los empleadores u obligados al pago de las cotizaciones de salud, así como todas las informaciones, comunicaciones y notificaciones que las Isapre dirijan a sus afiliados, a los prestadores de salud o a los respectivos empleadores u obligados al pago de las cotización de salud, podrán realizarse por aquellos medios electrónicos que hayan sido aprobados por la Superintendencia.”

Artículo 2°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 3° y 4° del articulado permanente y de las disposiciones transitorias, las modificaciones establecidas en el artículo 1° de esta ley, entrarán en vigencia el 1 de julio de **2014**.

Todos los contratos vigentes a la época en que empiece a regir el artículo 1° de esta ley y aquellos que se suscriban con posterioridad, deberán ajustarse a las normas de esta ley, contemplando el Plan Garantizado de Salud y la cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, cuando corresponda, más el contrato independiente que las Isapres pactaren con cada afiliado contemplando los Beneficios Complementarios, y de acuerdo a lo dispuesto en el artículo primero transitorio, cuando proceda.

Artículo 3°.- Los reglamentos a que alude esta ley, salvo disposición en contrario, deberán ser expedidos por el Ministerio de Salud y podrán ser dictados a partir de la publicación de esta ley.

El Panel de Expertos señalado en los artículos 198 bis y 198 ter del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley, deberá estar constituido antes de que finalice el mes de enero de **2013, de conformidad a lo dispuesto en los artículos tercero y cuarto transitorios**.

Artículo 4°.- El Fondo de Compensación Solidario establecido en el artículo 210 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, vigente a la fecha de publicación de esta ley, funcionará hasta el último día del mes anterior a aquel en que entre en vigencia el Plan Garantizado de Salud de conformidad al artículo 3° de esta ley.

Junto con la entrada en vigencia del mencionado Plan, comenzará a operar el Fondo de Compensación a que alude el párrafo 6° del Título II del Libro III del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero transitorio.- A más tardar el último día hábil del mes de marzo del año 2014, las isapres deberán enviar a cada uno de sus afiliados una carta certificada, en la que comunicarán las modificaciones que sufrirá su contrato de salud vigente conforme a esta ley, de acuerdo con las instrucciones generales que imparta al efecto la Superintendencia de Salud.

En dicha carta, la isapre deberá señalar, a lo menos, el contenido del Plan Garantizado de Salud y mencionar que sólo cobrará el valor de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral cuando ello proceda. Además, se deberá individualizar los establecimientos que conforman la red o redes de prestadores a través de las cuales se otorgarán las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura de Gastos Catastróficos, para prestaciones ambulatorias y hospitalarias. Adicionalmente, si fuere procedente, se deberán informar, en los mismos términos, la red o redes a través de los cuales se otorgarán el resto de las prestaciones comprendidas en el Plan Garantizado de Salud. Por último, se deberá informar a los cotizantes que pueden contratar los Beneficios Complementarios con esa o con otra isapre distinta, aunque todos esos beneficios deberán ser convenidos con una sola institución de salud.

La isapre deberá proponer las siguientes alternativas de contratos ajustados a las disposiciones de la presente ley, a las que podrá optar el cotizante:

1.- Un contrato que contenga el Plan Garantizado de Salud y, si correspondiere, la Cobertura para Subsidios por incapacidad Laboral, y otro contrato que contenga los demás beneficios del plan de salud vigente al momento del envío de la carta, los que pasarán a denominarse Beneficios Complementarios, informándose el precio total, con el siguiente desglose:

a. El precio que asigne la institución de salud al Plan Garantizado de Salud, el que será idéntico para todos sus cotizantes;

b. El precio que corresponda por la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, el que será, en términos de porcentaje de la remuneración imponible, idéntico para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio, en la forma y condiciones señaladas en el artículo 197 bis del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley, y

c. El precio que se asigne a los demás beneficios del plan que se está ajustando que no estén incluidos en las letras a) y b) anteriores, denominados Beneficios Complementarios, manteniendo respecto de éstos la cobertura que contempla el plan vigente. Para estos efectos, las isapres no podrán requerir una nueva Declaración de Salud, ni establecer restricciones de cobertura.

Respecto de los Beneficios Complementarios, el valor asignado a éstos por la isapre, deberá, en todo caso, respetar las normas establecidas en el artículo 192 y el inciso tercero del artículo 197 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley.

2.- Un contrato cuyo precio sea equivalente al valor total que esté pagando el cotizante al momento de enviársele la carta en referencia por el Plan Garantizado de Salud, más la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, si ésta corresponde, señalándose:

a. El precio asignado al Plan Garantizado de Salud, el que será idéntico para todos los cotizantes y demás beneficiarios;

b. El precio que le corresponda por la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, cuando corresponda, el que será idéntico para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio, en los términos señalados en el artículo 197 bis del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley.

Además, deberá proponerle otro contrato que contenga los Beneficios Complementarios que serán financiados con el monto de la cotización que exceda el valor del Plan garantizado de Salud y cuando correspondiere, de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, indicando el precio que se cobrará por ellos. Para estos efectos, las isapres no podrán requerir una nueva Declaración de Salud, ni establecer restricciones de cobertura.

Respecto de los Beneficios Complementarios, el valor asignado a éstos por la isapre, deberá, en todo caso, respetar las normas establecidas en el artículo 192 y el inciso tercero del artículo 197 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley.

3.- Un contrato que sólo comprenda el Plan Garantizado de Salud y, cuando proceda, la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, en los casos que el cotizante tenga derecho a este último beneficio.

Los afiliados podrán requerir, en todo caso, otras alternativas de contratos o Beneficios Complementarios distintos de los propuestos por la isapre, de entre aquéllos que la institución esté ofreciendo, quedando obligada aquélla a otorgarle los beneficios que los afiliados le soliciten hasta por un valor equivalente al monto de su cotización vigente.

Si no les satisfacen las propuestas de su isapre, los afiliados podrán cambiarse a otra institución de salud previsional.".

Artículo segundo transitorio.- El cotizante deberá ejercer la opción a que se refiere el artículo precedente ante la Isapre, a más tardar, el último día hábil del mes de junio de **2014**.

En el evento que el cotizante nada diga, se entenderá que ha optado por permanecer en el contrato indicado en el número 1) del artículo precedente, con el precio comunicado por la institución de salud en dicha carta.

Artículo tercero transitorio.- Para efectos de la adecuación de los precios del Plan Garantizado de Salud y de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral de los contratos de salud vigentes el año 2013, la Superintendencia de Salud, por única vez, elaborará indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de salud, de la variación experimentada en la frecuencia de uso de las mismas y de la variación del gasto en subsidios por incapacidad laboral.

A contar del proceso de adecuación de precios de los contratos del año 2014, el Instituto Nacional de Estadística elaborará los indicadores a que alude el inciso precedente.

Los indicadores elaborados conforme a los incisos precedentes, deberán ser informados por la Superintendencia de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas al Panel de Expertos, según corresponda, a más tardar el último día del mes de enero de cada año.

Respecto del proceso de adecuación de los referidos precios en los contratos de salud del año 2013, y en tanto no se dicte el reglamento a que aluden los artículos 198 y 198 ter del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley, la Superintendencia de Salud dictará las instrucciones que sean indispensables para el adecuado ejercicio de las funciones señaladas en el presente artículo.".

Artículo cuarto transitorio.- Durante los periodos de adecuaciones de precios **del Plan Garantizado de Salud y de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral de los años 2013 y 2014**, el Panel de Expertos señalado en el artículo anterior, deberá calcular un índice referencial de variación de los precios base de los planes complementarios de salud, basado en los indicadores elaborados por la Superintendencia de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas, de conformidad al citado artículo.

Al efecto, el Panel evaluará la varianza estadística de los datos utilizados por la Superintendencia de Salud y el Instituto Nacional de Estadística en el cálculo de los indicadores de referencia, las condiciones existentes en el mercado, las variaciones en la productividad y los cambios tecnológicos en el sector.

A más tardar el último día hábil de enero del año que corresponda, la Superintendencia de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas, en su caso, deberán proporcionar al Panel toda la información de que dispongan y que sea necesaria para que dicho Panel pueda cumplir adecuadamente con sus funciones. Sin perjuicio de lo anterior, el referido Panel podrá solicitar a la Superintendencia de Salud cualquier antecedente que le parezca pertinente y relevante para el cumplimiento de sus fines.

El índice referencial determinado de conformidad a este artículo, será informado a la Superintendencia de Salud, a más tardar, el último día hábil del mes de febrero del año respectivo. Una vez recibida la información por la referida Superintendencia, ésta la publicará en el Diario Oficial y en su página web.

Artículo quinto transitorio.- Durante el año 2012, el gasto que represente la aplicación de esta ley, será financiado con los presupuestos vigentes de las entidades públicas respectivas. Sin embargo, respecto de la Superintendencia de Salud, el mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, se financiará con cargo a su presupuesto vigente y, en lo que faltare, con los recursos que se traspasen de la Partida Presupuestaria Tesoro Público de la Ley de Presupuestos del Sector Público."

Tratado y acordado en sesiones de fechas 10 de abril, 2 de mayo, 14 y 29 de agosto, 5 de septiembre, 30 de octubre y 6 de noviembre de 2012, con la asistencia de los Diputados señores Silva, don Ernesto (Presidente); Auth, don Pepe (Núñez, don Marco Antonio); Godoy, don Joaquín; Jaramillo, don Enrique (Núñez, don Marco Antonio); Lorenzini, don Pablo; Macaya, don Javier; Marinovic, don Miodrag; Montes, don Carlos (Castro, don Juan Luis); Ortiz, don José Miguel; Recondo, don Carlos (Van Rysselberghe, don Enrique; Robles, don Alberto; Santana, don Alejandro (Cardemil, don Alberto), y Von Mühlenbrock, don Gastón, según consta en las actas respectivas.

SALA DE LA COMISIÓN, a 4 de diciembre de 2012.

JAVIER ROSSELOT JARAMILLO
Abogado Secretario de la Comisión

ANEXOS

Presentaciones de los invitados a exponer su opinión sobre el proyecto y el debate respectivo

El señor **Patricio Silva, Presidente de la Corporación de Investigaciones Sociales, CISO**, manifestó que, al implantarse las Isapres, se asimiló la cotización del 4% de entonces, que era para seguridad social en salud y, por tanto, liberada de pagar impuesto a la renta, que se pagaba al SERMENA de esos años, para comprar un seguro privado de salud. El plan de Isapre es un seguro privado, toda vez que los beneficios son proporcionales al monto de la prima, aumenta de precio según aumenta el riesgo de enfermar y termina al día siguiente que no se paga la prima, aunque no lo haya usado nunca. Además, agregó, podían fijar carencias, preexistencias y exclusiones, además de precios y aumentos a su arbitrio.

Este es el pecado capital con el que nace el sistema privado, desde el punto de vista de la seguridad social. Las razones que se esgrimieron fueron, entre otras, que permitía que muchas personas que cotizaban en el SERMENA, pero que no lo utilizaban porque se atendían en forma privada, pudieran utilizar ese dinero para comprar un seguro privado, plan de ISAPRE. Otra razón es que permitía introducir la libertad de elegir entre el sistema público y privado y al interior de éste entre Isapres y entre prestadores.

Sostuvo que nunca se auto regularon en estas materias las Isapres, como se vaticinaba que ocurriría una vez que madurara el sistema, de acuerdo a las leyes de la oferta y demanda. Por ley y después de 10 años, en 1992, complementada por otra ley del año 2005, se pudo introducir mecanismos que en algo regularan lo que ocurría, obligando a mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiese sido establecida en el contrato original y el mecanismo para la determinación de las tarifas de los planes de salud. Es de público conocimiento, añadió, que el Tribunal Constitucional declaró inconstitucional las normas que establecen la estructura de las tablas de factores de riesgo y los ajustes de los precios base de los planes de salud, establecidas en la ley N° 18.933, de 9 de marzo de 1990. Por su parte los Tribunales Superiores de Justicia han cuestionado en sus fallos la justificación de las alzas de los precios base de los planes de salud.

Debe tenerse presente que el FONASA actúa como un reasegurador de las personas que por falta de capacidad de pago no pueden continuar en

su Isapre, acogiendo a todos, no importando su edad, sexo ni carga de enfermedad, aunque nunca hubieran aportado con su 7%, si bien es probable que sí lo han hecho a través de los impuestos generales.

De acuerdo a lo anterior, el camino a seguir para restablecer los principios que animan a la seguridad social en salud otorgando continuidad, solidaridad y dilución de los riesgos entre todos los chilenos y que justifica que los dineros destinados a ella sean libres de impuestos, es avanzar a un plan garantizado de salud para todos los chilenos, financiado con impuestos generales incluida la cotización para salud, que sea proporcional a los ingresos y libre de impuestos. Lo que cubra este PGS se podrá emplear en parte de pago de cualquier proveedor que elija cada persona, al que agregará los copagos de su bolsillo y aportes que haga a los seguros privados que pueda comprar con sus dineros después de pagar los impuestos.

Por ello, ven como un avance en esa dirección el proyecto de ley que se debate, toda vez que introduce en parte el principio de la solidaridad, al menos entre los cotizantes de las Isapres.

En relación al riesgo que actuales cotizantes jóvenes, con menor riesgo migren al FONASA, sostuvo que no es real, toda vez que si lo anima el negarse a solidarizar parte de su cotización con los más viejos del sistema, tendrían que destinar todo su 7% al FONASA donde se solidariza todo el 7% y si desean comprar un seguro privado complementario tendrían que hacerlo con sus dineros después de impuestos y sería más caro que si lo compra como complemento de su PGS, con la posibilidad cierta que si se queda en el Sistema Isapre lo pueda comprar con el excedente que le quede después de destinar el aproximadamente 1,5% para el SIL y los también aproximadamente $ 20.000 de su PGS.

Por cierto esto introduce una distorsión más, al establecerse chilenos con plan complementario de salud pagados con dineros libre de impuestos con otros que tendrán que comprar los mismos planes con dineros propios después de impuestos. En otras palabras, será difícil separar lo que forme parte de lo previsional y por tanto pagado con dineros exentos de impuestos, de lo extra de carácter privado exclusivamente, ya que habrá planes complementarios financiados con dineros exentos y otros financiados con dineros no exentos de impuesto. Será esta una materia que en el futuro se debe abordar, sostuvo.

Por su parte, el riesgo que actuales cotizantes de FONASA puedan hacer uso de conductas oportunistas, esto es entrar a una Isapre para operarse y volver al FONASA, no aparece muy posible toda vez que el PGS que se propone no es muy distinto a los beneficios que tiene en el FONASA, ya que puede hacer uso de la modalidad institucional o de libre elección, según sean sus posibilidades y, en todo caso, para las enfermedades más caras le convendrá de todas maneras el FONASA. Por tanto, debería abrirse más esa posibilidad fijando a lo más un periodo de carencia de unos 5 meses, ya que nadie con una enfermedad grave, estará dispuesto a esperar

ese tiempo antes de comenzar a tratarse. Con todo, aquí es necesario insistir en que es fundamental que el sistema público siga mejorando como lo ha venido haciendo estos últimos 22 años después del enorme daño sufrido. Por cierto, si en el futuro se pudiera tener un PGS universal para todos no existiría este problema.

Expresó su acuerdo en establecer un solo PGS independiente de la edad y sexo, porque es la forma adecuada para avanzar en el futuro a un PGS universal, de modo que no comparte la idea de establecer un PGS diferenciado para niños hasta determinada edad.

Además, sostuvo que sería deseable abrir las alternativas para destinar el excedente que le quede después de destinar lo necesario para financiar el SIL y el PGS, a planes ofertados por otras Isapres, compañías de seguro y otros planes de salud, que ayuden a cubrir los gastos en salud.

Finalmente, indicó que es fundamental ampliar la composición del Consejo del PGS, con miembros de las sociedades científicas médicas de Chile, de las Universidades y del Colegio Médico, toda vez que entre las facultades estará la de evaluar la incorporación de nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos al PGS, los que necesariamente deben tener una evaluación profesional y no sólo económica.

La señora **Victoria Beaumont, Directora de la Consultora Altura Management**, explicó que la investigación que ha desarrollado se centra en los efectos del financiamiento del fondo solidario, de la cual se desprenden cuatro ideas centrales, que se detallarán en esta presentación:

1. La reforma es fuente de arbitrariedad.
2. Desprotege a ciertos grupos de la población.
3. Se genera inequidad, con la entrega de subsidios regresivos.
4. La reforma no maneja un mecanismo que la haga viable en el tiempo.

Sostuvo que esta es una reforma profunda del Sistema de Isapre y no una simple modificación, ya que modifica el producto transformando al PGS en el nuevo estándar mínimo de protección en salud para los afiliados de Isapres. Se unifican productos y servicios que las Isapres otorgan a través del plan complementario de salud y se fortalece el modelo de atención cerrada o administrada de salud; por lo tanto, se restringe el acceso a la cobertura libre elección, la que será acotada a través de copagos altos o de baja cobertura y, finalmente, el PGS se transforma en un derecho de llave para optar al sistema privado, pues solo con PGS se puede adquirir un plan complementario de salud en las Isapres. También esta reforma modifica el modelo, desde el seguro individual de salud hacia el modelo de seguridad social colectivo; lo anterior, a su juicio, borra la propiedad del cotizante respecto a su cotización de salud, pues en forma explícita parte de su dinero es traspasado a otros cotizantes y como corolario de la modificación del modelo, cambia la forma de financiamiento, a través de una tarifa plana per cápita y la generación de un fondo solidario.

Respecto del primer punto, esto es, que la reforma propuesta es fuente de arbitrariedad, sostuvo que hasta el fallo del Tribunal Constitucional, las Isapres modificaban los precios, correspondientes al gasto esperado por sexo y edad en el tiempo, a través de las tablas de factores establecidas en los contratos. Lo anterior encarecía el precio de las mujeres en edad fértil y de los adultos mayores. Pero con la reforma, como los costos de las personas no son iguales, al existir una tarifa plana, precio único, existirán dos tipos de cotizantes: aquellos que al presentar costos inferiores a la tarifa plana aportarán al fondo solidario y los que al presentar costos superiores a la tarifa plana serán subsidiados. Considerando que los costos no son iguales para todos los beneficiarios, la aplicación de una tarifa plana resulta arbitraria, pues el precio no estará relacionado a factores individuales de salud, sino que más bien a la necesidad de mantener en equilibrio financiero los ingresos versus los costos del PGS para cada Isapre.

La siguiente Tabla ha sido elaborada a partir de la Tabla de Factores creada por la Superintendencia de Salud para los cálculos del costeo del PGS. Se ha aplicada la distribución de la población de Isapre vigente a diciembre de 2010 y para efectos del modelo se ha supuesto un costo promedio del PGS de $ 20.000.

Tabla 1

Edad	Costo x Sexo beneficiario		Precio PGS
Rango	**Hombres**	**Mujeres**	**PGS(1)**
0-1	26.567	22.538	20.000
2-4	13.850	11.458	20.000
5-9	9.947	7.806	20.000
10-14	7.932	6.925	20.000
15-19	9.443	11.206	20.000
20-24	8.436	14.605	20.000
25-29	9.947	21.405	20.000
30-34	12.591	30.470	20.000
35-39	13.598	29.211	20.000
40-44	16.116	26.693	20.000
45-49	18.886	28.204	20.000
50-54	23.041	31.351	20.000
55-59	30.722	33.744	20.000
60-64	42.180	41.928	20.000
65-69	55.274	48.727	20.000
70-74	69.124	55.526	20.000
75-79	87.003	67.991	20.000
80 y +	110.170	74.664	20.000
Promedio	**16.868**	**23.537**	**20.000**

Fuente: Altura Management en base a datos de la Superintendencia de Salud.

Explicó que la tabla representa el costo real esperado por rango etario y por beneficiario del PGS, según los datos aportados por la Superintendencia de Salud y demuestra que los niños, entre cero y un año, tienen costos superiores al precio plano PGS siendo receptores de subsidios.

En el caso del sexo masculino, todos los hombres entre 2 años y 49 años tienen costos inferiores a la tarifa plana, siendo entonces aportantes al

fondo. Por su parte, los hombres entre 50 y 80 y más años, tienen costos superiores a la prima plana, transformándose en receptores de subsidio. La mayor diferencia a favor del cotizante, entre el costo real del PGS y la tarifa plana en los hombres se da a los 80 años y más, pues el costo equivale a 5,5 veces el precio que dicho cotizante pagará mensualmente y la mayor contribución al fondo por parte de los hombres, en relación a la prima plana, se da entre los 10 y 14 años pues el precio mensual corresponde a 2,5 veces su costo real.

En relación a las mujeres, todas las mujeres entre 2 y 24 años tienen costos inferiores a la tarifa plana, por lo tanto son aportantes al fondo. Las mujeres entre 25 y 80 años y más tienen costos superiores a la tarifa plana, siendo receptoras de subsidio. La mayor diferencia a favor del cotizante, entre el costo real del PGS y la tarifa plana en las mujeres se da a los 80 años y más, pues el costo equivale a 3,7 veces el precio que dicho cotizante pagará mensualmente y la mayor contribución al fondo por parte de las mujeres, en relación a la prima plana, se da entre los 10 y 14 años pues el precio mensual corresponde a 2,9 veces su costo real.

Respecto de los subsidiados por el Fondo, precisó que el 40% de la cartera de las Isapre, afiliados y cargas, recibirán aportes del fondo, lo que equivale a 1.143.854 personas y corresponde a los niños menores a 2 años de ambos sexos, las mujeres entre 25 y 49 años y los adultos mayores de 50 años de ambos sexos.

En términos financieros son los adultos mayores de 50 años los que concentran los recursos recibiendo el 70% de los subsidios, seguido por las mujeres que reciben el 28% de los subsidios y, finalmente, los niños que reciben sólo el 3%.

Por su parte, los aportantes al Fondo representan el 60% de la cartera de las Isapres, afiliados y cargas, esto es, 1.681.0546 personas. El grupo más importante son los niños y jóvenes entre 2 y 24 años, que representan el 36% de la cartera y en segundo lugar, los hombres entre 25 y 49 años, con el 24% de la cartera. En lo que respecta a los montos, los niños entre 2 y 24 años aportan el 71% del fondo solidario.

En segundo lugar, agregó, la reforma desprotege a ciertos grupos de la población, produciendo un encarecimiento de los planes de las familias y los jóvenes.

Afirmó que en lo que respecta a los recursos, el 71% de los recursos del Fondo provienen de los niños y jóvenes, es decir de las familias, mientras que el 29% provendrá de hombres, de tal manera que la reforma tal cual está planteada no es viable sin el aporte al fondo de los niños y hombres jóvenes. Lamentablemente, la ley no contempla ningún tipo de incentivo para la permanencia de los hombres jóvenes solteros, entendiendo que este tipo de cotizantes se muestra poco sensible al aseguramiento en salud y que el producto PGS no tendrá grandes atributos de competencia frente al plan FONASA.

Por otro lado, añadió, esta reforma genera un perjuicio a los cotizantes cuyo 7% no alcanza a cubrir el nuevo mínimo garantizado de salud.

Tabla: Beneficiarios Deficitarios (definición según cotización legal sin SIL)

Acumulado	Dependiente	Indepen-diente	Pensionado	Voluntario	Cargas	Total general
<= 2000	63.267	20.788	2.799	63.323	112.963	**263.140**
<=15000	360.887	29.222	24.687	70.280	766.150	**1.251.226**
<=16000	395.896	29.887	26.746	70.852	820.271	**1.343.652**
<=17000	429.946	30.667	28.889	71.353	866.588	**1.427.443**
<=18000	465.639	31.449	31.300	71.869	918.788	**1.519.045**
<=19000	537.288	33.025	33.414	72.635	1.082.936	**1.759.298**
<=20000	566.198	33.590	35.393	73.022	1.113.501	**1.821.704**
<=21000	593.689	34.145	37.322	73.368	1.139.149	**1.877.673**
<=22000	619.991	34.786	39.128	73.750	1.162.316	**1.929.971**
Total	**1.295.117**	**49.747**	**85.103**	**82.519**	**1.462.730**	**2.975.216**

Fuente: Superintendencia de Salud

De acuerdo a la Tabla “Beneficiarios Deficitarios”, que contiene el informe financiero elaborado por la Dirección de Presupuestos, más de 500 mil cotizantes pueden verse en la disyuntiva de pagar adicional para obtener el nuevo plan mínimo de salud o emigrar a FONASA.

En base a estos datos, se han elaborado algunos ejemplos, con un PGS a $ 20.000 mil mensuales per cápita. Como se trata de un cotizante dependiente, debe destinarse el 1.5% a SIL y el 5,5% restante a salud. El resultado es que cualquier cotizante dependiente que cotice menos de $ 363.636 no le alcanza con su cotización obligatoria. Esto es, según datos de la Superintendencia de Salud, 127.823, lo que representa casi el 10% de los cotizantes dependientes de las Isapre, que ascienden a 1.290.829. Debe tenerse presente que los porcentajes de cotizantes que no alcanzan a cubrir con su porcentaje de cotización el PGS se incrementa a medida que aumentan sus cargas, por lo tanto las familias numerosas se ven directamente afectadas por esta reforma.

Sostuvo que si bien es cierto que las personas pagan adicionales para mantenerse en el sistema privado de salud, -según datos de la Superintendencia el 60% de la cartera lo haría-, hay que distinguir claramente ya que en la actualidad la decisión se toma por el producto completo, incluyendo prestadores dirigidos a segmentos más acomodados o cobertura en libre elección del 90%.

La naturaleza de la decisión del cotizante difiere mucho en el primer escenario de la imposición creada a través de la regulación, donde el Estado define el nuevo estándar mínimo y como consecuencia del modelo de financiamiento les pide a las personas que coticen por sobre el porcentaje hoy declarado como obligatorio; la clara consecuencia de no cotizar adicional es irse a FONASA.

Una última arista compleja de este efecto es que en teoría todo el dinero que se cotiza por sobre el porcentaje obligatorio, hoy está afecto a IVA y la ley en discusión no contempla exención alguna para los dineros adicionales dirigidos al PGS.

En tercer lugar, la reforma genera inequidad, con la entrega de subsidios regresivos.

Generalmente se argumenta que una reforma a las Isapre afecta a sectores privilegiados de la población chilena en lo que respecta a ingresos. Lo anterior, es parcialmente cierto pues en el sistema privado existe un número no despreciable de cotizantes de clase media con sueldos imponibles inferiores al tope de $ 1.500.000. Por ejemplo, en los cotizantes menores de 24 años, el 42,9% tiene sueldos entre los $ 300 y 600 mil mensuales y el 36,6% percibe sueldos entre los $100 y 300 mil mensuales. En los cotizantes entre 25 y 29 años, el 31,5% tiene sueldos entre los $ 300 y 600 mil mensuales y el 24,2% sueldos entre $ 600 y 900 mil mensuales. Por último, los cotizantes entre los 30 y los 64 años mayoritariamente tienen sueldos imponibles entre $ 1.200.000 y 1.500.000 al mes. Sólo el 2,1% de la cartera cotiza por sueldos superiores a $ 1.500.000, siendo los adultos mayores quienes tienen mayor proporción de sueldos por sobre dicho monto.

Sostuvo que con la reforma, al poner el peso del financiamiento en niños y en jóvenes, se generan subsidios cruzados regresivos, porque la variable de focalización es riesgo por sexo y especialmente edad y no consideran el ingreso de las personas.

El siguiente cuadro muestra una proyección de lo que serían los traspasos entre Isapres, una vez realizados los traspasos entre cotizantes de la misma Isapre y ex post gasto, tal cual funciona hoy el Fondo Auge.

Isapre	Traspasos MM$	Ingresos MM$	% Traspaso / Ingresos	Ingr. Imponible Mensual ($)	Cot Promedio Mensual ($)
Colmena	3.194	295.902	1,1%	967.215	102.337
Cruz Blanca	887	309.824	0,3%	1.028.516	89.127
Vida Tres	2.371	102.632	2,3%	895.248	119.910
Ferrosalud	-323	4.648	-6,9%	387.851	32.609
Masvida	-5.865	186.754	-3,1%	923.681	78.882
Banmedica	1.479	309.344	0,5%	786.529	82.194
Consalud	-1.744	248.798	-0,7%	694.907	65.074
	0	1.457.902		865.873	84.172

Fuente: Altura Management en base a Superintendencia de Salud

Como se puede apreciar, aseveró, las Isapres favorecidas son aquellas que poseen la cartera con mayor ingreso promedio mensual y por ende mayor cotización promedio. Las empresas que aportan los fondos son las que concentran los cotizantes con menores ingresos, lo anterior es el

resultado de la relación carteras jóvenes en Isapres de menores ingresos – cartera mayor en Isapres de mayores ingresos.

Se ha tomado la decisión de encarecer la salud de los jóvenes para financiar en parte la de los mayores. Sin embargo, dichos jóvenes, en plena edad productiva, financian también educación, transporte, alimentación y vestuario familiar. Por ende es importante tener en cuenta cuánto afectará el poder adquisitivo de las familias encarecer además la salud.

El cuarto aspecto que es importante recalcar es que la reforma no maneja un mecanismo que la haga viable en el tiempo.

Para la sustentabilidad de largo plazo de cualquier sistema de reparto se requiere mantener un delicado equilibrio entre los aportes entregados y los beneficios recibidos. El precio del PGS deberá ser reajustado según se relacionen las variables de aumento de población adulta mayor por el gasto en prestaciones y su relación entre ingreso de jóvenes por dineros recaudados.

Para mantener el equilibrio financiero del sistema el monto de los subsidios deberían incrementarse en forma similar al gasto en prestaciones de salud (5,6% en los últimos 10 años). Por el lado de la población que aporta, una apuesta conservadora es que los aportantes crezcan a la misma tasa que la población del país (0,4%), y finalmente, se consideró el incremento de las remuneraciones (2,6%). El resultado del modelo es que para financiar el PGS el precio debería incrementarse en 7,7% anual, manteniendo las condiciones conservadoras del modelo.

Para mantener el equilibrio en el modelo de reparto, existirá la disyuntiva de ajustar expulsando a los cotizantes siniestrosos, lo que obviamente no es posible, aumentando la edad para recibir los beneficios o disminuyendo los beneficios, lo que empeoraría la calidad del producto.

Finalmente, en relación a los desafíos de la reforma, precisó que la reforma surge como respuesta a la judicialización del sistema y al fallo dictado por el Tribunal Constitucional. Está claro que el financiamiento del sistema de Isapre, que traspasa los mayores costos esperados de las personas a sí mismas encarece los planes en la vejez y a la mujer en edad fértil.

La definición de un Plan Mínimo Garantizado es una propuesta bien encaminada porque declara y delimita las prestaciones y modalidad de atención garantizada como mínimo a la población. El problema son los efectos y externalidades que genera el modelo de financiamiento de reparto contemplado en la reforma. Sin este modelo de financiamiento, se podría ofrecer de igual forma un producto estándar con costos conocidos, que al ser en atención cerrada, sería una solución más económica para la población y una alternativa. Este sistema mantendría los costos diferenciados por riesgo de las personas, lo que sería compatible, a su juicio con el fallo del Tribunal Constitucional, el que no necesariamente impone las tarifas planas.

El señor **Francisco Javier Labbé, Director del Instituto Nacional de Estadísticas, INE**, explicó que el propósito de los indicadores referenciales de costos de las instituciones de salud previsional, IRCI, es servir de referencia para las adecuaciones de los precios de los planes de salud, -reajustes anuales-, de las Isapre.

El proyecto señala que para dar transparencia a los ajustes de precios de los planes se considerarán los principales componentes de costos de las Isapres: prestaciones de salud bonificadas, que representan el 80,6% del costo de las Isapre y los subsidios por incapacidad laboral de cargo de las Isapre, que representan el 18,98% del costo.

En relación a la medición del gasto en prestaciones de salud bonificadas, el proyecto de ley contempla desagregar el gasto en prestaciones de salud bonificadas en sus componentes de precio y cantidad. No obstante, se tuvo que separar el gasto en Plan Complementario y en GES, lo que da lugar a dos índices de precio y dos índices de cantidad.

Lo que debe hacer el INE, agregó, es calcular un ponderador por cada una de las combinaciones entre prestación, clínica e isapre. Esto debe hacerse mes a mes, lo que va a permitir ver la variación de los precios. Sin perjuicio de ello, también se va a realizar un indicador de cantidad, para lo cual se deben sumar las prestaciones realizadas por cada una de estas combinaciones.

Como pasos previos al cálculo se deben eliminar los “outliers” o datos atípicos y realizar un proceso de imputación para el cálculo, porque no todas las prestaciones ocurren en todos los prestadores y en todas las Isapres mes a mes. Hizo presente que, para llevar a cabo todo este proceso, el INE está comprando un nuevo sistema computacional.

En este índice de precios la canasta se mantiene sólo un año, a diferencia del IPC que mantiene la misma canasta a lo menos por 5 años, lo que va a permitir que se vaya ajustando la canasta en el tiempo.

El Diputado Castro preguntó, ¿cómo ponderaron los niveles de integración vertical que hay entre determinadas aseguradoras y prestadores en la evaluación que se ha realizado?

El señor Labbé respondió que el INE es un observador de precios, de manera que el trabajo que van a realizar es observar los precios que existen en este mercado, independientemente de si existe alguna relación entre la Isapre y el prestador.

El señor Copaja complementó lo anterior indicando que los tres niveles inferiores de la estructura del índice de precios son Isapre, prestadores y prestaciones. Las Isapres son las que bonifican las prestaciones, que a su vez corresponden al conjunto de códigos de la

modalidad libre elección de FONASA. Cada uno de los componentes de estos niveles lleva un ponderador y la variable que se utiliza para ponderar es valor facturado del prestador a la Isapre, de forma que está recogida la diversidad.

El Diputado señor Castro consultó si se tomó como universo en esta metodología a todos los prestadores que ofrecen todos los exámenes o seleccionaron prestadores.

El señor Labbé señaló que dentro de los prestadores, que son 46.166, hay una cantidad bastante apreciable que da el servicio una vez, por lo cual los ordenaron de mayor a menor y la suma que representaba el 1% fue sacado del sistema, de tal manera que se está trabajando con el 99% de los prestadores.

El señor Romero hizo presente que el INE está trabajando este tema con el área de estudios de la Superintendencia de Salud y se espera que a fines de este año se tenga un primer indicador.

El señor **Rafael Caviedes, Director Ejecutivo de la Asociación de Isapre de Chile A.G.**, en relación a la consulta formulada por el Diputado señor Castro relativa a la integración a través de un propietario común, entre prestadores e Isapre, indicó que aproximadamente el 30% de las camas del país tienen una integración entre clínica e Isapre. Un estudio reciente publicado en los medios de comunicación da cuenta que las clínicas que están integradas a través de un “holding” con Isapre tienen los precios más baratos. Hizo presente que la única integración que tienen es a nivel de propietario porque en esos casos las administraciones son totalmente independientes.

En relación al proyecto de ley, la primera pregunta que se formula la Asociación de Isapre es si esta reforma efectivamente avanza a un sistema de salud más estable e inclusivo en el largo plazo. Lamentablemente estiman que de no perfeccionarse el proyecto, la respuesta es negativa porque la reforma propuesta encarece el sistema en el largo plazo y acentúa la segmentación en dos sistemas de salud, ya que los resultados esperados de las modificaciones propuestas, llevarían a algunas personas a emigrar del sistema en vez de acoger a nuevos segmentos de la población. Desde el momento en que este sistema se hace más caro para los jóvenes, van a tender a salir del sistema con lo cual no habrá quienes soporten los mayores gastos que representan las personas de la tercera edad y las mujeres. En consecuencia, recalcó, el sistema se hace menos inclusivo y más segmentado.

Hoy el 17% de las personas están afiliados al Sistema de Isapre y el 76% a FONASA. No obstante estas cifras, los beneficiarios del sistema de Isapre han aumentado de 2.776.912, el año 2007, a 2.975.403, a junio de este año. Agregó que desde que se eliminó el subsidio del 2% que

beneficiaba a los trabajadores de rentas más bajas, el año 1999, el Sistema de Isapre perdió aproximadamente 800 mil beneficiarios, principalmente personas de rentas bajas.

El sistema privado, sostuvo, está gastando un promedio de $ 529.000 por persona al año, entregando aproximadamente 18,2 prestaciones al año por persona. Por su parte, el sistema público gasta aproximadamente $ 297.000 por persona al año y entrega 15,8 prestaciones al año por persona. Aproximadamente el 25% de las cotizaciones del sistema privado corresponden a cotizaciones voluntarias de los afiliados, que pagan para mejorar su cobertura en salud.

La evaluación de las Isapres por parte de los usuarios en general es altamente positiva. La encuesta denominada barómetro de la salud que están realizando a través de la consultora Mori desde hace 8 años, da cuenta de manera consistente que la opinión que tienen los afiliados de su Isapre es altamente positiva y es mejor que la opinión que tienen los usuarios del sistema público. Por lo tanto, en materia de servicio están bastante satisfechos.

El problema que enfrenta el sistema de salud es el incremento de los costos de la medicina moderna, problema, precisó, que no sólo afecta a Chile sino que a todo el mundo, especialmente a los países en desarrollo. El incremento en gasto en salud en la mayoría de los países es superior al crecimiento de la economía.

Por lo tanto, el incremento en los costos de la medicina está más bien ligado al desarrollo de la medicina moderna que a las políticas de salud. Chile se encuentra en una etapa de transición tanto etaria como epidemiológica, lo que constituye una razón importante que provoca el mayor incremento de gasto en salud. El gasto en el país por persona es prácticamente un cuarto del gasto de la OECD.

Hizo presente que el número de prestaciones médicas por persona al año en el Sistema de Isapre ha aumentado de 9,66, el año 1990, a casi 19 prestaciones el 2009. El mayor incremento de costos que significa el aumento en el número de prestaciones médicas lamentablemente tiene que verse reflejado de alguna u otra forma en las primas que cobran las Isapres a sus afiliados y en el caso del sistema estatal de salud en un mayor presupuesto, que en los últimos años se ha incrementado en torno al 10% real. Además, debe tenerse en cuenta que las prestaciones hoy son más complejas, lo que también encarece los costos, por ejemplo una radiografía ha sido sustituida por una resonancia nuclear magnética o un scanner.

Respecto de los cambios etarios del país, en el Sistema de Isapre el número de beneficiarios mayores de 60 años ha aumentado de casi 80 mil, el año 1990, a 240 mil el 2011, envejecimiento de la población que evidentemente va a tener un impacto en los costos. Añadió que el año 1995 había 6 adultos mayores por cada 100 jóvenes en Isapre, en cambio, el 2012 hay 16 adultos mayores por cada 100 jóvenes. Si a los jóvenes se les va a

aplicar una tarifa plana que implica un recargo en el precio de su plan, estos van a salir del sistema privado, incrementándose el número de adultos mayores. Por lo tanto, concluyó, una tarifa plana significaría una carga creciente sobre los jóvenes.

El incremento del valor de la prima de los usuarios del Sistema de Isapre por las razones explicadas ha implicado una creciente judicialización e incertidumbre jurídica. Para este año se esperan aproximadamente 40 mil juicios, lo que implica que el 90% del trabajo de las Cortes de Apelaciones versa sobre los recursos de protección que interponen los cotizantes de las Isapres por las alzas en sus planes de salud. Por su parte, el fallo del Tribunal Constitucional que declaró la inconstitucionalidad de la tabla de factores aún no se ha resuelto. Toda esta situación, afirmó, genera un escenario que va contra las personas y las Isapres, ya que la innovación y nuevos servicios sólo se pueden desarrollar en un contexto de estabilidad y certeza jurídica. Además, la creciente judicialización pone una carga adicional a los costos de las Isapres, afectando su sustentabilidad en el futuro y la falta de normas claras y estables reducen o limitan la inversión y el ingreso de nuevos actores afectando la competitividad.

Respecto del número de recursos de protección, sostuvo que el año 2007 se presentaron 737; el 2008, 5.193; el 2009, 6.244; el 2010, 7.368; el 2011, 21.497 y sólo durante el primer semestre de este año se han interpuesto 23.673. Los casos, a su juicio, no están vinculados a las alzas que aplican las Isapres, lo que da cuenta el siguiente gráfico:



En cuanto a los montos de las alzas de precios reclamados en los juicios, señaló que por alzas menores o iguales a $ 1.000 se han presentado 1.714 recursos, lo que representa el 6% de los casos; por alzas desde $ 1.001 hasta $ 3.000, 15.389, esto es el 50% de todos los recursos presentados; por alzas desde $ 3.001 hasta $ 5.000, 8.243, lo que representa el 27% y por alzas sobre $ 5.001, 5.681, esto es, el 18% de los casos. Esto demuestra que se ha generado una industria de reclamo contra

las Isapres que no está justificada por las alzas de precios en disputa. Como consecuencia de esta judicialización las Isapre han gastado desde el año 2007 a la fecha más de $ 9 mil millones en costas pagados a los abogados patrocinantes de los recursos de protección, lo que tiene un costo significativo para los afiliados de las Isapre.

Finalizó su presentación indicando que la población valora la salud privada y aspira a acceder al sistema porque permite un buen nivel de medicina, no obstante la inexistencia de subsidios públicos, que impide que las personas ejerzan su derecho a opción por el sistema privado. Sostuvo que si existiera un sistema adecuado de subsidios públicos habría a su juicio muchas más personas que preferirían el sistema privado.

Por lo tanto, la única razón que justifica un plan garantizado de salud con tarifa plana sería la existencia de subsidios portables. Sin estos subsidios se está diseñando un plan garantizado al que no todas las personas van a tener acceso, lo que lo transformará en un sistema más elitista.

El señor **Gonzalo Simón, Gerente de Estudios de la Asociación de Isapres de Chile A.G.**, explicó que la tarifa plana es el reflejo de los costos en el Sistema Isapre, los que son muy distintos según el sexo y edad, lo que se produce por diferencia de uso de prestaciones, tal como lo demuestran las siguientes tablas:

Miles de pesos/beneficiario-año

	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Total
Hombres	262	185	162	186	234	274	317	376	488	630	804	###	###	###	###	###	332
Mujeres	230	234	296	457	624	573	501	533	583	650	806	953	###	###	###	###	460
Total	247	208	218	302	408	411	404	453	536	640	805	###	###	###	###	###	393

N° de prestaciones/beneficiario-año

Edad	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +
Hombres	12,4	8,9	7,3	8,7	10,6	11,9	14,4	16,8	21,3	27,0	34,1	44,0	50,3	60,5	68,1	74,9
Mujeres	12,0	12,8	15,6	20,7	24,0	22,9	22,8	26,1	30,2	34,7	41,0	43,7	47,6	51,1	52,7	51,6
Total	12,2	10,7	10,8	13,8	16,6	17,0	18,3	21,4	25,8	30,9	37,5	43,8	48,9	55,4	59,4	59,7

Si se llevan estos costos a tarifa plana, que representa el costo promedio, esto es, $ 393 mil, los efectos sobre los diferentes grupos de edad y sexo serían los siguientes:

	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Total
Hombres	50%	112%	142%	111%	68%	43%	24%	4%	-20%	-38%	-51%	-66%	-73%	-79%	-80%	-82%	18%
Mujeres	71%	68%	33%	-14%	-37%	-31%	-22%	-26%	-33%	-40%	-51%	-59%	-63%	-68%	-71%	-71%	-15%
Total	59%	88%	80%	30%	-4%	-5%	-3%	-13%	-27%	-39%	-51%	-63%	-68%	-74%	-76%	-76%	0%

El color amarillo representa a las personas beneficiadas, representadas por hombres y mujeres mayores de 50 años quienes verían reducida su tarifa entre un 20 y un 70%. El color rojo, por el contrario representa a las

personas, especialmente hombres jóvenes, que ven incrementado su precio entre un 4 y 142%. El grupo naranjo son mujeres que si están solas se ven beneficiadas, sin embargo si pertenecen a un grupo familiar el beneficio se elimina porque se debe pagar en forma adicional por los hijos.

Para que este sistema opere correctamente es necesario que las personas del grupo rojo sigan perteneciendo al sistema, de lo contrario no se produce la transferencia de recursos al grupo de color amarillo. Según datos de la Dipres, contenidos en el informe financiero del proyecto de ley, el PGS significaría un mayor pago a una población de entre 1,3 y 2 millones de beneficiarios.

El efecto del PGS sobre las familias, con una tarifa plana de $ 20.000 es la siguiente: en el caso de una mujer de 29 años, efectivamente si no tiene hijos va a ver rebajada su cotización actual en $ 8.319, esto es, aproximadamente 30% del valor del plan. Sin embargo, si esa mujer tiene un hijo como carga el beneficio se reduce a $ 187, con 2 hijos su cotización se incrementa en $ 7.677 y con tres hijos el mayor valor que deberá pagar es de $ 15.809. Una situación similar ocurre en el caso de una mujer de 40 años. Por lo tanto, el beneficio de este sistema desde el punto de vista de las familias queda acotado a personas solas en esos grupos.

Si el cotizante es un hombre de 29 años sin hijos el mayor aporte será de $ 7.863, cifra que se incrementa a $ 15.996 si tiene un hijo como carga, a $ 23.859 si tiene dos hijos y a $ 31.992 si son tres hijos. De manera que en la medida que aumenta el grupo familiar aumenta proporcionalmente el aporte del cotizante, aunque el individuo tenga la misma edad, el mismo trabajo y el mismo nivel de ingresos.

De acuerdo a las estimaciones de la Asociación, las personas que migrarían al sistema público de salud bajo el supuesto que no son capaces de pagar más del 10% de la renta oscila entre 451 mil personas si el costo del PGS es de $ 20 mil y 511 mil si el costo del PGS es de $ 22 mil. Para evitar esta situación, se propone establecer una tarifa diferenciada para tres tramos de edad sin diferencia por sexo: de los 0 a 28 años 50% del precio; 29 a 55 años, 100% y de los 56 años en adelante 150% del precio.

El Fondo de Compensación que el proyecto de ley establece es muy grande en comparación al fondo actual, cuyos ingresos totales son de aproximadamente $ 50 mil millones con una compensación neta de $ 800 millones. El Fondo propuesto tendría un ingreso total de $ 500 mil millones con una compensación neta de $ 8 mil millones. La propuesta en esta materia es que las normas de operación del fondo estén establecidas en la ley, para que haya menos posibilidad de modificar el fondo en el tiempo.

Por otro lado, agregó, se estima necesario establecer un plazo de transición de 4 años entre el actual sistema y el propuesto, de lo contrario se pueden generar muchos conflictos en aquellas personas que van a ver reducidos sus beneficios actuales.

En relación al IPC de la salud, como va a existir un índice oficial todas las alzas iguales o inferiores a dicho IPC no deberían generar disputas legales, por lo cual se debería entender justificadas las variaciones de precios que no superen dicho índice referencial. Con esto se reduciría en forma importante el número de recursos antes las Cortes de Apelaciones.

Respecto de los 2 paneles o comisiones que el proyecto plantea, sugirió que sus miembros sean remunerados, dada la importancia y complejidad del trabajo que deben realizar, que demanda tiempo completo, y por tratarse de especialistas con una serie de restricciones laborales.

Asimismo, estimó necesario que todas las gestiones que el afiliado debe realizar durante el ciclo de vida puedan efectuarse electrónicamente, para facilitar el servicio a los usuarios.

En relación al cálculo del deducible, propuso mantener el criterio actual de considerar sólo la red de prestadores para estos efectos.

Finalmente, en relación a las condiciones básicas para que los afiliados ejerzan su derecho de cambio entre las Isapre, debería establecerse en el proyecto que si la persona tiene deudas en sus cotizaciones y, o copago debería primero solucionar ese tema y luego cambiarse de Isapre. Asimismo, tampoco debería poder cambiarse si está haciendo uso de un subsidio de incapacidad laboral.

La señora **María Eugenia Salazar, Gerenta de Estudios de la Asociación de Clínicas de Chile A.G.**, afirmó que su presentación se referirá al impacto que este proyecto puede tener en las personas.

Sostuvo que de la misión de la asociación gremial se establecen los siguientes principios rectores:

- Fortalecimiento de la capacidad de elección de las personas.
- Promoción de la calidad y seguridad de las atenciones de salud.
- Fomento de mayor acceso a la salud privada.

En base a estos principios, añadió, los efectos de este proyecto en las personas son los siguientes:

1. Aumenta los precios de los beneficios para un grupo importante de personas.
2. Propone un plan que no constituye una solución integral.
3. No considera en el análisis la calidad y seguridad de las atenciones de salud.
4. Limita la libre elección.
5. No considera en la propuesta a los beneficiarios de FONASA.

En relación al primer aspecto, el PGS significa un aumento de precios para un grupo importante de personas que hoy son beneficiarios del sistema y mientras más alto sea el precio del PGS afecta a más personas, las que se

verían obligadas a migrar al sistema público de salud. Hoy el Sistema de Isapre tarifica sus planes de salud en función del sexo y edad de las personas, como un predictor del nivel de riesgo de salud de ellas. Lo que hace una tarifa plana es distribuir ese riesgo estableciendo subsidios cruzados.

Por lo tanto, una tarifa única de PGS puede hacer variar los precios en alzas de 160% hasta rebajas de 60% respecto a la tarificación diferenciada actual, tal como lo muestra la siguiente tabla:

VARIACION PRECIOS TRAMO PGS

	Cotizantes		Carga	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Rango de edad	2010	2010	2010	2010
0 - 4			**20%**	**20%**
5 - 9			**161%**	**161%**
10 - 14			**161%**	**161%**
15 - 19	**124%**	**30%**	**161%**	**124%**
20 - 29	**90%**	-32%	**109%**	**4%**
30 - 39	**53%**	-44%	**57%**	-15%
40 - 49	**18%**	-44%	**20%**	-15%
50 - 59	-27%	-50%	-22%	-25%
60 - 69	-57%	-57%	-55%	-37%
70 - 79	-61%	-61%	-61%	-61%
80 - 84	-61%	-61%	-61%	-61%
> 84	-61%	-61%	-61%	-61%

1.790.000 beneficiarios suben de precio y 1.034.145 beneficiarios bajan de precio

Los más afectados serían los jóvenes y los niños que son los de menor riesgo relativo en salud.

En relación al segundo punto, reiteró que tal como se señaló anteriormente, con un PGS a $ 20.000 se afecta negativamente a 1.821.704 personas, pero la realidad indica que ese precio puede ser insuficiente para establecer una red de prestadores de calidad garantizada, de tal manera que los afectados podrían ser más.

Para graficar este aspecto, se buscó entre los planes más baratos que ofrece hoy el Sistema de Isapre, el que tiene un precio de $ 18.500 aproximadamente para un hombre de 30 años. Este plan, que es una solución real de bajo costo, cuesta $ 51.430 para una mujer cotizante de la misma edad. El mismo plan con tarifa plana costaría $ 28.860 aproximadamente para todos. La pregunta que surge es si es posible para las Isapre desarrollar un plan que sea una solución real por $ 20.000.

Además añadió, como un grupo importante va a emigrar al sistema público, los que se quedan también tienen efectos en el corto plazo, ya que aumenta el riesgo del grupo afiliado a las Isapres, generando un sistema cada vez más segmentado, en el que tienen cabida sólo las personas de mayores ingresos que están dispuestos a pagar para mantener sus beneficios de salud.

Los que se van a FONASA tendrán un acceso limitado a los prestadores de salud privados y cobertura hospitalaria mínima. Si las personas que entran a FONASA quieren reproducir el comportamiento que se da en el Sistema de Isapre se van a encontrar con un problema de financiamiento importante; por ejemplo, el precio medio de un día cama en una clínica el año 2011 fue de $ 168.890, el valor bonificado en el sistema de Isapre es de $ 131. 342 en promedio, en cambio el valor bonificado día cama arancel de referencia libre elección es de $ 2.700. Por lo tanto, se queda sin cobertura en el sector privado, debiendo acceder a la modalidad institucional, con todos los problemas conocidos de esta modalidad. Además, la modalidad de libre elección de FONASA no cubre medicamentos hospitalarios ni materiales clínicos, lo que representa aproximadamente el 20% de la cuenta de una hospitalización.

El proyecto, además, no considera en el análisis la calidad y seguridad de las atenciones de salud. A su juicio, la acreditación de los prestadores de salud debería ser obligatoria.

Por último, el PGS también limita la libre elección de las personas, puesto que el sistema propuesto está diseñado para funcionar en redes, bajo el argumento de que aumenta el poder de negociación con los prestadores de salud.

Con todos estos aspectos desarrollados, cabe preguntarse si esta reforma es mejor para las personas. En opinión de su asociación gremial la respuesta es negativa por las siguientes consideraciones:

1. Genera movilidad inter Isapre sólo en la cobertura PGS, la que es insuficiente en comparación con la cobertura promedio del Sistema de Isapre: no soluciona el problema de la “cautividad”.
2. Abre espacio para conflictos en los beneficios complementarios, lo que podría generar nuevos focos de judicialización.
3. No se ha considerado el tema de la calidad y seguridad de los prestadores de salud.
4. No considera ningún cambio para las personas que hoy están en FONASA ni incentiva su traslado a mejores opciones.
5. Encarece el sistema para un grupo importante de afiliados a Isapre, lo que puede obligarlos a emigrar a FONASA, empeorando su situación actual.
6. El Estado adquiere un papel fundamental en el diseño del PGS y el fondo de compensación, lo que puede generar riesgos para el sistema por eventuales decisiones políticas.

Una mejor reforma para las personas, concluyó, debe promover el aumento de las posibilidades de elegir a nivel de sistema previsional y prestadores de salud de calidad. La reforma, además, debe valorar la calidad de los prestadores como elemento diferenciador; promover mayor acceso a todas las personas a las diferentes alternativas a nivel de aseguramiento y provisión de prestaciones; establecer un plan mínimo que sea una solución

real para las personas y dar certidumbre jurídica al Sistema de Isapre para garantizar su funcionamiento futuro.

Como prestadores, finalizó, desean ser parte de una solución integral a través de una red de utilización pública.

El señor **José Mauricio Cortés, Presidente de la Asociación de Clínicas y Prestadores de Salud Privada A.G.**, manifestó que los asociados de la entidad gremial que representa tienen la siguiente composición de ventas: ambulatoria, 50% Isapre y 50% FONASA y hospitalización sobre el 70% FONASA y 30% Isapre.

En Chile existe hoy un plan garantizado de salud determinado por Fonasa que establece todas las prestaciones que se pueden otorgar y que están codificadas según tipología. Estas prestaciones se pueden otorgar en niveles 1, 2 y 3.

El precio de la prestación total como lo bonificado por FONASA y el copago del beneficiario están determinados por ley y un prestador, al ingresar en un determinado nivel todas las prestaciones que otorguen serán asociadas a su estrato de inscripción.

En lo que se refiere a las Isapres, todas las prestaciones codificadas en el arancel de FONASA tienen un precio que forma parte de un acuerdo que se realiza entre prestadores e Isapre y un segundo aspecto con relación al beneficiario o cotizante respecto de lo que bonificará la Isapre y el aporte que hace directamente el beneficiario. Al respecto indicó que en esta lógica se entiende que un plan de salud tiene una multiplicidad de combinaciones que en definitiva pueden generar una multiplicidad de planes que se han ajustado según transcurre el tiempo por probabilidad de uso del cotizante y sus beneficiarios. El lenguaje que se utiliza para formular los planes de salud es en su mayoría incomprensible para un ciudadano cualquiera, por lo tanto se tiende a causar una sordera que sólo logra confundir a los cotizantes. Esta confusión, tal como lo señaló, no se da en el Fondo Nacional de Salud pues están delimitados por ley tanto lo bonificado como el copago.

El tema es entonces un Plan Garantizado de Salud que establezca cabalmente un precio por la prestación, un monto bonificado por el asegurador y un copago por parte del cotizante o beneficiario.

En lo que dice relación con el precio de la prestación, las Isapres negocian con los prestadores el valor de cada una de estas prestaciones y ellas tienen una total disparidad, dependiendo de la ubicación geográfica del prestador y las características técnicas de la prestación entre otros, por tanto al formular un Plan Garantizado de Salud se debería establecer un rango de precios muy acotado o bien fijo, para garantizar al beneficiario un precio máximo a pagar asegurado por el Plan Garantizado de Salud, lo que permitiría incorporar a todos los prestadores de salud que estén dispuestos a ofrecer el servicio a dichos precios y que éste, por tanto, no quede sujeto a la

integración vertical de los “holding” de salud, que unilateralmente privilegian a sus prestadores dejando sin opción a los que están dispuestos a otorgar el o los servicios por dicho monto.

Respecto de la bonificación, que es el monto que por contrato la Isapre aporta para formar parte de la cancelación total de la prestación, hizo presente, en su calidad de representante de las clínicas no vinculadas a Isapre, la asimetría que se produce al respecto y que incide en la recuperación de lo invertido por parte del prestador al otorgar la prestación.

El monto bonificado por la Isapre son recursos que pertenecen al beneficiario y, por tanto, si el prestador y el beneficiario de común acuerdo requieren estos recursos a la Isapre, no quede condicionado al arbitrio del asegurador, como lo es hoy.

El tema del copago, que corresponde al monto que el beneficiario cancela a la Isapre para complementar la bonificación y cancelar la totalidad del precio de la prestación, es a su juicio el punto que más complicaciones trae y es lo que entiende pretende resolver este proyecto de ley. Si se cambian las condiciones contractuales ya sea de mutuo acuerdo o unilateralmente entre la Isapre y el cotizante tiene una incidencia directa en el copago y, por tanto, debe regularse para consagrar el derecho a la atención de salud de calidad y no mermar el nivel de vida.

El señor **Pedro Barría, Abogado**, expresó que el origen de esta nueva modificación a la Ley de Isapre, está dado por el fallo del Tribunal Constitucional del año 2010 que declaró inconstitucional las tablas de riesgo. En 2011, se presentaron 25.000 recursos de protección solamente ante la Corte de Apelaciones de Santiago por el alza anual del precio base de los planes. Se calcula que este año fluctuarán entre 40 y 50 mil.

Tras estudiar el proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud, creando un Plan Garantizado de Salud, concluyó que se afectan severamente los derechos constitucionales de los afiliados, presentando el proyecto aspectos de franca inconstitucionalidad. Su aprobación tal como está llevará a una mayor judicialización ante las Cortes de Apelaciones del país y el Tribunal Constitucional, cuando un millón y medio de contratos de salud se adecúen a las disposiciones de la nueva ley, debido a la pérdida de derechos adquiridos que sufrirán los afiliados en esa masiva adecuación. Además, el sistema de reajuste de precios mantiene dos características nefastas que son las causas de la judicialización: fijación unilateral por la Isapre y aplicación anual de reajustes.

Por otro lado, agregó, el inciso primero del artículo 198 nuevo señala que para el reajuste del PGS y de los SIL, el INE calculará anualmente, indicadores de las variaciones de los precios de las prestaciones de salud, de la frecuencia de uso de las mismas y de las variaciones de los precios en los SIL. Por su parte, el inciso segundo encomienda a un reglamento del

Ministerio de Economía y Hacienda, sin plazo para su dictación, precisar las materias para el ejercicio de esta función.

El proyecto desconoce abiertamente lo establecido en la sentencia de inconstitucionalidad de los tramos de edad del Tribunal Constitucional. Queda claro que el único estándar constitucional aceptable, congruente con la protección de la seguridad social, es que todos los criterios de variación del precio de los planes de salud, se fijen en la ley y no en una norma administrativa posterior, de contenido desconocido y sin plazo para su dictación. Como ha señalado el TC, la vigencia de los derechos constitucionales de los afiliados no puede quedar sujeta a las decisiones de autoridades administrativas.

El proyecto, tal como está, abre la vía a una mayor judicialización con motivo de los reajustes anuales, por el camino de recursos de protección, algunos de los cuales pueden terminar en requerimientos de inaplicabilidad por inconstitucionalidad ante el TC.

El proyecto, además, presenta los siguientes problemas:

1. Violación del derecho constitucional de propiedad en la adecuación al nuevo sistema.
2. Sistema de reajustes de precios.
3. Regresión de derechos de los afiliados.
4. Exclusión de los afiliados y pacientes en los nuevos organismos que se crean.

En relación al primer problema, sostuvo que las disposiciones transitorias del proyecto afectarán los derechos adquiridos de un millón y medio de afiliados, en la adecuación de sus contratos al nuevo sistema. En concreto, el derecho de propiedad, el derecho a elegir el sistema de salud, el derecho a la protección de la salud, el derecho al libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo y, finalmente, el derecho a la seguridad social. Además, se violenta el principio de progresividad y no regresividad, única base para la real vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales.

El artículo primero transitorio del proyecto no garantiza que los actuales afiliados mantengan los mismos beneficios y coberturas por el mismo precio. Todos los cambios de regímenes previsionales en Chile han respetado los derechos adquiridos. Así, al partir el nuevo régimen previsional del decreto ley N° 3.500, se reconoció a los imponentes el derecho a optar entre mantenerse en el sistema antiguo o afiliarse al nuevo de las AFP, imponiendo la incorporación al naciente sistema solamente a los nuevos afiliados. Sin embargo, el artículo primero transitorio del proyecto permite que en el millón y medio de adecuaciones de contratos se alce el precio para el afiliado o se mutilen beneficios para evitar ese reajuste, ya que dispone que el último día hábil de marzo de 2013, las Isapres comunicarán a todos sus afiliados las modificaciones que sufrirán sus contratos de salud conforme a

esta ley y deberá proponer a los cotizantes las siguientes tres alternativas de contratos:

Alternativa 1: Un contrato que, además del PGS y cobertura SIL, si procediere, contenga los demás beneficios del plan vigente, denominados beneficios complementarios (BC), informándose el precio total, con el siguiente desglose:

a. El precio que asigne la Isapre al PGS, idéntico para todos sus cotizantes;
b. El precio que asigne la Isapre a la cobertura para SIL, que será un porcentaje de la remuneración imponible, idéntico para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio, en la forma y condiciones señaladas en el artículo 197 bis, y
c. El precio que asigne la Isapre a los BC, manteniendo la cobertura del plan vigente, sin que pueda requerir una nueva declaración de salud, ni imponer restricciones de cobertura.

En esta alternativa 1, el cotizante mantiene todos sus beneficios y coberturas, pero la Isapre fija libremente y sin limitación el precio de los tres rubros. Como ella persigue el lucro, es dable esperar que sean alzados los precios de estos planes que mantienen sus coberturas y beneficios.

En esta situación, el proyecto de ley permitirá un reajuste general de precios, sin agregar un solo beneficio o cobertura nueva, para exclusivo beneficio de las Isapres y a costa de sus cotizantes. Al respecto cabría pedir la inaplicabilidad por inconstitucionalidad del artículo 1° transitorio.

Alternativa 2: La Isapre podrá proponer un contrato, cuyo precio sea equivalente al precio total que esté pagando el cotizante, señalándose:

a. El precio que asigne la Isapre al PGS, idéntico para todos sus cotizantes;
b. El precio que asigne la Isapre al PGS a la cobertura para SIL, idéntico para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio, en la forma y condiciones señaladas en el artículo 197 bis, y
c. Los BC que serán financiados con el monto de la cotización que sobre tras descontar el precio del PGS y el SIL, sin que pueda requerir una nueva declaración de salud, ni imponer restricciones de cobertura.

En esta alternativa 2, el cotizante mantiene el precio vigente, pero a costa de la supresión de algunos BC realizadas por la Isapre, en una suerte de “reajuste disfrazado”. Nuevamente, como la Isapre persigue el lucro, es dable esperar que en estos planes que mantengan su precio, se realice una dramática mutilación de beneficios complementarios.

En esta situación, el proyecto permitirá una desembozada supresión de beneficios complementarios para mantener el precio, para exclusivo beneficio de las Isapres y a costa de sus cotizantes. Al respecto también

cabría pedir la inaplicabilidad por inconstitucionalidad del artículo 1° transitorio.

Alternativa 3: La Isapre podrá proponer un contrato que sólo comprenda el plan garantizado de salud y la cobertura para subsidios por incapacidad laboral, cuando corresponda. Los excedentes a que hubiere lugar serán destinados a la respectiva cuenta individual.

De acuerdo al inciso segundo del artículo 2° transitorio, si ante la propuesta de la Isapre, el cotizante nada dice a más tardar, el último día hábil del mes de junio de 2013, se entenderá que ha optado por permanecer en el contrato indicado en el número 1 del artículo precedente, con el precio comunicado por la institución de salud en dicha carta.

Con respecto al sistema de reajustes de precios, el proyecto acoge todos las alegaciones de las Isapres en miles de recursos de protección; desoye decenas de miles de sentencias de Cortes de Apelaciones, Corte Suprema y Tribunal Constitucional; y, finalmente, las bases del sistema de reajuste no las fija el proyecto de ley, sino un futuro reglamento, de contenido desconocido, que deberán dictar los Ministerios de Economía y Salud, sin que el proyecto les fije un plazo para ello.

El reajuste de precios no es materia de competencia de una ley por relacionarse con derechos constitucionales del artículo 19, como el derecho de propiedad (N°24), el derecho a elegir el sistema de salud (inciso final del N° 9), el derecho a la protección de la salud (inciso 1° del N° 9), el derecho al libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo (inciso 2° del N° 9) y, finalmente, el derecho a la seguridad social (N° 18), y con el principio de progresividad y no regresividad. Además, el proyecto mantiene la facultad unilateral de reajuste de parte de las Isapres, lo cual no se condice con el carácter contractual del contrato de salud previsional y el desequilibrio de poder en perjuicio del afiliado. Además, aumenta aún más el enorme poder de las Isapres, ya que, en cuanto a los BC, ellas tendrán amplia libertad de reajuste, sin siquiera la limitación de la banda de precios del artículo 198 actual, la cual se deroga.

Por otro lado, el proyecto no asegura la independencia y objetividad del panel de expertos. De acuerdo al artículo 198 bis nuevo, un panel de expertos, calculará anualmente índices referenciales de variación de los precios del PGS y de la cobertura de los SIL, sobre la base de los indicadores elaborados por el INE. El inciso segundo del nuevo artículo 198 bis, establece que ese panel evaluará la variación estadística de los indicadores elaborados por el INE, las condiciones existentes en el mercado, las variaciones en la productividad y los cambios tecnológicos en el sector, de modo que los índices resultantes reflejen las variaciones de precio que, bajo condiciones de eficiencia, Isapres representativas de las diversas realidades del mercado aplicarían al Plan Garantizado de Salud y a la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral. Aparte de no señalarse criterio sanitario alguno, en este mandato no se incluye aumento de ingreso

alguno de las Isapres por nuevas afiliaciones, reajustes de remuneraciones y pensiones, ahorro en gastos de administración, etcétera.

En realidad, añadió, no existe razón alguna para que este panel de expertos tenga que intervenir los indicadores de variación de precios de las prestaciones de salud calculadas por el INE. No existe otra entidad más idónea, competente, objetiva e independiente que el INE.

Por su parte, en el inciso cuarto del nuevo artículo 198 ter, se establecen las incompatibilidades de los miembros del panel. Llama la atención la ausencia de la incompatibilidad más grave: ser afiliado o beneficiario de una Isapre. En efecto, ese carácter resta toda independencia a una persona para adoptar decisiones que beneficien o perjudiquen a su Isapre, ya que un beneficiario de una Isapre, depende de sus decisiones, las que pueden referirse a la cobertura de cuentas millonarias del propio panelista o algún familiar, dependencia que podría afectar seriamente la independencia y objetividad de ese panelista. Cabe destacar que los miembros de los tribunales se abstienen por imparcialidad y probidad de intervenir en fallos que afecten a su Isapre, a su banco, a su compañía de seguros, etcétera.

Además, a su juicio, el poder del panel será omnímodo, ya que el inciso segundo del artículo 197 bis, establece que se presumirán justificadas para todos los efectos legales, las alzas anuales de las Isapres que no excedan los índices referenciales establecidos por el panel. O sea, la ley eleva los índices referenciales del panel a la categoría de dogmas inimpugnables. Es muy dudosa la constitucionalidad de esta presunción. Se trata, por tanto, de un verdadero sistema de fijación de precios, que no puede impugnarse por la presunción antes aludida, sistema ante el cual los afiliados quedan absolutamente indefensos y desprotegidos. ¿Por qué no se deja exclusivamente al INE – entidad estatal independiente, técnica y objetiva – el cálculo del IPC de la Salud, sobre la base de factores y ponderaciones claramente establecidos en la ley?, ¿Por qué no se reajustan los planes de salud de acuerdo a ese IPC y no a la voluntad de 3 personas sin responsabilidad administrativa?

Agregó que, a diferencia de los profesionales del INE, los integrantes del panel no son funcionarios públicos, por lo cual no tendrán responsabilidad administrativa, ni se les aplicarán las normas de probidad administrativa por sus actuaciones. Como consecuencia de su falta de responsabilidad, su poder será inmenso. El Estado no puede abdicar de sus funciones, vinculadas a la variación de precios de contratos de salud, asociados a derechos constitucionales esenciales. Los tres integrantes del panel de expertos trabajarán ad honorem, de buena voluntad, y no desempeñarán una función pública respecto de la cual exista control o supervigilancia y responsabilidad administrativa. Sus decisiones no podrán impugnarse ante órgano alguno. Claramente es un pésimo sistema para los afiliados y el Estado. Quizás los únicos beneficiados terminen siendo las Isapres.

En relación al principio de progresividad y no regresividad, este proyecto de ley implica una clara regresión de los derechos de los afiliados, incurriendo en una violación del principio de progresividad y no regresividad de los derechos económicos, sociales y culturales, consagrado en diversos pactos internacionales que el Estado chileno está obligado a cumplir.

Este retroceso y regresión se plasma en 9 aspectos:

a) Se perturba el derecho de afiliación de pacientes con preexistencias:

Este derecho de afiliación, de raigambre constitucional, fue reafirmado en la reforma sanitaria de 2005, ley N° 20.015, mediante la letra g) del artículo 189 del decreto con fuerza de ley N° 1, de Salud de 2005, que fija el texto coordinado, refundido y sistematizado de la ley N° 18.933, de Isapre. La letra g) citada establece en su inciso primero que la restricción de cobertura para enfermedades preexistentes declaradas, solamente podrá extenderse por un plazo máximo de 18 meses, desde la fecha del contrato, no obstante lo cual, esas patologías deberán tener la cobertura mínima FONASA libre elección, señalada en el artículo 190. Por su parte, el inciso tercero de la letra g) del artículo 189 establece que con la finalidad de ser aceptado en la Isapre, o sea que ésta no pueda negar la afiliación, el afiliado podrá aceptar que la restricción de cobertura para enfermedades preexistentes sea del doble de tiempo, 36 meses. Esta norma hace realidad el derecho constitucional señalado en el inciso final del N° 9 del artículo 19 de la Constitución de “optar entre el sistema público y privado de salud”, ya que si la Isapre pudiere siempre negar una afiliación por preexistencias, ese derecho constitucional quedaría en nada. Pues bien, el N° 8 del artículo 1° del proyecto deroga los incisos primero, segundo, tercero y cuarto del artículo 189, dentro de cuyo inciso segundo se encuentra la letra g), afectando el derecho del afiliado con preexistencias a ingresar a una Isapre.

La eliminación de las preexistencias que propone el proyecto no salva esta regresión, porque esa eliminación es limitada: 1) la eliminación de preexistencias, se refiere solamente al Plan Garantizado de Salud (PGS) y no abarca los Beneficios Complementarios, y 2) la eliminación de preexistencias solamente beneficia a personas ya afiliadas a una Isapre, pero no a quienes deseen afiliarse por primera vez.

b) Derogación de coberturas mínimas:

La letra a) del N° 13 del artículo 1° del proyecto deroga el inciso primero del artículo 190 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, con lo cual desaparecen derechos de los afiliados que son limitaciones para la Isapre: 1) la prohibición de estipular un plan complementario en que para alguna prestación específica, se pacten beneficios inferiores al 25% de la cobertura que el plan confiera a la prestación genérica correspondiente, y 2) la prohibición de otorgar una bonificación inferior a la de FONASA libre elección.

c) Se permite amplísima exclusión de coberturas en Beneficios Complementarios:

El inciso segundo del actual artículo 190 del decreto con fuerza de ley N° 1, restringe la exclusión de cobertura que puede realizar la Isapre, solamente a las prestaciones que señala, sin distinguir si forman parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES) o del Plan de Salud Complementario. En cambio, el punto i de la letra b) del N° 13 del artículo 1° del proyecto, hace efectiva la prohibición de exclusiones de cobertura solamente para el PGS, dejando fuera los BC, área en la cual las Isapres tendrán amplísima libertad para establecer inimaginables y arbitrarias exclusiones de cobertura, las cuales hoy no pueden realizar.

Cuando el TC en el fallo de inconstitucionalidad citado calificó el contrato de salud previsional como un instituto de seguridad social, donde no opera el principio de autonomía de la voluntad de los contratos entre privados, no distinguió entre las GES y el Plan de Salud Complementario, por lo cual perfectamente esta exclusión ilimitada de coberturas en materia de BC podría ser estimada nuevamente por el TC como atentado al derecho a la seguridad social y a la protección de la salud, que son derechos constitucionales.

d) Disminución de derechos en materia de declaración de salud:

Actualmente el artículo 201 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, regula el término del contrato por incumplimientos contractuales del afiliado. El punto 1° autoriza ese término por falseamiento u ocultamiento de información a la Isapre en la declaración de salud; pero el inciso segundo del artículo 201 prescribe que “la simple omisión de una enfermedad preexistente no dará derecho a terminar el contrato salvo que la Isapre demuestre que la omisión le causa perjuicios y, que, de haber conocido dicha enfermedad, no habría contratado”.

Esta norma es de gran trascendencia frente a muchos afiliados engañados por agentes de ventas tras la comisión de afiliación o cumplimiento de metas, quienes aconsejan ocultar enfermedades, porque estarían “prescritas”. Ingenuamente el afiliado sigue el “consejo”, lo cual le acarrea serias consecuencias en materia de cobertura y fin del contrato.

Pues bien, el N° 22 del artículo 1° del proyecto, al reemplazar el numeral 1 del artículo 201 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, elimina el inciso segundo citado, regresión en perjuicio de los afiliados y en beneficio de las Isapres, situación que podría alentar mayores tropelías de agentes de ventas. Con esta eliminación, para terminar el contrato, la Isapre no deberá probar que la omisión le ocasiona perjuicios.

e) Desprotección de los beneficiarios sobrevivientes a la muerte del afiliado:

Un gran avance para las familias en la reforma sanitaria de 2005, fue la protección de los beneficiarios dependientes ante la muerte del cotizante. Se aseguró la mantención del plan de salud por un año en las mismas condiciones para el beneficiario sobreviviente. Luego, éste puede mantener el mismo plan de salud con el precio que corresponda a la multiplicación del precio base por el factor correspondiente a su sexo y edad. La Isapre quedó legalmente obligada a otorgar ese plan de salud u otro escogido por el beneficiario, sin otras restricciones o exclusiones que las vigentes a la muerte del cotizante, y sin exigir nueva declaración de salud (números 2 y 3 del artículo 203 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005).

La letra a) del N° 24 del artículo 1° del proyecto reemplaza los incisos segundo y tercero del artículo 203, que contienen los números 2 y 3 con esos beneficios, y la letra b) deroga el inciso cuarto, con lo cual desaparece la limitación para la Isapre de exigir una nueva declaración de salud o de establecer nuevas restricciones o exclusiones no vigentes al momento del fallecimiento del cotizante. Ello constituye una clara regresión en perjuicio de beneficiarios afectados emocional y económicamente por el fallecimiento del afiliado y en beneficio de los intereses de la Isapre.

f) La negación artificial de la cautividad:

El proyecto de ley suprime el uso de la expresión cautividad en todas las partes en que figura en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005. Así, la letra a) del N° 3 del artículo 1° del proyecto, sustituye el literal i del artículo 170, que define el concepto de cotizante cautivo; la letra a) del N° 35 elimina del artículo 219 la expresión “condición de cautividad”; y la letra a) del artículo 36 elimina la misma expresión del literal c) del artículo 221.

Así como la pobreza no puede eliminarse por ley, tampoco lo puede ser la cautividad ni las preexistencias. Intentarlo es un mero deseo voluntarista. En efecto, no puede sostenerse que la cautividad desaparecerá porque no existirán preexistencias respecto del PGS, porque ellas se mantendrán totalmente en materia de beneficios complementarios, donde las Isapres seguirán exigiendo declaración de salud, negando la afiliación sobre esa base, por lo cual afiliados viejos y enfermos no podrán desplazarse libremente de una Isapre a otra, ya que todas las prestaciones y coberturas no las reciben solamente del PGS.

Mucho antes de la introducción del concepto cautividad en la reforma sanitaria de 2005, numerosos recursos de protección eran acogidos, dejando sin efecto las alzas de precio por la cautividad del afiliado. No cabe duda que ello seguirá ocurriendo aun ante la eliminación de la expresión del texto de la ley.

g) Regresión en materia de licencias médicas:

La licencia médica y el subsidio por incapacidad laboral (SIL), son beneficios de seguridad social, claramente protegidos por la Constitución

(N°18 del artículo 19) y por el principio de progresividad y no regresividad de los derechos económicos, sociales y culturales.

Por esa razón, extraña que este beneficio de seguridad social no sea parte del PGS en este proyecto y que se lo conceptúe en una categoría menor, como beneficio adicional que debe comprarse por un precio impuesto por la Isapre. Entonces, ¿podría un trabajador tener el PGS en una Isapre y la licencia en otra, con la misma filosofía de los beneficios complementarios?; ¿no generaría esto distorsiones en el sistema?

Finalizó el señor Barría su exposición sosteniendo que si el objetivo del proyecto es terminar con la judicialización, éste no se va a lograr porque esta iniciativa contiene demasiados vicios de inconstitucionalidad, lo que va a generar mayor judicialización. Lo que debe hacerse, en su opinión, es un gran consenso social para implementar un sistema que sea justo tanto para las Isapres como para los usuarios.

El señor **Rodrigo Castro, Decano de la Universidad del Desarrollo**, manifestó que los objetivos que deben tenerse presente para diseñar seguros que sean adecuados, eficientes y equitativos, que se han observado en las reformas a los sistemas de seguros de Holanda y Alemania, son los siguientes: generar un gasto médico óptimo, esto es, que genere los incentivos adecuados, pero que también permita un cuidado adecuado de la salud y sea efectivo en ese sentido; lograr el nivel de protección financiera óptima y que el seguro sea compatible con subsidios eficientes.

Respecto de los elementos centrales de este mercado destacó que el aumento sistemático de los costos técnicos en el ámbito de la salud, tanto del sector privado como público, está muy vinculado con el nuevo perfil demográfico y epidemiológico del país, que va a repercutir en el ámbito de la seguridad social y en particular en el área de la salud con cambios en el tipo de enfermedades y el aumento en el número de prestaciones consecuencia del proceso de envejecimiento de la población. Por su parte, el desarrollo económico del país y el aumento del ingreso también generan un aumento de las prestaciones de salud. Además, el cambio tecnológico en materia de salud se traduce también en aumento de los costos técnicos, así como el proceso de judicialización.

Añadió que el seguro de salud debe hacerse cargo de las diferencias de costos según edad y sexo de las personas, diferencias que se traducen principalmente en el ámbito de las prestaciones. De acuerdo a información de la Escuela de Economía y Negocios de la Universidad del Desarrollo el índice de gasto en salud que considera tanto la evolución en los precios como la evolución en la frecuencia de uso de las prestaciones es la siguiente: en el primer semestre de 2011, el precio subió 0,3%, la cobertura bajó 0,7%, la demanda por cantidad se incrementó 10% y el gasto en 9,5%. En el segundo semestre del año pasado el precio se incrementó 1,2%, la cobertura se redujo en 0,4%, la cantidad subió 7,4% y el gasto en 8,1%.

Al conjugar los resultados de la evolución de las prestaciones ambulatorias y hospitalarias en un único índice general se aprecia que el índice de precios aumentó en términos nominales 1,2% entre 2010 y 2011; el nivel de cobertura disminuyó 0,4% entre 2010 y 2011; el índice de cantidad aumentó 7,4% en ese mismo periodo y el índice de gasto aumentó en términos nominales 8,1% en ese mismo lapso, lo que equivale a una variación real de 3,5%.

Sostuvo que las principales críticas a los sistemas de seguro privado de salud es que tienen incentivos para descremar el mercado, quedándose con los mejores clientes, que son los con mayores ingresos y mejor salud, y por el mecanismo de pago se proveen de planes de salud con cobertura deficiente para enfermedades catastróficas con el objetivo de no atraer a aquellos con dolencias de gran costo.

Habiendo, por tanto, un seguro público que tiene un sistema de precios completamente distinto se generan dos estancos separados que no construyen un sistema de seguridad social en salud.

Por su parte, las diferencias en la fijación de las primas entre el sistema privado de salud y el público generan una discusión respecto de la protección financiera en el sistema privado, pero también problemas vinculados a cobertura principalmente en la modalidad de libre elección de FONASA. Este modelo ofrece un paquete de servicios de salud fijo, que entrega las mismas prestaciones a todos sus beneficiarios, con copago en la modalidad libre elección que depende del ingreso y cobra una prima proporcional al ingreso. Las Isapres, en cambio, ofrecen diferentes alternativas, con mejores planes -menor copago y, o mayor cobertura de servicios- a medida que aumenta la prima.

Estas diferencias en la forma de fijar los precios entre seguro público y privado generan incentivos para que sea la población relativamente de menor ingreso y más riesgosa la que opte por FONASA.

La evidencia, añadió, que está bastante respaldada tanto en Chile como en países que tienen seguros privados similares da cuenta de los siguientes efectos:

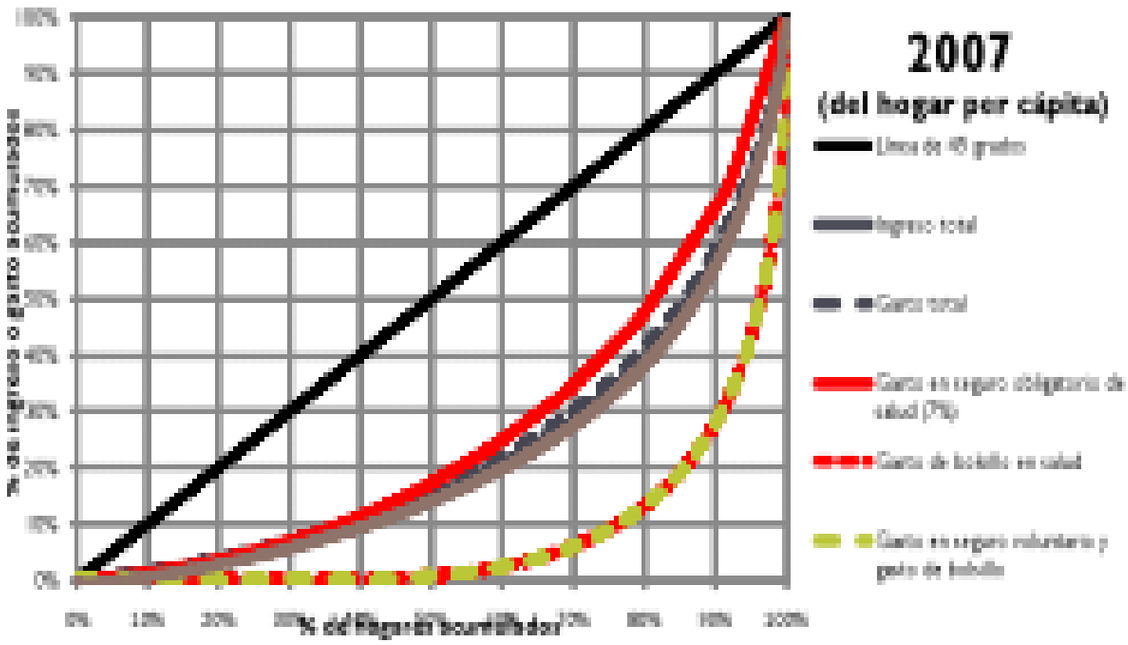
- Selección adversa en contra de FONASA. La mayor edad, sexo femenino y mayor número de dependientes aumenta la probabilidad de optar por el seguro público.
- Selección adversa en contra de Isapre, puesto que el estar enfermo aumenta la probabilidad de optar por el seguro privado.

Por lo tanto, concluyó, se confirma que las diferentes formas de fijar precios entre FONASA e Isapre inciden en cómo los cotizantes eligen su seguro de salud.

En cuanto al diseño del Plan Garantizado de Salud, PGS, y su costo, ve como positivo que en el PGS no sólo quedan definidas las Garantías

Explícitas, sino que también lo no GES y el CAEC, Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, lo que genera mayor incentivo a competir en precio entre los seguros privados. Sin embargo, el fenómeno de selección adversa sigue estando presente.

Un aspecto relevante es la desigualdad del gasto en salud. El siguiente gráfico da cuenta de esta realidad:



Esta situación genera una preocupación desde el punto de vista de la equidad, de cómo se logra que el seguro privado complementándolo con el seguro público mejore la distribución del gasto, de manera que sea más progresivo el gasto en salud incorporando el gasto de bolsillo.

Respecto de la fijación de precios, indicó que la combinación de regulaciones que no permiten a los seguros privados una fijación de primas asociada al riesgo de los beneficiarios conjuntamente con el proceso de selección adversa genera un problema de selección de riesgos y descreme del mercado, lo que es ineficiente y produce una pérdida social, llevando a las aseguradoras a competir en ese ámbito mediante mecanismos y discriminaciones en lugar de competir por la disminución de costos y, por tanto, beneficiar a los consumidores más riesgosos.

Una manera de evitar el problema de selección de riesgo es mediante un subsidio estatal explícito a las personas de alto riesgo, en lugar de la aplicación de subsidios cruzados. De esta manera, añadió, las personas pagarían un monto fijo sin diferenciación por riesgo, pero las aseguradoras recibirían la prima de acuerdo al riesgo y las diferencias en gasto esperado

se compensarían con diferentes primas. Lamentablemente, este proyecto no avanza en este sentido.

En cuanto al mecanismo de compensación de un modelo como el descrito sostuvo que el desafío radica en que toda la evidencia empírica demuestra que los ajustes que utilizan variables tipo demográficas: edad y sexo, no son capaces de dar cuenta de una proporción suficiente de la varianza del gasto esperado de los seguros de forma de reducir los incentivos a la selección- riesgo e ingreso- y a una menor bonificación (no logran explicar más del 1%).

Los nuevos diseños que incorporan variables epidemiológicas y, o diagnósticas en las estructuras de los mecanismos de ajuste, si bien no lograrían alcanzar niveles de explicación de la varianza de más del 10%, pueden llegar a ser suficientes para limitar los incentivos a la selección (casos más críticos y evidentes).

Este mecanismo de subsidios explícitos tiene el problema que podría generar conflictos en su determinación aunque:

- Se aprovecharían las ventajas de la competencia entre seguros.
- Se evitaría el problema de que las personas con peor estado de salud gasten más.
- La ineficiencia generada por otras maneras de resolverlo.

Si bien este mecanismo de subsidio explícito tiene sus pro y contra, lo considera una solución más adecuada al problema de selección adversa que va a persistir en el modelo que propone este proyecto de ley.

Agregó que una extensión natural sería que también canalizara subsidios que permitieran que quienes no acceden a una Isapre con su 7% pudieran hacerlo y que el seguro subsidiara en forma explícita tanto a los más enfermos como a los más pobres. Para ello, es necesario reformar el mandato del 7%, de manera que no esté en función del ingreso sino que del riesgo de salud. Lo óptimo debiera ser la adquisición de un seguro catastrófico que asegurara por ejemplo contra eventos médicos que costaran más que el 30% del ingreso en un año.

Otras consideraciones vinculadas al fondo de compensación son las siguientes:

- Las distintas exigencias de cobertura produce incentivos para selección adversa.
- La solidaridad por ingresos, esto es, los subsidios, está mal diseñada. Los subsidios son implícitos para los cotizantes.

Respecto de los beneficios complementarios y el uso de los excedentes, consideró que hay una oportunidad para diseñar e implementar cuentas de ahorro en salud porque si se acompaña la cuenta con un seguro catastrófico para hacer frente a las enfermedades más costosas, se

producirían las siguientes ventajas: disminución del riesgo de abuso con la consiguiente disminución de los costos; permite trasladar los fondos inter temporalmente; disminución o eliminación del riesgo financiero al que está expuesto el hogar; la mayor sensibilidad por el precio lleva a una mayor competencia entre los proveedores y habría una menor intrusión en la relación médico paciente. Las desventajas, por su parte, serían las siguientes: altos deducibles limitan el acceso a los que tienen bajo ahorro; pacientes con menor capacidad de negociación frente a prestadores; desaparecen los subsidios de los más sanos hacia los más enfermos.

Por último, en relación a cómo lograr un balance de riesgo entre los aseguradores y los prestadores, se debe tener en cuenta el riesgo entre financiadores y proveedores: el Sistema de Isapre ha funcionado históricamente con mecanismos de pago por acto tipo “fee for service”, donde se paga la factura al proveedor. Se podría aprovechar esta oportunidad para establecer cambios hacia mecanismos de pago mixtos más eficientes en la contención de costos.

El señor **Óscar Arteaga, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile**, manifestó que el análisis que hace sobre el proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud incorporando un plan garantizado, se hace desde la perspectiva de la seguridad social en salud.

La Seguridad Social es el sistema a través del cual la sociedad, mediante mecanismos públicos debidamente organizados, otorga protección a sus miembros contra diferentes estados de necesidad, es decir, aquellas circunstancias en las cuales una persona ve limitadas sus capacidades para generar los ingresos que requiere para vivir.

Para que los seguros privados funcionen y sean eficientes, existen algunas condiciones necesarias: i) la probabilidad que a un determinado individuo le ocurra un evento debe ser independiente de la probabilidad que ese evento le ocurra a otras personas; ii) la probabilidad debe ser menor a uno o 100%, porque de otro modo no existe posibilidad de distribuir riesgos; iii) la probabilidad debe ser conocida o posible de estimar.

Los arreglos de seguridad social nacen en el mundo debido a la incapacidad de los seguros privados para resolver problemas como los que surgen debido a la naturaleza de la salud. Por ejemplo, en casos de enfermedades congénitas o enfermedades crónicas, el evento ya existe y, por lo mismo, no hay nada que asegurar. Por tanto, lo que hace el arreglo de seguridad social es distribuir los riesgos individuales en el conjunto de la sociedad y, por lo mismo, se sustenta en la obligatoriedad de todos los integrantes de la sociedad a contribuir al financiamiento del sistema en función de sus capacidades. Al hacer esto, el arreglo de seguridad social despliega su característica más definitoria: desliga el riesgo individual de la capacidad de contribución individual. Así, como la Organización Mundial de la Salud recomienda, el sistema se financia de acuerdo a las capacidades de contribución de cada persona y se usa en función de las necesidades de

cada persona, plasmando el valor de la solidaridad que se expresa en que los sanos financian a los enfermos, los ricos financian a los pobres y los jóvenes financian a los viejos.

Sostuvo que es desde la perspectiva recién descrita que, en su responsabilidad de Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, ha apoyado de manera decidida los proyectos de ley que han apuntado en la dirección de fortalecer la seguridad social. Por esta razón apoyó el proyecto de ley que eliminó el 7% de cotización de salud para los pensionados, porque se orientaba claramente en el fortalecimiento de la solidaridad inter-generacional, elemento constitutivo de un arreglo de seguridad social. También respaldó el proyecto de extensión del postnatal y la extensión del beneficio al padre, en un contexto en el que las remuneraciones de las mujeres siguen siendo proporcionalmente más bajas que las de los hombres, manteniendo el padre su nivel de ingreso para no afectar el nivel de salud de la familia. También apoyó que el tope máximo de subsidio se aumentara, pues ello fortalecía las bases de la seguridad social, evitando el mayor peso en las mujeres que ponían las versiones del proyecto que establecían topes de subsidio menores, con lo que se favorece que la reproducción sea asumida como un bien social por el conjunto de la sociedad y que, por lo mismo, el costo de la misma se distribuya entre todos quienes integramos la sociedad chilena.

En relación con el proyecto de ley, conocido como Ley Corta de Isapre, expresó en este Honorable Congreso Nacional que no apoyaba el proyecto, pues iba en un sentido contrario a fortalecer la seguridad social, ya que la disminución de las diferencias de precios de planes no resolvían el problema básico del sistema, esto es, desvincular el riesgo de cada individuo de su capacidad de contribución financiera y porque el costo para la sociedad chilena era que el sistema consolidaba la discriminación por riesgo individual.

Respecto al proyecto de ley en estudio que busca resolver la situación de no discriminación por riesgo que se estableció a través del pronunciamiento de los tribunales sus comentarios pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. El título suscita un primer comentario. Las Isapres no son seguros privados como erróneamente se les suele denominar. Las Isapres son, por cierto, entidades privadas, pero que administran un seguro que es social. Entidades privadas que administran fondos de la seguridad social existen en diversos países desarrollados que han optado por el modelo denominado Bismarckiano o alemán, como la propia Alemania, Suiza o Bélgica. En todos ellos, estos sistemas son financiados mediante cotizaciones de los trabajadores, de los empleadores y del Estado, la cotización obligatoria de salud es reconocida como fuente pública de financiamiento. No corresponde, entonces, hablar de sistema privado al referirse al subsistema Isapre de nuestro sistema de seguridad social.

2. El proyecto en comento sólo aborda una parte del sistema de seguridad social en salud y al hacerlo reproduce una debilidad histórica de la sociedad chilena que hasta el presente nunca ha logrado alcanzar el estándar de un país desarrollado, esto es, tener un sistema de salud socialmente integrado. En efecto, en 1924 se legisló por un sistema de protección sólo para obreros. En 1938, se promulgó la Ley de Medicina Preventiva, que tenía vocación universal, pero sólo cuatro años más tarde, en 1942, se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados, SERMENA, para administrar los beneficios de ley para este grupo de trabajadores. En 1952, se crea el Servicio Nacional de Salud, que si bien tenía vocación universal para las acciones de promoción y prevención en salud, respecto de atención de salud siguió siendo sólo para obreros, lo que motiva que en 1968 los empleados pudieran obtener su propio sistema al dotarse a SERMENA, creado en 1942, de atribuciones para brindar atenciones curativas a los empleados a través de Ley de Medicina Curativa. Posteriormente, cuando en 1981 se crean las Isapres, la discriminación ya no es por tipo de ocupación del trabajador sino que por nivel de ingreso.

Entonces, el proyecto de ley en comento tiene todas las características de transformarse en un instrumento que, al abordar sólo una parte del sistema y no el sistema en su conjunto, nuevamente aleje la posibilidad que nuestra sociedad aborde de una vez el desafío de construir un sistema de salud que contribuya a la integración y no a la discriminación social.

3. Para hacer claridad respecto de este punto, puede señalarse que el proyecto establece la creación de un Fondo Solidario de Compensación en el Sistema Isapre, el que redistribuirá recursos desde las instituciones con carteras menos riesgosas hacia aquellas que lo requieran. Desde una perspectiva de salud pública, no puede dejar de señalarse que la población con mayores riesgos está en FONASA y no en las Isapres.

4. Al establecerse un plan garantizado de salud, que será definido por cada Isapre y podrá fijarse en “moneda en curso legal o en unidades de fomento”, se establece un mecanismo regresivo, pues aunque se trata de la población asalariada de más altos ingresos, para aquellos ubicados en la parte baja del tramo de ingresos en este segmento el costo del PGS será proporcionalmente mayor que para aquellos que están en la parte de más altos ingresos.

5. Un aspecto especialmente delicado es que al establecer que los “excedentes a que hubiera lugar serán destinados a la respectiva cuenta individual”, el proyecto de ley consolida el carácter individual de la cotización de salud, alejando así esta propuesta del estándar de la seguridad social. En seguridad social, la cotización con carácter de obligatoria para salud es un mecanismo para financiar un sistema para todos, es decir, la cotización no es propiedad de cada individuo, sino que pertenece al sistema de seguridad social, equivalente a los impuestos generales, que constituyen la base de financiamiento del otro tipo de arreglo de seguridad social, es decir el Modelo Beveridge o Modelo Inglés.

6. El proyecto asigna al INE la obligatoriedad de calcular indicadores de variación de precios de las prestaciones de salud. El problema es que esto establece un mecanismo que generará presiones al alza de los precios, pues elimina la principal responsabilidad que tienen los aseguradores en un sistema de seguridad social y que es, justamente, desarrollar mecanismos de control de precios de los prestadores. En la actual situación, los aumentos de precios de los prestadores se transfieren a precios de planes que pagan los afiliados a las Isapres. En la situación generada con el proyecto que se comenta, habrá un mecanismo que institucionaliza las alzas. Ni antes del proyecto, ni después de éste, los aseguradores cumplirán con la tarea que les corresponde de modular las alzas de precios de los prestadores a través de su capacidad de compra de prestaciones.

7. Un aspecto que es positivo y que apunta en la dirección de fortalecer la seguridad social es que el proyecto establece la obligatoriedad de las Isapres de suscribir contratos indefinidos con sus afiliados, así como la imposibilidad de que estas instituciones puedan negar el ingreso a nuevos afiliados.

En definitiva, concluyó, desde la perspectiva de seguridad social no apoya este proyecto de ley. En el mismo sentido, abogó por un proyecto de ley que aborde el conjunto del sistema de salud, como fueron las recomendaciones planteadas por la Comisión Presidencial constituida al inicio del gobierno del Presidente Piñera. El camino al pleno desarrollo exige terminar la discriminación y fortalecer la necesaria cohesión social.

El señor **Thomas Leisewitz, Coordinador de la Comisión de Expertos sobre Reforma al Sistema Privado de Salud**, refiriéndose al origen de este proyecto de ley, recordó que el 22 de julio de 2011 se encargó a la Comisión de Expertos sobre Reforma al Sistema de Salud Privada analizar la viabilidad técnica de la creación de un Plan Garantizado de Salud, PGS, para todos los afiliados a Isapre, que fuera financiado por un precio único por institución previsional, independiente del sexo, edad y condición de salud como asimismo proponer el contenido del PGS, determinar un valor aproximado del Plan, excluyendo de las estimaciones el costo del Subsidio por Incapacidad Laboral y desarrollar un mecanismo de financiamiento solidario para lograr un precio único.

Esta Comisión que fue integrada por 8 miembros de todos los sectores políticos trabajó arduamente durante dos meses y medio, recibió el encargo en razón del fallo del Tribunal Constitucional, de 6 de agosto de 2010, que declaró la inconstitucionalidad del artículo 38 ter de la Ley de Isapre. Antes de constituirse esta Comisión se formó la llamada “Comisión Illanes” y el Ejecutivo envió a tramitación el proyecto conocido como Ley Corta de Isapre, en la cual se pretendía abordar la situación de incertidumbre jurídica en que habían quedado los afiliados del sistema de Isapre.

Esta Comisión, agregó, también buscaba hacerse cargo de algunos de los problemas arrastrados del Sistema de Isapre, principalmente la sensación

de que las personas menos riesgosas se sienten pagando mucho, y que las personas más riesgosas se sienten, además, cautivos.

Hoy los sistemas de salud, independiente del modelo que adopten, enfrentan básicamente dos grandes problemas:

1. ¿Qué hacer con las diferencias de costo esperado del gasto en salud de una persona a lo largo de su vida y entre personas?
2. ¿Cómo enfrentar el incremento de costos de la salud?

La Comisión, añadió, trató de dar respuestas a estas interrogantes de manera creativa. En este trabajo, la Comisión tuvo en vista proteger tanto la garantía constitucional al libre e igualitario acceso a las acciones de salud como el derecho de cada persona a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea público o privado, consagrados en el artículo 19 N° 9 de la Constitución Política de la República.

A partir de esas garantías, se centraron en los siguientes temas:

- Permitir el desarrollo de un mercado competitivo de prestadores privados de salud.
- Fomentar el uso racional de los servicios de salud, y evitar un sobre aseguramiento.
- Introducir mecanismos de pago que incentiven la adopción de tecnologías más costo efectivas y el desarrollo de prestadores eficientes.

Agregó que los elementos definitorios de la propuesta del PGS son:

1. Operar sólo en una parte del sistema, Isapre, sobre el grupo de afiliados que no acceden al subsidio fiscal para la salud.
2. Generar un Plan Garantizado que sea un producto homogéneo; comparable entre seguros de salud; bueno, pero no increíble para evitar el sobre aseguramiento y fomentar el uso racional; que tenga un precio único, independiente del sexo y de la edad de la persona que se está asegurando; que genera un pool de riesgo por Isapre; que tenga por detrás un fondo de compensación, y que sea entendido como la base de la protección de salud desindexado de FONASA.
3. Busca aumentar el ejercicio de la libertad por sobre el PGS, permitiendo el desarrollo de nuevas líneas de productos que complementen el PGS.
4. Separar el pago del subsidio de incapacidad laboral de los trabajadores dependientes, pero manteniéndolo en la Isapre.

Algunos elementos para el análisis del PGS:

- Lo que busca el PGS es aplanar el gasto inter generacional en salud usando dos mecanismos: una prima plana que implica un subsidio entre afiliados de distintos sexos y edades y desincentiva la compra de planes de salud “innecesariamente” buenos, especialmente en los más jóvenes, permitiendo que ese exceso de recursos vaya a la cuenta de excedentes.

- Se podría ayudar a moderar el incremento de los costos a través de los siguientes mecanismos:

i) Por el lado del precio, promoviendo el desarrollo de prestadores más eficientes y generando modelos de compra a menores precios vía convenios o pagos prospectivos.
ii) Por el lado de la cantidad, generar copagos diferenciados, de manera que la cobertura en hospitalización fuera mayor que la ambulatoria; fomentar el uso de las garantías explícitas en salud, y buscar la alineación de incentivos entre los seguros, los prestadores y los pacientes mediante la generación de redes preferentes para gastos catastróficos.
iii) Se incorpora un índice referencial de precios en salud, conocido como el IPC de la salud.

- El PGS debe promover mayor competencia. La principal falla del mercado de salud está dada por la asimetría de información que se produce entre los pacientes, los prestadores y los seguros. Esta propuesta, sostuvo, al establecer un producto homogéneo y comparable entre los distintos seguros aumenta la competencia. Asimismo, el aumento de la transparencia y de la movilidad inter Isapre produce mayor competencia en el sistema. Por último, esta propuesta avanza en una mayor injerencia del “tercer pagador”, en la relación paciente-prestador, sobre todo frente a los gastos catastróficos.

Otros beneficios del plan, son: establecer un piso común, pero permitiendo la “customización” hacia arriba, lo que permite una amplia gama de beneficios complementarios y otorgar una mayor protección financiera en la cobertura catastrófica, incrementando lo avanzado por el AUGE en la protección para las familias, tomando como base actual el CAEC.

Desafortunadamente, esta mayor protección tiene un costo que viene dado por:

1. La disminución de la libertad de elección. Todos los afiliados a Isapre deberán comprar al menos un nuevo plan y todos deberán comprar el mismo plan.
2. El aumento del poder de la autoridad sanitaria. El PGS será definido por el Ministro de Salud, consultando a un Consejo y el Fondo de Compensación será manejado centralmente.
3. La complejidad de la transición.

Además, este nuevo sistema ahoga el espacio para la innovación en los seguros de salud al definir centralmente la autoridad el plan; no resuelve completamente el problema de las diferencias de gasto inter generacional como intra generacional; entrega una falsa seguridad generada por el Fondo de Compensación de Riesgos; enfatiza la diferencia entre FONASA e Isapre; se parece peligrosamente a los sistemas de pensiones de reparto y no acaba con el riesgo de distinta interpretación de los jueces respecto a la normativa vigente.

A su juicio lo más riesgoso es que se desconoce el nuevo punto de equilibrio financiero del sistema, puesto que no es posible predecir con exactitud el movimiento de afiliación hacia y desde el sistema Isapre. Además, existe el riesgo de entrar en un espiral de costos si la prima comunitaria que se fija es muy alta.

Finalmente, concluyó que el país requiere con urgencia de un nuevo marco legal que otorgue certeza a los afiliados y a las instituciones de salud previsional, lo que puede asociarse a un nuevo modelo de aseguramiento privado de la salud. El PGS es una de las alternativas, cuenta con consenso político y conlleva algunos interesantes beneficios. Pero habría que aprovechar de introducir "innovaciones" que apunten a los problemas centrales del sistema de salud, al menos en su componente privado.

A juicio de la Comisión de Expertos si bien este modelo no está exento de riesgos, no vieron viabilidad de otras alternativas.

El Diputado señor Auth solicitó al señor Arteaga que profundizara acerca de la falta de diálogo e interacción que existe entre los dos componentes del sistema de salud chileno: FONASA y el mal llamado seguro privado de salud.

Además, consultó al señor Leisewitz, ¿cuál es el peligro de que el sistema mixto que el proyecto propone se parezca a los sistemas de pensiones de reparto?

El Diputado señor Núñez solicitó a los invitados que se explayen en relación al uso de los excedentes en las cuentas individuales de ahorro en salud. Al respecta expresó su oposición a que se consagre por ley las cuentas personales de ahorro en salud tal como existen, por ejemplo, en Singapur.

El señor Arteaga señaló que si se compara el nivel de integración público - privada en el ámbito de la salud con el de los países de la OCDE Chile estaría en los últimos lugares del "ranking". Hace ya muchas décadas el país optó por un sistema que integre lo público con lo privado, de manera que lo que debe determinarse es cuánto de público y cuánto de privado va a tener el sistema de salud del país.

Muchos de los problemas del sistema a que han hecho referencia los otros invitados son efectivos, pero no son sólo del Sistema Isapre, sino que del conjunto del sistema. El envejecimiento de la población y la preponderancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, que hoy representan el 80% de las muertes, es una realidad que genera presiones por el lado de la demanda sobre el sistema de salud. Los estudios que se han realizado en la OCDE para determinar los factores que explican la presión al alza de los costos en los sistemas de salud, dan cuenta que hay factores que están asociados a la demanda como al envejecimiento y otros que están relacionados con la oferta como, por ejemplo, la presión al uso de

tecnologías. En la década del 60 los países de la OCDE destinaban para sus sistemas de salud 4% del PIB, llegando en la década del 90 al 8% del PIB. En este incremento del 100% en 30 años por cada año el envejecimiento representaba el 0,2% del incremento del gasto.

Se trata, por lo tanto, de un problema del que hay que hacerse cargo. Una de las formas de reaccionar es estableciendo fondos de compensación que buscan compartir el riesgo entre los distintos aseguradores, pero en todos los casos hay un mismo sistema de salud para todas las personas y no como acontece en Chile donde existen dos sistemas distintos que no se conectan.

Por lo tanto, al legislar sólo para una parte del sistema se está reproduciendo el problema histórico que se ha arrastrado por décadas en el país que es la inexistencia de un sistema integrado de salud para el conjunto de los chilenos. Lo anteriormente dicho no es un prejuicio a que este sistema integrado debe ser público o privado, esa discusión es secundaria a su parecer. En un sistema de seguridad social, agregó, los aseguradores pueden ser públicos o privados y ambos pueden cumplir perfectamente su función. Del mismo modo dado que el seguro de salud no es sino el mecanismo a través del cual las personas logran acceder a atención de salud los prestadores también pueden ser públicos o privados, pero esa es una discusión técnica que es menor. El problema de fondo es que se ha legislado de tal manera que no ha sido posible tener hoy un sistema de salud integrado.

Por esta razón abogó para que la discusión acerca de cómo hacer las compensaciones de riesgo, de cómo se puede construir un sistema que se haga cargo de los problemas que como sociedad se debe enfrentar se haga no sólo para el segmento privado, sino que para el conjunto del país. De lo contrario, se está perdiendo la oportunidad de construir un arreglo que nos cohesione socialmente y desde el punto de vista de salud pública las sociedades más cohesionadas, con mayor capital social, son sociedades más sanas.

El señor Leisewitz sostuvo que el año pasado asistió a una reunión de expertos de la OCDE en la que se discutió acerca de los modelos de los sistemas de salud de los países miembros y el grado de eficiencia y equidad que habían alcanzado. Dentro de los temas discutidos se planteó si era necesario avanzar en un mismo modelo en todos los países. La evidencia de la OCDE daba cuenta que el diseño del modelo influía poco en el resultado de salud. Ante esto su reflexión fue que en vez de preocuparse si un determinado país tiene más o menos seguros públicos, la preocupación debe centrarse en los arreglos microeconómicos, de micro gestión que pueden mejorar la calidad de la salud de la población y la eficiencia del gasto.

Cuando se analiza el gasto en salud uno se encuentra con que hay una parte que depende del riesgo, que no es predecible. Ante esto, los seguros de salud que buscan asegurar eventos que son inciertos y de alto costo, tienen sentido. El problema, añadió, es que en salud también hay

gastos discrecionales. Hay evidencia que tanto los médicos como los pacientes y el sistema inducen gasto en exceso o gasto ineficiente.

Por lo tanto, lo que se buscaba era separar la parte de riesgo que está cubierta por la cobertura catastrófica y AUGE, de la parte más discrecional que debiera tener otro tratamiento. Esto debiera ayudar a que las personas aporten a la contribución al sistema, pero que también gasten más responsablemente los recursos. Además, se sabe que los sistemas de seguros y los seguros de salud no son la excepción, sufren de riesgo moral tanto ex ante, ya que la población no se cuida tanto en materia de salud como ex post, esto es, las personas y prestadores tienen conductas que inducen al mayor uso de recursos de los necesarios. Por lo tanto, tiene sentido vincular el aporte a la salud del gasto de la salud.

En tercer lugar, se sabe que los sistemas de reparto tienen una deficiencia respecto a que generan expectativa a futuro que no está vinculado al aporte actual que, por tanto, no son 100% exigibles. Uno de los problemas que han tenido los países europeos en esta crisis es que han tenido que reducir el gasto en salud, lo que en un sistema de reparto tiene un costo político y social muy relevante, que es distinto cuando se tiene el sistema basado en una cuenta en que uno mismo aporte y gasta responsablemente.

En su opinión los sistemas de reparto no son una buena idea en general y en el ámbito de salud existen experiencias de vincular más el ahorro y el gasto responsable de los recursos con la protección de la salud.

Respecto de las cuentas de ahorro en salud afirmó que la Comisión de Expertos decidió no generar incentivos para estas cuentas y mantener el sistema actual de cuentas de excedentes, con una pequeña modificación, ya que libera el actual límite de 0,7% del ingreso de las personas porque se estimó que si la persona podía ahorrar debía generarse ese incentivo.

El señor Castro, en este mismo tema, señaló que los análisis que se han hecho tanto en la OMS como en la OCDE arrojan que los beneficios asociados a la eficiencia, es decir, a un mejor uso en los recursos individuales y familiares, son mucho mayores que las desventajas que generan estas cuentas, toda vez que las cuentas de ahorro en salud deben ir diseñadas con un modelo de seguro catastrófico que permita hacerse cargo de los principales desafíos respecto de la protección financiera de la familia.

Consideró además, que el país está preparado para combinar una solidaridad de riesgo con la libertad y empoderamiento de los cotizantes y beneficiarios para tomar decisiones en salud y manifestó que es un mecanismo que no lo descartaría básicamente porque la evidencia aún no es absoluta y constituye una gran oportunidad para alinear todos los incentivos que tienen todos los actores del sistema de salud: prestadores, aseguradores, cotizantes y beneficiarios.

ÍNDICE

Páginas

1. Constancias reglamentarias previas 1

2. Informe financiero 2

3. Debate de la Comisión 7

4. Artículos de competencia de la Comisión 16

5. Discusión y votación en particular 17

6. Texto propuesto por la Comisión 36

7. Tratado y acordado 55

8. Presentaciones de los invitados 56

- Señor Patricio Silva 56
- Señora Victoria Beaumont 58
- Señor Francisco Javier Labbé 64
- Señor Rafael Caviedes 65
- Señor Gonzalo Simón 68
- Señora María Eugenia Salazar 70
- Señor José Mauricio Cortés 73
- Señor Pedro Barría 74
- Señor Rodrigo Castro 82
- Señor Óscar Arteaga 86
- Señor Thomas Leisewitz 89

9. Documentos adjuntos

- Documento elaborado por la BCN sobre el funcionamiento del Fondo de Compensación del PGS

- Comparado