**INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAIDO EN EL PROYECTO QUE MODIFICA EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD INCORPORANDO UN PLAN GARANTIZADO (PGS).**

**BOLETÍN N° 8.105-11**

---

**HONORABLE CÁMARA:**

La Comisión de Salud viene en informar, en primer trámite constitucional y primero reglamentario, el proyecto de la referencia, iniciado en un mensaje de S.E. el Presidente de la República.

**CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS PREVIAS.**

1) La idea matriz o fundamental del proyecto es sentar las bases de una nueva institucionalidad dentro del sistema de Instituciones de Salud Previsional, mediante instrumentos que permitan aumentar la solidaridad y la trasparencia del sistema. Para ello, se propone –en lo fundamental- modificar el régimen de financiamiento del Sistema de Salud Privado, a través de la creación de un Plan Garantizado de Salud, y otorgar nuevas herramientas que faciliten el análisis de los ajustes de precios que realicen las Isapres.

Para lograr esos objetivos, esta iniciativa legal está estructurada en base a cuatro artículos permanentes y seis transitorios.

2) Normas de de quórum calificado.

Tienen este carácter los siguientes artículos: 1°, numerales 1), 3) –letras a), c) y e)-, 6) –letra a)-, 7), 9), 15) –letra b)-, 16), 17), 22) –letras a) y b)-, 23 –letra d)-, 24), 29), 31), 33), 34), 35) –letra b)-, 36) –letra b)-, 37), artículo 2°; y artículo primero transitorio. Todo ello en virtud de los dispuesto en el artículo 19, N´° 18, de la CPE.

3) Normas que requieren trámite de Hacienda

Artículo 1°, numerales 16), 17), 18), inciso primero de la letra c) del numeral 19), 27), 29), 33), 34) –letra b)-; artículo 4°; artículo 3° transitorio; artículo cuarto transitorio, y artículo quinto transitorio.

4) El proyecto fue aprobado, en general, por mayoría de votos (nueve a favor y dos abstenciones).

*Votaron a favor los Diputados José Antonio Kast, Cristián Letelier, Javier Macaya, Nicolás Monckeberg, Marco Antonio Núñez, Karla Rubilar, Víctor Torres, Marisol Turres y Gastón Von Mühlenbrock.*

*Se abstuvieron los Diputados Enrique Accorsi y Juan Luis Castro.*

5) Diputado Informante: Diputado Víctor Torres Jeldes.

**********

Durante el análisis de esta iniciativa legal, la Comisión contó con la colaboración del Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi, del Superintendente de Salud, señor Luis Romero Strooy, y de los asesores jurídicos del Ministerio y Superintendencia referidos.

**********

**I.- ANTECEDENTES.**

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

Señala el mensaje que el 21 de mayo del año 2010 se anunció que se avanzaría en la búsqueda de acuerdos para dar curso a reformas destinadas a asegurar a los chilenos que se encuentran afiliados al Sistema de Salud Privada, el financiamiento que permita aumentar los niveles de eficacia del derecho a la protección de la salud consagrado en la Constitución Política. Posteriormente, en la cuenta de 2011, se hizo presente que se elaboraría una iniciativa que definiría un plan garantizado de salud y un mecanismo solidario de financiamiento, para todos los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional.

En el ámbito legislativo, en un primer momento y con el objeto de dar mayores niveles de certeza al Sistema, se presentó a trámite legislativo el proyecto boletín N° 7.539-11, el que tuvo por finalidad consagrar instrumentos que otorgaran mayor información a los cotizantes y beneficiarios y que también contribuyeran a atenuar las alzas que experimentan los precios de los planes de salud conforme a la actual legislación. Esta última situación constituye una preocupación creciente, pues afecta principalmente a aquellas personas que, por su edad o la de sus beneficiarios, se enfrentan anualmente a alzas en sus planes de salud. Dicho proyecto (boletín N° 7.539-11) fue concebido como un primer esfuerzo para perfeccionar la normativa legal de las Isapres, sin perjuicio de lo cual se estimó pertinente aumentar los mecanismos de solidaridad y razonabilidad existentes, mediante una reforma integral.

Dicha conclusión se sustenta en un conjunto variado de antecedentes, entre los que destacan la evolución normativa de la regulación de las Isapres, los aportes de nuestros tribunales y de las Comisiones de Expertos convocadas, junto al compromiso del Gobierno por una mejor calidad y equidad en salud.

A su vez, cabe destacar que el Gobierno y los parlamentarios de distintos sectores han compartido el propósito de aunar esfuerzos, con el objeto de analizar y elaborar una iniciativa legislativa tendiente a crear, dentro del Sistema Privado de Salud, un plan general que no discrimine por sexo ni edad y que elimine la cautividad a

la que están sometidos las personas con preexistencias, respecto de aquellas prestaciones que la legislación asegura a sus afiliados.

La preocupación de los parlamentarios por perfeccionar la normativa que rige a las Isapres, se constata en las diversas mociones ingresadas al Congreso sobre dicha materia. A título ejemplar, cabe señalar que, recientemente, se han presentado iniciativas legislativas relativas al tema en análisis por parte de los Diputados Burgos, Walker, Saffirio, Harboe, Montes, Torres, Hales, Venegas y Castro; de los Diputados (as) Andrade, Castro, De Urresti, Díaz, Espinoza, Jiménez, Lemus, Muñoz, Núñez y Pascal (boletín N° 7.938-11); de los Diputados (as) Cardemil, Edwards, García, Martínez, Monckeberg Díaz, Monckeberg Bruner, Pérez, Rubilar, Sauerbaum y Verdugo (boletín N° 7.779-11); de los Diputados (as) Araya, Castro, Chahín, Goic, Marinovic, Meza, Sabat,Saffirio y Torres (boletín N° 6.930-11); de los Senadores Chahuán y Larraín (boletín N°6.903-11); y de los Senadores Chahuán, Girardi, Letelier, Rossi y Ruiz-Esquide (boletín N° 7.955-11).

*Varias han sido las modificaciones legales que se han implementado en materia de adecuación de precios para los planes de salud*. Así, al crearse el Sistema Privado de Salud, las Isapres fijaban el valor de los planes de salud considerando un precio base que multiplicaban por un factor determinado, en consideración a los riesgos de sexo y edad. No obstante, los respectivos contratos sólo consignaban su precio, situación que impedía a los afiliados tener claridad sobre los factores utilizados y cómo éstos variaban en el tiempo. Consecuentemente, la ley N° 19.381 estableció la obligación de mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiese sido establecida en el contrato original. Esta disposición tuvo como finalidad ligar la suerte de los cotizantes mayores con la de los más jóvenes, incorporando elementos de solidaridad al sistema. No obstante lo anterior, la existencia de múltiples tablas en las distintas Isapres dificultó que los cotizantes pudieran efectuar comparaciones entre los distintos planes de salud. Entonces, la ley N° 20.015 reguló en la ley el mecanismo para la determinación de las tarifas de los planes de salud. En la especie, se estableció que el precio final a pagar a la Institución de Salud Previsional, se obtendría multiplicando el respectivo precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario, de conformidad a la respectiva tabla de factores. A su vez, se dispuso que cada plan contaría con una sola tabla y que las Isapres no podrían establecer más de dos tablas para la totalidad de los planes que comercializaran. Como se desprende de lo expuesto, el propósito de las modificaciones legales promulgadas durante el año 2005, fue establecer un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida de los beneficiarios, conocido y aceptado por el afiliado al momento de suscribir el contrato, que permaneciera invariable en tanto el cotizante estuviera adscrito al mismo plan.

Por su parte, también *ha habido jurisprudencia en materia de alzas de precios de los planes de salud*. En el mensaje del proyecto de ley ya referido (boletín N° 7.539-11), a pesar de los perfeccionamientos normativos introducidos a los mecanismos de adecuaciones de precios de los planes de salud, a la luz de diversos argumentos se ha verificado un importante cuestionamiento tanto a las normas que establecen la estructura de las tablas de factores (artículo 38 ter de la ley N° 18.933), como a los ajustes de los precios base de dichos planes (artículo 38 bis del cuerpo legal antes citado).

a) Artículo 38 ter de la ley N° 18.933

Sobre el particular, el Tribunal Constitucional, visto lo dispuesto en los artículos 1°, 6°, 19 N°s 2°, 9° y 18° de la Carta Fundamental, a través de su fallo de 6 de agosto de 2010, Rol Nº 1.710, resolvió que los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso tercero del artículo 38 ter de la ley N° 18.933, relativos a la estructura de la tabla de factores, eran inconstitucionales. Al respecto, se tuvo a la vista que el derecho a la protección de la salud asegura el otorgamiento de *"acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo"* y la *"ejecución de las acciones de salud"* (Nº 9º del artículo 19 de la Constitución Política); mientras que el derecho a la seguridad social garantiza *"el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes"* (Nº 18º del artículo 19). Asimismo, se concluyó que *"las diferencias fundadas en los criterios de la edad y del sexo de las personas, no son, en sí mismas, jurídicamente reprochables, ni tampoco prima facie arbitrarias, siempre que respondan a una fundamentación razonable"* (c. 145°). Con todo, estimó que parte de las reglas contenidas en el artículo 38 ter no cumplían con dichos requisitos, siendo contrarias a la igualdad ante la ley al no instituir *"límites idóneos, necesarios, proporcionados y, por ende, razonables"* (c. 145°). Además, dicha sede señaló que *"nuestra Constitución, a su vez, establece claramente que las prestaciones que envuelven los derechos en cuestión han de ser igualitarias y suficientes"* (c. 134°).

En consecuencia, señala el mensaje, esta iniciativa legal también tiene por fin recoger los aportes y cuestionamientos precedentemente reseñados. Por ende, la propuesta garantiza un conjunto uniforme de prestaciones, respecto de las cuales cada institución establecerá un precio único, cumpliendo de esta forma con el deber de garantizar el acceso a prestaciones básicas y uniformes. Por ello, con la creación de un Plan Garantizado de Salud se da cabal cumplimiento a los razonamientos expuestos por el Tribunal Constitucional.

Sin perjuicio de lo señalado, que esta iniciativa –además de asegurar la existencia de un plan uniforme e integral de prestaciones-, reconoce a las partes la facultad de contratar beneficios complementarios que mejoren su cobertura. Es

decir, no sólo se crea un mecanismo diseñado para entregar prestaciones básicas y uniformes, sino que también se establece el marco normativo de las prestaciones que exceden de dicho mandato y que, por tanto, responden a otras necesidades de los beneficiarios del Sistema Privado de Salud.

b) Adecuaciones de precios base.

A su vez, los tribunales conociendo de recursos de protección han cuestionado la justificación de las alzas de los precios base de los planes de salud. Al efecto, la razonabilidad de los ajustes aplicados ha sido objetada, toda vez que en los casos llevados a su conocimiento no se encuentra suficientemente acreditado el cambio efectivo en el valor de las prestaciones médicas (v.gr. fallos de la Corte de Apelaciones de Santiago, Roles Nº 5.369-2006, 7.114-2007, 5.190-2010, y fallos de la Corte Suprema Roles Nº 4.271-2010 y 2.935-2010).

Por tanto, a la vista los fundamentos de los fallos dictados, este proyecto de ley consagra la creación de indicadores elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), junto a índices elaboradas por un Panel de Expertos. Ello con la finalidad de eliminar las asimetrías de información que hoy existen, entregando nuevas herramientas para evitar eventuales arbitrariedades.

*Labor de la comisión asesora presidencial y de la comisión de expertos.* El estudio de las bases de un plan garantizado de salud fue parte del mandato encomendado a la Comisión Presidencial de Salud a la que el Gobierno convocó durante el segundo semestre de 2010. Luego, ese trabajo fue complementado con el aporte de una nueva Comisión de Expertos en temas vinculados a la organización y financiamiento de servicios de salud, instancia que dio a conocer su informe en octubre de 2011.

Dicha Comisión de Expertos analizó la viabilidad técnica de la creación de un plan garantizado para todos los afiliados a Isapres y diseñó los elementos principales del plan, para que se financie con precios idénticos para todos los beneficiarios de una misma Institución. Dicha propuesta 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 complementarios de salud.

Tras considerar la opinión de los expertos, se ha reforzado la idea de abordar la creación de los mecanismos regulatorios que den respuesta definitiva, tanto a las exigencias de protección del derecho a la salud como a los requerimientos de razonabilidad que deben regir las adecuaciones de los precios de los planes de salud.

Esas son las razones, recalca el mensaje, que han llevado a proponer la creación de un Plan Garantizado de Salud (PGS) y de índices referenciales

de ajustes de precio a cargo de un Panel de Expertos. Lo anterior, unido al reconocimiento de la facultad de contratar beneficios complementarios de salud.

El mensaje destaca que *los ejes del proyecto de ley* que presentó a trámite legislativo son, fundamentalmente, los siguientes ocho puntos:

1. Creación de un Plan Garantizado de Salud (PGS).

2. Cobertura de subsidios por incapacidad laboral, para cuyo efecto se cobrará -a quienes corresponda- un porcentaje de su remuneración imponible. Dicho porcentaje será el mismo para todos los cotizantes de una misma entidad.

3. Respecto de quienes hoy son parte del Sistema Privado de Salud, la actual normativa permite la existencia de períodos de espera durante los cuales no son exigibles las prestaciones, en el caso de enfermedades preexistentes. Con todo, respecto del PGS, a las personas antes señaladas no se les podrá imponer limitaciones a las coberturas o períodos de carencia en razón de condiciones de salud preexistentes;

4. Beneficios Complementarios de Salud que podrán ofrecer las Isapres.

5. En caso que la cotización legal supere el pago del precio tanto del Plan Garantizado de Salud como de la cobertura de subsidios por incapacidad laboral, si corresponde, los cotizantes, además de adquirir Beneficios Complementarios, podrán destinar estos montos a sus cuentas de excedentes. Dichas cuentas podrán ser destinadas por los afiliados al pago de ciertas prestaciones de salud.

6. Dado que las prestaciones y coberturas a entregar por el PGS serán homogéneas, se establece la obligación de entrega de información por parte de las Isapres a sus afiliados. Lo anterior, con el objeto que los beneficiarios del sistema cuenten con antecedentes suficientes para adoptar una decisión informada;

7. Para el Sistema de Instituciones de Salud Previsional, se encomienda al Instituto Nacional de Estadísticas (INE) calcular 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. Asimismo, utilizando como insumo los indicadores publicados por el INE, se ha previsto la creación de un Panel de Expertos, que tendrá por función establecer índices referenciales de variaciones de precios. Luego, a través de estas medidas se busca incentivar mayor transparencia y competencia del Sistema, y

8. Adicionalmente, se consagra un conjunto de normas destinadas a regular el paso desde la actual normativa a la aplicación del PGS.

- **Normas legales que se propone modificar o que inciden, directa o indirectamente, en esta iniciativa legal.**

El decreto con fuerza de ley N° 1, de Salud, de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, y de las leyes N° 18.993 y 18.469.

- **Contenido del proyecto.**

En términos generales, el proyecto introduce una normativa que propone modificar el sistema vigente, fundamentalmente, en los siguientes términos:

- Creación de un Plan Garantizado de Salud (PGS), que incluirá: Garantías Explícitas en Salud (GES); cobertura para gastos catastróficos; cobertura para eventos de emergencia vital; examen de medicina preventiva incluido el sistema GES; y, prestaciones curativas y cobertura financiera.

  Se tratará de un sistema que obligadamente deberán ofrecer las Isapres, a precio único, independiente del sexo, edad y condición de salud de los beneficiarios, cuyo precio será fijado por cada institución.
- Incorporación de un Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). Corresponderá a un porcentaje determinado de la remuneración imponible de los cotizantes, que será el mismo para todos los afiliados a una misma institución. Se cobrará adicionalmente, respecto de los trabajadores dependientes e independientes que corresponda.
- Creación de un fondo de compensación. Consistirá en una prima comunitaria, que determinará el Ministerio de Salud, según un modelo de ajuste de riesgos que propondrá un consejo consultivo.
- Establecimiento de beneficios complementarios en salud, y excedentes. Corresponderá a aquel conjunto variado y disímil de beneficios de salud a los que los afiliados al sistema desean acceder, por sobre el mínimo uniforme garantizado con el PGS.
- Se contempla el establecimiento de indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de salud, en relación a la variación experimentada por la frecuencia en el uso y la variación del gasto en subsidios por incapacidad laboral.
- Un panel de expertos -de carácter técnico y autónomo- calculará, anualmente, la variación porcentual de los precios del plan garantizado de salud (PGS) y de los subsidios por incapacidad laboral (SIL), todo ello en base a indicadores elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).
- Normas transitorias destinadas a implementar, dentro de un período de transición entre el actual sistema y el que se propone implementar, indicadores e

índices referenciales en materia de ajustes de precios de los actuales planes de salud.

**II.- DISCUSIÓN DEL PROYECTO.**

**a) <u>Discusión general</u>.**

- **Exposición del Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi.**

Señaló la relevancia de tomar en cuenta cuáles son los antecedentes que originan este proyecto de ley. Indicó que los años 2008 – 2009 se hace patente en la Superintendencia de Salud que el sistema de seguros privados funciona dentro de un marco jurídico inapropiado, siendo fuente de muchos problemas que se acentuarían en el futuro. La Superintendencia genera un estudio, con asesoría externa, respecto de las modificaciones necesaria que debieran introducirse en el sistema de Isapres, para dar un marco jurídico adecuado y que responda a los crecientes reclamos de los usuarios del sistema y de problemas como la cautividad de los pacientes, las preexistencias, la reajustabilidad de los precios. Dicho estudio fue considerado y sirvió para la presentación de una moción parlamentaria (en mayo de 2011) firmada, entre otros, por los Diputados Burgos y Torres, la cual fue declarada inadmisible, pues gran parte de su propuesta se consideró que era de iniciativa exclusiva del Presidente de la República. El Presidente de la República, en su mensaje anual del 21 de mayo, dio cuenta del problema existente en la salud privada, luego de lo cual convocó a una Comisión de Expertos, conocida como Comisión Illanes, por el nombre de su presidente, que elaboró un informe con propuestas de cambios o reformas a la salud, relacionados con licencias médicas, administración de hospitales; también tuvo como base el informe sobre crisis hospitalaria que elaboró, en 2009, la Comisión de Salud.

En relación con el sistema de salud privado, la Comisión Illanes formuló una propuesta y el Ejecutivo decidió recoger la moción de los parlamentarios, Burgos, Torres, y otros para estudiarla. Se convocó a una reunión donde se expresaron dichas circunstancias, y se determinó el contenido y alcance del proyecto que se habría de presentar por el Ejecutivo. Para avanzar en la materia se generó una nueva Comisión, compuesta por ocho miembros calificados en la materia, con un coordinador, Thomas Leisewitz que es asesor de la Dirección de Presupuestos en materias de financiamiento de salud y cuyo secretario ejecutivo fue Arturo Zúñiga; su composición se acordó con los parlamentarios de manera de otorgarle la mayor representatividad posible. En su trabajo, esa Comisión llegó a diversos acuerdos que se reflejaron en un proyecto de ley, que fue analizado por dos expertos más, don Ulises Nancuante y Sebastián Pavlovic.

Expresó que el proyecto es adecuado para hacerse cargo de las controversias que se han suscitado hasta hoy. En ese sentido, señaló, los elementos

fundamentales del proyecto lo forman un IPC de la salud y la elaboración de un plan garantizado de salud. Recordó que el primer tema fue discutido a propósito de la denominada ley corta de Isapres, de manera que este proyecto de ley recoge los elementos de ese proyecto, en esta materia.

Respecto a la estructura del Plan Garantizado de Salud, indicó que la estructura de las primas de seguros de salud, que hoy constan, básicamente, de dos elementos. Uno es la prima AUGE, única para todos los beneficiarios, con un fondo de compensación solidario que se reajusta cada vez que hay un nuevo decreto AUGE. La otra parte la compone el pago de la prima del plan complementario, que es informada cada año a la Superintendencia de Salud, a más tardar el 31 de marzo, que este año se reajustó en un 6%, la Superintendencia calculó que el IPC de la salud real, fue de 0.52%, sin embargo las aseguradoras ajustaron en un 6% las primas del plan complementario.

Explicó que la estructura de plan garantizado de salud tiene cinco componentes: el examen de medicina preventiva, que debiera ser un componente de creciente importancia en materia sanitaria en la garantía del plan obligatorio; la prima GES, que sólo se incorpora, sin hacerse ningún cambio; la cobertura con el mínimo de arancel Fonasa para las prestaciones no incluidas en el GES, en que la apuesta es pasar cada vez más a paquetes garantizados por soluciones sanitarias y pagos asociados a diagnósticos; la cobertura del gasto catastrófico en salud (hoy las aseguradoras venden planes con tope anual, pero que según avances de la medicina y el manejo de condiciones de salud, pueden significar para una familia, literalmente la ruina, -aclaró que se trata de generar un seguro de gasto catastrófico y no de enfermedades catastróficas-); y el último elemento incorpora la ley de urgencias.

El proyecto se refiere a precios y mecanismos de financiamiento. El Fondo de Compensación de Riesgo que no es sólo para la prima AUGE, sino para todo el plan garantizado de manera que este tiene un precio único por beneficiario y no por cotizante dentro de cada Isapre, que es ofrecido sin condiciones de preexistencia, por libre modalidad de los asegurados dentro del sistema. La estructura del plan garantizado, al señalar que incluye las prestaciones de la garantía auge, incluye las presentes y las futuras. Cada vez que el arancel Fonasa, libre elección, contemple nuevas prestaciones, ellas se transforman automáticamente en piso del PGS; el arancel Fonasa libre elección financia prestaciones de salud, como exámenes o pabellón, etc. independiente de lo que motive la prestación. Sin embargo se han ido incorporando prestaciones que han permitido “paquetizar” esas prestaciones, de manera de transferir a los prestadores un grado de responsabilidad en la administración de recursos, pues se hace un pago cierto.

- **Exposición del Superintendente de Salud, Luis Romero Strooy.**

Señaló que en materia de excedentes se considera que se da una buena solución, en cuanto considerar que la gente joven tenga cuenta de ahorros. Se comienza con el pago del Plan Garantizado de Salud, lo que es obligatorio, y el subsidio por incapacidad laboral. Sobre ese monto, y hasta su 7%, las personas pueden comprar beneficios complementarios adicionales a una Isapre, o pueden dejarlo como una cuenta de excedentes, sin límite, del 10%, para usarlos posteriormente o dejarlo para pagar el PGS en caso de cesantía, por ejemplo.

En relación a lo que va a contemplar el arancel, en un principio se piensa será un arancel muy parecido a Fonasa libre elección y que, posteriormente, un Consejo Consultivo analizará cada año –técnicamente- cuáles son las prestaciones a incluir en el arancel, y propondrá al Ministerio su inclusión en el nuevo arancel, que procederá a fijar mediante decreto el arancel respectivo.

El SIL (Subsidio de Incapacidad Laboral), se propone que se cobrará en forma separada al PGS. El SIL cubre beneficios laborales –y se cobra como un porcentaje del 7%-, y el PGS cubre programas de salud, y se relaciona con el ingreso de cada persona.

Respecto de por qué no se abrió la transferencia entre Fonasa e Isapre, explicó que ello, entre otras razones, ocurre porque el PGS tendrá buena cobertura, con todas las prestaciones de Fonasa libre elección, más el AUGE y la cobertura de gasto catastrófico. De permitirse el traspaso de uno a otro sistema, sucedería que personas con gastos severos en el sistema público, se transferirían a las Isapres con el consecuente desfinanciamiento de los PGS, que los convertiría en inviables.

Insistió en que cada Isapre tendrá un precio para el PGS, pero el Consejo Consultivo ira señalando los precios, de manera que si una Isapre es muy cara, dada la competencia, debiera ofrecer un plan con muy buenas prestaciones, o sin carencias ni preexistencias de persona que estaban en otras Isapres para poder atraerlas, pese al precio. Operará el Fondo de Compensación, mediante el cual cada Isapre envía un cantidad del precio que cobra por el PGS, según cantidad de beneficiarios que tiene, y el Fondo mediante una distribución por riesgo devolverá a la Isapre los montos que correspondan en una primera etapa por sexo y edad, sin perjuicio que se incorporen otros indicadores que permitan definir esto, de manera que es una autorregulación del sistema.

Respecto de las patologías GES se mantiene el sistema igual que hasta ahora, pero con un cambio que calificó importante, atendido que el GES es un plan cerrado, pues estará en un prestador cerrado. El PGS exige a la persona que para tener esas prestaciones que sean efectuadas por los prestadores, -como se amarra-, podría hacerlo mediante beneficios complementarios, pero ya no es GES.

- **Exposición del Director Nacional de Fonasa, señor Mikel Uriarte Plazaola.**

Señaló que Fonasa tiene al asegurado público como un eje central, con atención oportuna y de calidad, usando eficientemente los recursos. El rol de Fonasa es un rol de Seguro Público de Salud, considerando al asegurado público como eje central, en calidad y oportunidad de las prestaciones. En su rol financiero, debe cuidar que el financiamiento corresponda a las prestaciones otorgadas a sus asegurados. Fonasa cuenta con 13.000.000 de asegurados, lo que equivale a casi el 75% de la población; asegura a la población más vulnerable del país -el 67% de los menores de 0 a 4 años, el 91% de los mayores de 60 años, el 75% de la mujeres entre 15 y 34 años y el 60% de los hombres entre 25 y 39 años-. Se ha realizado una mejora en la fiscalización de las cotizaciones y de los prestadores y se terminó con la lista de espera AUGE. Se implementó un plan (incluido Bono AUGE) para dar solución a los "retrasos" con información mensual, transparente y con acceso directo por el asegurado. Para que no se vuelva a repetir, Fonasa desarrolló un sistema de alertas AUGE y generó un portal con acceso restringido para facilitar el monitoreo de garantías con alerta de vencimiento (una semana antes de fecha de vencimiento) disponible para Servicios de Salud y Superintendencia de Salud.

Respecto de la migración de cotizantes, señaló que de producirse la migración de asegurados desde el sistema privado al público que algunos estiman entre 150.000 y 500.000 asegurados, Fonasa estará obligado a recibirlos, entregando cobertura a lo largo de todo el país.

- **Exposición de algunos integrantes de la Comisión de Expertos para la Reforma de Salud, señores Thomas Leisewitz, Manuel Inostroza, Patricio Silva, Gonzalo Simón, José Tomas Morel, y Arturo Zúñiga.**

El señor **Leisewitz,** coordinador de la Comisión, explicó que ésta se constituyó el 22 de julio de 2011, a solicitud del Ministro de Salud, y recibió el encargo de analizar cinco puntos: a) viabilidad técnica de elaborar un plan garantizado de salud para todos los afiliados al sistema de Isapre, b) financiado con precio único por institución previsional, c) independiente del sexo, edad y condición de salud, d) proponer el contenido del plan, determinar su valor aproximado y, e) desarrollar un mecanismo de financiamiento solidario para lograr el precio único, considerando sus implicancias. Dicho trabajo se desarrolló por aproximadamente 76 días.

Explicó en qué consistió el trabajo de la Comisión, cómo llegaron a las conclusiones propuestas, el contenido del sistema propuesto y las implicaciones previstas para ése.

Indicó que la primera etapa fue diagnóstico, en la cual se determinó la diferencia de cómo se distribuye lo que los cotizantes entregan a cada una de las instituciones, la fuente de financiamiento y la manera en que se distribuye el gasto. Se pudo determinar que la cotización legal del 7% de los trabajadores dependientes corresponde, en promedio a $ 29.057 mensuales por beneficiario, cifra con la cual se trabajó; del gasto de las Isapres, poco más de $6.000 se aplican directamente al Subsidio de Incapacidad Laboral. De esa manera, queda en promedio $23.000 por beneficiario.

La propuesta, que fue consensuada buscó que, a partir del plan garantizado -que se pide por el Ministerio como viabilidad-, sea posible introducir cambios en el sistema de los seguros de salud y que responda a los requerimientos planteados por las sentencias del Tribunal Constitucional. El sistema debe tener un precio de entrada mínimo independiente del riesgo de la persona, que se traduzca en una tarifa plana para todas las personas, no vinculada al 7% necesariamente. Ello implica que para el ingreso al sistema debe existir un precio conocido, igual para todos, que si es mayor a su 7%, conllevará un esfuerzo personal de cada cotizante.

La propuesta de la Comisión de Expertos opera sólo en una parte del sistema de salud, al sistema de Isapres, y quienes eligen el sistema no acceden a subsidio fiscal. Se propone un plan garantizado, un producto que es más homogéneo que lo que hoy existe en planes de salud en el mercado, que busca satisfacer gran parte de las necesidades de salud, sin que deje de ser financiable por los afiliados al sistema de Isapre; debe tener un precio único, que genere un pool de riesgo por Isapre, para lo cual se debe contar con un fondo de compensación entre Isapre. Un elemento central lo constituye lo que se ha denominado “inteligencia sanitaria”, para contar con un plan flexible que se adecue a las necesidades de salud y no siga necesariamente al pie de la letra lo que hace Fonasa, para permitir que se acceda a mejores planes que los ofrecidos por Fonasa. Sobre éste, se acordó que las Isapres ofrecieran planes o beneficios complementarios voluntariamente elegidos por los cotizantes del sistema, que salgan de lo tradicional que existe, e incursionen en otros beneficios para las personas.

Para que se pueda cobrar la tarifa plana y se mantenga el Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) vinculado a la remuneración del cotizante, fue imprescindible separar el pago del subsidio de incapacidad laboral (SIL), del 7%, y financiar eso desde el 7% y la tarifa plana simultáneamente. El pago del SIL se estimó que debe seguir vinculado a un porcentaje de la remuneración imponible.

El contenido del Plan Garantizado de Salud consta de cinco elementos, que son de diversa naturaleza:

1) Garantías explícitas en salud (GES);

2) Examen de medicina preventiva;

3) Prestaciones curativas no incluidas en las GES;

4) Ley de urgencias o de emergencias vitales, y
5) Gastos catastróficos con un deducible que expandiera lo que era el seguro que ofrecían las Isapre.

La Comisión de Expertos trabajó en determinar un costo adecuado del plan, que costeara tanto el componente GES como el no GES. Se aplicaron algunos componentes de frecuencia para el componente GES que no estaba siendo usado por la red de cada Isapre, de manera que se ajustaron las frecuencias hacia el 10% a la baja. Con la situación propuesta, algunas de las prestaciones del plan complementario pasarían a formar parte de las garantías explícitas, porque son para patologías cubiertas por ese sistema. Se trabajó con varios vectores de precios, tomando en cuenta lo que bonifica Fonasa para prestaciones ambulatorias y en el ámbito hospitalario el vector de precios se subió a la cobertura de mínimos prestadores en convenio, clínicas u hospitales que ya tienen convenios con las Isapres. A ello se agregaron porcentajes de incobrabilidad y costos de administración y ventas y de utilidades.

Como puntos a favor de la propuesta, señaló el incentivo a la contención de costos en el sistema, que debe buscar prestaciones más eficientes, a precios más bajos a través de convenios o pagos prospectivos, la generación de redes preferentes, especialmente en prestaciones catastróficas. Desde el punto de vista de cantidad, se estableció la importancia de incentivar a que las partes se sientan parte del gasto, de manera que los de menor costo – ambulatorios- ayuden a su contención, no así en los hospitalarios, en que la cobertura debe ser mayor de lo que ofrece Fonasa. Se incluyó también el fomento del GES, y tratar de alinear incentivos con redes preferentes de prestadores.

La propuesta ayuda a fomentar la competencia entre los seguros y los prestadores, porque apunta a la asimetría de información existente. Por ello se elabora un producto homogéneo en comparación a lo que existe hoy en el mercado, y el Ministerio de Salud debe publicar cada año una prima de referencia de manera que se sabrá el precio que debiera tener el plan, según juicio de expertos.

A juicio del invitado, se aumentará la transparencia sobre los planes y la movilidad entre las Isapre para lo que respecta al plan garantizado, sin preexistencias. Habitualmente el tercer pagador tiene poca injerencia entre el paciente y el prestador y por ello no pueden cooperar en la contención del gasto y aumentar la competencia. Por la vía de generar redes preferentes y de compartir el riesgo con los prestadores se puede lograr el objetivo. Se establece un piso común, sobre el cual las personas pueden elegir el tipo de beneficios a obtener; se introduce por ley la cobertura catastrófica, regulado hoy por una circular, lo que otorga mayor protección financiera.

Por otra parte, señaló que el plan disminuye la libertad de elección en el plan garantizado de salud, lo que influye en el gasto en salud. Todos los afiliados

deben tener este plan y todas las Isapres deben ofrecer este plan garantizado. Buena parte de las decisiones quedan en manos de la autoridad sanitaria, la Comisión no se pronunció sobre la forma de actualizar dicho plan, señalándose que en el primer ejercicio debía tener la cobertura de Fonasa libre elección, pero luego debe actualizarse anualmente. Ese precio se fija por el Ministerio de Salud, previa consulta a un Consejo, y habrá un fondo de compensación de riesgo que aumentará su monto de manera significativa en virtud de este plan garantizado.

En cuanto a la transición al nuevo modelo, fue un tema que no se alcanzó a discutir, pero es posible que deba hacerse de manera acelerada o simultánea para todos los afiliados, lo que generará un problema mayor dados los comportamientos oportunistas debido a la asimetría de la información. Pero el sistema no termina con los riesgos de distintas interpretaciones que tengan los jueces.

Uno de los puntos de difícil acuerdo en la Comisión de Expertos, fue saber cuál es el precio de la prima razonable para este plan, asistidos por la idea de un buen plan a precio razonablemente bajo que permitiera mantenerse en las Isapres y entrar al sistema, según sea el caso.

Finalmente, señaló, se determinó la necesidad de un nuevo marco legal para acceder a estas prestaciones, y se concluyó que era viable, pero para ello debe buscarse el equilibrio de las prestaciones que se quiere entregar sin que signifique un enorme esfuerzo adicional para los cotizantes del sistema, que puede asociarse a un nuevo modelo de aseguramiento privado de la salud. El PGS es una de las alternativas, tiene consenso político, que conlleva algunos interesantes beneficios y habría que aprovechar de introducir “innovaciones” que apunten a los problemas centrales del sistema de salud, al menos en su componente privado, sin perjuicio de lo cual el modelo propuesto no está exento de riesgos y problemas.

Ante las consultas de distintos Diputados, recordó que el mandato de la Comisión fue estudiar la viabilidad de entregar una nueva forma de los seguros, y se convino en una forma con cosas que aparecían como viables y aquellas que requerían mayor profundización, siendo en todo caso una constante, el poder enfocar sólo en el cambio del sistema privado y el porqué no se extendió a todo el sistema, y por acogerse al mandato, se estimó que debía estudiar el cambio de los beneficiarios dentro del sistema de Isapre y no respecto de Fonasa. Para el desarrollo del trabajo se usó modelos estáticos, con cartera de afiliados al sistema Fonasa –que es más riesgosa que la del sistema Isapre-. Se puede prever que haya un diferencial de precios si es que ellos se cambian, y que todo el sistema de Isapre deberá cobrar más para poder acogerlos, pero que no están en condiciones de poder señalar cuánto es ese diferencial.

Frente a la consulta de quién debería cambiarse, señaló que no es que las Isapres en este modelo, no puedan recibir afiliados, no se innova respecto de la

posibilidad de afiliación voluntaria que tienen las Isapre, pero la restricción estaría en afiliar a alguien que les será más caro que lo que va a aportar al Fondo de Compensación. Si se cambiaran al sistema de Isapre, podría arrastrar parte del subsidio que hoy tienen, hacia la Isapre, pero no estaba dentro del marco de discusión, de manera que es una materia que puede estudiarse, que debe someterse a modelos dinámicos y romper reglas como la de arrastrar el subsidio, hiendo más allá de los acuerdos políticos que existen.

Indicó, también, que el uso de los excedentes fue un tema de discusión, pero la Comisión de Expertos no encontró técnicamente viable poder solidarizar el remanente entre lo que se gasta en PGS y SIL y el 7% de cotización legal. La decisión fue, dado que se quiere que las personas mantengan en su poder el 7% y destinarlo a prestaciones de salud, y sin modificar el mandato de dedicar un porcentaje de su ingreso a salud, se quiso liberar el límite superior del destino de los excedentes, de manera de fomentar el límite entre los seguros, ofreciendo beneficios a precios convenientes para los afiliados y creyendo que puede racionalizar el consumo de prestaciones.

El señor **Inostroza**, hizo presente algunas observaciones de contexto, indicando que en su momento explicó porque era necesario buscar una solución distinta a la propuesta en la denominada ley corta, y que el Ejecutivo envío a trámite legislativo hace algún tiempo. Además, junto con algunos Diputados colaboró en la elaboración de otro proyecto que se presentó en abril de 2010, y que básicamente entregaba la conceptualización de un plan garantizado de salud y un fondo de compensación de riesgo, el que se presentó al Ministro de Salud y que casi un año después se recoge en algunos elementos que constituyen un acuerdo. Señaló como relevante, que lo que el proyecto no recoge de la moción parlamentaria, es la solidaridad total de la cotización, pues se planteaba que el fondo de compensación solidaria de riesgo del sistema, involucrara todos los 7% de todos los afiliados. En virtud de lograr el acuerdo del plan garantizado y la solidaridad y el fondo de compensación de riesgo, se concedió que el 7% no se solidarice -como planteaba la moción-, de modo que se solidariza el valor del PGS que fije como referencia por la autoridad. De manera que dependiendo del valor que se fije como PGS, el porcentaje de solidaridad de todos los 7%, está en alrededor de un 70 ó 75%.

Explicó que el proyecto refleja cerca del 90% de los acuerdos adoptados por la Comisión de Expertos, de manera que ésta es una iniciativa que refleja un gran acuerdo en pos de mejorar el sistema de salud. Técnica y políticamente todo el mundo señala y sugiere que lo ideal habría sido una solución que involucre al sector público y privado, sin embargo ello implicaba abrir el debate a aspectos sobre los cuales

no hay acuerdos, por lo que ésta era una opción que había que asumir de todas maneras.

Señaló como primera preocupación, la contradicción en el proyecto de ley, por la limitación de ser solución en el sistema Isapre y no al conjunto, entre la total apertura a la afiliación al sistema de Isapre, independientemente de las condiciones de riesgo. El proyecto de ley no es capaz de resolver ese tema y resuelve sólo lo atingente a las preexistencias y cautividad, que es un avance para quienes están en el sistema de Isapres, pero para quien quiere migrar de Fonasa a Isapre y tiene una patología preexistente, si la condición de riesgo es rechazada por la Isapre, ésta tiene la facultad legal de no adscribir a esa persona al sistema. Ese tema se plantea; sin embargo, ahora existen dos puntos de riesgo, en vez de los nueve que hay en el sistema. El problema se mantiene pues si no hay una contención, la cotización oportunista haría cotizar por el 7% en el sistema público de Fonasa; al tener una patología grave me muevo al sistema de Isapre, resuelvo la patología y poniendo fin a la solidaridad, vuelve al sistema público. El problema que genera esta cotización oportunista es que obliga a mantener técnicamente la barrera de contención, y este es un flanco que se abre respecto de lo que espera la ciudadanía.

Otro tema es el que se refiere al IPC. En la última versión, se corrigió un punto que parece importante y es que se estableció un grado de vinculación entre el precio de referencia y la banda que define el Comité de Expertos respecto de un indicador (IPC) referencial de salud, respecto que si el precio está bajo la banda se asume como correcto a fin de establecer alguna ventaja respecto a la presunción o posibilidad de recurrir de protección a los tribunales de justicia, lo que obliga al sistema a reajustes dentro de los indicadores y la banda.

Si bien la definición de PGS ayuda a la contención de costos, hay dos elementos que no están incorporados, que podrían ser de gran ayuda. Uno, que no tuvo consenso, es poder establecer algún grado de mejora o disminución de copago si es que los afiliados del sistema Isapre se hacen exámenes preventivos de manera sistemática, de modo que la prevención y promoción tengan algún incentivo que contribuya a la contención del costo técnico. La segunda, tiene que ver con la transparencia en el precio de los prestadores privados. Las Isapres tienen los precios de los prestadores preferentes y en convenio por ley. La Superintendencia de Salud, a través de ese mecanismo, y como regulador de las Isapres, puede tener acceso a esos precios, pero no tienen acceso a los precios de libre elección o fuera de precios preferentes o en convenio, el SERNAC sólo tiene los precios de lista, de manera que no existe institución pública que pueda “mezclar” los precios, y lo que importa es que al momento de requerir una hospitalización, pueda ir al prestador A, B o C, por saber cuánto le costará finalmente,

y es lo que el afiliado nunca sabe, y sólo se puede saber si hay un organismo que pueda determinar antes los precios, que de alguna manera se resuelve con el precio del PGS.

Otro aspecto, a su juicio, se relaciona con los aranceles de Fonasa. La Comisión fijó como referencia el arancel Fonasa, y hay un artículo transitorio que protege que durante el primer año no haya ningún precio del arancel Fonasa que pueda estar por debajo de las coberturas que establezca el PGS. Sin embargo, por inteligencia sanitaria, se le agregó que algunas prestaciones, por razones de mercado, incluso con arancel Fonasa, podrían estar por sobre el valor de mercado (exámenes de laboratorio por ejemplo), situación en la que se dio la facultad al ente regulador para fijar variabilidad de cobertura, algunas que estén por el mínimo y otras que estén por debajo. Lo que preocupa, es que para cualquier prestación el día de mañana se pueda desproteger la cobertura mínima que hoy día fija el arancel Fonasa libre elección, entonces hay que preguntarse si será mejor ajustar en algunos casos la justificación de precios el arancel Fonasa y no abrir la posibilidad que por la vía de la definición del PGS se desproteja financieramente a algún usuario.

Sobre la regulación de los beneficios complementarios, señaló que no puede ocurrir que por tener un PGS se desprotejan los beneficios complementarios en comparación a un buen plan de salud de hoy.

En relación a la institucionalidad, señaló que en el Consejo Consultivo AUGE no solo hay representantes institucionales del sector privado y público y de gobierno, sino que también de las facultades de medicina y de administración, lo que le da apertura a las discusiones técnicas; sin embargo, aquí sólo hay representantes institucionales del sector privado y de gobierno.

Observó que el proyecto no es claro respecto de algunos beneficios establecidos en la ley Isapre, por la modificación del PGS, como la protección que se otorga a las cargas por la muerte del titular. Habría que ver si con las modificaciones del PGS se pierden estos beneficios obtenidos. Tampoco hay claridad en materia de competencia.

El señor **Patricio Silva,** señaló que dado que el proyecto se refiere a las personas que se encuentran en el sistema de Isapres, se hace necesario tener presente la necesidad de continuar mejorando el sistema público de salud, que es una buena manera de impedir el comportamiento oportunista, pues evitaría salir de un sistema hacia otro.

En materia de precio del PGS, se debe tener presente la factibilidad de tener un precio de referencia, que no sea alto y genere exclusión, pero que no sea tan bajo que no pueda ser utilizado por los beneficiarios, pues de lo contrario la gente no usará el PGS, de manera similar a lo que ocurre con la prima AUGE que al no ser usada, se convierte en ganancia

de la Isapre, de manera que se debe lograr un punto de equilibrio que debe estar en revisión permanente, por lo que preocupa la conformación del Consejo Consultivo con un representante de la Asociación de Isapre, uno de la Asociación de Clínicas, uno del Ministerio de Salud y otro de la Dirección de Presupuestos. A su juicio, sería necesario contar con la opinión de las sociedades científicas y médica.

Señaló que es necesario que este proyecto guarde el equilibrio entre la necesidad de contención de costos, por vía de cerrar prestadores, con preservar la libre elección, y la manera de lograrlo es poner especial atención en lo que se refiere al precio del PGS.

El señor **Gonzalo Simón,** recordó que el mandato que tuvo la Comisión de Expertos era muy restringido, en el sentido que se establecía para el plan un precio que debía ser parejo, de manera que al hacer el precio parejo, a los grupos familiares a medida que crecen, se les va haciendo un daño.

Por otra parte señaló que el tema de la transición debe ser lento, es un cambio radical que debe estructurar diferentes convenios, problema especialmente en ciudades pequeñas que tienen estructuras de ofertas de convenio muy limitado con la correspondiente dificultad de elaborar los convenios y que no minimicen las coberturas que se recibe por los afiliados.

El señor **José Tomás Morel,** realizó algunas apreciaciones sobre el uso de los excedentes, en los casos en que la contribución del 7% es mayor al valor del PGS, y la posibilidad que esa diferencia pueda usarse en las personas cuyo 7% no les alcanza para pagar su PGS. La gran pregunta es cómo se hace aquello, pues el número de personas que no logran financiar el PGS con el 7% no es número definido o conocido, pues al permitir este subsidio, habrá gente que pasará de Fonasa a Isapre aprovechando este subsidio, de manera que el pretender cumplir la promesa de cobertura de la diferencia resulta imposible, pues ese dinero se volverá insuficiente. De manera que manteniendo el sistema dual de Isapre y Fonasa, no es posible realizar esta cobertura de diferencia por déficit de algunas personas en el pago del 7% del PGS.

Respecto del IPC de la salud, la Comisión discutió sobre un patrón referencial de reajuste, señalándose que era referencial porque no había intención de hacerlo vinculante, porque por un lado se incrementa la competencia, respecto de lo que hoy conocemos, siendo más factible que las personas se puedan mover entre Isapres, especialmente ante alzas excesivas de precios. Además, este no es un mercado homogéneo, aunque se fije precio al PGS, cada Isapre podrá definir su red de prestadores, de manera que pueden ver incrementados sus costos, en atención a la red de prestadores que tiene en convenio.

Señaló que en la Comisión no se discutió la posibilidad de incluir aportes del empleador, pues quien haga el aporte en el mediano plazo no hace diferencia, pero si el empleador hace aporte, eso se traducirá a largo plazo en un menor sueldo para el trabajador, pero la discusión real de este punto es si se quiere aumentar el aporte a salud, independientemente del origen de ese aporte.

La idea en el proyecto, es dar información a las personas si las alzas de precios responden o no a lo que un panel de expertos determina como alza razonable, con esta información será más fácil para las personas, y eventualmente por los tribunales, determinar si el alza del precio es razonable o no. Las Isapres podrán alzar los precios por sobre el IPC determinado por el panel de expertos, pero deberán justificarlo, en base a un antecedente.

- **Exposición del representante de la Asociación de Isapres, señor Rafael Caviedes**, manifestó que existen problemas en la definición del Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL), pues el proyecto señala que cada Isapre debe cobrar un precio único para cada cotizante, comprendido dentro de la cotización obligatoria de salud, y sólo podrá ser cobrado a quienes tengan derecho a percibir tales subsidios. Estimó necesario hacer presente que esto generará una serie de distorsiones complejas para el afiliado. Indicó que hoy, las Isapres que tienen afiliados con menores rentas tienen el mayor porcentaje de uso de los subsidios de incapacidad laboral, mientras que las que tienen las mayores rentas el uso de este subsidio, es sustancialmente menor, lo que se reflejará en los precios que deban ofrecer en los nuevos planes, e igualmente existen diferencias por regiones, siendo más altos en algunas regiones que en otras. Por lo tanto, si una Isapre aplica una tasa única nacional a todos sus afiliados se producirán una serie de subsidios regionales de parte de los usuarios que usan menos licencias médicas por región, hacia aquellos de las regiones con uso más alto. Agregó que esta diferencia de uso es también significativa entre hombres y mujeres, pues ellas usan el doble de licencias médicas que los hombres, sólo por enfermedades comunes. Estimó que esto producirá una información errónea en lo que se refiere al precio del subsidio del plan, por lo que propone se busque un mecanismo que mitigue esas diferencias, mediante tarificaciones regionales o por otro mecanismo que logre mitigar la tasa de uso de licencias médicas.

Recordó que la Propuesta de la Comisión Illanes contemplaba una entidad nacional a cargo de las Licencias Médicas, con un criterio uniforme para trabajadores Fonasa/Isapres, e involucraba al empleador en el financiamiento del 50% del costo del beneficio.

Este proyecto propone que los afiliados pueden tener PGS en una Isapre y Beneficios complementarios en otra. Sin embargo, el proyecto señala que los beneficios complementarios se convienen en un “anexo” al contrato de salud previsional,

pese a que son dos acuerdos de voluntad distintos, pues uno referido a la seguridad social y el otro a beneficios voluntarios. Por ello, sugiere, para materializar la idea, separar estas materias en dos contratos diferentes que permitan la movilidad entre PGS y beneficios complementarios en distintas instituciones.

El proyecto considera Comisiones o Paneles, que requieren de un trabajo complejo, de especialistas con una serie de restricciones laborales, razón por la cual debieran ser remunerados.

En materia de modernización, si bien se ha avanzado por la vía de la autorregulación, con un sistema de afiliación y desafiliación electrónica, que permitirá cotizar todos los planes y productos del mercado de las Isapres, se debe avanzar de manera que todas las acciones y gestiones administrativas que vinculen a la Isapre, con los trabajadores, con los empleadores, AFP, clínicas y Superintendencia de Salud. Puede hacerse por vía informática, pero se establecen dificultades para ello al señalar que las notificaciones deben hacerse por Correos de Chile, mediante correo certificado, impidiendo –de esa manera- utilizar los correos privados para realizar las notificaciones.

Manifestó que deben haber condiciones básicas para que los afiliados realicen su cambio de Isapre, señaló su acuerdo en que los afiliados puedan movilizarse en materia de plan garantizado de salud, pero deben señalarse algunos requisitos para ello, como no estar haciendo uso del SIL, todo ello considerando los problemas administrativos que implica ejercer el traslado de Isapre, o no tener deudas de cotizaciones y se debe evitar que el “mercado de los cautivos” pueda provocar daños en esos afiliados, y para ello debe haber mecanismos de control.

En materia de cálculo del deducible, los gastos que se considerarán para dicho deducible serán aquellos originados, tanto en la red de prestadores definida por la Isapre como en otros establecimientos que otorguen prestaciones relacionadas con la patología que los origina, en ambos casos de conformidad al Arancel del Plan Garantizado de Salud. El deducible utilizado hoy, tanto en Cobertura Catastrófica como en GES, se calcula “dentro de la red” y estimó que se debe mantener el criterio actual de considerar sólo la Red para efectos de cálculo del deducible, pues eficiente para contener irregularidades e ineficiencias por incorporar como deducible cualquier gasto incurrido en materia de prestaciones de salud.

Respecto al comentario de que el proyecto elimina como exclusión en PGS la atención de enfermería, la hospitalización de reposo y las atenciones en el extranjero, señala que no hay simetría con Fonasa, no están cubiertas por la seguridad social, por lo que cree se debe mantener las exclusiones respecto de estas prestaciones

Por su parte, indicó que es necesario facultar a la Superintendencia de Salud, para publicar indicadores de salud o resultados clínicos, para lograr mayor transparencia en el mercado de los prestadores, indicadores de egresos por

especialidad, morbilidad, mortalidad, estadías, rehospitalizaciones, costos promedios, etc. dado que no hay sistema que permita obtener información respecto de los antecedentes mencionados

En cuanto a la tarifa plana y sus efectos, señaló que según el informe financiero entregado por la DIPRES, el PGS significaría un mayor pago a una población entre 1,3 y 2 millones de beneficiarios, estimando un mayor costo fiscal de 8.000 a 11.000 millones de pesos anuales, si emigran 140.000 personas, es decir, habrá persona que deberán pagar más y que emigrarán a Fonasa con un mayor costo para el Estado. Si se considera un costo del PGS del 12%, y se supone que las personas pagan el 10% de su renta, situación que hoy se da en el sistema Isapre, 68 mil personas se trasladarán del sistema privado al público, lo que representa al 2% de la cartera y así hasta 511 mil personas si el costo fuera de $22 mil, representando el 18% de la cartera. Es la estimación hecha por la Asociación de Isapres como impacto de una tarifa del PGS[1]. Señaló que una solución sería tarificar por riesgo, con una herramienta que diferencie tarifa fijada por ley, pudiendo ser una tarifa diferenciada por ley, que morigere el factor para las cargas menores de 24 años. Otra solución podría incluir los aportes de los empleadores para financiar las diferencias que se producen entre el precio teórico entre el plan garantizado de salud y la cotización aportada por el trabajador en salud, con un tope individual referido a un valor teórico y no comercial del PGS y el aporte del empleador que resulte deducible de impuestos. Al Estado le resulta más conveniente financiar deducción de impuesto a empleadores, que financiar la salud de personas que se trasladarían a Fonasa y evitaría recargar más los servicios estatales

Sobre la complejidad de la transición, señaló que se deben adoptar las medidas necesarias para evitar que el proceso fracase. Es un cambio del modelo para 2.800.000 personas; queda pendiente en el reglamento, una definición del PGS y su arancel, queda pendiente la definición del panel de expertos y sus funciones, toda una nueva regulación administrativa del plan base garantizado, el SIL, y los beneficios complementarios. Se debe considerar el efecto de la desafiliación de 150.000 hasta 500.000 personas, según sea el alcance y precio del plan garantizado de salud. Podría producirse una nueva judicialización en el caso que los afiliados perjudicados desearan mantener condiciones actuales; se debe regular el inicio de movilidad entre Isapres en el PGS, se deben minimizar comportamientos oportunistas, adecuar las redes de prestadores por parte de las Isapres para responder al PGS, las Isapres deberán realizar cambios del modelo control y gestión. Asimismo, se iniciará un proceso de aprendizaje e

[1] *Una mujer de 29 años hoy cotiza $21.240 mensuales, si es sola, y esa suma se incrementa según si tiene 1, 2 o 3 hijos (hasta $48.143 mensuales.) Suponiendo una tarifa de $15 mil, con un hijo paga $30 mil, con 2 hijos pagará $45.000.- y con tres hijos $60.000, lo que significa que la mujer sola se beneficia en aproximadamente $6 mil, y con tres hijos, se perjudica en casi $11 mil. Este ejercicio se da en todas las rentas, para hombres y para mujeres, por lo que una mujer a medida que tiene más hijos, más sale perjudicada respecto de la situación actual. Esto es porque la tarifa es plana para todas las edades y sexo, lo que se diferenciaba en la tabla de factores.*

información del nuevo modelo respecto de las instituciones de salud como de los beneficiarios. Por todo lo anterior, es indispensable y por ello aparece relevante el plazo de implementación de este proyecto de ley, estimando que los dos años que se proponen podrían ser muy cortos en atención a la complejidad del modelo.

Ante consultas de los Diputados señaló, que este proyecto es una oportunidad para legitimar más aún el sistema de Isapres, pues de por sí ya está validado en la gente, tan así que los juicios están vinculados a materias de precios y no se relacionan con el otorgamiento de prestaciones, que revela satisfacción con el servicio que entregan las Isapre. Expresó la necesidad que el proyecto no termine afectando los beneficiarios, y que para ello debe hacerse algunos ajustes

Sobre la elaboración del IPC de la salud, señaló que si el INE elabora una muestra suficientemente amplia de cantidades consumidas y de precios debiera ser suficiente con la elaboración de ese IPC.

- **Exposición del Presidente del Colegio Médico, Dr. Enrique Paris,** señaló que la salud debe encontrarse en un contexto de solidaridad y el Colegio Médico estima que los sistemas de salud deben ser solidarios, el aporte de quienes tienen más hacia quienes tienen menos, sin exclusión por enfermedades, ni por edad ni sobreprecio por razones de fertilidad. Es posible que el PGS afecte a las familias numerosas, recordando la baja tasa de natalidad del país durante mucho tiempo, expresó que debiera existir un fondo general para todos los beneficiarios de Isapre o Fonasa, con una administración que implique más apoyo para quienes tienen mayor riesgo.

Señaló que en el proyecto se mantienen las exclusiones para quienes quieren migrar de Fonasa a Isapre, no existe claridad respecto de los mecanismos de reajustabilidad de los precios, y el denominado IPC de la salud debe ser establecido con claridad para saber qué se está aprobando, ello porque la salud se reajusta en un nivel mayor que otras prestaciones y eso debe ser considerado en este punto. Habrá grupos de beneficiarios que deberán hacer esfuerzos adicionales para el pago de su PGS, y otros que podrán acceder a beneficios adicionales, lo que impone un elemento de discriminación para la atención de salud, si ello implica tener un número de personas que emigran a Fonasa, es claro que según las condiciones actuales del sistema público de salud, repercutirá negativamente en la población.

Desde el punto de vista médico, señaló que este sistema disminuirá el sistema de libre elección. Las Isapres y todo establecimiento de salud previsional intentará bajar los costos, y para ello se derivará a donde la atención cueste menos, que es donde el médico es un funcionario al que se le fijan los valores y posiblemente, sin poder atenderlos tan intensamente como debe ser la atención médica al paciente. Igualmente preocupa el tema de las licencias médicas cuyo manejo siempre ha

sido controvertido, pero, indicó, es necesario educar en su uso antes que iniciar amplias persecuciones por el mal uso de ellas.

Ante consultas de diversos Diputados, señaló que era importante que la gente supiera cuáles son los estándares e índices referidos a la atención en un centro asistencial, pues ellos permiten una mejor elección del centro de salud y no sólo por la hotelería, además es necesario tener información transparente en el sistema y que la gente conozca y sepa usarlo para su elección.

Estimó que este proyecto debe ser meditado y discutido, pues tiene muchas áreas que se deben analizar detenidamente, es necesario reinstalar la idea de solidaridad, el proyecto afectará las condiciones de remuneración y empleabilidad de los médicos, pero debe respetarse la situación laboral de los médicos en cuanto a la libertad de ejercer y tener una consulta privada, pero el proyecto tendrá como consecuencia que trabajen en lugares grandes y a un costo mínimo, lo que es importante considerando situaciones de empresas coligadas, que además, debe transparentarse.

- **Exposición de la ex Ministra de Salud, señora María Soledad Barría.**

Hizo varias observaciones al proyecto.

A su juicio, el problema radica en que se reducen los derechos de las personas que se afilian a los sistemas privados de salud. El proyecto se diseñó para solucionar el problema de las Isapres y de la constitucionalidad, para solucionar el problema del financiamiento según se señala en el mensaje.

Indicó que la pérdida de derechos de las personas se refleja en lo que se plantea en el Plan Garantizado de Salud (PGS). Este PGS contempla las garantías GES, de manera que no hay un plus, igualmente incorpora la ley de emergencias, las coberturas catastróficas, que si bien no están por ley, constituyen derechos adquiridos para la totalidad de los usuarios del país del sistema Isapre, contempla prestaciones preventivas como el control del embarazo y de niño sano y un arancel que no cumple con lo que hoy tienen las Isapres. Es decir el proyecto de ley garantiza menos que lo que existe hoy, pues hoy existe un piso de prestaciones y de financiamiento de ellas, en base al arancel modalidad libre elección. Se están desregulando los beneficios: Se habla de un arancel que queda entregado a la decisión del Ministerio de Salud y de un Consejo consultivo, formado por representantes de las Isapres y de los prestadores privados para la definición del arancel.

Un segundo tema tiene que ver con la licencia médica. Relevante desde el punto de vista de la seguridad social como lo es la necesidad de reposo en casos de enfermedad y que es parte del tratamiento médico. Sin embargo, en el proyecto de ley, los Subsidios de Incapacidad Laboral, (SIL), se transforman en seguros individuales, que se pactan con la Isapre, que fija un precio y señala la cobertura, siendo de preocupación el que las Isapres puedan rebajar los precios por los SIL, pero

agregando días de exclusión, modificándose el derecho a la seguridad social en el sentido de eliminar la solidaridad, lo que es una pérdida para los trabajadores. Además, el precio de ésta licencia lo pone la Isapre, y el trabajador deberá pagarlo con su cotización del 7%, es decir, la Isapre puede ponerlo pero el trabajador debe pagarlo porque forma parte de su cotización. Esto es reflejo de las diferencias del poder entre las Isapres, los trabajadores y la consiguiente pérdida del principio de seguridad social que es el de compartir los riesgos.

Un tercer tema, se refiere a que se otorgan facultades a la Superintendencia de Salud, para todo lo relativo al Subsidio de Incapacidad Laboral, donde surge la pregunta de qué pasa con las COMPIN y la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), se debe ver en que se topan y como se soluciona aquello, pues se establecen diversos casos en que la Superintendencia va a fiscalizar sin resolver el alcance de supervisión y fiscalización de la SUSESO y las COMPIN. Explicó que también se disminuyen derechos al diluir las garantías AUGE. Es muy vago lo que se dice respecto de la situación del Consultivo, pues el AUGE pasa a ser parte del PGS y al establecerse un nuevo Consejo, hay que ver como actúa con el Consultivo AUGE y cómo se dirimen las diferencias entre ambos.

Expuso que las garantías GES se reajustan cada 3 años, siempre que haya incremento de prestaciones, y en el proyecto de ley el incremento pasa a ser anual, lo que significa otra pérdida para los usuarios de Isapre.

Se elimina al cotizante cautivo, pero las preexistencias siguen existiendo. Respecto de las preexistencias, planteó la constitucionalidad del tema. Se dice que las Isapres están obligadas a aceptar a aquel cotizante que viene de otra Isapre, pero no si viene de Fonasa, y se mantienen las pre existencias para todo lo relativo a los beneficios complementarios. Las exclusiones y preexistencias siguen sin regulación alguna al pasar a los beneficios complementarios, de manera que los beneficios complementarios pasan a ser como eran antiguamente las prestaciones de las Isapres, es decir, sin ninguna regulación, con miles de planes, donde sólo tienen que informar a la Superintendencia de la existencia de los planes, no hay ninguna regulación de esos planes, materia en la que se había avanzado para disminuir la variabilidad de los planes.

Por otra parte señaló que el Consejo Consultivo no tiene representación por parte de los usuarios, lo que a su parecer favorece a las Isapres. Señaló que el mensaje señala que el objeto del proyecto es resolver el problema del financiamiento de la salud privada.

En relación con el IPC, manifestó que éste favorece absolutamente a las Isapre, pues este IPC analiza sólo las prestaciones de salud de los privados, es un mecanismo que indexa prestaciones y no factores, no el costo del recurso humano o del incremento de la tecnología.

Señaló como aspecto positivo del proyecto lo que se refiere al establecimiento de la tarifa plana y única para todos los afiliados al plan, sin perjuicio de que lo que se garantiza es menos de lo que actualmente se tiene, con gran posibilidad en el manejo de los precios, hay una exclusión de derechos que pasan a llamarse beneficios complementarios y término de importantes regulaciones que se fueron conquistando, desde la creación del sistema, como en los casos de cesantía y otros.

Estimó que es un proyecto de ley que establece la balanza a favor de las Isapres, que perjudica a los cotizantes del sistema de salud privado, que encarecerá el costo de la salud privada. El proyecto no significa mayor estabilidad jurídica y no aporta en cuanto al principio solidario, y afecta al subsidio de incapacidad laboral al entregar nuevamente al mercado una materia que es de seguridad social.

- **Exposición del abogado, señor Pedro Barría,** quien solicitó expresar su opinión sobre el proyecto, en atención a su experiencia en tribunales con este tema.

Señaló que el año 2000, la Corte suprema falló por primera vez un alza de precios de planes. Recordó que en 2010 se presentaron en la Corte de Apelaciones de Santiago, 25.000 recursos contra el alza de precios.

Como primer punto señaló que el proyecto como ha sido presentado aumentará la judicialización pues contiene, a su juicio un conjunto de normas que son inconstitucionales y porque viola un principio de derecho internacional público, asumido por el ordenamiento jurídico chileno, como es el principio de progresividad y no regresividad de los derechos económicos, sociales y culturales, pues alcanzado cierto nivel de beneficios, éstos no pueden disminuirse, principio que recoge el artículo 26 de la Convención de Derechos Humanos. Al aprobarse el proyecto con este tipo de regresiones, el Estado de Chile queda en situación de ser llevado a tribunales internacionales.

Señaló que este es un proyecto que se presenta para dar respuesta al problema del alza de precios de las Isapres, refiriéndose a la gran cantidad de fallos de las Cortes de Apelaciones en materia de alzas de precios base y las sentencias de inconstitucionalidad que establece el Tribunal Constitucional. Pero, a su juicio, el proyecto no recoge la doctrina de ese Tribunal, que estableció que la regulación de la estructura de las tablas de factores no puede ser entregada por la ley a un organismo administrativo como la Superintendencia de Salud, porque es materia de Seguridad Social. El proyecto le entrega por única vez a la Superintendencia, la facultad de fijar los criterios para el reajuste del año 2012, lo que es inconstitucional, lo que implica recurrir de inaplicabilidad por inconstitucionalidad. Además, el proyecto entrega el sistema de reajustes a un reglamento que dictarán los Ministerios de Economía y de Salud, es decir, por reglamento se permite regular materias de seguridad social, con el derecho de

propiedad, el poder elegir entre los sistemas de salud, el derecho de acceso y protección de la salud, que es precisamente lo que el Tribunal Constitucional ha declarado inconstitucional.

Recordó que cuando se produjo el cambio de sistema previsional, el Estado de Chile estableció una norma transitoria en que se reconocía el derecho de jubilar por el sistema de cajas de quienes estaban en condición de hacerlo, por 6 meses para elegir entre el sistema de cajas y el de AFP, y esta facultad el proyecto de ley no la establece. En el traslado del sistema antiguo al nuevo, con cerca de 1.5000.000 contratos, se violan los derechos adquiridos de los afiliados, porque al igual que las Isapres, tienen derecho al precio que han alcanzado los contratos de salud, y a los beneficios que se les otorgan en virtud de ese precio, de manera que traspasar el contrato a un nuevo sistema. El proyecto, en el artículo primero transitorio, establece que la Isapre dará tres opciones: 1) Que mantenga los beneficios, en cuyo caso la Isapre asignará un precio al PGS, un precio por cobertura SIL y un precio a los beneficios complementarios, pudiendo ocurrir que el precio de los tres elementos sea superior al precio que se paga actualmente, es decir, los mismos beneficios a un mayor precio, lo que es inconstitucional. 2) La Isapre mantiene el precio, pero para ello rebaja los beneficios complementarios, que también es inconstitucional, y 3) La Isapre sólo propone un plan garantizado de salud sin beneficios complementarios, que también es inconstitucionalidad.

A continuación, se mencionan alguna de las observaciones al proyecto, señaladas por el invitado. Sobre el sistema de reajuste de precios señaló que se separa en varios aspectos de los fallos de inconstitucionalidad pronunciados por los tribunales. El inciso primero del artículo 198 propuesto, señala que el INE calculará ciertos indicadores y que un reglamento establecerá la forma de calcularlos, lo que significa darle facultades al ejecutivo para dictar un reglamento como quiera, que es lo que se declaró inconstitucional en materia de tablas de factores, pues el legislador habría violado la constitución al permitir esa delegación reglamentaria.

El sistema de fijación de precios tiene un claro sesgo favorable a las Isapres con el correlativo detrimento del cotizante del sistema de salud, porque la forma de cálculo recoge la argumentación continua de las Isapre en las juicios ante las Cortes, pero ignora los fallos de los tribunales que han dicho que la frecuencia de uso en un seguro no puede considerarse como elemento para reajustarlo. Por otra parte, el INE usará factores de cálculo que solo favorecerán el alza de precios, pero no los que se refieren al aumento de afiliados o de aumentos de sueldos y salarios o indicadores de ahorro de gastos administrativos de la Isapre.

Sobre el panel de expertos, señaló que se externaliza a privados un tema público. El panel hará cálculos referenciales que serán dogmas de fe, con una presunción que establece que si la Isapre ajusta hasta el índice referencial, se presume

justificado. En seguida objetó que para ser miembros del panel de expertos, que no se establece no se impide la falta de probidad, como sería ser miembro del panel de expertos y ser afiliado a una Isapre, porque el afiliado a una Isapre depende de sus decisiones de cobertura. Esa incompatibilidad no se establece en el proyecto -y no se les puede aplicar la ley de probidad administrativa-, y advirtió por qué no se entrega la tarea completa de calcular el IPC al INE.

A su juicio, el proyecto tiene una regresión en materia de licencias médicas, que a pesar de ser un derecho, puede llevar a una venta del mismo y su consiguiente reposo, como hay gente que vende sus vacaciones.

Otra regresión es la negación artificial de la cautividad, se borra la cautividad pero existe en los beneficios complementarios. En el PGS existe libre desplazamiento inter Isapre, pero no en los beneficios complementarios en que se pide declaración de salud, de manera que seguirán existiendo beneficiarios y cotizantes cautivos.

Es negativo que el proyecto no contemple la participación de los pacientes en los Consejos que toman decisiones -no lo tiene el Consejo Consultivo del PGS-.

- **Exposición del Decano de Economía de la Facultad de Economía de la Universidad del Desarrollo, señor Rodrigo Castro,** concentró su presentación en 4 aspectos que consideró relevantes en el proyecto: la definición del Plan Garantizado de Salud, su costo, efectos y diseño y construcción del fondo de compensación, y el desafío de su implementación.

Respecto al primer punto, señaló que existe bastante literatura sobre la definición de mínimos garantizados, especialmente en materia de salud, y lo que hace el PGS es avanzar en la construcción de esos mínimos, en la lógica de la solidaridad de riesgos, que trata de enfrentar la discusión constitucional existente, pero es una herramienta que no está exenta de costos, pero también con beneficios. Sobre los costos a través del tiempo, con una prima comunitaria -tarifa plana-, para un plan respecto del cual no se tiene la estimación del costo técnico, generará una reducción en el sistema de Isapre, porque hay un grupo de familias que en el costo de esa tarifa comunitaria será excesiva para el 7% que disponen, y por lo tanto se generará un flujo de personas que se moverán hacia el sistema público de salud. De acuerdo a lo que se puede estimar en base a evidencia internacional, se genera en el sistema privado una cartera de mayor nivel de ingresos y un menor nivel de riesgo, por lo que el costo técnico de ese PGS, se incrementará en el tiempo y generará impacto en la desigualdad, y quienes migren hacia el sistema público deberán enfrentar un mayor copago y gasto de bolsillo.

El proyecto busca mejorar los niveles de equidad que se aplican en el sistema de salud, viéndose un efecto nocivo en el definir una prima comunitaria que está circunscrita en el sistema de Isapre, y no se comunica con el sistema público. Esto se vio en el diseño del Fondo de Compensaciones de riesgo inter Isapre, respecto de la posibilidad que estos 2 subsistemas puedan comunicarse para darle fluidez a que los cotizantes y cargas beneficiarias tuvieran movilidad entre un sistema y otro. La alerta sobre el tema es que esta situación podría generar pérdida de derechos en el mediano y corto plazo para cotizantes y beneficiarios del sistema privado.

Sobre los Beneficios Complementarios (BC), y la posibilidad usar excedentes, señaló como positivo la mayor libertad, pero advirtió que hay más riesgos en cuanto pueden haber mayores incentivos a los cotizantes y beneficiarios en relación a sobre asegurarse, sobre cotizar, lo que ocurre en las Isapre y también en Fonasa.

En relación a la definición del Índice de Precios en Salud (IPS), la experiencia de las universidades Católica y del Desarrollo en la elaboración de esos índices, señala que el principal elemento para su determinación es la frecuencia de uso, por ello el INE no sólo elabora el IPC sino también un índice de frecuencia. Esto se vincula con el cambio de perfil demográfico, epidemiológico y de desarrollo económico de todo país, que implica que más personas demanden prestaciones de salud, elevando la frecuencia de uso. Destacó este elemento como índice de variación del gasto en salud, determinado por la variación en la frecuencia, donde hay espacio para lograr mayor eficiencia en el gasto en salud.

Respecto a la separación de la cotización del PGS y las demás coberturas y las licencias, a su juicio es una buena solución porque entrega los incentivos correctos, pero el proyecto puede avanzar en la flexibilidad que tenga el cotizante para contratar con distintos actores, seguros o aseguradoras, ese componente del plan en cuanto a licencias médicas curativas y para contratar diferentes esquemas de coberturas. En Chile la cobertura por licencias médicas, a nivel internacional, es bastante generosa y se esperaría que el proyecto de ley hiciera mejoras en el incentivo que tienen las licencias médicas curativas.

- **Exposición (conjunta) de los académicos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y miembros de la Comisión de Expertos, señores Fernando Muñoz y de Marcos Vergara.**

El resultado obtenido por la Comisión de Expertos, convocada por el Presidente de la República, consistió en haber diseñado un Plan Garantizado de Salud (PGS) que se financiara con primas idénticas para todos los beneficiarios del sistema Isapre, independiente de sus riesgos de enfermar. Es decir, se corrige el problema de la solidaridad entre riesgos. El PGS suprime las preexistencias para los afiliados del

sistema, pues cada Isapre recibirá de un fondo de compensación de riesgos la cantidad de dinero que corresponda por cada uno de los afiliados según su riesgo individual. Eso permite terminar con la “cautividad”, toda vez que permite a los afiliados cambiarse de Isapre, sin restricciones. En un corte en el tiempo (una foto), se benefician más los afiliados con mayor riesgo de enfermar o incurrir en gastos médicos -sea por mayor edad, por ser mujer en edad fértil o por ser portador de una patología crónica o haber padecido alguna enfermedad que pudiera ser determinante de problemas de salud futuros-, ya que pagarán la misma prima que aquellos que tienen menos riesgo de enfermar, quienes solidarizarán con los primeros y, como consecuencia de ello, no se benefician individualmente *en ese momento*. Es decir, en el PGS los riesgos son solidarizados: si bien se benefician las personas de mayor riesgo en un momento dado, todos se benefician en algún momento (hoy por mí, mañana por ti). Esta es la idea. EL PGS ha sido estructurado pensando en ofrecer un esquema de protección suficiente a sus afiliados a lo largo de toda su vida.

El diseño del PGS no incluyó la libre afiliación en consideración a la incertidumbre asociada a la misma, manteniendo la selección de riesgos en lo sucesivo. EL PGS se costeó y sensibilizó usando datos de la Superintendencia de Salud, con el propósito de precisar su viabilidad, obteniéndose tarifas que reflejan el costo promedio por persona del seguro de atención médica, excluido el subsidio de incapacidad laboral e incluidos los gastos de administración, excedentes e incobrables.

El subsidio por incapacidad laboral es un beneficio del cotizante que se financia con el pago de una prima proporcional a los ingresos y no se tarifica por riesgos.

Las Isapres podrán establecer el precio del PGS en forma competitiva, pero deberá ser único para todos sus beneficiarios; además, podrán vender otros productos de salud: planes complementarios, beneficios adicionales, cobertura internacional, cobertura para medicamentos ambulatorios, etc. La comisión valoró que esto pudiera ocurrir en un ambiente más regulado, cuidando las asimetrías.

Los productos deberían venderse a quienes cuenten con un PGS contratado y podrían ser vendidos en conjunto con el PGS, pero informando por separado el valor de cada producto y permitiendo siempre la compra exclusiva del PGS. Un grupo de los actuales afiliados a Isapre deberá hacer un esfuerzo adicional para comprar el PGS, ya que el 7% de sus remuneraciones podría resultarles insuficiente (fenómeno distinto al de la solidaridad por riesgos). Del mismo modo, para un conjunto de personas la prima plana a pagar por el PGS estará por debajo del 7% de sus remuneraciones y se generaría un excedente.

Hizo presente que algunos temas no fueron resueltos por la Comisión de Expertos: Persisten los dos “pool de riesgo”, con barreras de acceso a los

seguros previsionales privados. La reajustabilidad de los planes: lo que incluye el proyecto de ley no responde a una discusión de la Comisión. Impacto sobre el trabajo Médico. El PGS promueve la realización de convenios de mutua conveniencia entre prestadores y aseguradores y reduce el espacio de la libre elección pura, que ya es pequeño en Chile. La distinción entre PGS (seguridad social) y plan complementario (mercado) no es clara.

El tema central que la Comisión resolvió fue la restitución de la solidaridad por riesgo dentro del componente de seguros previsionales privados del sistema de seguridad social chileno, materia que fue motivo del pronunciamiento del Tribunal Constitucional en el 2010 y que dio origen al mandato de la Comisión.

Esta no es la reforma definitiva del sistema de seguridad social de la salud en Chile que se ha planteado en esta Comisión, pero la propuesta y sus consecuencias representarán un avance en esa dirección.

Finalmente, a la pregunta de si mejora este plan la actual situación de los beneficiarios de las Isapre, señaló que en la actualidad, los cotizantes de Isapre sufren aumentos significativos del precio de su plan cuando se dan ciertas circunstancias, como cuando las hijas llegan a la edad reproductiva o cuando los adultos pasan los cuarenta años. Esto se acaba para las prestaciones incluidas en el PGS. Quienes al momento de inicio del PGS deban pagar más que su actual aporte para adquirirlo, deberán tomar su decisión considerando su futuro.

- **Exposición de la representante de "salud: un derecho", señora Vivianne Bachelet.**

Como primera cuestión, la invitada cuestionó que la Comisión convocada tuvo una composición cuoteada, con representantes del oficialismo y de la Concertación, así como del mundo de las Isapre, sin invitación a representantes del mundo ciudadano, social o político que pudiesen expresar una postura alternativa frente a la que sostienen los miembros de esa Comisión. Dicha comisión de expertos, en realidad es una comisión política. Hizo notar que hay más expertos en el país que representan una mayor variedad de opiniones y posiciones respecto de esta temática y que no se vieron reflejados en el panel. En consecuencia, estimó que la comisión tuvo el objeto único de generar un escrito políticamente consensuado dentro de una línea de pensamiento homogénea acerca de la problemática de salud. Agregó que durante 2010 trabajó una comisión de expertos llamada la Comisión Presidencial en Salud y cuyas deliberaciones finales no han sido tomadas en cuenta, lo que indica un esfuerzo inconducente.

A través de esta iniciativa el gobierno dice que se va a hacer cargo de los fallos del Tribunal Constitucional sobre la tabla de factores y la discriminación en los planes de salud de las Isapre, sin embargo el mandato dado a la comisión se enfoca

en solucionar el problema de la industria de las Isapre, generando un intento de resolver los problemas de inconstitucionalidad inherente al sistema, se pretende legitimar la separación entre beneficiarios de Fonasa y afiliados de Isapre, consolidando la segregación entre ricos y pobres, en que el acceso a la salud se da en función de la capacidad de pago y no en función de las necesidades de las personas.

A su juicio, el problema radica en la falta de legitimidad del sistema segregador, que quedó consagrado en la Constitución Política. Las Isapre fueron creadas por un decreto con fuerza de ley que no fue democráticamente deliberado, y que se intenta rectificar cuestiones que no son rectificables amén de una reforma estructural profunda que integre los dos subsistemas separados.

El proyecto plantea que las Isapre comercializarán seguros complementarios de salud adicional al PGS, además de administrar cuentas de ahorro para la salud. El proyecto no se pronuncia sobre la regulación que debería existir de esta industria paralela, la que podría ser de mayor rentabilidad para esas empresas y generar mayores cargas de copago para los afiliados. Ello lleva a preguntarse, señaló, si será la Superintendencia de Salud, o la de Valores y Seguros la encargada de velar por la protección de las personas en materias de salud.

Salud un derecho, en base a los cuatros principios que debieran inspirar el sistema, concluye que:

a. Solidaridad. La prima plana que se pretende cobrar según esta iniciativa legal produce una seudo solidaridad entre los que más tienen, y presenta elementos de regresividad. No es solidario porque no incorpora a toda la población en un fondo común. Es regresivo porque la prima es igual para todos, independiente de sus ingresos reales. Insiste en el concepto fundamental de que las cotizaciones legales obedecen a la lógica de la seguridad social; en consecuencia, los excedentes no pueden ser de apropiación individual como pretende institucionalizar este proyecto.

b. Universalidad. El proyecto de ley crea un plan garantizado sólo para un sector de la población, con una institucionalidad ad hoc. La filiación al plan está abierta sólo para los cotizantes de Isapre y es cerrada para los de Fonasa.

c. Igualdad. La iniciativa legal profundizará la segmentación socioeconómica porque dará viabilidad en el tiempo al sistema privado de aseguramiento en salud, que genera una salud para ricos y otra para pobres. Si bien el proyecto elimina la discriminación por sexo y edad en el plan garantizado - no en los seguros complementarios y otros - profundiza la discriminación por clase social.

d. Gratuidad. Con la implementación de la iniciativa legal, el beneficiario deberá efectuar copagos cada vez que utiliza el sistema, y deberá contratar seguros complementarios para contener su nivel de exposición financiera frente a eventos de enfermedad. La introducción de un IPC de la salud asegura y legitima “técnicamente”

el alza de los precios, por sobre el IPC. La suma de estos cobros, más los copagos que los cotizantes deberán efectuar por cada prestación y acto médico, llevará a grados de desprotección incluso mayores de los que hoy se observan en el subsistema Isapre.

La propuesta favorece la concentración e integración vertical en el subsistema privado de salud, entre aseguradores y prestadores, lo que conlleva colusión y disminución de la competencia, cuyo resultado será la limitar el acceso de las personas a las prestaciones y desprotección.

Indicó que de prosperar la propuesta, la mayor implicancia previsible es que una legislación como la planteada dificultará una discusión a fondo sobre las limitaciones actuales en el ejercicio del derecho a la salud. Esta propuesta técnica podrá mejorar circunstancialmente la situación de las Isapre, pero dilatará la verdadera urgencia, que es la discusión en profundidad del sistema en su conjunto. Los mecanismos propuestos, en vez de proteger el derecho a la salud de los beneficiarios del sistema Isapre, traspasa el riesgo del negocio de la aseguradora, al asegurado. Esto es evidente en el nivel de copago de los cotizantes, que figuran en cada momento que el afiliado utiliza el sistema. Para que la acumulación de copagos no signifique una carga insostenible para el cotizante, este deberá recurrir a los convenios que ofrecen las Isapre, con sus propios prestadores, en red cerrada o preferente, con el riesgo concreto de concentración económica en el sector y el camino queda abierto a los abusos.

Las consecuencias a mediano-largo plazo, según la evidencia científica internacional, es que los copagos reducen el uso de los servicios de salud; aumentan la incidencia de efectos adversos como hospitalizaciones y mortalidad; y no generan eficiencia en el sistema ya que traspasan gastos a eventos futuros más costosos. Esto es notoriamente regresivo, porque estos problemas afectan a los más pobres o con menor capacidad de copagar.

Cuando se introduce la lógica del mercado y del lucro a la institucionalidad de salud, tal como ocurre en base a aseguradoras privadas, se canalizan energías y recursos en encontrar mecanismos que hagan factible la rentabilidad del negocio y la generación de utilidades como las que se han visto en el sistema Isapre. El foco no está puesto en las necesidades sanitarias de muchos, sino en cómo las empresas del rubro generan ingresos y disminuyen costos. La consecuencia es que se afecta la calidad y cobertura de la atención de los usuarios.

Con estas propuestas el derecho a la protección de la salud en el subsistema Isapre será en función de la capacidad de pago y de copago, situación que no afecta a los ricos extremos del país, pero sí al resto. La primera fuente de financiamiento de la salud en Chile proviene del presupuesto familiar, y a mayor gasto privado en derechos sociales, mayor desigualdad estructural. La discusión debiera versar sobre el derecho a una salud de calidad, gratuita e igualitaria, de financiamiento solidario.

Propone que si se va a crear un plan garantizado de salud, éste debe responder a las necesidades de salud de la población y ser igual para todos. Se debe introducir una prima solidaria universal en vez de la prima plana regresiva que propone esta iniciativa. Se debe crear un fondo nacional único de riesgo, con ajustadores de riesgo que reflejen la adversidad socioeconómica y el perfil de morbilidad de la población.

- **Exposición del Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, señor Oscar Arteaga.**

Señaló que analiza del proyecto de ley desde el punto de vista de la seguridad social, mecanismo mediante el cual la sociedad debidamente organizada, otorga protección a sus miembros contra diferentes estados de necesidad que limitan las capacidades de las personas para poder vivir.

Ante esa circunstancia, las personas asignan una cifra marginal de sus ingresos a objeto de preverla, y es lo que genera la relación con las aseguradoras, Los seguros sociales desligan el riesgo de la capacidad de contribución individual, por ello el sistema se financia según capacidad de contribución de cada persona y su uso es en función de las necesidades de cada persona, concretando el principio de la solidaridad, pues los sanos financian los enfermos, los ricos a los pobres y los jóvenes a los viejos.

Desde la perspectiva de seguridad social, se manifestó contrario al proyecto de ley en los términos que se ha presentado, manifestando la necesidad de un proyecto de ley que aborde el sistema de salud en su conjunto, de acuerdo a las recomendaciones de la Comisión Presidencial constituida al inicio del actual Gobierno, de manera de terminar con la discriminación y fortalecer la cohesión social.

De esa manera, se debe apoyar los proyectos que fortalecen la seguridad social, así se debe entender en los proyectos de eliminación del 7% de los jubilados y de ampliación del postnatal. En el caso del proyecto de ley en comento, se trata de resolver el problema de la no discriminación por riesgo, según estableció el fallo del Tribunal Constitucional. Señaló que las Isapre son entidades privadas que administran un seguro público, como existen en distintos países desarrollados que han optado por el sistema alemán. No corresponde entonces denominar sistema privado al subsistema de Isapre de nuestro sistema de seguridad social. Explicó que el proyecto aborda sólo una parte del sistema de seguridad social en salud, reproduciendo una debilidad de la sociedad chilena, que no le permite tener un sistema de seguridad socialmente integrado.

El proyecto establece la creación de un fondo solidario de compensación en el sistema Isapre, que distribuirá recursos desde carteras de

instituciones menos riesgosas hacia aquellas que lo requieran. Sin embargo, la población con mayores riegos está en Fonasa.

Al establecerse un Plan Garantizado de Salud que se definirá por cada Isapre, que podrá fijarse al decir del proyecto en moneda de curso legal o en Unidades de Fomento, se trata de un mecanismo regresivo, pues aunque se trata de la población de más altos ingresos, para quienes están en la parte más baja de este segmento el costo del PGS será proporcionalmente mayor que para aquellos que están en la parte de más altos ingresos.

Es especialmente delicado establecer que los excedentes a que haya lugar se destinarán a la respectiva cuenta individual, pues el proyecto consolida el carácter individual de la cotización de salud, alejando así la propuesta de los estándares de seguridad social, donde la cotización obligatoria en salud es un mecanismo para garantizar la salud para todos, y no es propiedad de cada individuo, pertenece al sistema de seguridad social, equivalente a los impuestos generales que forman el modelo de seguridad social inglés.

El proyecto asigna al INE la obligatoriedad de calcular indicadores de variación de precios de prestaciones de salud, lo que establece un mecanismo que presionará al alza de los precios, eliminando la principal responsabilidad de los aseguradores en un sistema de seguridad social, que es desarrollar mecanismos de control de precios de los prestadores. En la actual situación, los aumentos de precios se transfieren a precios de planes que pagan los afiliados a las Isapre y el proyecto dispone de un mecanismo que institucionaliza las alzas, de modo que los aseguradores no modulan las alzas de precios de los prestadores, a través de la capacidad de compra de prestaciones.

Un aspecto positivo que tiende a fortalecer la seguridad social es que se establece la obligatoriedad de las Isapre de suscribir contratos indefinidos con sus afiliados, así como la imposibilidad de ellas de negar el ingreso de nuevos afiliados.

Calificó la propuesta como parcial y que no incorpora ideas claves de la experiencia internacional, esencialmente no considera al conjunto de la seguridad social de salud.

- **Exposición del académico del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile, señor Camilo Cid Pedraza.**

Calificó la propuesta como parcial y que no incorpora ideas claves de la experiencia internacional, esencialmente no considera al conjunto de la seguridad social de salud. La salida funcional es la salida natural al problema: conformación de un solo pool de riesgos nacional y pagador único, ajustado por riesgo.

Señaló que se trata de un problema general que requiere una solución global. Las mejores soluciones conocidas están en la experiencia de países emblemáticos con seguridad social de salud. Haciendo abstracción del problema de parcialidad, el diseño no logra objetivos, de acuerdo a lo aprendido a nivel internacional, no se ajusta la propuesta de PGS.

El esquema de financiamiento es el de un sistema de salud segmentado por riesgos e ingresos, el gasto per-cápita Isapre es más del doble que el de Fonasa. Unos gastan casi como país desarrollado, otros menos que la media de América Latina. La OMS sugiere un gasto público en salud cercano al 6% del PIB para países como Chile, pero estamos en menos del 4%. El gasto de bolsillo es el más alto de la OECD (38%) y la OMS sugiere que no debe sobrepasar el 10-15%. La cobertura del sistema en su conjunto se ve cuestionada por la baja protección financiera

La propuesta de la comisión PGS, es de precios per-cápita por cada Isapre. Listado de prestaciones Médicas Libre Elección (incluye GES + CAEC) considera un costo a precios medios de las clínicas más baratas de $17.000, pero el gasto medio en Isapre es de $35.000. El fondo de compensación entre Isapre ajustado por sexo y edad con afiliación abierta inter-Isapre en el PGS está cerrada para Fonasa. Si con el 7% no alcanza para cubrirse, el cotizante debe aportar más o irse a Fonasa. Si sobra de la cotización se genera ahorro, que puede servir para la compra de cobertura complementaria en el PGS o fuera de él en la misma u otra Isapre. Respecto de los copagos GES-CAEC. Los copagos varían además de acuerdo a beneficios complementarios contratados. El SIL es un seguro dentro del seguro con 1,5% de la cotización.

Sobre el pool de riesgos, lo recomendable es un solo fondo central de riesgos nacional con multiseguros en los sistemas de seguridad social o único en los SNS. La propuesta es al menos dos Fondos: Fonasa e Isapres. En lo complementario sigue todo igual (14 fondos). En la contribución solidaria al Fondo, se recomienda una prima solidaria universal proporcional al ingreso para incorporar solidaridad de las rentas, y se propone una prima plana, regresiva, fijada libremente por cada una de las Isapres

En materia de coberturas/copagos, se recomiendan copagos homogéneos asociados a rentas. Un Plan implica un sistema de copagos homogéneos. La propuesta es de copago fijo, alto y heterogéneo según segmento del Plan. La propuesta es de varios tipos de copagos, lo que implica existencia de varios planes.

En cuanto a los planes complementarios, se recomienda que éstos sean separados de plan de seguridad social y no complementos al plan de seguridad social; aquí se propone mezclas de planes PGS y complementarios administrados por las Isapres y complementos en el propio PGS.

Para la contención de costos es recomendable el desarrollo de modelos de pago mixtos a proveedores, pero la propuesta que se elaboró, es de generar una IPC de la salud.

En cuanto al ajuste de los riesgos, lo recomendable es seguir aspectos socio-demográficos e incorporar la creciente morbilidad para lograr predecir por sobre el 35% los gastos. Aquí la propuesta es comenzar sólo con sexo y edad que solo es capaz de predecir hasta el 3% de los costos individuales.

En materia de movilidad se debe propender a una afiliación abierta y general, con períodos de cambio predefinidos, pero se opta por una movilidad abierta sólo entre Isapres y sólo para el PGS y deja cerrada la movilidad para Fonasa.

En cuanto al Subsidio de Incapacidad Laboral, la idea es considerarlo dentro o fuera de la salud, dependiendo si se entiende cercano a salud o a trabajo. El proyecto propone un seguro en el seguro, la cotización separada dentro del seguro de salud y administrado por la misma Isapre  Como una solución funcional se deben considerar elementos clave, como el financiamiento y los precios. Un fondo central financiado por el 7% de manera de generar un solo pool de riesgos. La decisión individual de elección de una aseguradora con afiliación abierta, un plan amplio, universal, con beneficios y cobertura financiera homogénea, con una prima comunitaria para todos los miembros de una Isapre y copagos máximos según renta y una red de proveedores que diseña cada Isapre de modo que las personas al elegir un seguro eligen una red de atención y con la posibilidad de un seguro complementario para lo que no cubre la cartera de prestaciones general, pero en aseguradoras distintas.

* * * * * * * *

- **Votación general del proyecto.**

La Comisión, compartiendo los objetivos y fundamentos tenidos en consideración en el mensaje, y luego de recibir las explicaciones del Ministro de Salud y demás invitados que fueron escuchados, que permitieron a sus miembros formarse una idea sobre las implicancias y la incidencia real que tienen las modificaciones propuestas en el proyecto de ley, **procedió a dar su aprobación a la idea de legislar por mayoría de votos (nueve a favor y dos abstenciones).**

*Votaron a favor los Diputados José Antonio Kast, Cristián Letelier, Javier Macaya, Nicolás Monckeberg, Marco Antonio Núñez, Karla Rubilar, Víctor Torres, Marisol Turres y Gastón Von Mühlenbrock.*

*Se abstuvieron los Diputados Enrique Accorsi y Juan Luis Castro.*

* * * * * * * *

**b) Discusión particular.**

Durante la discusión artículo por artículo, la Comisión llegó a los siguientes acuerdos:

* * * *

Como cuestión previa, la Comisión acordó proceder a votar en un solo acto aquellas disposiciones del proyecto que no fueron objeto de indicaciones.

Puestos en votación según el acuerdo, los numerales 11), 12), 20), 21), 25) 26), 31), 32) y 37) del artículo 1°; los artículo 3° y 4°; el artículo segundo transitorio, el artículo quinto transitorio y sexto transitorio, se aprobaron por mayoría de votos (7 votos a favor, 1 en contra y 1 abstención). Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Mario Bertolino (en reemplazo de la Diputada Karla Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock. Votó en contra el Diputado Accorsi. Se abstuvo el Diputado Schilling en reemplazo del Diputado Castro.

* * * *

**Artículo 1°.-**

Numeral 1)

1) Reemplázase en el inciso primero del artículo 107 la oración “en relación a las Garantías Explícitas en Salud, los contratos, las leyes y reglamentos que las rigen” por la siguiente: “en relación al Plan Garantizado de Salud, a la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral y los Beneficios Complementarios, contenidos en los contratos de salud, las leyes y reglamentos que las rigen”.

No se presentaron indicaciones.

Puesto en votación **se aprobó por mayoría de votos. (12 a favor y 1 en contra)**

*Votaron a favor los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Monsalve, Núñez, Cristián Monckeberg (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Silber, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

*Votó en contra el Diputado Accorsi.*

Numeral 2)

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

a) Agrégase al final del primer párrafo la siguiente oración “tratándose de los Beneficios Complementarios de Salud”.

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.”.

No se presentaron indicaciones.

**Puesto en votación aprobó por mayoría de votos. (11 a favor y 2 en contra).**

*Votaron a favor los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Monsalve, Núñez, Cristián Monckeberg (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

*Votaron en contra los Diputados Accorsi y Silber.*

Numeral 3)

El texto del mensaje es el siguiente:

“3) Introdúcense las siguientes modificaciones en el 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 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; 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”.

b) Sustitúyase su literal k), por la siguiente:

“k) La expresión “Beneficio Complementario”, por cualquier beneficio o conjunto de beneficios de salud, contratado libremente por los afiliados, que aumenten la cobertura prevista en el Plan Garantizado de Salud o que otorguen cobertura a prestaciones no incluidas en dicho plan.”.

c) Sustitúyase 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) Sustitúyase 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), nuevo:

“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), nuevo:

“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.”.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber para reemplazar en la letra a) del numeral 3), en la letra i) la frase “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”, por la siguiente:

“”y la totalidad de las prestaciones de la modalidad de libre elección Fonasa y la cobertura financiera que se fije para el arancel, el que deberá ser a lo menos equivalente al 254 por ciento para cada una de ellas.”.

**Se declaró inadmisible.** Sin perjuicio de ello el Ejecutivo manifestó su conformidad con la idea, comprometiéndose a recogerla como indicación en el trámite de la Comisión de Hacienda.

2.- Del Diputado Letelier, para reemplazar en la letra c) del número 3) del artículo 1°, por el siguiente:

“c) Intercalase después de la nueva letra j), la siguiente letra k):

“k) La expresión “Beneficio Complementario”, por cualquier beneficio o conjunto de beneficios de salud, que aumenten la cobertura prevista en el Plan

Garantizado de Salud, o que otorguen prestaciones no incluidas en dicho plan, y que deberán constar en un contrato independiente.”.

**Esta indicación se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).**
*Votaron a favor los Diputados Accorsi, Castro, Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo del Diputado Nicolás Monckeberg), Monsalve, Núñez, Joaquín Godoy (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Silber, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

3.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber para eliminar la letra e).

**Esta indicación se rechazó por mayoría de votos (4 a favor y 6 en contra)**.
*Votaron a favor los Diputados Accorsi, Monsalve, Núñez y Torres.*
*Votaron en contra los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de la Diputada Rubilar) y Von Mühlenbrock.*

**Puesto en votación el texto del mensaje, se obtuvo los siguientes resultados: la letra a) del numeral, se aprobó por unanimidad (10 votos a favor)**. *Votaron los Diputados Accorsi, Kast, Letelier, Macaya, Monsalve, Leopoldo Pérez (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Torres, Vilches (en reemplazo de la Diputada Turres) y Von Mühlenbrock.*
**Las letras c), d), e) y f) del numeral, se aprobaron por mayoría de votos (11 a favor y 2 abstenciones).**
*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Monsalve, Núñez, Godoy (en reemplazo de la Diputadas Rubilar), Silber, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*
*Se abstuvieron los Diputados Accorsi y Castro.*

Numeral 4.

El texto del mensaje es del siguiente tenor:

4) Sustitúyese el inciso primero del artículo 172 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 de los 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. 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.”.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber para eliminar**,** la frase “de la cobertura de los Subsidios de Incapacidad Laboral,”.

**Esta indicación fue rechazada por mayoría de votos (4 a favor y 6 en contra)**.

*Votaron a favor los Diputados Accorsi, Monsalve, Núñez y Torres.*

*Votaron en contra los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de la Diputada Rubilar) y Von Mühlenbrock.*

2.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber para agregar, luego de la expresión “Plan Garantizado de Salud”, la siguiente oración:
“y los Beneficios Complementarios”.

**Esta indicación se aprobó por unanimidad (13 votos a favor)**.

*Votaron los Diputados Accorsi, Castro, Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Monsalve, Núñez, Bertolino (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Silber, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

3.- De los Diputado Núñez y Rubilar, para agregar el siguiente inciso tercero al artículo 172:

“Anualmente, junto a la información que las Isapre envíen a sus afiliados, se deberá acompañar una tabla comparativa, elaborada por la Superintendencia de Salud, en la que se incluyan los precios cobrados por cada Isapre para el Plan Garantizado de Salud, el Subsidio de 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 otra información determinada por el Reglamento.”.

**Esta indicación se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).**

Votaron a favor los Diputados Accorsi, Castro, Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez en reemplazo de Nicolás Monckeberg, Monsalve, Núñez, Godoy (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Silber, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.

**Puesto en votación el numeral (mensaje), se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).**

*Votaron a favor los Diputados Accorsi, Castro, Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Monsalve, Núñez, Godoy (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Silber, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

Numeral 5.

El texto del mensaje es el siguiente:

5) Introdúzcanse las siguientes modificaciones en el artículo 173:

a) Sustitúyese su inciso sexto 173 por el siguiente:

"En las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, las Instituciones podrán repetir en contra del afiliado por el monto que exceda de lo que les corresponda pagar conforme al Plan Garantizado de Salud y los Beneficios Complementarios convenidos".

b) Sustitúyese en su inciso noveno la oración "ni de una suma equivalente al precio del plan de salud contratado, en el caso de los voluntarios" por la siguiente: "ni de una suma equivalente al precio del Plan Garantizado de Salud y Beneficios Complementarios convenidos, en el caso de los voluntarios".

c) Sustitúyese en su inciso décimo tercero la expresión "plan de salud correspondiente", por la frase "Plan Garantizado de Salud y Beneficios Complementarios correspondientes".

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1.- Del Diputado Accorsi y Castro, para sustituir en el inciso primero del artículo 173 del 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, la frase "de prestadores" por la siguiente: "o propiedad de prestadores, ya sea directamente o a través de terceros".

**Esta indicación fue rechazada por mayoría de votos (4 votos a favor y 6 en contra).**

*Votaron a favor los Diputados Accorsi, Monsalve, Núñez y Torres.*

*Votaron en contra los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Turres y Von Mühlenbrock.*

2.- Del Diputado Letelier, para reemplazar el numeral 5) del artículo 1°, por el siguiente:

“5) Introdúzcanse las siguientes modificaciones al artículo 173:

a) Sustitúyase el inciso 6°, 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 convenidos en el respectivo contrato independiente, si lo hubiere.”

b) Sustituyase en el inciso noveno, la expresión “, ni de una suma equivalente al precio del plan de salud contratado, en el caso de los voluntarios”, por la siguiente: “ni de una suma equivalente al precio del Plan Garantizado de Salud más el precio de los Beneficios Complementarios convenidos en el respectivo contrato independiente, en el caso de los voluntarios.”.

c) sustituyese en el inciso 13, la expresión “plan de salud correspondiente”, por la frase “Plan Garantizado de Salud y Beneficios Complementarios que se hubieren convenido.”.

**Esta indicación -letras a), b) y c)- se aprobó por mayoría de votos (11 a favor y 2 abstenciones).**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Monsalve, Núñez, Godoy (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Silber, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

*Se abstuvieron los Diputados Accorsi y Castro.*

**Por igual votación se rechazó el numeral 5) propuesto en el mensaje ((11 en contra y 2 abstenciones).**

Numeral 6

El texto del mensaje es el siguiente:

6) Modifícase el artículo 188 de la siguiente forma:

a) Sustitúyase en su primer inciso la frase “con el precio de la Garantías Explícitas en Salud y el precio del plan convenido”, por la siguiente oración: “con la suma del precio del Plan Garantizado de Salud y el precio de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral, si procediere”.

b) Sustitúyase el numeral 5 de su inciso cuarto, por el siguiente:

5.- Para financiar Beneficios Complementarios que ofrezca la Isapre en la cual se encuentra afiliado, y”.

c) Sustitúyase en el numeral 6 del inciso cuarto la expresión “un plan de salud” por la siguiente: “el Plan Garantizado de Salud y los Beneficios Complementarios convenidos en la Isapre en la cual se encuentra afiliado”.

d) Suprímase su inciso sexto, pasando sus actuales incisos séptimo a noveno, a ser sexto a octavo.

e) Agrégase en el inciso séptimo, que ha pasado a ser sexto, a continuación de la frase “Consumidor y”, la expresión “al menos,” precedida de una coma (,).

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para reemplazar en el literal a) del numeral 6) la expresión “y el precio de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral, si procediere”, por la siguiente:

“y los beneficios complementarios”.

2.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para eliminar la letra d).

**Puestas en votación las dos indicaciones, se rechazaron por mayoría de votos (5 a favor y 7 en contra)**.

*Votaron a favor Accorsi, Castro, Monsalve, Núñez y Torres.*

*Votaron en contra los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Turres y Von Mühlenbrock.*

**Puesto en votación el numeral propuesto en el mensaje, se aprobó por mayoría de votos (7 a favor y 5 en contra)**.

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Turres y Von Mühlenbrock.*

*Votaron en contra los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Núñez y Torres.*

Numeral 7

El texto propuesto en el mensaje es del siguiente tenor:

7) Agrégase el siguiente artículo 188 bis, nuevo, en el “Párrafo 4º De las prestaciones”:

“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, en todo caso, deberá ser el

mismo para todos sus beneficiarios. En ningún caso las Isapres podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio del Plan Garantizado de Salud, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.

Para el otorgamiento del Plan Garantizado de Salud y 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, las Isapres no podrán negar el ingreso y sólo podrán requerir que el cotizante y sus beneficiarios informen sus patologías o condiciones de salud preexistentes, en los términos que indica el artículo 190 de este decreto con fuerza de ley. Asimismo, las Isapres no podrán establecer exclusiones o periodos de carencia, salvo los contemplados en el artículo 190."

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1.- Del Diputado Letelier, para reemplazar la segunda oración del inciso primero que dice "cada Isapre determinará el precio que cobrará por dicho plan, el que en todo caso, deberá ser el mismo para todos sus beneficiarios," por la siguiente:

"Cada Isapre determinará el precio que cobrará para dicho plan, el que deberá ser el mismo para todos los cotizantes y beneficiarios. No obstante lo anterior, los cotizantes y beneficiarios menores de 30 años pagarán un 50% del precio determinado por la Isapre.".

**Se declaró inadmisible.**

2.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber para reemplazar el inciso segundo por el siguiente:

"Para el otorgamiento del Plan Garantizado de Salud las instituciones de salud previsional deberán suscribir un contrato indefinido con sus afiliados. Las Isapres no podrán negar el ingreso ni establecer exclusiones ni períodos de carencia, salvo los contemplados en el artículo 190.".

**Se declaró inadmisible.**

3.- Del Diputado Accorsi para

a) agregar en el inciso segundo del artículo 188 bis, nuevo, a continuación de la expresión "Sistema Privado de Salud", la expresión "o Fondo Nacional de Salud"

b) para agregar el siguiente inciso tercero:

"Las mismas reglas señaladas en los dos incisos precedentes se aplicarán para la determinación del precio de los Beneficios Complementarios que

aumenten la cobertura prevista en el Plan Garantizado de Salud y del Subsidio por Incapacidad Laboral".

**La declaración de inadmisibilidad efectuada por el Presidente de la Comisión se sometió a votación, de la que se obtuvo el siguiente resultado: Inadmisible por mayoría de votos (7 por la inadmisibilidad, 5 por la admisibilidad).**

*Votaron a favor de la inadmisibilidad los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Godoy (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Turres y Von Mühlenbrock.*

*Votaron contra la inadmisibilidad Accorsi, Castro, Monsalve, Núñez y Silber*

**Puesto en votación el numeral 7) propuesto en el mensaje, se aprobó por mayoría de votos (7 a favor y 5 en contra).**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Godoy (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Turres y Von Mühlenbrock.*

*Votaron en contra los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Núñez y Silber.*

Numeral 8.

El texto del mensaje es el siguiente:

8) Deróganse los incisos primero, segundo, tercero y cuarto del artículo 189, con excepción de los párrafos tercero y cuarto del número 4 del párrafo segundo de la letra b) del inciso segundo, los que pasarán a ser incisos primero y segundo de este artículo; pasando sus actuales incisos quinto a noveno, a ser tercero a séptimo.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

**Puesto en votación el numeral, se aprobó por mayoría de votos (7 a y 5 abstenciones).**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Godoy (en reemplazo de la Diputada), Turres y Von Mühlenbrock.*

*Se abstuvieron los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Silber y Torres.*

Numeral 9

El texto del mensaje es el siguiente:

9) Agrégase el siguiente artículo 189 bis, nuevo:

"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 que tenga contratado. 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 aquellos originados, tanto en la red de prestadores definida por la Isapre como en otros establecimientos que otorguen prestaciones relacionadas con la patología que los origina, 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.”.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para eliminar en el literal d) del artículo 189 bis, nuevo, propuesto en el numeral 9) del artículo 1°, la frase “a excepción de la cobertura de los subsidios por incapacidad laboral,”.

**Se rechazó por mayoría de votos (6 a favor y 7 en contra).**

*Votaron a favor los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Núñez, Silber y Torres.*

*Votaron en contra los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Godoy (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Turres y Von Mühlenbrock.*

2.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber para eliminar en el inciso segundo del artículo 189 bis, nuevo, propuesto en el numeral 9) del artículo 1° el siguiente párrafo: “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.”

**Se rechazó por mayoría de votos (6 a favor y 7 en contra).**

*Votaron a favor los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Núñez, Silber y Torres.*

*Votaron en contra los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Godoy (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Turres y Von Mühlenbrock.*

**Puesto en votación el numeral propuesto en el mensaje, se aprobó por mayoría de votos (7 a favor y 6 en contra).**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Godoy (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Turres y Von Mühlenbrock.*
*Votaron en contra Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Núñez, Silber y Torres.*

Numeral 10.

El texto del mensaje es el siguiente:

10) Agrégase el siguiente artículo 189 ter, nuevo:

"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 hubiera 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.

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.”.

Se presentó la siguiente indicación:

1) Del Diputado Accorsi, para en el inciso cuarto -del nuevo artículo 189 ter-, a continuación del punto aparte, que pasa a ser seguido, el siguiente párrafo: “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”.

**Puesto en votación la indicación se aprobó por mayoría de votos (12 a favor y una abstención).**

*Votaron a favor los Diputados Accorsi, Castro, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Monsalve, Núñez, Godoy (en reemplazo de Rubilar), Silber, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

*Se abstuvo el Diputado Kast.*

**Puesto en votación el numeral propuesto en el mensaje, se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).**

*Votaron a favor los Diputados Accorsi, Castro, Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Monsalve, Núñez, Godoy (en reemplazo de Rubilar), Silber, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

Numeral 11.

El texto propuesto en el mensaje es del siguiente tenor:

11) Agrégase el siguiente artículo 189 quáter, nuevo:

“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.”.

**Este numeral fue aprobado por mayoría de votos (7 a favor, uno en contra y una abstención), -según el acuerdo para votar en conjunto todas aquellas disposiciones propuestas por el mensaje que no fueron objeto de indicaciones-.**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock.*

*Votó en contra el Diputado Accorsi.*

*Se abstuvo el Diputado Schilling (en reemplazo de Castro).*

Numeral 12

El texto propuesto en el mensaje es del siguiente tenor:

12) Agrégase el siguiente artículo 189 quinquies, nuevo:

“Artículo 189 quinquies.- Adicionalmente al Plan Garantizado en Salud, 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.

Para estos efectos, las Isapres podrán ofrecer 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.”.

**Este numeral fue aprobado por mayoría de votos (7 a favor, uno en contra y una abstención), -según el acuerdo para votar en conjunto todas aquellas disposiciones propuestas por el mensaje que no fueron objeto de indicaciones-.**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock.*

*Votó en contra el Diputado Accorsi.*

*Se abstuvo el Diputado Schilling (en reemplazo de Castro).*

Numeral 13

El texto propuesto en el mensaje es el siguiente:

13) Modifícase el artículo 190 de la siguiente forma:

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

b) Modificase su inciso segundo, que ha pasado a ser primero, del siguiente modo:

i. Reemplázase en su encabezado 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,”.

ii. Deróganse sus números 2, 3, 7 y 8, pasando sus actuales números 4, 5 y 6 a ser los números 2, 3 y 4.

c) Derógase el inciso final.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1) Del Diputado Letelier para eliminar el numeral ii) de la letra b) del numeral 13 del artículo primero.

**Esta indicación fue aprobada por mayoría de votos (9 a favor y 2 abstenciones).**

*Votaron a favor los Diputados Accorsi, Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Núñez, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

*Se abstuvieron los Diputados Castro y Monsalve.*

2) Del Diputado Letelier, para intercalar la siguiente letra c) al numeral 13 del artículo 1°, pasando el actual literal c) a ser d):

“c) Sustituyese en el párrafo segundo del número 6 que ha pasado a ser 4, la expresión “la declaración de salud forma parte esencial del contrato de salud o del contrato independiente.”.

**Se aprobó por unanimidad (11 a favor).**

*Votaron los Diputados Accorsi, Castro, Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Monsalve, Núñez, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

**Puesto en votación el numeral propuesto en el mensaje, se aprobó por unanimidad (11 votos a favor).**

*Votaron los Diputados Accorsi, Castro, Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Monsalve, Núñez, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

Numeral 14.

El texto del mensaje es el siguiente:

14) Reemplazase el artículo 192 por el siguiente:

“Artículo 192.- Los Beneficios Complementarios podrán ser contratados por el cotizante al momento de su afiliación a la Isapre o durante la vigencia del contrato.

En ningún caso la Isapre podrá supeditar la afiliación de una persona a la contratación de Beneficios Complementarios.

Con todo, los Beneficios Complementarios podrán ser contratados en otra Isapre, sólo en el evento que sean financiados con montos que excedan de la cotización obligatoria para salud. En este caso, los beneficios podrán ser contratados por el cotizante para todo su grupo familiar o sólo para alguno o algunos de los beneficiarios.

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 18 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.”.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1.- Del Diputado Letelier, para modificar el número 14 del artículo 1°, por el siguiente:

“a) Reemplazar el inciso primero, por el siguiente:

“Los beneficios complementarios podrán ser contratados por el cotizante, mediante la suscripción de un contrato independiente, al momento de la suscripción del contrato de salud o durante la vigencia de este.”

b) Reemplazar el inciso tercero por el siguiente:

“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.”.

**Puesta en votación esta indicación se aprobó por mayoría de votos (6 a favor y 5 en contra).**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Turres y Von Mühlenbrock.*

*Votaron en contra los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Núñez y Torres.*

2.- Del Diputado Accorsi y Castro para:

a) Suprimir en la primera parte del inciso séptimo del artículo 192 las expresiones “como un anexo” y sustitúyese en la segunda parte de dicho inciso la expresión “dicho anexo” por “dicha incorporación”.

b) Agrégase en el inciso final del artículo 192, a continuación de la palabra “Salud”, la frase “de conformidad con lo establecido en los artículos 170 y 188 bis”, precedida de una coma.

**Puesta en votación esta indicación se rechazó por no alcanzar quórum de aprobación (5 votos a favor, 5 votos en contra y 1 abstención).**

*Votaron a favor los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Núñez y Torres.*

*Votaron en contra los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg) y Von Mühlenbrock.*

*Se abstuvo la Diputada Turres.*

Numeral 15

El texto del mensaje es el siguiente:

15) Introdúcense las siguientes modificaciones al artículo 197:

a) En el inciso primero, suprímese la oración que continúa después del punto seguido (.) que sigue a la expresión “o por mutuo acuerdo”.

b) Intercálase en el inciso segundo, a continuación de la expresión “beneficiarios del Libro II de este decreto con fuerza de ley”, separada por un punto seguido (.) la siguiente oración: “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”.

c) Deróganse los incisos tercero, cuarto y quinto.

Se presentó la siguiente indicación:

1.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para eliminar la letra a) del numeral 15) del artículo 1°.

**Puesta en votación la indicación, se rechazó por mayoría de votos (5 a favor y 6 en contra).**

*Votaron a favor los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Núñez y Torres.*

*Votaron en contra los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Turres y von Mühlenbrock.*

**Puesto en votación el numeral propuesto en el mensaje, se aprobó por mayoría de votos (7 a favor y 4 abstenciones).**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

*Se abstuvieron los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve y Núñez.*

Numeral 16

El texto del mensaje es el siguiente:

16) Agrégase el siguiente artículo 197 bis, nuevo:

"Artículo 197 bis.- 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 precios que cobran por el Plan Garantizado de Salud y el precio correspondiente a la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral. Ambas modificaciones deberán mantener la igualdad de cobro para todos los cotizantes de una misma Isapre.

Se presumirán justificadas para todos los efectos legales, las modificaciones de los precios señalados en el inciso anterior, que no superen los índices referenciales determinados de conformidad al artículo 198 bis.

Conjuntamente con el ejercicio de dicha facultad, las Isapres podrán modificar los precios de los Beneficios Complementarios. Las referidas modificaciones no podrán tener en consideración el estado de salud individual del afiliado o de sus beneficiarios. En los respectivos procesos de modificación, las Isapres no podrán establecer, para los afiliados adscritos a un determinado beneficio, que se encuentren en idénticas condiciones, precios superiores a los que estén ofreciendo, a esa fecha, a los nuevos contratantes del mismo.

Las adecuaciones a que se refieren los incisos precedentes deberán ser comunicadas al afiliado mediante carta certificada expedida, a más tardar, el último día hábil del mes de marzo del año respectivo.

El afiliado podrá aceptar expresamente la o las adecuaciones al contrato, con las modificaciones de precios propuestas por la Institución de Salud

Previsional; en el evento de que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta de la Institución.

En la misma oportunidad y forma en que se comuniquen la o las adecuaciones, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer los Beneficios Complementarios alternativos cuyo precio sea equivalente al de los vigentes. A todos los afiliados que se encuentren adscritos a un determinado Beneficio Complementario se les deberá ofrecer idénticos Beneficios Complementarios alternativos y, en caso de rechazarlos, podrán requerir de la Isapre otros Beneficios Complementarios que esté comercializando.

Por el contrario, si el afiliado no está de acuerdo con la adecuación propuesta, deberá ponerle fin al Beneficio Complementario contratado, en la forma y oportunidad que determine el reglamento. Sin perjuicio de lo anterior, los afiliados podrán requerir otros Beneficios Complementarios de los que esté comercializando la Isapre.”.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para reemplazar la expresión “anualmente” por “trianualmente”.

**Puesta en votación esta indicación fue rechazada por mayoría de votos (5 a favor y 6 en contra).**

*Votaron a favor los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Núñez y Torres.*

*Votaron en contra los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo del Diputado Nicolás Monckeberg), Turres y Von Mühlenbrock.*

2.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para eliminar el inciso segundo del artículo 197 bis.

**Puesta en votación la indicación ésta se aprobó por mayoría de votos (9 votos a favor y 1 abstención).**[2]

*Votaron a favor los Diputados Castro, Letelier, Macaya, Monsalve, Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de la Diputada Rubilar), Torres, Vilches (en reemplazo de Turres) y Von Mühlenbrock.*

*Se abstuvo el Diputado Kast.*

**Puesto en votación el numeral, se aprobó por unanimidad (10 votos a favor).**

*Votaron los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Monsalve, Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

---

[2] *Cabe hacer presente que esta indicación había sido rechazada, en primera votación, por 5 votos a favor y 6 en contra, respecto de la cual en una sesión posterior se reabrió debate –por unanimidad-, y vuelta a votar fue aprobada por el resultado que se señala en el cuerpo del informe.*

Numeral 17

El texto propuesto en el mensaje es del siguiente tenor:

17) Reemplázase el texto del 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.

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.”.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para eliminar, en el inciso primero del artículo 198 propuesto por el numeral 17) del artículo 1°, luego de la coma (,) que sigue a la expresión: “indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de salud”, la siguiente frase: “de la variación experimentada en la frecuencia de uso de las mismas”.

**Esta indicación se rechazó por mayoría de votos (5 a favor y 6 en contra).**

*Votaron a favor los Diputados Castro, Monsalve, Núñez, Silber y Torres.*
*Votaron en contra los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Turres y Von Mühlenbrock.*

2.- Del Diputado Accorsi, para:

a) Agregar, en el inciso primero del artículo 198, a continuación de la expresión “Plan Garantizado de Salud”, la expresión “de los Beneficios Complementarios”, precedida de una coma; sustituir la expresión “Instituto Nacional de Estadísticas” por “Ministerio de Salud”, y sustituir la expresión “indicadores de la variación de los precios” por “indicadores de la variación de los costos”.

b) Sustitúyanse en el inciso segundo del artículo 198 las expresiones “Economía, Fomento y Turismo” por “Salud”, y “Salud” por “Hacienda”.

c) Sustitúyase en el inciso final del artículo 198 la expresión “Instituto Nacional de Estadísticas” por “Ministerio de Salud”.

**Se declaró inadmisible.**

3.- De los Diputados Núñez y Rubilar, para agregar en el inciso segundo del artículo 198 nuevo, la siguiente frase, pasando el punto a parte (.) a ser punto seguido:

“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.”.

**Esta indicación se aprobó por mayoría de votos (10 a favor y 1 en contra).**
*Votaron a favor los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Silber, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*
*Votó en contra el Diputado Monsalve.*

**Puesto en votación el numeral, se aprobó por mayoría de votos (8 a favor, 2 en contra y 1 abstención).**
*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Silber, Turres y Von Mühlenbrock.*
*Votaron en contra los Diputados Castro y Monsalve.*
*Se abstuvo el Diputado Torres.*

Numeral 18

El texto del mensaje es el siguiente:

18) Agrégase el siguiente artículo 198 bis, nuevo:

“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 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.”.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1.- Del Diputado Accorsi para:

a) Sustituir en el inciso primero del nuevo artículo 198 bis la palabra “precios” por “costos”; agrégase a continuación de la coma que sucede a la expresión “Plan Garantizado de Salud” la frase “de los Beneficios Complementarios y”, y sustitúyase la expresión “Instituto Nacional de Estadísticas” por “Ministerio de Salud”.

b) Sustitúyase en el inciso segundo del nuevo artículo 198 bis la expresión “el Instituto Nacional de Estadísticas” por “la Superintendencia de Salud”, y agrégase a continuación de la expresión “Plan Garantizado de Salud”, la expresión “a los Beneficios Complementarios”, precedida de una coma.

c) Suprímase en el inciso tercero del nuevo artículo 198 bis la expresión “y el Instituto Nacional de Estadísticas” y reemplazase la expresión “deberán” por “deberá”.

**Se declaró inadmisible.**

**Puesto en votación el numeral propuesto en el mensaje, se aprobó por mayoría de votos (5 a favor y 4 en contra).**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar) y Von Mühlenbrock.*

*Votaron en contra los Diputados Castro, Monsalve, Núñez y Silber.*

Numeral 19.

19) Agrégase el siguiente artículo 198 ter, nuevo:

"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 o de la gestión en salud, 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.”.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1.- De los Diputados Rubilar y Núñez, para:

a) Eliminar en la letra b) del artículo 198 ter, nuevo, la frase “o de la gestión en salud.”.

**Esta indicación se aprobó por mayoría de votos (8 a favor y 1 abstención).**

*Votaron a favor los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Silber y Von Mühlenbrock.*

*Se abstuvo el Diputado Monsalve.*

2.- Del Diputado Accorsi, al 198 ter nuevo, para:

a) Agregar en el inciso primero la siguiente letra d):

“d) Un profesional experto en el área de la salud pública o de la gestión de salud, nombrado en la forma prescrita en el inciso siguiente, de una terna propuesta por el Colegio Médico de Chile A. G.”

b) Sustituir en el inciso segundo “Economía, Fomento y Turismo” por “Hacienda”.

**Esta indicación se declaró inadmisible.** (No obstante ello, el Ejecutivo estuvo de acuerdo con la idea planteada, y señaló que estudiaría la presentación de una indicación en ese sentido).

3) De los Diputados Núñez y Rubilar, para agregar las siguientes letras d) y e) al inciso primero del artículo 198 ter nuevo:

"d) Un académico de una universidad acreditada de conformidad a la ley N°20.219, 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 Economía de la Salud.

e) Un académico de una universidad acreditada de conformidad a la ley N°20.219, 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 un experto en el área de la Gestión de Salud.".

**Esta indicación se declaró inadmisible.**

4) De los Diputados Núñez y Rubilar para reemplazar en el inciso séptimo del artículo 189 ter, la expresión "dos" por la expresión "tres".

**Esta indicación se declaró inadmisible.**

Numeral 20

El texto del mensaje es del siguiente tenor:

20) Derógase el artículo 199.

**Este numeral fue aprobado por mayoría de votos (7 a favor, uno en contra y una abstención), -según el acuerdo para votar en conjunto todas aquellas disposiciones propuestas por el mensaje que no fueron objeto de indicaciones-.**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock.*

*Votó en contra el Diputado Accorsi.*

*Se abstuvo el Diputado Schilling (en reemplazo de Castro).*

Numeral 21

El texto del mensaje es el siguiente:

21) 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.".

**Este numeral fue aprobado por mayoría de votos (7 a favor, uno en contra y una abstención), -según el acuerdo para votar en conjunto todas aquellas disposiciones propuestas por el mensaje que no fueron objeto de indicaciones-.**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock.*

*Votó en contra el Diputado Accorsi.*

*Se abstuvo el Diputado Schilling (en reemplazo de Castro).*

Numeral 22

El texto del mensaje es el siguiente:

22) Introdúzcanse las siguientes modificaciones al artículo 201:

a) Reemplázase el numeral 1 de su inciso primero, por el siguiente: "1.- Falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud que efectúen los cotizantes, en los términos del artículo 191, salvo que el afiliado o beneficiario demuestre justa causa de error.".

b) Reemplázase el numeral 2 de su inciso primero, por el siguiente: "2.- No pago del precio del Plan Garantizado en Salud o del precio del 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, nuevo:

“En el caso que los incumplimientos señalados en este artículo se relacionen con algún Beneficio Complementario de Salud, la Isapre podrá poner término a dicho beneficio adicional, pero en ningún caso la sanción podrá consistir en el término del contrato de salud ni afectar el otorgamiento de los beneficios contenidos en el Plan Garantizado de Salud y la cobertura por Subsidios por Incapacidad Laboral.”.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para eliminar la letra a) del numeral 22 del artículo 1°.

2.- Del Diputado Letelier, para reemplazar en el inciso final nuevo que se propone en el número 22) del artículo 1°, por el siguiente:

“En caso que los incumplimientos señalados en este artículo se relacionen con un contrato independiente o con los Beneficios Complementarios que en virtud de él se hayan contratado, la respectiva Isapre podrá poner término a dicho contrato, 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 por Subsidios por Incapacidad Laboral.”.

**Puesto en votación el artículo y las indicaciones, se aprobaron por unanimidad (11 votos a favor).**

*Votaron los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Monsalve, Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Silber, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

Numeral 23

El texto del mensaje es del siguiente tenor:

23) Introdúzcanse las siguientes modificaciones al artículo 202:

a) Intercálese en el inciso segundo entre la frase “beneficio del contrato y la oración “se extenderán”, la expresión “incluidos los Beneficios Complementarios”.

b) Elimínese en el inciso segundo la oración “En ambos casos, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 189, las partes deberán dejar claramente

estipulado en el contrato la forma y condiciones en que por la ampliación o disminución del número de beneficiarios variarán las condiciones del contrato.”.

c) Reemplázase en el inciso final la oración que sigue al punto seguido, después de la palabra ley, por la siguiente: “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, debiendo éste pagar el valor al que se comercialice en ese momento”.

Se presentó la siguiente indicación:

1.- Del Diputado Letelier, para introducir las siguientes modificaciones al número 23) del artículo 1°:

“a) Para sustituir la letra a) por la siguiente:

a) Para reemplazar en el inciso primero la expresión “los contratos celebrados”, por la siguiente “los contratos de salud celebrados, tanto en los de Plan Garantizado de Salud, como aquellos de Beneficios Complementarios”.

b) Intercalar la siguiente letra b), pasando la actual letra b) a ser c): “en el inciso segundo, reemplazar la expresión “los beneficios del contrato”, por la expresión “los beneficios del contrato de salud, tanto en los de Plan Garantizado de Salud, como aquellos de Beneficios Complementarios”.

**Puesta en votación la indicación, se aprobó por mayoría de votos (7 a favor y 4 abstenciones).**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

*Se abstuvieron los Diputados Castro, Monsalve, Núñez y Silber.*

**Puesto en votación el numeral propuesto en el mensaje, se aprobó por mayoría de votos (8 a favor y 3 abstenciones).**

Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Núñez, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.

Se abstuvieron los Diputados Castro, Monsalve y Silber.

Numeral 24

El texto del mensaje es el siguiente:

24) 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.

**Se aprobó por unanimidad (11 votos a favor).**

*Votaron los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Monsalve, Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Silber, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

Numeral 25

El texto del mensaje es el siguiente:

25) Derógase el artículo 204.

**Este numeral fue aprobado por mayoría de votos (7 a favor, uno en contra y una abstención), -según el acuerdo para votar en conjunto todas aquellas disposiciones propuestas por el mensaje que no fueron objeto de indicaciones-.**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock.*

*Votó en contra el Diputado Accorsi.*

*Se abstuvo el Diputado Schilling (en reemplazo de Castro).*

Numeral 26

El texto del mensaje es el siguiente:

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

**Este numeral fue aprobado por mayoría de votos (7 a favor, uno en contra y una abstención), -según el acuerdo para votar en conjunto todas aquellas disposiciones propuestas por el mensaje que no fueron objeto de indicaciones-.**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock.*

*Votó en contra el Diputado Accorsi.*

*Se abstuvo el Diputado Schilling (en reemplazo de Castro).*

Numeral 27

27) Sustitúyase el actual 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, el conjunto de 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.”.

Se presentó la siguiente indicación:

1.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para sustituir en el inciso cuarto del artículo 205, del numeral 27) del artículo 1°, la expresión “el conjunto de”, por la siguiente: “cada una de las”

**Puesta en votación el numeral propuesto y la indicación, se aprobó por unanimidad (9 votos a favor).**

*Votaron los Diputados Castro, Kast, Macaya, Monsalve, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

Numeral 28

El texto del mensaje es del siguiente tenor:

28) Sustitúyase el actual artículo 206, por el siguiente:

“Artículo 206.- El Consejo estará compuesto por cuatro 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, y

4.- Un representante de la Dirección de Presupuestos.

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.”.

Se presentó la siguiente indicación:

1.- Del Diputado Accorsi, para intercalar en el artículo 206 del numeral 28 del artículo 1°,un nuevo número 3.-, pasando los actuales 3 y 4 a ser 4 y 5 respectivamente:

“3.- Un representante de los prestadores privados individuales, elegido por el Colegio Médico de Chile A. G.”

**Se declaró inadmisible.** (Sin perjuicio de ello el ejecutivo manifestó su conformidad con la idea, señalando que se recogería como indicación en el trámite de la Comisión de Hacienda, y contemplar un Consejo de siete miembros).

**Puesto en votación el numeral propuesto por el Ejecutivo, se aprobó por mayoría de votos (8 a favor y 1 en contra).**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Macaya, Monsalve, Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

*Votó en contra el Diputado Castro.*

Numeral 29

El texto del mensaje es el siguiente:

29) Sustitúyase el actual 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 del conjunto de 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."

Se presentó la siguiente indicación:

1.- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para sustituir en el inciso primero del artículo 207 nuevo, la expresión "del conjunto", por la siguiente: "de cada una de las".

**Puesta en votación la indicación, se aprobó por unanimidad (7 votos a favor)**.

*Votaron los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres y Turres.*

**Puesto en votación el numeral, se aprobó por unanimidad (8 votos a favor).**

*Votaron los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres y Turres.*

Numeral 30

El texto del mensaje es el siguiente:

30) Sustitúyase el actual 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.".

Se presentó la siguiente indicación:

1.- De los Diputados Núñez y Rubilar, para agregar un inciso segundo al artículo 208 nuevo, del siguiente tenor:

"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.".

**Puesto en votación la indicación, se aprobó por unanimidad (8 votos a favor).**

*Votaron los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres y Turres.*

**Puesto en votación el numeral se aprobó por unanimidad (8 votos a favor).**

*Votaron los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres y Turres.*

Numeral 31

El texto del mensaje es del siguiente tenor:

31) Sustitúyase el actual 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 dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia del Plan Garantizado de Salud o de sus posteriores modificaciones.".

**Este numeral fue aprobado por mayoría de votos (7 a favor, uno en contra y una abstención), -según el acuerdo para votar en conjunto todas aquellas disposiciones propuestas por el mensaje que no fueron objeto de indicaciones-.**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock.*

*Votó en contra el Diputado Accorsi.*

*Se abstuvo el Diputado Schilling (en reemplazo de Castro).*

Numeral 32

El texto del mensaje es el siguiente:

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

**Este numeral fue aprobado por mayoría de votos (7 a favor, uno en contra y una abstención), -según el acuerdo para votar en conjunto todas aquellas disposiciones propuestas por el mensaje que no fueron objeto de indicaciones-.**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock.*

*Votó en contra el Diputado Accorsi.*

*Se abstuvo el Diputado Schilling (en reemplazo de Castro).*

Numeral 33

El texto del mensaje es del siguiente tenor:

33) Sustitúyase el inciso primero del artículo 210, por el siguiente:

“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.”.

Se presentó la siguiente indicación:

1.- Del Diputado Accorsi, para:

a) Suprimir la expresión “del Plan Garantizado de Salud”.

b)) Agregar a continuación de la expresión “el Plan Garantizado de Salud” que sucede a la expresión “contenido en”, la frase “y en los Beneficios Complementarios que aumenten su cobertura”.

c) Agregar en el artículo 210 un nuevo inciso segundo, pasando el actual segundo a ser tercero: “El Fondo de Compensación señalado en el inciso anterior se conformará con los recursos provenientes del total de la cotización obligatoria de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional”.

**La indicación fue declarada inadmisible.**

**Puesto en votación el numeral se aprobó por unanimidad (8 votos a favor).**

*Votaron los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres y Turres.*

Numeral 34

El texto del mensaje es el siguiente:

34) Introdúzcanse las siguientes modificaciones al 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) Sustitúyase 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.”.

Se presentó la siguiente indicación:

1.- Del Diputado Accorsi para reemplazar en la letra b) del numeral 34) del artículo 1° del proyecto, que sustituye el inciso segundo del artículo 211, la frase “las variables de sexo, edad, diagnóstico” por “variables socio-económicas, demográficas, geográficas y de morbilidad, además de las de sexo y edad”.

**Fue declarada inadmisible.**

**Puesto en votación el numeral se aprobó por unanimidad (8 votos a favor).**

*Votaron los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres y Turres.*

Numeral 35

El texto del mensaje es el siguiente:

35) Modifícase el artículo 219 del siguiente modo:

a) Suprímase 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 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.”.

Se presentó la siguiente indicación:

1.- Del Diputado Letelier para reemplazar el inciso segundo del artículo 219 propuesto en el literal b) del numeral 35 del artículo primero, la expresión “los contratos de salud cedidos”, por la expresión “los contratos de salud y los contratos independientes cedidos”

**Puesta en votación la indicación se aprobó por unanimidad (8 votos a favor).**

Votaron los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres y Turres.

**Puesto en votación el numeral se aprobó por unanimidad (9 votos a favor).**

*Votaron los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres y Turres.*

Numeral 36

El texto del mensaje es el siguiente:

36) Modifícase el artículo 221 del siguiente modo:

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

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, al precio vigente a la fecha de la transferencia, sin perjuicio 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, contados 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 lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 197.

Se presentó la siguiente indicación:

1.- Del Diputado Letelier, para reemplazar el inciso final que propone el numeral 36) del artículo primero la expresión “adicionales a dicho plan”, por la frase “Adicionales a dicho plan, suscribiendo el correspondiente contrato independiente”.

**Puesta en votación la indicación, se aprobó por mayoría de votos (5 a favor y 4 abstenciones)**.

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), y Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar).*

*Se abstuvieron los Diputados Castro, Núñez, Torres y Turres.*

**Puesto en votación el numeral, se aprobó por unanimidad (9 votos a favor).**

*Votaron los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo del Nicolás Monckeberg), Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres y Turres.*

Numeral 37

El texto del mensaje es el siguiente:

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

**Este numeral fue aprobado por mayoría de votos (7 a favor, uno en contra y una abstención), -según el acuerdo para votar en conjunto todas aquellas disposiciones propuestas por el mensaje que no fueron objeto de indicaciones-.**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock.*

*Votó en contra el Diputado Accorsi.*

*Se abstuvo el Diputado Schilling (en reemplazo de Castro).*

Numeral 38, nuevo

Se presentó una indicación del Diputado Letelier, para agregar 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 Isapres dirijan a sus afiliados, a los prestadores de salud o a los respectivos empleadores u obligados al pago de las

cotización de salud, podrá realizarse por aquellos medios electrónicos que hayan sido aprobados por la Superintendencia.”.

**Puesta en votación la indicación, se aprobó por unanimidad (11 votos a favor).**

*Votaron a favor los Diputados Castro, Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo del Diputado Nicolás Monckeberg), Monsalve, Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

Artículo 2°

El texto del mensaje es el siguiente:

“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 2013.

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 este cuerpo legal, contemplando el Plan Garantizado de Salud y la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, cuando corresponda, más los Beneficios Complementarios que las Isapres pactaren con cada afiliado y de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 1° transitorio, cuando proceda.”

Se presentó la siguiente indicación:

1.- Del Diputado Letelier, para reemplazar en el inciso segundo del artículo 2°, la frase “más los Beneficios Complementarios que las Isapres pactaren con cada afiliado”, por la siguiente: “más el contrato independiente que las Isapres pactaren con cada afiliado contemplando los Beneficios Complementarios.”.

**Puesta en votación la indicación, ésta se aprobó por unanimidad (10 votos a favor).**

*Votaron los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Monsalve, Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

**Puesto en votación el artículo se aprobó por unanimidad (10 votos a favor).**

Votaron los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Monsalve, Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres, Turres y Von Mühlenbrock.

Artículo 3°

El texto del mensaje es el siguiente:

**“**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 2012, de conformidad a lo dispuesto en los artículos cuarto y quinto transitorios.”[3]

**Este numeral fue aprobado por mayoría de votos (7 a favor, uno en contra y una abstención), -según el acuerdo para votar en conjunto todas aquellas disposiciones propuestas por el mensaje que no fueron objeto de indicaciones-.**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock.*

*Votó en contra el Diputado Accorsi.*

*Se abstuvo el Diputado Schilling (en reemplazo de Castro).*

Artículo 4°

El texto del mensaje es del siguiente tenor:

“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 el presente cuerpo legal.”

**Este numeral fue aprobado por mayoría de votos (7 a favor, uno en contra y una abstención), -según el acuerdo para votar en conjunto todas aquellas disposiciones propuestas por el mensaje que no fueron objeto de indicaciones-.**

---

[3] *Se deja constancia que esta norma debe ser modificada en un trámite posterior para adecuar la fecha ahí señalada a la época de aprobación y despacho definitivo del proyecto de ley.*

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock.*
*Votó en contra el Diputado Accorsi.*
*Se abstuvo el Diputado Schilling (en reemplazo de Castro).*

Disposiciones transitorias.

Artículo primero transitorio.

"Artículo primero transitorio.- A más tardar el último día hábil del mes de marzo del año 2013, 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 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 deberán 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.

La Isapre deberá proponer las siguientes alternativas de contratos ajustados a las disposiciones de esta ley, a las que podrá optar el cotizante:

1) Un contrato que, además del Plan Garantizado de Salud y la cobertura para Subsidios por incapacidad Laboral, si procediere, contenga los demás beneficios del plan 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 se asigne a 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, y

c. El precio que se asigne a los demás beneficios del plan 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 segundo 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 precio total que esté pagando el cotizante al momento de enviársele la carta en referencia, señalándose:

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

b. El precio asignado a 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, y

c. Los Beneficios Complementarios que serán financiados con el monto de la cotización que exceda el valor de los beneficios de las letras a) y b) precedentes, 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 en el inciso segundo del artículo 197 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley.

3) 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.

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.”

Se presentó la siguiente indicación:

1.- De los diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para eliminar el artículo primero transitorio.

**Puesta en votación la indicación, se rechazó por mayoría de votos (2 a favor, 7 en contra y 2 abstenciones)**.

*Votaron a favor los Diputados Monsalve y Silber.*
*Votaron en contra los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Turres y Von Mühlenbrock.*
*Se abstuvieron los Diputados Núñez y Torres.*

**Puesto en votación el artículo, se aprobó por mayoría de votos (9 a favor y 2 en contra).**
*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*
*Votaron en contra los Diputados Monsalve y Silber.*

Artículo segundo transitorio.

"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 2013.

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."

**Este numeral fue aprobado por mayoría de votos (7 a favor, uno en contra y una abstención), -según el acuerdo para votar en conjunto todas aquellas disposiciones propuestas por el mensaje que no fueron objeto de indicaciones-.**
*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock.*
*Votó en contra el Diputado Accorsi.*
*Se abstuvo el Diputado Schilling (en reemplazo de Castro).*

Artículo tercero transitorio.

"Artículo Tercero Transitorio.- Los montos de cobertura de cada una de las prestaciones que comprende el Plan Garantizado de Salud y los que se celebren durante el primer año de vigencia de dicho plan, no podrán ser inferiores a aquellos que establece el Arancel del Fondo Nacional de Salud para la Modalidad de Libre Elección."

Se presentó la siguiente indicación:

1.- De los diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para eliminar el artículo tercero transitorio.

**Puesta en votación la indicación ésta se aprobó por unanimidad (11 votos a favor).**

Votaron los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Monsalve, Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Silber, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.

Artículo cuarto transitorio (que ha pasado a ser tercero transitorio).

"Artículo cuarto transitorio.- Para efectos de la adecuación de los precios de los contratos de salud del año 2012, 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 2013, 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 precios de los contratos de salud del año 2012, 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."

**Puesto en votación el numeral éste se aprobó por unanimidad (11 votos a favor).**

*Votaron los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Monsalve, Núñez, Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Silber, Torres, Turres y Von Mühlenbrock.*

Artículo quinto transitorio (que ha pasado a ser cuarto transitorio).

**“**Artículo quinto transitorio.- Durante los periodos de adecuaciones de precios de los años 2012 y 2013, 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.”

**Este numeral fue aprobado por mayoría de votos (7 a favor, uno en contra y una abstención), -según el acuerdo para votar en conjunto todas aquellas disposiciones propuestas por el mensaje que no fueron objeto de indicaciones-.**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock.*

*Votó en contra el Diputado Accorsi.*

*Se abstuvo el Diputado Schilling (en reemplazo de Castro).*

Artículo sexto transitorio (que ha pasado a ser quinto transitorio).

“Artículo sexto 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.”

**Este numeral fue aprobado por mayoría de votos (7 a favor, uno en contra y una abstención), -según el acuerdo para votar en conjunto todas aquellas disposiciones propuestas por el mensaje que no fueron objeto de indicaciones-.**

*Votaron a favor los Diputados Kast, Letelier, Macaya, Nicolás Monckeberg, Bertolino (en reemplazo de Rubilar), Torres y Von Mühlenbrock.*

*Votó en contra el Diputado Accorsi.*

*Se abstuvo el Diputado Schilling (en reemplazo de Castro).*

Artículo séptimo transitorio, nuevo (que pasaría a ser sexto transitorio).

Se presentó una indicación del Diputado Letelier, para agregar el siguiente artículo transitorio nuevo:

"Artículo Transitorio….: Durante los cinco años siguientes a la entrada en vigencia de esta ley, cada Isapre estará facultada para determinar libremente en que regiones del país comercializará el Plan Garantizado de Salud y los Beneficios Complementarios de Salud de manera dependiente.

La determinación aludida en el inciso precedente le será informada por la Isapre a la Superintendencia y se mantendrá vigente por todo el período indicado en dicho inciso, mientras la Isapre no la modifique voluntariamente.".

**Puesta en votación ésta indicación se rechazó por mayoría de votos (1 a favor, 4 en contra y 5 abstenciones).**

Votó a favor el Diputado Letelier.

Votaron en contra los Diputados Monsalve, Núñez, Silber y Torres.

Se abstuvieron los Diputados Macaya, Sabat (en reemplazo de Nicolás Monckeberg), Leopoldo Pérez (en reemplazo de Rubilar), Turres y Von Mühlenbrock.

**III.- ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS.**

Artículos rechazados.

Artículo tercero transitorio, propuesto en el mensaje, del siguiente tenor:

"Artículo tercero transitorio.- Los montos de cobertura de cada una de las prestaciones que comprende el Plan G7arantizado de Salud y los que se celebren durante el primer año de vigencia de dicho plan, no podrán ser inferiores a aquellos que establece el Arancel del Fondo Nacional de Salud para la Modalidad de Libre Elección."

Indicaciones rechazadas.

Al artículo 1°.

Al numeral 3)

1-- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber para eliminar la letra e).

Al numeral 4)

2-- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber para eliminar**,** la frase “de la cobertura de los Subsidios de Incapacidad Laboral,”.

Al numeral 5)

3-- De los Diputado Accorsi y Castro, para sustituir en el inciso primero del artículo 173 del 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, la frase “de prestadores” por la siguiente: “o propiedad de prestadores, ya sea directamente o a través de terceros”.

Al numeral 6)

4-- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para reemplazar en el literal a) del numeral 6) la expresión “y el precio de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral, si procediere”, por la siguiente:

“y los beneficios complementarios”.

5-- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para eliminar la letra d).

Al numeral 9)

6-- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para eliminar en el literal d) del artículo 189 bis, nuevo, propuesto en el numeral 9) del artículo 1°, la frase “a excepción de la cobertura de los subsidios por incapacidad laboral,”.

7-- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber para eliminar en el inciso segundo del artículo 189 bis, nuevo, propuesto en el numeral 9) del artículo 1° el siguiente párrafo: “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.”

Al numeral 14)

8-- Del Diputado Accorsi y Castro para:

a) Suprimir en la primera parte del inciso séptimo del artículo 192 las expresiones “como un anexo” y sustitúyese en la segunda parte de dicho inciso la expresión “dicho anexo” por “dicha incorporación”.

b) Agrégase en el inciso final del artículo 192, a continuación de la palabra “Salud”, la frase “de conformidad con lo establecido en los artículos 170 y 188 bis”, precedida de una coma.

Al numeral 15)

9-- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para eliminar la letra a) del numeral 15) del artículo 1°.

Al numeral 16)

10-- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para reemplazar la expresión “anualmente” por “trianualmente”.

Al numeral 17)

11-- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para eliminar, en el inciso primero del artículo 198 propuesto por el numeral 17) del artículo 1°, luego de la coma (,) que sigue a la expresión: “indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de salud”, la siguiente frase: “de la variación experimentada en la frecuencia de uso de las mismas”.

Al artículo primero transitorio.

12-- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber, para eliminar el artículo primero transitorio.

Artículo transitorio nuevo.

13-- Del Diputado Letelier, para agregar el siguiente artículo transitorio final:

“Artículo transitorio….: Durante los cinco años siguientes a la entrada en vigencia de esta ley, cada Isapre estará facultada para determinar libremente en que regiones del país comercializará el Plan Garantizado de Salud y los Beneficios Complementarios de Salud de manera dependiente.

La determinación aludida en el inciso precedente le será informada por la Isapre a la Superintendencia y se mantendrá vigente por todo el período indicado en dicho inciso, mientras la Isapre no la modifique voluntariamente.”.

**IV. INDICACIONES DECLARADAS INADMISIBLES.**

Al numeral 3)

1-- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber para reemplazar en la letra a) del numeral 3), en la letra i) la frase “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”, por la siguiente:

“”y la totalidad de las prestaciones de la modalidad de libre elección Fonasa y la cobertura financiera que se fije para el arancel, el que deberá ser a lo menos equivalente al 254 por ciento para cada una de ellas.”.

Al numeral 7)

2-- Del Diputado Letelier, para reemplazar la segunda oración del inciso primero que dice “cada Isapre determinará el precio que cobrará por dicho plan, el que en todo caso, deberá ser el mismo para todos sus beneficiarios,” por la siguiente:

“Cada Isapre determinará el precio que cobrará para dicho plan, el que deberá ser el mismo para todos los cotizantes y beneficiarios. No obstante lo anterior, los cotizantes y beneficiarios menores de 30 años pagarán un 50% del precio determinado por la Isapre.”.

3-- De los Diputados Accorsi, Castro, Monsalve, Schilling y Silber para reemplazar el inciso segundo por el siguiente:

“Para el otorgamiento del Plan Garantizado de Salud las instituciones de salud previsional deberán suscribir un contrato indefinido con sus afiliados. Las Isapres no podrán negar el ingreso ni establecer exclusiones ni períodos de carencia, salvo los contemplados en el artículo 190.”.

4-- Del Diputado Accorsi para

a) agregar en el inciso segundo del artículo 188 bis, nuevo, a continuación de la expresión “Sistema Privado de Salud”, la expresión “o Fondo Nacional de Salud”

b) para agregar el siguiente inciso tercero:

“Las mismas reglas señaladas en los dos incisos precedentes se aplicarán para la determinación del precio de los Beneficios Complementarios que

aumenten la cobertura prevista en el Plan Garantizado de Salud y del Subsidio por Incapacidad Laboral".

Al numeral 17)

5-- Del Diputado Accorsi, para:

a) Agregar, en el inciso primero del artículo 198, a continuación de la expresión "Plan Garantizado de Salud", la expresión "de los Beneficios Complementarios", precedida de una coma; sustituir la expresión "Instituto Nacional de Estadísticas" por "Ministerio de Salud", y sustituir la expresión "indicadores de la variación de los precios" por "indicadores de la variación de los costos".

b) Sustitúyanse en el inciso segundo del artículo 198 las expresiones "Economía, Fomento y Turismo" por "Salud", y "Salud" por "Hacienda".

c) Sustitúyase en el inciso final del artículo 198 la expresión "Instituto Nacional de Estadísticas" por "Ministerio de Salud".

Al numeral 18)

6-- Del Diputado Accorsi para:

a) Sustituir en el inciso primero del nuevo artículo 198 bis la palabra "precios" por "costos"; agrégase a continuación de la coma que sucede a la expresión "Plan Garantizado de Salud" la frase "de los Beneficios Complementarios y", y sustitúyase la expresión "Instituto Nacional de Estadísticas" por "Ministerio de Salud".

b) Sustitúyase en el inciso segundo del nuevo artículo 198 bis la expresión "el Instituto Nacional de Estadísticas" por "la Superintendencia de Salud", y agrégase a continuación de la expresión "Plan Garantizado de Salud", la expresión "a los Beneficios Complementarios", precedida de una coma.

c) Suprímase en el inciso tercero del nuevo artículo 198 bis la expresión "y el Instituto Nacional de Estadísticas" y reemplazase la expresión "deberán" por "deberá".

Al numeral 19)

7-- Del Diputado Accorsi, al 198 ter nuevo, para:

a) Agregar en el inciso primero la siguiente letra d):

"d) Un profesional experto en el área de la salud pública o de la gestión de salud, nombrado en la forma prescrita en el inciso siguiente, de una terna propuesta por el Colegio Médico de Chile A. G."

b) Sustituir en el inciso segundo "Economía, Fomento y Turismo" por "Hacienda".

8-- De los Diputados Núñez y Rubilar, para agregar las siguientes letras d) y e) al inciso primero del artículo 198 ter nuevo:

“d) Un académico de una universidad acreditada de conformidad a la ley N°20.219, 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 Economía de la Salud.

e) Un académico de una universidad acreditada de conformidad a la ley N°20.219, 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 un experto en el área de la Gestión de Salud.”.

9-- De los Diputados Núñez y Rubilar para reemplazar en el inciso séptimo del artículo 189 ter, la expresión “dos” por la expresión “tres”.

Al numeral 28)

10-- Del Diputado Accorsi, para intercalar en el artículo 206 del numeral 28 del artículo 1°,un nuevo número 3.-, pasando los actuales 3 y 4 a ser 4 y 5 respectivamente:

“3.- Un representante de los prestadores privados individuales, elegido por el Colegio Médico de Chile A. G.”

Al numeral 33)

11-- Del Diputado Accorsi, para:

a) Suprimir la expresión “del Plan Garantizado de Salud”.

b)) Agregar a continuación de la expresión “el Plan Garantizado de Salud” que sucede a la expresión “contenido en”, la frase “y en los Beneficios Complementarios que aumenten su cobertura”.

c) Agregar en el artículo 210 un nuevo inciso segundo, pasando el actual segundo a ser tercero: “El Fondo de Compensación señalado en el inciso anterior se conformará con los recursos provenientes del total de la cotización obligatoria de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional”.

Al numeral 34)

12-- Del Diputado Accorsi para reemplazar en la letra b) del numeral 34) del artículo 1° del proyecto, que sustituye el inciso segundo del artículo 211,

la frase “las variables de sexo, edad, diagnóstico” por “variables socio-económicas, demográficas, geográficas y de morbilidad, además de las de sexo y edad”.

*******

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

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

“Artículo 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 en el inciso primero del artículo 107 la oración “en relación a las Garantías Explícitas en Salud, los contratos, las leyes y reglamentos que las rigen” por la siguiente: “en relación al Plan Garantizado de Salud, a la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral y los Beneficios Complementarios, contenidos en los contratos de salud, las leyes y reglamentos que las rigen”.

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

a) Agrégase al final del primer párrafo la siguiente oración “tratándose de los Beneficios Complementarios de Salud”.

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 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; 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".

b) Sustitúyese su literal k), por el siguiente:

"k) La expresión "Beneficio Complementario", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios de salud, que aumenten la cobertura prevista en el Plan Garantizado de Salud, o que otorguen prestaciones no incluidas en dicho plan, y que deberán constar en un contrato independiente.".

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:

"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 de los 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 y los Beneficios Complementarios. 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) Agrégase el siguiente inciso tercero:

“Anualmente, junto a la información que las Isapres envíen a sus afiliados, se deberá acompañar una tabla comparativa, elaborada por la Superintendencia de Salud, en la que se incluyan los precios cobrados por cada Isapre para el Plan Garantizado de Salud, el Subsidio de 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 otra información determinada por el Reglamento.”.

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 convenidos en el respectivo contrato independiente, si lo hubiere.”

b) Sustituyese en el inciso noveno, la expresión “, ni de una suma equivalente al precio del plan de salud contratado, en el caso de los voluntarios”, por la siguiente: “ni de una suma equivalente al precio del Plan Garantizado de Salud más el precio de los Beneficios Complementarios convenidos en el respectivo contrato independiente, en el caso de los voluntarios.”.

c) Sustituyese 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 188 de la siguiente forma:

a) Sustitúyese en su primer inciso la frase “con el precio de la Garantías Explícitas en Salud y el precio del plan convenido”, por la siguiente oración: “con la suma del precio del Plan Garantizado de Salud y el precio de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral, si procediere”.

b) Sustitúyese el numeral 5.- de su inciso cuarto, por el siguiente:

“5.- Para financiar Beneficios Complementarios que ofrezca la Isapre en la cual se encuentra afiliado, y”.

c) Sustitúyese en el numeral 6.- del inciso cuarto la expresión “un plan de salud” por la siguiente: “el Plan Garantizado de Salud y los Beneficios Complementarios convenidos en la Isapre en la cual se encuentra afiliado”.

d) Suprímese su inciso sexto, pasando sus actuales incisos séptimo a noveno, a ser sexto a octavo.

e) Agrégase en el inciso séptimo, que ha pasado a ser sexto, a continuación de la frase “Consumidor y”, la expresión “al menos,” precedida de una coma (,).

7) Agrégase el siguiente artículo 188 bis, en el “Párrafo 4º De las prestaciones”:

“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, en todo caso, deberá ser el mismo para todos sus beneficiarios. En ningún caso las Isapres podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio del Plan Garantizado de Salud, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.

Para el otorgamiento del Plan Garantizado de Salud y 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, las Isapres no podrán negar el ingreso y sólo podrán requerir que el cotizante y sus beneficiarios informen sus patologías o condiciones de salud preexistentes, en los términos que indica el artículo 190 de este decreto con fuerza de ley. Asimismo, las Isapres no podrán establecer exclusiones o periodos de carencia, salvo los contemplados en el artículo 190.”.

8) Reemplázase el artículo 189 por el siguiente:

“Los contratos de salud deberán establecer el derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia, haya ingresado a un prestador distinto de los mencionados en el párrafo primero de este numeral, 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 calificará la concurrencia de los requisitos habilitantes a que se refiere el inciso anterior. Asimismo, 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.”

9) 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 que tenga contratado. 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 aquellos originados, tanto en la red de prestadores definida por la Isapre como en otros establecimientos que otorguen prestaciones relacionadas con la patología que los origina, 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.”.

10) 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.”.

11) 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.”.

12) Agrégase el siguiente artículo 189 quinquies:

“Artículo 189 quinquies.- Adicionalmente al Plan Garantizado en Salud, 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.

Para estos efectos, las Isapres podrán ofrecer 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.”.

13) 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) Sustituyese, en el párrafo segundo del número 6.- la expresión “la declaración de salud forma parte esencial del contrato de salud o del contrato independiente.”.

d) Derógase el inciso final.

14) Reemplazase el artículo 192 por el siguiente:

“Artículo 192.- Los Beneficios Complementarios podrán ser contratados por el cotizante, mediante la suscripción de un contrato independiente, al momento de la suscripción del contrato de salud o durante la vigencia de éste.

En ningún caso la Isapre podrá supeditar la afiliación de una persona 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.”.

15) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 197:

a) En el inciso primero, suprímese la oración que continúa después del punto seguido (.) que sigue a la expresión “o por mutuo acuerdo”.

b) Intercálase en el inciso segundo, a continuación de la expresión “beneficiarios del Libro II de este decreto con fuerza de ley”, separada por un punto seguido (.) la siguiente oración: “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”.

c) Deróganse los incisos tercero, cuarto y quinto.

16) Agrégase el siguiente artículo 197 bis:

“Artículo 197 bis.- 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 y el precio correspondiente a la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral. Ambas modificaciones deberán mantener la igualdad de cobro para todos los cotizantes de una misma Isapre.

Conjuntamente con el ejercicio de dicha facultad, las Isapres podrán modificar los precios de los Beneficios Complementarios. Las referidas modificaciones no podrán tener en consideración el estado de salud individual del afiliado o de sus beneficiarios. En los respectivos procesos de modificación, las Isapres no podrán establecer, para los afiliados adscritos a un determinado beneficio, que se encuentren en idénticas condiciones, precios superiores a los que estén ofreciendo, a esa fecha, a los nuevos contratantes del mismo.

Las adecuaciones a que se refieren los incisos precedentes deberán ser comunicadas al afiliado mediante carta certificada expedida, a más tardar, el último día hábil del mes de marzo del año respectivo.

El afiliado podrá aceptar expresamente la o las adecuaciones al contrato, con las modificaciones de precios propuestas por la Institución de Salud Previsional; en el evento de que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta de la Institución.

En la misma oportunidad y forma en que se comuniquen la o las adecuaciones, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer los Beneficios Complementarios alternativos cuyo precio sea equivalente al de los vigentes. A todos los

afiliados que se encuentren adscritos a un determinado Beneficio Complementario se les deberán ofrecer idénticos Beneficios Complementarios alternativos y, en caso de rechazarlos, podrán requerir de la Isapre otros Beneficios Complementarios que esté comercializando.

Por el contrario, si el afiliado no está de acuerdo con la adecuación propuesta, deberá ponerle fin al Beneficio Complementario contratado, en la forma y oportunidad que determine el reglamento. Sin perjuicio de lo anterior, los afiliados podrán requerir otros Beneficios Complementarios de los que esté comercializando la Isapre.”.

17) 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.”.

18) 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.”.

19) 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.”.

20) Derógase el artículo 199.

21) 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.”.

22) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 201:

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

“2.- No pago del precio del Plan Garantizado en Salud o del precio del 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.”.

b) 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.”.

c) Agrégase el siguiente inciso final:

“En caso que los incumplimientos señalados en este artículo se relacionen con un contrato independiente o con los Beneficios Complementarios que en virtud de él se hayan contratado, la respectiva Isapre podrá poner término a dicho contrato, 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 por Subsidios por Incapacidad Laboral.”.

23) 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, en el inciso segundo, la expresión “Los beneficios del contrato”, por la expresión “Los beneficios del contrato de salud, tanto del Plan Garantizado de Salud como de los Beneficios Complementarios”.

c) Elimínase, en el inciso segundo, la oración “En ambos casos, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 189, las partes deberán dejar claramente estipulado en el contrato la forma y condiciones en que por la ampliación o disminución del número de beneficiarios variarán las condiciones del contrato.”.

d) Reemplázase, en el inciso final, la oración que sigue al punto seguido, después de la palabra “ley”, por la siguiente: “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, debiendo éste pagar el valor al que se comercialice en ese momento”.

24) 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.

25) Derógase el artículo 204.

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

27) 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.”.

28) Sustitúyese el artículo 206, por el siguiente:

“Artículo 206.- El Consejo estará compuesto por cuatro 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, y

4.- Un representante de la Dirección de Presupuestos.

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.”.

29) 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.”.

30) 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.”.

31) 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 dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia del Plan Garantizado de Salud o de sus posteriores modificaciones.”.

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

33) Sustitúyase el inciso primero del artículo 210, por el siguiente:

“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.”.

34) 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) Sustitúyase 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.”.

35) Modifícase el artículo 219 del siguiente modo:

a) Suprímese, 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.”.

36) 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, al precio vigente a la fecha de la transferencia, sin perjuicio que las partes, de mutuo acuerdo, convengan Beneficios Complementarios adicionales a dicho plan, suscribiéndose el correspondiente contrato independiente. Las Instituciones deberán notificar a los cotizantes mediante carta certificada expedida dentro del plazo de quince días hábiles, contados 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 lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 197.”.

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

38) 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 2013.

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 2012, de conformidad a lo dispuesto en los artículos cuarto y quinto 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 2013, 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 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 deberán 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.

La Isapre deberá proponer las siguientes alternativas de contratos ajustados a las disposiciones de esta ley, a las que podrá optar el cotizante:

1) Un contrato que, además del Plan Garantizado de Salud y la cobertura para Subsidios por incapacidad Laboral, si procediere, contenga los demás beneficios del plan 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 se asigne a 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, y

c. El precio que se asigne a los demás beneficios del plan 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 segundo 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 precio total que esté pagando el cotizante al momento de enviársele la carta en referencia, señalándose:

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

b. El precio asignado a la cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, cuando corresponda, el que será idéntico para todos los cotizantes a quienes corresponda ese beneficio, en los términos señalados en el artículo 197 bis, y

c. Los Beneficios Complementarios que serán financiados con el monto de la cotización que exceda el valor de los beneficios de las letras a) y b) precedentes, 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 segundo del artículo 197 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley.

3) 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.

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 2013.

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 de los contratos de salud del año 2012, 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 2013, 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 precios de los contratos de salud del año 2012, 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 este artículo.

Artículo cuarto transitorio.- Durante los periodos de adecuaciones de precios de los años 2012 y 2013, 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, según consta en las actas correspondientes a las sesiones 20 y 22 de diciembre de 2011; 3, 16, 17, 18 y 23 de enero; y 5, 6, 12, 13, 19 y 21 de marzo de 2012, con asistencia de los Diputados señores Enrique Accorsi Opazo, Juan Luis Castro González, José Antonio Kast Rist, Cristián Letelier Aguilar, Javier Macaya Danús, Nicolás Monckeberg Díaz, Manuel Monsalve Benavides, Marco Antonio Núñez Lozano, Karla Rubilar Barahona, Gabriel Silber Romo, Víctor Torres Jeldes, Marisol Turres Figueroa y Gastón Von Muhlenbrock Zamora.

Asistieron, además, los Diputados Mario Bertolino Rendic (en reemplazo de Karla Rubilar Barahona), Joaquín Godoy Ibáñez (en reemplazo de Karla Rubilar Barahona), Cristián Monckeberg Bruner (en reemplazo de Karla Rubilar Barahona), Leopoldo Pérez Lahsen (en reemplazo de Nicolás Monckeberg Díaz), Alberto Robles Pantoja, Marcela Sabat Fernández (en reemplazo de Nicolás Monckeberg Díaz), Marcelo Schilling Rodríguez (en reemplazo de Juan Luis Castro), y Carlos Vilches Guzmán (en reemplazo de Marisol Turres Figueroa).

Sala de la Comisión, a 21 de marzo de 2012.

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

*INDICE*


*CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS* *1*

*I.- ANTECEDENTES* *2*
*Fundamentos del proyecto de ley contenidos en el mensaje* *2*
*Normas legales que se propone modificar o que inciden, directa o indirectamente, en esta iniciativa legal* *7*
*Contenido del proyecto* *7*

*II.- DISCUSIÓN DEL PROYECTO* *8 - 84*
*8*
*a) Discusión general;*
*Exposición del Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi* *8*
*Exposición del Superintendente de Salud, Luis Romero Strooy.* *9*
*Exposición del Director Nacional de Fonasa, señor Mikel Uriarte Plazaola.* *11*
*Exposición de algunos integrantes de la Comisión de Expertos para la Reforma de Salud, señores Thomas Leisewitz, Manuel Inostroza, Patricio Silva, Gonzalo Simón, José Tomas Morel, y Arturo Zúñiga.* *11*
*Exposición del representante de la Asociación de Isapres, señor Rafael Caviedes* *19*
*Exposición del representante de la Asociación de Isapres, señor Rafael Caviedes* *22*
*Exposición del Presidente del Colegio Médico, Dr. Enrique Paris* *22*
*Exposición de la ex Ministra de Salud, señora María Soledad Barría.* *23*
*Exposición del abogado, señor Pedro Barría* *25*
*Exposición del Decano de Economía de la Facultad de Economía de la Universidad del Desarrollo, señor Rodrigo Castro* *27*
*Exposición (conjunta) de los académicos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y miembros de la Comisión de Expertos, señores Fernando Muñoz y de Marcos Vergara.* *28*
*Exposición de la representante de "salud: un derecho", señora Vivianne Bachelet* *30*
*Exposición del Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, señor Oscar Arteaga* *33*
*Exposición del académico del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile, señor Camilo Cid Pedraza* *34*
*Votación general del proyecto* *36*
*37*
*b) Discusión particular*

*III.- ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS* *84*

*IV. INDICACIONES DECLARADAS INADMISIBLES.* *87*

*PROYECTO DE LEY* *90*