REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO
SECRETARÍA GENERAL DE LA PRESIDENCIA

MENSAJE DE S.E. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA CON EL QUE DA CUMPLIMIENTO AL INCISO SEGUNDO DEL ARTÍCULO DÉCIMO TRANSITORIO DE LA LEY Nº21.674, MODIFICA EL DECRETO CON FUERZA DE LEY Nº1, DE 2005, DEL MINISTERIO DE SALUD, EN LAS MATERIAS QUE INDICA, PONE FIN A LAS ENFERMEDADES O CONDICIONES PREEXISTENTES, ELIMINA LAS DISCRIMINACIONES POR EDAD Y SEXO EN LOS PLANES DE SALUD, Y CREA EL PLAN COMÚN DE SALUD DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL.

Santiago, 27 de septiembre de 2024

M E N S A J E N° 212-372/

A S.E. LA PRESIDENTA DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADAS Y DIPUTADOS

Honorable Cámara de Diputadas y Diputados:

En uso de mis facultades constitucionales, tengo el honor de someter a vuestra consideración el presente proyecto de ley que da cumplimiento al inciso segundo del artículo décimo transitorio de la ley N°21.674, modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N°18.933 y N°18.469 (en adelante, DFL Nº1), a fin de eliminar las enfermedades o condiciones preexistentes de que trata su artículo 190, las discriminaciones por edad y sexo, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional (en adelante, ISAPRE) como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud, y crea un

plan común de salud para las personas afiliadas a las ISAPRE.

I. ANTECEDENTES

1. Artículo décimo transitorio de la ley Nº21.674

El 24 de mayo de 2024 se publicó la ley Nº21.674, que modifica el decreto con fuerza de ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el Fondo Nacional de Salud, otorga facultades a la Superintendencia de Salud, y modifica normas relativas a las Instituciones de Salud Previsional.

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

Durante la tramitación de la comentada ley, hubo consenso transversal de parte de todos los sectores políticos de que la creciente judicialización del sistema privado de salud y la necesidad de aprobar una iniciativa legal como la ley Nº21.674 eran hechos que venían a confirmar que hoy resulta indispensable avanzar en cambios estructurales al sistema de salud.

En ese contexto, recogiendo la voluntad manifestada por los distintos actores políticos de alcanzar acuerdos en materia de cambios estructurales en salud, el Ejecutivo ingresó una indicación para incorporar un artículo transitorio a través del cual el Presidente de la República se comprometió a avanzar en un nuevo diseño del sistema de salud,

actualmente, el artículo décimo transitorio de la ley N°21.674. En particular, en el inciso primero de dicho artículo, el Ejecutivo acordó ingresar durante el período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024 uno o más proyectos de ley destinados a perfeccionar el sistema de salud en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud. Luego, en el inciso segundo del referido artículo, el Ejecutivo se comprometió a ingresar, antes del 1º de octubre de 2024, uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del DFL Nº1, así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, y los mecanismos que permitan su viabilidad, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.

La presente iniciativa de ley busca cumplir con el último de esos compromisos, presentando un proyecto que permita la libre movilidad de las personas en el sistema privado de financiamiento de salud, terminando con las discriminaciones por preexistencias, sexo y edad en este sistema.

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

El sistema de salud chileno se caracteriza por ser mixto, tanto en su provisión como en su aseguramiento. Esto quiere decir que, para garantizar el acceso a la salud de la población y cumplir con el derecho a la salud, para su provisión, nuestro sistema de salud se sostiene a través de prestadores de salud

públicos y privados. Asimismo, en cuanto a su aseguramiento, se encuentra el Fondo Nacional de Salud (en adelante, FONASA o el Fondo), como la aseguradora estatal, y, las ISAPRE como las instituciones privadas.

La coexistencia del FONASA -que se estructura conforme a los principios de seguridad social- con las Instituciones de Salud Previsional -que operan conforme a principios de mercado- justifica que el sistema de salud chileno se estudie y explique por referencia a dos subsistemas principales: uno público y otro privado. También, la literatura (Larrañaga, 1996) lo refiere como un sistema dual, donde operan dos subsistemas con lógicas distintas, lo que repercute en que el Fondo concentre a las personas de menores ingresos, personas mayores y personas con más alto riesgo de enfermar, mientras que las ISAPRE reciben a los individuos sanos y jóvenes, quienes toman sus decisiones de aseguramiento con preferencia por el subsistema privado, ya que tienen el respaldo del seguro público en el evento de la enfermedad y envejecimiento. En efecto, se observa a partir de datos de la encuesta CASEN 2022 que, del total de las personas mayores en Chile, para aquellos con edad entre 60 a 64 años, un 87,58% se encuentran en FONASA. Mientras para mayores de 64 años, esta cifra asciende al 91,94%. En tanto en ISAPRE, estos grupos etarios corresponden a 12,42% y 8,06% respectivamente. Estas cifras muestran que las personas mayores se concentran en forma desproporcionada en el subsistema público, si se considera que la población general se distribuye en un 84% en FONASA y un 16% en ISAPRE (BCN Enero 2024 Nº SUP: 140682). Todo lo anterior, afecta la solidaridad no solo entre grupos de ingreso, sino también entre personas sanas y enfermas.

Respecto al subsistema privado de salud, el DFL Nº1 dispone que las Instituciones de Salud Previsional financiarán las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida. Para que ese aporte se haga efectivo, dicha normativa dispone que los cotizantes deben suscribir con la Institución de Salud Previsional que elijan un contrato de plazo indefinido y, en este contrato, las partes convendrán libremente el plan de salud.

En cuanto a los contratos de salud, de acuerdo con datos de la Superintendencia de Salud, actualmente el número de planes vigentes en el sistema ISAPRE son más de cincuenta y cinco mil. Del total de planes vigentes, aproximadamente un 30% cuenta con un solo cotizante (i.e. un plan único y diferente para cada contrato), y 36% cuenta con entre dos a diez cotizantes.

Lo anterior se debe -en gran parte- a la facultad que tienen las ISAPRE para definir, en virtud de los riesgos que representa la persona, el plan de salud a ofrecer y su respectivo precio. Tal como se expuso con anterioridad, esta capacidad de diseño de los planes ha permitido a las ISAPRE segmentar a la población. Por ejemplo, las ISAPRE han podido segmentar por rango etario, cuestión que les ha permitido mantener carteras de afiliados compuestas básicamente por personas más jóvenes. Además, de acuerdo con datos del de FONASA (octubre 2023) y de la Superintendencia de Salud (diciembre 2022), existe una segmentación regional concentrada en el sector oriente de la Región Metropolitana. Tomando la totalidad de población ISAPRE y FONASA, solamente 4 de los 29 servicios de salud cuentan con una afiliación a FONASA menor al promedio nacional de 84%, siendo estos los Servicios de Salud Metropolitano Oriente

con 49%, Metropolitano Central con 75%, Metropolitano Norte con 79% y de Antofagasta con 77%. Asimismo, las ISAPRE han podido segmentar por ingresos, factor relevante si se atiende a los determinantes sociales en salud, que enseñan que las personas de menores ingresos tienen una propensión mayor a enfermar. Como reflejo de esto, el 50% de los cotizantes de FONASA cotizan por 20 mil pesos o menos, y menos del 1% de los cotizantes presentan una cotización por sobre los 100 mil pesos. Mientras, en comparación, en las ISAPRE abiertas, el precio mediano del plan varía de 115 mil pesos en una ISAPRE, hasta 198 mil pesos en otra.

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

2.1. Las tablas de factores

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

En efecto, por una parte, el DFL Nº1 regula el precio final que las ISAPRE cobran por cada plan, condicionándolo a una tabla de factores cuyos coeficientes muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga. Lo anterior, en la práctica, permitió que el sistema de salud privado estableciera distintos precios para un mismo plan de salud según la edad y sexo de la persona que accedía a aquel.

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

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

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

La situación cambió con la entrada en vigencia de ley Nº21.674, pues conforme a esta ley, que tiene por principal objetivo dar cumplimiento a la reciente jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema, las ISAPRE deben aplicar la tabla única de factores definida por la Superintendencia de Salud a todos los planes de salud vigentes, con independencia de que sean anteriores a la Circular IF/N°343.

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

2.2. Las enfermedades o condiciones preexistentes

Por otra parte, junto a la tabla de factores, las enfermedades o condiciones preexistentes (en adelante, “preexistencias”) son otra institución del sistema privado de salud que da cuenta de la posibilidad que tienen las ISAPRE de seleccionar a las personas más saludables, restringiendo coberturas, rechazando la entrada de las personas potencialmente enfermas o bien, estructurando sus planes de salud según el riesgo individual de cada afiliado. En base a las preexistencias, las ISAPRE pueden definir por un tiempo, restricciones de cobertura para aquellas personas afiliadas de idéntico plan que padezcan alguna enfermedad o condición preexistente.

En efecto, conforme al artículo 190 del DFL Nº1, toda persona interesada en suscribir un contrato de salud, previo a afiliarse a una Institución de Salud Previsional o al momento de añadir una persona beneficiaria, debe suscribir un documento denominado “Declaración de Salud”. En este documento, la persona afiliada debe registrar fidedignamente aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que conozca y le hayan sido diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación de un beneficiario, en su caso. Respecto de estas enfermedades o condiciones registradas, la ley autoriza a las ISAPRE definir restricciones de cobertura hasta por un plazo de dieciocho meses. Si no fueron declaradas, la restricción de cobertura se extiende por cinco años.

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

Tanto la cantidad de planes de salud y su difícil comparabilidad, como la estructuración de los planes por riesgo individual -a través de la tabla de factores y las preexistencias- son todas condiciones que permiten que en el sistema privado de salud ocurran discriminaciones

en el acceso a la salud. Esta situación impide la competencia por precios y calidad, generando en lugar de ello una segmentación de las personas beneficiarias en atención a su riesgo, existiendo altos incentivos para las ISAPRE a rechazar a los individuos de mayor riesgo o a inducirlos a abandonar este sistema mediante alzas continuas de precios o reducción de beneficios.

II. FUNDAMENTOS

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

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

A la par de la tarificación por riesgo individual, nuestra legislación otorga a las ISAPRE amplia libertad para definir sus planes de salud y comercializar tantos planes como les resulte rentable. Esto ha llevado, como se señaló anteriormente, a que hoy existan más de cincuenta y cinco mil planes vigentes. La diversidad de planes de salud genera asimetría de información que limita la movilidad de las personas, ya que resulta imposible compararlos, constituyéndose en herramientas para segmentar y discriminar a las personas de mayor riesgo, por la vía de alzas de precios y reducción de beneficios.

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

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

Para hacer frente decididamente a las discriminaciones por sexo, edad y condición de salud se hacen necesarias medidas regulatorias adicionales a las descritas. La principal de estas medidas es el establecimiento de un plan común de

salud para todas las ISAPRE. De lo contrario, estas Instituciones podrían continuar con conductas discriminatorias en base al contenido en cobertura y prestaciones de cada plan, aun cuando exista la obligación de afiliar a todas las personas. Por otro lado, la coexistencia de tarifas planas con multiplicidad de planes de salud -junto con mantener la asimetría de información de las personas -, arriesgaría la viabilidad del sistema por agudizar problemas que la economía conoce como selección adversa y riesgo moral.

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

Luego, el riesgo moral se refiere a que la persona gasta más de lo que haría si tuviera que solventar por sí misma la totalidad de los costos de una prestación. Dado que la ISAPRE financia gran parte de ese costo, se produce un sobreconsumo. Ante la hipótesis de un sistema de salud privado con varios planes de salud, el riesgo moral se produciría por comportamientos oportunistas de las personas al contratar mejores planes solo para acceder temporalmente a mayor cobertura, lo que afecta la situación financiera de las ISAPRE y su capacidad para financiar a otras personas afiliadas.

Tanto la ciencia económica como la experiencia comparada enseñan también que la viabilidad de un plan común de salud en un sistema con múltiples aseguradores requiere medidas para contrarrestar la selección adversa, los comportamientos oportunistas y que reduzcan los incentivos de las aseguradoras a seleccionar riesgos. Estas medidas contribuyen a (a) atenuar incentivos a la discriminación selectiva por parte de las ISAPRE, (b) reducir la selección adversa/el comportamiento oportunista, y (c) evitar efectos inflacionarios en las primas cobradas a las personas.

Por todo lo anterior, para terminar con las preexistencias y las discriminaciones por razón de sexo y edad, no es suficiente con derogar los artículos que actualmente regulan la declaración de salud y la tabla de factores. Se requiere de la definición de nuevas condiciones para el sistema privado de salud que apliquen en lo sucesivo -i.e. manteniendo vigente el régimen legal de los planes actuales- y que incluyen ofrecer un plan común de salud con una tarifa plana que mancomuna riesgos al interior de cada ISAPRE y un mecanismo de reaseguro que mitiga los incentivos a la selección de riesgos por parte de estas Instituciones.

III. OBJETIVOS

El inciso segundo del artículo décimo transitorio de la ley Nº21.674 impone la obligación de presentar un proyecto de ley que cumpla tres condiciones, a saber: (i) eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del DFL Nº1; (ii) eliminar las discriminaciones por edad y sexo; y (iii) hacer lo anterior contemplando mecanismos que permita su viabilidad.

Por lo mismo, la finalidad de este proyecto de ley es terminar con la

posibilidad de que los planes de salud se estructuren y tarifiquen conforme al riesgo individual de cada persona afiliada o beneficiaria. Sin embargo, tal como se indicó anteriormente, la sola derogación de la declaración de salud y de la tabla de factores -sin modificar otros elementos de la regulación vigente- incentivaría la selección adversa y el riesgo moral. Además, mantener la multiplicidad de planes conlleva a continuar con las asimetrías de información de las personas, erosiona la competencia entre ISAPRE y se constituye en una herramienta para la discriminación en base al contenido del plan.

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

Para ello el proyecto tiene como objetivos específicos los siguientes:

1. **Poner fin a la tabla de factores definiendo una tarifa plana para el sistema de salud privado**

Para dejar atrás un sistema en donde las personas pagan una prima que tenga relación con su riesgo, es fundamental la adopción de una tarificación plana. De esta manera se mancomunan los riesgos entre todos quienes paguen la prima. Así, junto con definir un plan común de salud para el sistema privado de salud, el proyecto obliga a las ISAPRE a cobrar una tarifa plana por el mismo, eliminándose la tabla de factores para definir el precio final de los planes de salud de las ISAPRE.

Sin perjuicio de lo anterior, la tabla de factores subsistirá en los contratos de aquellas personas afiliadas que a la fecha de entrada en vigencia del plan común de salud deseen permanecer en aquel, pues el cambio a este plan será voluntario. No obstante ello, con la entrada en vigencia del plan común de salud, todos los nuevos contratos deberán regirse bajo dicha regulación, es decir, una prima plana determinada por cada ISAPRE.

2. Poner fin a las preexistencias

Tal como se compromete en el artículo décimo transitorio de la ley N°21.674, el proyecto dispone expresamente el fin de las preexistencias tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para la posible definición de restricciones o exclusiones de beneficios.

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

En definitiva, este objetivo junto al anterior pone fin a la facultad de las ISAPRE de segmentar por riesgo sanitario individual a las personas, permitiendo, a su vez, la libre movilidad de las mismas.

3. Crear un plan común de salud

Crear un plan común con tarifa plana, en lugar de permitir la coexistencia de múltiples planes con tarifa plana es fundamental para evitar la selección y segmentación de riegos por parte de las ISAPRE y los comportamientos oportunistas

por parte de las personas. Cuestión que, además, permite mancomunar los riesgos al interior de cada ISAPRE mejorando el acceso a la salud de la población de mayor riesgo como personas mayores y enfermos crónicos.

Es por lo anterior que esta iniciativa legal propone la creación de un plan común de salud como producto único y comparable que pueden ofrecer las ISAPRE, prohibiéndoles ofrecer planes alternativos a este. Con ello, las Instituciones de Salud Previsional competirán entre ellas por precio y por la red de prestadores que incluyan en su oferta.

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

4. Excluir los beneficios adicionales al plan común de salud

Como se indicó anteriormente, el objetivo general de este proyecto es poner término a la facultad de las ISAPRE de estructurar y tarificar los planes de salud conforme al riesgo individual de cada persona. Para hacer ello efectivo, una medida adicional relevante es prohibir a las ISAPRE ofrecer beneficios

adicionales a los definidos en el plan común de salud. Así, se evita que persistan espacios propicios para la discriminación dentro de la seguridad social.

Con ello se establece una clara señal que en materia de salud el mercado puede seguir operando, pero por fuera de la seguridad social y no con cargo a la cotización legal en salud.

Lo anterior, en ningún caso, impedirá a las personas a acceder a coberturas adicionales a las que se definan para el plan común de salud. Para acceder a éstas, las personas siempre podrán contratar seguros de salud con aquellas compañías de seguros reguladas por la Comisión para el Mercado Financiero.

5. Establecer el deber de las ISAPRE de contar con un reaseguro

Como mecanismo para desincentivar la selección de riesgos, el proyecto contempla la obligación para cada ISAPRE de contratar un reaseguramiento que la cubra ante aquellos riesgos atribuibles a un mayor gasto en prestaciones correspondientes al plan común de salud, según determine la Superintendencia de Salud cada cinco años mediante circular, previa consulta a la Comisión para el Mercado Financiero.

Con esto, se establece la obligación para las ISAPRE de reasegurarse ante un alza en la siniestralidad de la cartera. Esa medida tiene como efecto reducir los incentivos a la discriminación por riesgo, ya que la cobertura del reaseguro previene la desestabilización financiera para las ISAPRE derivada del enrolamiento de personas de mayor riesgo esperado. El diseño de detalle de este mecanismo estará sujeto a las definiciones de la Superintendencia de Salud, previa consulta

a la Comisión para el Mercado Financiero, para mejorar su efectividad en desincentivar la discriminación por riesgo, sin crear incentivos contrarios al buen funcionamiento de la industria, tales como efectos inflacionarios u otros.

6. Establecer los cambios con gradualidad

Poner fin a las preexistencias, a la tabla de factores y a las discriminaciones por razones de edad, sexo y condición de salud suponen un cambio estructural en el sistema de salud privado largamente esperado para nuestro país. El impacto de esta nueva regulación y las expectativas en torno a ella justifican que las medidas que se proponen en este proyecto se apliquen con gradualidad. Por ello es que la presente iniciativa considera que el plan común de salud entre en vigencia sin obligar a las actuales personas afiliadas a alguna ISAPRE a poner término a sus planes y migrar al nuevo régimen. No obstante ello, con la entrada en vigencia del plan común de salud se terminará con la práctica de requerir la suscripción de una declaración de salud y con la tarificación en base al riesgo individual de las personas.

La presente iniciativa no implica desconocer que nuestro sistema de salud demanda otras modificaciones estructurales con las cuales el Gobierno del Presidente Gabriel Boric Font está comprometido. Por lo mismo, este proyecto de ley propone un cambio específico al sistema privado, aunque no por ello con menor impacto.

IV. CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley consta de un artículo único permanente y cinco artículos transitorios. El artículo único permanente introduce modificaciones al DFL N°1, que, en términos generales, abordan

los aspectos que se describen a continuación:

1. Se derogan las preexistencias y se pone fin a las discriminaciones en razón de sexo y edad

En primer lugar, el literal a) del numeral 1 del artículo único permanente, deroga la definición de “cotizante cautivo” que se encuentra en el artículo 170 del DFL N° 1.

En segundo lugar, y debido a la eliminación de “cotizante cautivo”, el numeral 4 del artículo único permanente modifica el artículo 219 del DFL N°1, el cual permite la transferencia de cartera de una ISAPRE a otra, eliminando la expresión “condición de cautividad”.

En tercer lugar, y debido a lo señalado anteriormente, el numeral 5 del artículo único permanente modifica el artículo 221 del DFL N°1, que regula la hipótesis en que una ISAPRE no cumple con sus indicadores, eliminando el procedimiento de transferencia de cartera que debe realizar el administrador provisional -cuando se cumplen los requisitos que allí se señalan-, en atención a la libre movilidad con la que contarán las persona en caso de que se inicie el proceso de cancelación de registro de una ISAPRE. Asimismo, se faculta al Superintendente de Salud a abrir un periodo especial de hasta sesenta días hábiles para que las personas afiliadas puedan cambiarse a otra Institución. Por último, la modificación introducida por este numeral elimina el inciso décimo primero del artículo 221 que hace referencia a las limitaciones que tenía la ISAPRE que recibía la cartera de la ISAPRE que se le cancelaba su registro, entre las que se encontraba, por ejemplo, no poder exigir una nueva declaración de salud.

En cuarto lugar, el numeral 6 del artículo único permanente, adecua el artículo 223 a la modificación señalada recientemente, eliminando del numeral 1 del referido artículo la hipótesis de declarar desierta la licitación del artículo 221.

Por último, a través del numeral 7 del artículo único permanente, el proyecto de ley propone incorporar un nuevo título III en el DFL Nº1 que regula el plan común de salud.

Para estos efectos, este nuevo título III -que contiene cuatro párrafos y engloba los artículos 229 a 247-, incluye:

a. Se establece un plan común de salud como producto único y comparable que deben ofrecer las ISAPRE

A través de los artículos 229, 239, y siguientes, el proyecto de ley mantiene la posibilidad de los cotizantes de optar por aportar su cotización para salud a alguna ISAPRE (tal como lo establece el artículo 184 vigente del actual DFL Nº1), especificando que para ello deben contratar el plan común de salud a que se refiere este proyecto de ley.

Conforme al nuevo artículo 232 que el proyecto propone, la cobertura financiera del plan común de salud será la misma para todas las personas afiliadas al sistema privado de salud, en los términos que allí se especifican.

Los contratos del plan común de salud serán por plazo indefinido y cada Institución de Salud Previsional determinará la red preferente de prestadores y la prima que cobrará por el plan común de salud. Tanto la prima como la red preferente deberá ser la misma para

todas las personas afiliadas y cargas de una Institución.

Respecto a la dictación del decreto supremo que contiene el primer plan de salud, el artículo primero transitorio indica que este además de las prestaciones y beneficios señalados en el artículo 230 del DFL N° 1 podrá incorporar dentro del contenido del plan, las prestaciones no incluidas en los aranceles de la modalidad institucional o de libre elección del FONASA que se encuentren reconocidas en la cobertura de los planes de salud vigentes de las ISAPRE. Asimismo, este artículo establece que, para la elaboración del primer decreto, se deberá seguir el procedimiento establecido en los artículos 235 y 236 del DFL N° 1. Para proponer las coberturas financieras del primer decreto del plan común de salud, el Consejo Consultivo dispondrá de un plazo de seis meses contados desde su convocatoria.

b. Se entrega a la autoridad sectorial la definición del plan común de salud y su contenido

La definición y contenido del plan común de salud se encuentra regulada en los artículos 230 a 238 nuevos que el proyecto de ley propone incorporar en el DFL Nº1.

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

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

- Las prestaciones contempladas en la modalidad de atención institucional de FONASA.

- Las prestaciones contempladas en la modalidad de libre elección de FONASA.

- Las Garantías Explícitas en Salud.

- El beneficio de una cobertura adicional para enfermedades catastróficas.

- Atenciones de emergencia.

- Las prestaciones contempladas en el artículo 194 del DFL Nº1, de 2005 (examen de medicina preventiva, protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo o hija, y del niño o niña hasta los seis años).

- El subsidio por incapacidad laboral.

Del mismo modo, el artículo 232 del proyecto establece que la cobertura financiera del plan común de salud será definida en el mismo decreto supremo antes mencionado.

Con todo, la discrecionalidad de la autoridad queda limitada de distintas maneras; tanto en el fondo como en la forma.

En primer lugar, el proyecto dispone que el decreto deberá definir un “copago conocido” para el afiliado respecto de las prestaciones que se otorguen en la red

preferente del plan de salud común. Para estos efectos, el proyecto dispone que la contribución deberá expresarse en un porcentaje de cobertura financiera con relación a un arancel de referencia para el plan común de salud definido en el mismo decreto.

Ese copago conocido es sin perjuicio de que cada Institución de Salud Previsional deberá cubrir la totalidad de la diferencia entre el valor de las prestaciones que haya pactado para sus afiliados y el copago conocido.

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

Esta contribución también deberá expresarse en un porcentaje de cobertura en relación con el arancel de referencia para el plan común de salud.

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

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

En quinto lugar, el proyecto dispone que las prestaciones que se deriven de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente a su red, tendrá una cobertura definida en la ley que ascenderá a un 90%.

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

c. Se regula una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC)

Actualmente la mayoría de los planes de salud que ofrecen las ISAPRE incluyen una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas. A pesar de ello, la regulación de este beneficio no tiene fuente legal y descansa en circulares de la Superintendencia de Salud.

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

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

a. Se restringe el mercado y la posibilidad de negocio dentro de la seguridad social

Explícitamente el proyecto de ley dispone, en el nuevo artículo 241, que las Instituciones de Salud Previsional no podrán ofrecer planes adicionales de salud o beneficios que mejoren la cobertura prevista en el plan común de salud o que otorguen cobertura a prestaciones no incluidas en este.

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

Los beneficios ofrecidos en virtud de dichos convenios deberán quedar disponibles para la totalidad de las personas afiliadas a la ISAPRE respectiva, en las mismas condiciones de precio y coberturas.

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

b. Se pone fin a los excedentes

Conforme a los principios de la seguridad social, cada cual aporta según su capacidad y recibe según su necesidad. En este sentido, un régimen de excedentes como el que actualmente existe en el DFL Nº1, que reconoce propiedad absoluta sobre la cotización legal, es contrario a los principios de seguridad social. Por lo mismo, el artículo 239 del proyecto

mantiene la regla vigente conforme a la cual quienes contratan un plan de salud con una ISAPRE deben imputar su cotización legal para salud al pago del plan. Con todo, si la cotización legal es superior a la prima, el proyecto dispone que la diferencia deberá ser destinada por la Institución al financiamiento de las prestaciones y beneficios de todos los afiliados.

c. Se establece el deber de las ISAPRE de contratar un reaseguro

El numeral 2 del artículo único permanente del proyecto incorpora un nuevo artículo 181 bis al DFL Nº1, con el fin de establecer como requisito de toda Institución de Salud Previsional contar con un reaseguramiento que cubra los riesgos atribuibles a un mayor gasto en prestaciones correspondientes al plan común de salud, que superen los valores definidos por la Superintendencia de Salud, previa consulta a la Comisión para el Mercado Financiero.

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

3. Se incorporan los cambios propuestos con gradualidad

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

En primer lugar, el numeral 3 del artículo único permanente, modifica el numeral 8 del artículo 216 del DFL N° 1, el cual establece que las ISAPRE deben

mantener los planes de salud en actual comercialización a disposición del público. Así, el numeral, simplemente mantiene la obligación de las ISAPRE, pero ahora haciendo referencia al plan común de salud disponible.

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

- Regula, en el artículo 243, el contenido del contrato de salud correspondiente al plan común en términos similares a como hoy se regulan los contratos de salud en el artículo 190 del DFL Nº1.
- Regula, en el artículo 240, la duración del contrato del plan común de salud y la posibilidad de desahuciarlo por parte de los afiliados, en términos similares a los que actualmente dispone el artículo 197 del DFL Nº1.
- A través del artículo 245, el proyecto contempla, tal como ocurre actualmente, que una vez al año, en el mes de junio, las ISAPRE puedan adecuar el precio de su plan común de salud.
- En su artículo 247, el proyecto explícitamente incluye una norma de clausura haciendo extensivas al plan común las normas del título II del DFL Nº1 que les sean compatibles.

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

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

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

En consecuencia, tengo el honor de someter a vuestra consideración el siguiente

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

"Artículo único.- Introdúcense, al decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469, las siguientes modificaciones:

1) Modifícase el artículo 170 en el siguiente sentido:

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

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

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

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

"Artículo 181 bis.- Toda Institución de Salud Previsional deberá contar con un reaseguramiento, otorgado por compañías de seguro o reaseguro nacionales, que cubra aquellos riesgos atribuibles a un mayor gasto en prestaciones correspondientes al plan común de salud, según

determine la Superintendencia de Salud cada cinco años mediante instrucciones de carácter general, previa consulta a la Comisión para el Mercado Financiero. Estas mismas instrucciones establecerán las condiciones mínimas del reaseguro.

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

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

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

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

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

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

5) Modifícase el artículo 221 en el siguiente sentido:

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

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

b) Suprímese el actual inciso décimo primero.

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

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

"TÍTULO III
Del plan común de salud

Párrafo 1°
De las prestaciones y beneficios

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

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

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

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

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

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

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

f) Las prestaciones contempladas en el artículo 194.

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

Lo anterior es sin perjuicio de los derechos que tienen quienes contraten un plan común de salud de acceder a las prestaciones y coberturas definidas bajo el Sistema de

Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo de la ley Nº20.850.

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

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

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

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

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

Párrafo 2°
De la cobertura financiera de las Instituciones de Salud Previsional

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

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

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

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

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

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

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

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

Párrafo 3°

Del procedimiento de aprobación y modificación del plan común de salud

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

El arancel del plan común deberá estar expresado en unidades de fomento. Con todo, el arancel de las prestaciones incluidas en las Garantías Explicitas en Salud será el que corresponda a dicho régimen conforme a lo dispuesto en la ley Nº19.966.

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

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

a) Dos representantes de las facultades de medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas.

b) Dos representantes de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente en Chile, elegidos por éstas.

c) Tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

En todo lo que no esté regulado expresamente y sea compatible con el nombramiento de estos consejeros, le serán aplicables las normas reglamentarias del Consejo Consultivo de la ley Nº19.966.

A estos consejeros les serán aplicables las inhabilidades e incompatibilidades definidas en el 130 quater y 130 quinquies de esta ley. También les serán aplicables las

normas sobre probidad administrativa en los términos del artículo 130 septies de esta ley. Asimismo, serán causales de cesación en el cargo las establecidas en el artículo 130 sexies de esta ley.

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

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

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

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

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

Los consejeros deberán presentar una propuesta al Ministerio de Salud en materia de coberturas financieras del plan común de salud. Para cumplir su cometido, tendrán un

plazo de tres meses contado desde su convocatoria. Los consejeros cesarán en su cargo una vez cumplido su cometido.

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

Artículo 237.- El plan común de salud tendrá una vigencia de tres años. Si no se hubiera modificado al vencimiento del plazo señalado precedentemente, se entenderá prorrogado por el mismo periodo, y así sucesivamente.

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

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

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

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

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

Párrafo 4°
Del contrato del plan común de salud

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

Los afiliados al Régimen que establece el Libro II que contraten el plan común de salud deberán imputar su cotización legal para salud al pago de la prima correspondiente en los términos dispuesto en el inciso primero del artículo 171. Si su cotización legal es insuficiente para financiar el plan común de salud, se entenderá que el cotizante acuerda una cotización superior con la Institución. Si la cotización legal es superior a la prima, la diferencia deberá ser destinada por la Institución al financiamiento de las prestaciones y beneficios de los afiliados y beneficiarios.

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

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

de general aplicación sobre la forma y procedimiento a que deberán ceñirse las comunicaciones indicadas precedentemente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

e) La prima del plan común de salud y la unidad en que se pactará. La prima del plan común estará compuesta por el precio de las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere el párrafo 5° del Título II y el precio por los demás beneficios del plan común señalados en el artículo 230. Ambos valores deberán informarse en términos claros e independientes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 246.- Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 240 y 241, dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explicitas en Salud o de sus posteriores modificaciones, el afiliado podrá

desahuciar el contrato del plan común de salud o cambiarse de ISAPRE.

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

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

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

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

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

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

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

Artículo tercero transitorio.- El artículo 229 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, entrará

en vigencia junto con el decreto supremo que aprueba el primer plan común de salud, fecha a partir de la cual las Instituciones de Salud Previsional solo podrán ofrecer el plan común de salud en los términos dispuestos en esta ley.

Con todo, los planes de salud vigentes a la fecha de entrada en vigencia del referido decreto supremo subsistirán y continuarán regulándose conforme a las normas del título II del DFL Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, y las demás que resulten pertinentes.

Artículo cuarto transitorio.- Dentro de los doce meses siguientes a la publicación en el Diario Oficial del decreto supremo que aprueba el primer plan común de salud, todas las Instituciones de Salud Previsional abiertas deberán contar con el reaseguro de que trata el artículo 181 bis del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, introducido por el numeral 7 de la presente ley.

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

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO
SECRETARÍA GENERAL DE LA PRESIDENCIA

Dios guarde a V.E.,

GABRIEL BORIC FONT
Presidente de la República

MARIO MARCEL CULLELL
Ministro de Hacienda

XIMENA AGUILERA SANHUEZA
Ministra de Salud