

Proyecto de ley, iniciado en Mensaje de S.E. el Presidente de la República, que 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 las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el FONASA, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional.

Santiago, 08 de mayo de 2023

M E N S A J E N° 049-371/

Honorable Senado:

**A S.E. EL
PRESIDENTE
DEL H.
SENADO**

En el uso de mis facultades constitucionales, someto a vuestra consideración el presente proyecto de ley que 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 las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el Fondo Nacional de Salud, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las Instituciones de Salud Previsional.

I. ANTECEDENTES

Por más de diez años el sistema de financiamiento de salud privada ha venido arrastrando una situación que se ha tornado cada vez más crítica. La altísima judicialización del sistema por la fijación de los precios bases de los contratos de

salud previsional que celebran las personas con las Instituciones de Salud Previsional (en adelante, ISAPRE) haciendo uso de tablas de factores de riesgos elaboradas por aquellas, así como las respectivas alzas de estos precios.

Durante este periodo se ha debatido en distintas oportunidades eventuales reformas estructurales al sistema de financiamiento de salud, sin que ninguna de ellas se haya materializado.

En este contexto, durante noviembre y diciembre de 2022, la Tercera Sala de la Excelentísima Corte Suprema dictó una serie de sentencias que, en un hecho histórico, fijaron criterios generales aplicables a todos los contratos de salud vigentes de las Instituciones de Salud Previsional.

Hoy es indispensable otorgar un marco legislativo para el cumplimiento de la jurisprudencia del máximo tribunal del país. Asimismo, es de suma relevancia abordar este problema relativo al financiamiento de la salud, que afecta al sector íntegramente: personas usuarias del sistema de salud, prestadores tanto público como privados, el Fondo Nacional de Salud (en adelante, FONASA o Fondo) y las ISAPRE.

1. Marco general de los contratos de salud con Instituciones de Salud Previsional

El sistema de salud chileno se caracteriza por ser mixto tanto respecto a su financiamiento como a la provisión de prestaciones. A nivel de financiamiento, están presentes el Fondo Nacional de Salud como asegurador estatal y las Instituciones de Salud Previsional como entidades privadas, todos ellos a su vez fiscalizados por la Superintendencia de Salud.

En cuanto al financiamiento privado de salud ofrecido por las ISAPRE, de conformidad al artículo 189 del decreto con

fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, el contrato de salud celebrado entre una persona y una ISAPRE debe cumplir con ciertos mínimos, entre ellos: (i) precio del plan; (ii) forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes, prestaciones y beneficios; y, (iii) las Garantías Explícitas de Salud (GES) relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, contempladas en la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud.

El precio final que paga la persona se determina multiplicando el valor del precio base del plan de salud que suscribe con la ISAPRE por el factor de riesgo que le corresponda de conformidad a la tabla fijada al efecto. A esto, se le debe sumar el precio que las ISAPRE fijan por el cobro de GES, el cual debe ser el mismo para todas las personas, sin que pueda aplicarse una tabla de factor de riesgos. Adicionalmente, este precio final puede incluir, si así se acuerda, beneficios adicionales, como, por ejemplo, la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC).

Hasta finales de 2019, las tablas de factores de riesgo eran elaboradas por las ISAPRE. Estas tablas presentaban una estructura, en cuanto a grupos de edad y sexo. Sin embargo, a fines de 2019, la Superintendencia de Salud emitió la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019 (en adelante, también, la Circular), la cual determinó una Tabla de Factores Única. Esto, con el propósito de introducir mayor solidaridad entre las personas beneficiarias del sistema privado de financiamiento de salud por medio del uso de una tabla de factores única, que elimina la discriminación de precios basada en el sexo y restringe aquella que se funda en la edad¹.

¹ Superintendencia de Salud (2020). Documento de Trabajo "Evaluación de Impacto de la Tabla de Factores Única (Circular IF N° 343, de 2019)". Departamento de Estudios y Desarrollo. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20311_recurso_1.pdf

La Circular entró en vigencia el 1° de abril de 2020, la cual ordenó que todos los planes que iniciaron su comercialización a partir de esa fecha debían incorporar la Tabla de Factores Única.

En cuanto a las modificaciones que pueden tener los precios base de los planes de salud de las ISAPRE, el 14 de junio de 2021 se publicó la ley N° 21.350 que regula el procedimiento para modificar el precio base de los planes de salud. A través de este, la Superintendencia de Salud calcula el Índice de Costos de Salud (ICSA) que es la variación porcentual máxima permitida que las ISAPRE pueden considerar en las adecuaciones de precios de los planes de salud.

Al ser un tope máximo para las ISAPRE, estas pueden optar por no subir el precio base, alzar a un porcentaje inferior al ICSA o ajustar su precio al ICSA mismo.

Finalmente, en el evento que el ICSA determinado por la Superintendencia sea negativo, las ISAPRE no podrán subir el precio base de los planes de salud.

Lo anterior, en particular, las tablas de factores de riesgo, como las modificaciones a los precios base, han estado en constante cuestionamiento en los medios de prensa, en la academia y, como es de conocimiento público, en los tribunales de justicia.

2. La judicialización del sistema de financiamiento privado de salud

La judicialización del sistema privado de financiamiento de salud es un problema que se ha hecho particularmente relevante desde hace más de diez años. En su mayoría, se trata de casos donde las personas afiliadas reclaman que su ISAPRE

aumentó o fijó el precio de sus planes no ajustándose al decreto ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

La primera sentencia relativa a esta materia fue dictada por el Excelentísimo Tribunal Constitucional el 6 de agosto de 2010, en causa Rol N°1710-2010. Dicho fallo declaró la inconstitucionalidad y derogó ciertas normas relacionadas a la tabla de factores. En particular, los numerales 1, 2, 3 y 4, del inciso tercero del artículo 38 ter de la ley N°18.933 (actualmente, artículo 199 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud). Luego de esta derogación, se han producido dificultades en la interpretación y aplicación de la tabla de factores.

A partir de esta decisión del Tribunal se produjo un crecimiento exponencial de la judicialización en materia de planes de salud. Así, por ejemplo, si en 2015 estos superaban los 50 mil ingresos, en 2019 esta cifra había alcanzado los 100 mil ingresos por año. Este crecimiento ha impactado significativamente el funcionamiento del Poder Judicial, mermando su capacidad de ejercer la jurisdicción de manera eficiente y oportuna. Como lo señaló el Presidente de la Excelentísima Corte Suprema en su discurso de 1° de marzo de 2023, los ingresos a las Cortes de Apelaciones durante el 2022 superaron las 668 mil (668.916) causas, expresando un incremento mayor al 186 por ciento respecto al año 2021. Este superávit, señaló, se explica por el significativo aumento de recursos de protección interpuestos contra ISAPRE². Así, por ejemplo, de las causas pendientes en las Cortes de Apelaciones ascendieron a 338 mil (338.171), de las cuales 284 mil (284.623) corresponden a recursos de protección contra ISAPRE.

² Poder Judicial (2023). Cuenta Pública Presidencia Corte Suprema 2023. Disponible en: <https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/docs/download/56183>

Por otro lado, a fines de 2022 y a través de varios fallos relacionados (v.gr. sentencias de 30 de noviembre de 2022, Roles N°14.513-2022 y N°16.630-2022; sentencias de 13 de diciembre de 2022, en Roles, N°13.981-2022, N°12.150-2022; N°91.300-2022; Rol N°16.497-2022), la Excelentísima Corte Suprema estableció una nueva jurisprudencia respecto a la denominada tabla de factores que usan las ISAPRE para determinar el precio final de los contratos previsionales de salud, que va en línea con lo fallado anteriormente por el Excelentísimo Tribunal Constitucional y por las diversas Cortes de Apelaciones.

En esta nueva jurisprudencia, la Excelentísima Corte Suprema, a través de su Tercera Sala, vino a definir criterios generales en la materia, subsanando el déficit de interpretación antes mencionado. En particular, el máximo tribunal resolvió dejar sin efecto toda tabla de factores empleada por las ISAPRE en sus planes de salud, que sea distinta de la Tabla Única de Factores definida por la Superintendencia de Salud que, a la fecha de las sentencias, es la tabla vigente de la Superintendencia estaba contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019.

Adicionalmente, la Excelentísima Corte Suprema instruyó a cada ISAPRE a calcular el precio final de todos los contratos de salud que administren, multiplicando el valor del plan base correspondiente por la suma de los factores del grupo familiar, aplicando para ello la Tabla Única de Factores contenida en la Circular³. Para esta instrucción, el máximo tribunal procuró aclarar que la aplicación de este procedimiento no podrá importar un alza del precio final de los contratos de las personas afiliadas. A su vez, estableció que, una vez calculado el precio final de los contratos, sólo podrá autorizarse un alza del precio final de estos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar

³ Corte Suprema (2022). Sentencia de 30 de noviembre de 2022, Rol N°16.630-2022, parte resolutive, numeral 3.

allí previstos así lo determine⁴. No obstante ello, el cobro de la nueva carga o persona beneficiaria se suspenderá hasta que cumpla dos años de edad⁵.

Finalmente, instruyó a la Superintendencia de Salud a que, en ejercicio de sus facultades, determine el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud administrados por las ISAPRE a los términos de la Tabla Única de Factores contenida en la Circular⁶. También le ordenó al ente regulador disponer las medidas administrativas para que, en el evento que, de la aplicación de la Tabla Única de Factores de la Superintendencia, se determine un precio final del contrato inferior al cobrado y percibido por las ISAPRE, las cantidades recibidas en exceso sean restituidas como excedentes de cotizaciones a las personas afiliadas⁷.

3. El Fondo Nacional de Salud y sus modalidades de atención

El sistema de financiamiento público de salud se materializa a través de la operación del Fondo Nacional de Salud, cuya principal tarea es otorgar cobertura financiera a las distintas atenciones en salud. Dicha cobertura financiera otorgada por FONASA, consistente en otorgar acceso, cobertura y protección en salud a las personas a través de un Plan de Salud Único, se encuentra regulada principalmente en el Libro II del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud⁸. Adicionalmente, el Fondo tiene otras funciones como la entrega de prestaciones pecuniarias que se materializan en subsidios que

⁴ Ibid., parte resolutive, numerales 4 y 5.

⁵ Ibid., parte resolutive, numeral 5.

⁶ Ibid., parte resolutive, numeral 6.

⁷ Ibid., parte resolutive, numeral 7.

⁸ A este plan de FONASA, se suman otros programas tales como el Programa GES, establecido en la ley N°19.966, el relativo a diagnósticos y tratamientos de enfermedades de alto costo, regulado en la ley N° 20.850, el Programa de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), entre otros.

las personas pueden recibir como, por ejemplo, subsidio de incapacidad laboral (licencias médicas).

El Fondo opera a través de una clasificación de las personas beneficiarias que se realiza en atención a su nivel de ingreso. Así, FONASA cuenta con cuatro tramos (A, B, C, y D), respecto de los cuales las personas que están en los grupos B, C, y D son quienes contribuyen al Fondo a través de pago de cotizaciones previsionales de salud. Actualmente, las personas beneficiarias tienen el deber de comunicar al FONASA cualquier variación de sus ingresos que permitiera clasificarlas en un tramo diferente.

Existen dos modalidades de atención para acceder a los beneficios y cobertura que otorga FONASA: (i) la Modalidad de Atención Institucional (MAI); y (ii) la Modalidad de Libre Elección (MLE). En relación con la MAI, la atención se produce en la Red Pública de Salud y pueden acceder todas las personas aseguradas por FONASA, independiente de su tramo de ingreso. Es importante destacar que, desde septiembre de 2022, todos los tramos del Fondo cuentan con gratuidad en todas sus atenciones en esta modalidad.

Por su parte, la MLE otorga a las personas beneficiarias FONASA pertenecientes a los tramos B, C y D, la posibilidad de elegir al profesional y/o establecimiento del sector privado de salud -con quienes FONASA haya celebrado convenio- para recibir una determinada prestación. En esta modalidad, FONASA determina un arancel y un porcentaje de cobertura financiera que proveerá dicho Fondo. Luego, la diferencia entre el valor arancelado de la prestación y el monto que cubre FONASA es el copago que debe pagar la persona que quiere hacer uso de la MLE.

II. FUNDAMENTOS

La reciente jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema ha permitido dar certeza jurídica a las personas adscritas al sistema de financiamiento privado de salud con alcance general, luego de años de litigación y ausencia de una reforma significativa al sistema de financiamiento de salud.

1. El cumplimiento de la jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema

Lo instruido por la Excelentísima Corte Suprema en su reciente jurisprudencia requiere, en parte, que el Ejecutivo y el Congreso Nacional se hagan parte en la implementación de esta jurisprudencia.

Para ello, el proyecto de ley propone una forma de implementación de lo establecido por el máximo tribunal, y dota de herramientas al ente regulador, en este caso, la Superintendencia de Salud, para que cuente con el marco necesario a efecto de dar cumplimiento a lo ordenado por la Excelentísima Corte Suprema.

2. El impacto del fallo en la estabilidad financiera del sistema de salud

Con todo, la aplicación de la jurisprudencia ya mencionada tiene la potencialidad de producir un potente impacto en lo que se refiere a la continuidad de la protección financiera que los contratos de salud de las ISAPREE aseguran, lo que podría comprometer el acceso a la atención de salud de las personas beneficiarias del mismo.

En efecto, según cifras de la Superintendencia de Salud, la jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema tendrá efectos en más de un millón de contratos cuyos precios, a la fecha de las sentencias, no habían sido calculados usando la Tabla

Única de Factores definida en la Circular. De este universo, y con ocasión de la adecuación del precio final ordenado por el máximo tribunal, y de acuerdo con lo informado por la Superintendencia de Salud, el precio de aproximadamente seiscientos mil contratos de salud disminuye.

Además del ajuste de los precios, la Excelentísima Corte Suprema ha mandado a la Superintendencia de Salud a exigir la restitución por vía de excedentes de los cobros excesivos, si los hubiere, producto de la no aplicación de la Circular a contar de su entrada en vigencia (1° de abril de 2020)⁹.

Al respecto, las ISAPRE han manifestado que debido a estos ajustes podrían dejar de percibir cerca de un 10% de sus ingresos anuales proyectados, de conformidad con los datos del referido órgano fiscalizador. Además, en este escenario, es probable que las ISAPRE no puedan cumplir con los indicadores legales que exige la regulación para que puedan operar como tales (índices de liquidez, patrimonio y garantía).

De ocurrir cualquiera de estos supuestos, implicaría para las ISAPRE caer en una administración provisional por parte de la Superintendencia de Salud, en el ámbito sanitario, e insolvencia, en el campo comercial. Esto no solo arriesga cualquier eventual devolución a las personas afectadas, sino que podría impedir a las personas de mantener sus planes de salud a un precio final reducido como lo ordena nuestro máximo tribunal.

A mayor abundamiento, la eventual insolvencia o incumplimiento de indicadores de las ISAPRE puede precipitar una crisis en el sistema privado de financiamiento de salud que exponga la sostenibilidad del sistema sanitario en su conjunto, incluidos prestadores públicos y privados.

⁹ Corte Suprema (2023). Sentencia de 26 de enero de 2023, Rol N°16630-2022, considerando segundo.

3. Alternativas a las personas beneficiarias del sistema de salud

El Estado y en particular el sector salud, no puede ser indiferente a las repercusiones que este contexto podría implicar para las personas.

En medio de este escenario, nuestro sistema de financiamiento de salud de carácter mixto requiere también revalorar la importancia de FONASA y fortalecerlo.

Todo lo anterior, hace indispensable que el Ejecutivo presente esta iniciativa para otorgar el marco necesario a la industria para hacer operativas las sentencias dictadas por la Excelentísima Corte Suprema, dando efectivo cumplimiento a lo allí establecido y, a su vez, dar viabilidad al sistema de salud para que las personas puedan seguir accediendo al mismo.

III. OBJETIVOS

En vista de lo expuesto, el presente proyecto de ley busca viabilizar el cumplimiento de la jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema, asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicha jurisprudencia por parte de las ISAPRE protegiendo la viabilidad financiera de las mismas, y fortalecer al Fondo a través de la creación de una nueva modalidad, alternativa, de acceso a la provisión financiera del Fondo Nacional de Salud que permita acoger a nuevos beneficiarios en condiciones similares a las que hoy contempla el sistema privado.

1. Ajustar la normativa vigente para la implementación de la jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema

a. Dotar a la Superintendencia de Salud de las facultades legales necesarias para implementar las instrucciones dadas por la Excelentísima Corte Suprema

Para estos efectos, esta iniciativa define el contenido mínimo que ha de tener la Circular que la Superintendencia de Salud debe dictar para definir el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsional, de las ISAPRE, siempre en los términos de lo resuelto por el máximo tribunal y en el marco de nuestro ordenamiento jurídico.

A su vez, el proyecto expresamente reconoce en la Superintendencia de Salud la facultad de fiscalizar todo aspecto que guarde relación con la correcta adecuación de los precios de los planes de salud, con la presentación del plan de devolución y su cumplimiento.

b. Establecer la presentación por parte de las ISAPRE de un plan de devolución de las deudas generadas ante la adecuación de los planes de salud

Con la especial consideración de proteger los derechos de las personas que se encuentran adscritas al sistema de salud privado, y en particular, en lo que dice relación con el tratamiento de las cantidades percibidas en exceso, el proyecto introduce una regla a fin de que aquellas que se produjeran por el reajuste del precio final, sean devueltas conforme a un plan propuesto por las ISAPRE, evaluado por un Consejo Asesor de carácter técnico y consultivo, que se crea en esta iniciativa, y aprobado por la Superintendencia de Salud.

Por otro lado, el proyecto define que las cantidades percibidas en exceso se reconocerán en una cuenta corriente individual que las ISAPRE deberán abrir en favor de las personas afiliadas especialmente para la devolución de estos, y que estará

claramente diferenciada para todos los efectos contables de aquellos excedentes que se generen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta ley.

c. Determinar que las cantidades percibidas en exceso por adecuaciones de planes de salud no serán parte de los índices que deben cumplir las ISAPRE

A efectos de que el pasivo que genere la adecuación de los precios finales de los contratos de salud no afecte los indicadores legales de las aseguradoras obligando a la Superintendencia de Salud a intervenir, el proyecto de ley establece que las referidas deudas no serán consideradas en la garantía que las ISAPRE deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 181 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Asimismo, se define que la deuda no será considerada para el cálculo de los indicadores legales de liquidez y patrimonio previstos en los artículos 178 y 180 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

d. Establecer un privilegio de primera clase para los créditos generados a favor de las personas afiliadas

El proyecto procura que ante el eventual remanente impago de la deuda generada por los montos percibidos en exceso sea pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase de conformidad a lo dispuesto en el número seis del artículo 2472 del Libro IV del Código Civil.

e. Establecer un procedimiento de autorización para el retiro de utilidades

Las ISAPRE solo podrán hacer retiro de dividendos o distribución de utilidades si han pagado la totalidad de los montos percibidos en exceso, generados por la adecuación del precio final de sus contratos de salud y previa autorización de la Superintendencia.

Para dar cumplimiento a lo anterior, se establecen medidas preventivas y sancionatorias en caso de incumplimiento.

f. Establecer sanciones penales por conductas antieconómicas que puedan afectar el cumplimiento de la obligación del plan de devolución de deudas

Se establece el delito por entrega maliciosa de información falsa o incompleta sobre el cumplimiento de los planes.

A su vez, se sanciona la realización de conductas antieconómicas dentro del año anterior al incumplimiento del plan de devolución. Adicionalmente, estas conductas también se sancionan si desmejoran la situación patrimonial o financiera de la ISAPRE y se declarare dentro de los dos años posteriores la reorganización o liquidación de la misma.

2. Con el objetivo de reducir la judicialización del sistema privado de financiamiento de salud

a. Facultar a la Superintendencia de Salud para determinar el precio que las ISAPRE cobren por las Garantías Explícitas en Salud

Se faculta a la Superintendencia de Salud a definir el precio correspondiente a las Garantías Explícitas en Salud.

Específicamente, el proyecto establece que en la definición del precio se deben considerar: (i) los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud; (ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; (iii) el costo de los nuevos problemas de salud; (iv) el costo de las nuevas prestaciones incluidas en las canastas de las garantías explícitas; (v) la tasa de uso efectivo de las Garantías Explícitas en Salud por parte de los beneficiarios; (vi) el estudio de verificación de costos regulado por la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud; y, (vii) cualquier otro elemento de carácter objetivo que impacte directamente en la proyección de los costos de las Garantías Explícitas en Salud.

Al igual como opera actualmente el ICSA, esta iniciativa define que será un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo el que aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para definir el precio que las ISAPRE habrán de cobrar por las garantías explícitas en salud.

b. Establecer un orden de pago entre prestadores con cargo a la garantía que cada ISAPRE debe mantener

En lo relativo al pago de créditos de prestadores de salud con cargo a la garantía del artículo 181 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, el proyecto define que se preferirá a los prestadores no relacionados, entendiendo por relacionados lo establecido en el artículo 100 de la ley N°18.045.

c. Perfeccionar el Índice de Costos de Salud (ICSA) y fijar dicho índice mientras esté pendiente el pago total de la deuda informada en el plan de devolución de cada ISAPRE

La iniciativa perfecciona el cálculo del ICSA, facultando al Ministerio de Salud, en conjunto con el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a evaluar y considerar nuevos factores de carácter objetivo que sean determinantes en el alza de los precios de las prestaciones de salud.

Adicionalmente, se faculta a la Superintendencia de Salud a definir el reajuste anual del precio base de los planes de salud para todas ISAPRE que cuentan con un plan de devolución de deuda aprobado por la Superintendencia. Para estos efectos el ICSA que, a la fecha define la Superintendencia de Salud, mientras esté pendiente el pago del total de la deuda, dejará de ser un valor máximo de ajuste del precio base de los planes de salud y temporalmente será un valor de reajuste obligatorio para estas ISAPRE, sin que ellas puedan fijar un valor distinto al calculado por la Superintendencia de Salud. Así, durante este periodo, el ICSA se entenderá justificado para todos los efectos legales.

Por último, si la Superintendencia declarara el incumplimiento o el retraso en el cumplimiento del plan de devolución de una ISAPRE, se aplicarán las reglas generales de reajuste de conformidad al artículo 198 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, a partir del ajuste correspondiente al año siguiente.

3. Fortalecer del Fondo Nacional de Salud

En este proyecto se propone la creación de una nueva modalidad denominada “Modalidad de Cobertura Complementaria” que permitirá a las personas, mediante una prima voluntaria adicional a la cotización obligatoria de salud, acceder a un esquema ofrecido por el Fondo compuesto por una red de prestadores, junto con una cobertura financiera adicional otorgada por una compañía de seguros. Asimismo, habilita a FONASA para reclasificar a sus afiliados y beneficiarios en las hipótesis que se señalan.

a. Crear una nueva modalidad de atención de FONASA

En materia de fortalecimiento de la protección financiera del sistema público de salud, este proyecto de ley contempla que el Fondo Nacional de Salud pueda dar acceso a las personas cotizantes y sus cargas a una nueva modalidad de atención que se denomina “Modalidad de Cobertura Complementaria” (MCC).

i. Beneficiarios de la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria

Quienes podrán acceder a esta modalidad son las personas afiliadas y beneficiarias de los grupos pertenecientes a los tramos B, C y D, debiendo inscribirse voluntariamente ante el Fondo Nacional de Salud. Para ello, las personas deberán haber efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses, sea ante el FONASA o ante una ISAPRE. Asimismo, se establece la excepción de cumplir con el mínimo de cotizaciones para aquellas personas que cotizan por primera vez en el Fondo. Adicionalmente, se establecen reglas para las y los trabajadores independientes.

ii. Contenido de la Modalidad de Cobertura Complementaria

Esta modalidad considerará esquemas definidos por el FONASA a los cuales podrán optar las personas que cumplan con los requisitos. Cada uno de ellos contemplará una red de prestadores a los cuales podrán acceder las personas que se inscriban en esta modalidad. Las prestaciones hospitalarias y ambulatorias se financiarán con las cotizaciones legales para salud; una prima plana complementaria por persona beneficiaria, a cargo de la persona afiliada, que deberá ser enterada ante una compañía de seguros, quien otorgará la cobertura financiera complementaria; y por el copago al cual debe concurrir la persona afiliada, si correspondiere.

El arancel de las prestaciones para esta modalidad será propuesto por el FONASA, y se materializará en una resolución del Ministerio de Salud que, además, firmará el Ministerio de Hacienda.

El carácter plano de la prima permitirá la inclusión del conjunto de los riesgos, evitando discriminaciones de todo tipo. Por otro lado, las primas serán consideradas cotizaciones de salud para todos los efectos legales.

El proyecto también contempla la renuncia que podrá hacer la persona a la modalidad, así como las hipótesis de incumplimiento del pago de la prima y los requisitos para volver a inscribirse a la Modalidad de Cobertura Complementaria.

Esta iniciativa de ley establece que la cobertura financiera complementaria sea otorgada por compañías de seguro, las que deberán participar en las licitaciones públicas que realice el Fondo Nacional de Salud. El contenido mínimo de las Bases de Licitación, así como las normas y principios que regirán

el proceso licitatorio son contemplados en la propuesta. Por último, se regula la hipótesis de declararse desierta la licitación.

iii. Fiscalización de la MCC

En cuanto a la fiscalización de esta modalidad, el proyecto de ley establece que la Superintendencia supervigilará al Fondo Nacional de Salud en lo relativo a esta modalidad, tal y como lo hace actualmente respecto de las dos otras modalidades que ofrece el Fondo.

Por otro lado, respecto a las compañías de seguro, estas serán supervigiladas por la Comisión para el Mercado Financiero, conforme a las reglas generales.

iv. Normas supletorias para la MCC

Por último, en todo lo que no se señale expresamente respecto a la Modalidad de Cobertura Complementaria y sea compatible con esta, se aplicará la normativa de la Modalidad de Libre Elección.

b. Establece la reclasificación de oficio por parte del FONASA a las personas de los grupos B, C y D

Finalmente, en una medida administrativa que busca apoyar al FONASA en el control de gastos, esta iniciativa autoriza al referido servicio a reclasificar en el grupo a los beneficiarios de los grupos B, C y D, que dejen de enterar sus cotizaciones durante el periodo de doce meses consecutivos. De todas formas, el proyecto previene que la persona afiliada que sea trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporada con efecto retroactivo si acredita que la cotización correspondiente a los meses impagos le fue descontada por su

empleador o empleadora o la entidad encargada del pago de la pensión.

IV. CONTENIDO

Para efectos de alcanzar los objetivos expuestos, este proyecto de ley contempla once artículos permanentes y siete artículos transitorios.

1. Con el objetivo de asegurar el cumplimiento de la jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema

El artículo 2° del proyecto de ley establece que será la Superintendencia de Salud la que determine, por medio de una circular, el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsional a los que las ISAPRE aplicaron una tabla de factores distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud. Este mismo artículo especifica el contenido mínimo que tendrá dicha circular, incluyendo instrucciones específicas, así como las reglas que regirán la adecuación.

De acuerdo al artículo tercero transitorio, esta circular deberá dictarse dentro de los treinta días siguientes a la publicación de la ley.

El artículo 3° define la obligación de presentar el plan de devolución de la deuda de cargo de las ISAPRES afectadas por la adecuación referida, el contenido mínimo de los planes, las modalidades de devolución permitidas, y regula las etapas del procedimiento de revisión de estos planes. Al respecto, determina que los planes deberán ser revisados y aprobados por la Superintendencia del ramo, la que contará con un Consejo Asesor técnico y consultivo para su análisis. Si la primera presentación del plan es rechazada, las ISAPRE sólo tendrán una oportunidad para enmendarlo. Si la propuesta enmendada del plan es también

rechazada, la Superintendencia deberá fijar el plan de devolución de la deuda por sí misma.

De acuerdo al artículo cuarto transitorio, las ISAPRE deberán presentar los planes dentro del plazo de seis meses contados desde la publicación de esta ley.

Los artículos 4°, 5°, 6° y 7° se refieren al Consejo Asesor, de carácter técnico y consultivo, que se crea a través de esta ley. En particular, se delimita el ámbito mínimo respecto al cual deberá emitir sus recomendaciones; se determina la composición del Consejo y los detalles de nombramiento de sus integrantes; se establece que no podrán formar parte del Consejo quienes tengan conflictos de interés y regula las situaciones específicas que se entienden por conflicto de interés.

Adicionalmente, de acuerdo al artículo sexto transitorio, el Consejo Asesor deberá convocar a su primera sesión dentro de los treinta días siguientes a la fecha de la publicación de esta ley, debiendo en dicha instancia acordar las normas para su funcionamiento interno.

El artículo 8° establece que las deudas generadas por adecuaciones de planes de salud deben ser reconocidos en una cuenta corriente individual que las ISAPRE deberán abrir a favor de cada afiliado acreedor, cumpliendo con las características allí señaladas. Asimismo, este artículo especifica que estas deudas no serán consideradas en los índices de patrimonio, liquidez y garantía. Por último, ante el eventual remanente impago del crédito generado por esta deuda será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase de conformidad a lo dispuesto en el número seis del artículo 2472 del Libro IV del Código Civil.

El eventual remanente impago del crédito generado por la adecuación del precio final de los planes, con ocasión de la

cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase de conformidad a lo dispuesto en el número seis del artículo 2472 del Libro IV del Código Civil.

El artículo 9º establece a las ISAPRE requisitos para proceder al retiro de utilidades o distribución de dividendos:

- Deben haber pagado la totalidad de las deudas generadas por la adecuación del precio final de sus contratos de salud, informando para ello a la Superintendencia, acompañando todos los antecedentes que den cuenta del cumplimiento total de esta obligación.

- Deben contar con autorización previa de la Superintendencia de Salud, quien asistirá a la sesión o junta que se realice relativa al reparto de utilidades o distribución de dividendos, con derecho a ser oída.

Por otro lado, si la Superintendencia tomare conocimiento de la pretensión de una ISAPRE de realizar retiro de utilidades o distribución de dividendos sin que se le haya informado a aquella, el ente regulador podrá tomar medidas, tales como, ordenar a las instituciones bancarias la retención de dineros o depósitos de las ISAPRE, prohibir la realización de transacciones, nombrar un administrador provisional de conformidad a los artículos 221 y 222 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Asimismo, la Superintendencia podrá solicitar a la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio de la ISAPRE que decrete cualquier medida para cautelar el patrimonio de la Institución. Respecto de cualquiera de estas medidas, la ISAPRE respectiva podrá reclamar ante los tribunales superiores de Justicia, de conformidad al procedimiento indicado en este artículo.

El artículo 10 contempla las sanciones penales por conductas antieconómicas que puedan afectar el cumplimiento de

la obligación del plan de devolución de la deuda. Así, se sanciona con las penas que allí se indican, los siguientes supuestos:

- La entrega maliciosa de información falsa o incompleta sobre el cumplimiento del plan de devolución de deuda y/o para obtener la autorización de la Superintendencia referida al retiro de utilidades o distribución de dividendos.

- La realización de conductas antieconómicas dentro del año anterior al incumplimiento del plan de devolución de deuda y/o dentro de los dos años anteriores a la declaración de reorganización o liquidación de una ISAPRE.

Por último, el artículo 11 establece atribuciones a la Superintendencia para poder fiscalizar lo contemplado en los artículos 2° y siguientes.

2. Con el objetivo de reducir la judicialización del sistema privado de financiamiento de salud

Entre las modificaciones que introduce el artículo 1° 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 con miras a reducir la judicialización del sistema privado de financiamiento de salud:

- Se agrega en el artículo 110, que dispone funciones y atribuciones de la Superintendencia de Salud, la potestad de fijar los valores de los precios de las Garantías Explícitas en Salud para los planes de salud de ISAPRE.

- En la misma línea, se agrega un nuevo artículo 206 bis, que detalla el procedimiento para esta determinación, con los criterios y etapas a considerar.

- Se modifica el párrafo segundo del literal a) del número 2 del artículo 198, dando la posibilidad de incorporar, entre los elementos del cálculo del ICESA, cualquier otro factor que defina

el decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que responda a criterios objetivos y determinantes en el alza de los precios de las prestaciones de salud del período consultado.

- Incorpora un párrafo segundo, nuevo, en el inciso primero del numeral 3) del artículo 226, norma que regula los usos de la garantía del artículo 181 tras la cancelación del registro de una ISAPRE. La regla propone priorizar el pago de los prestadores no relacionados a la ISAPRE por sobre los prestadores relacionados.

3. Con el objetivo de fortalecer el FONASA

El artículo 1° introduce 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. En concreto, efectúa los ajustes necesarios para introducir e implementar la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria como parte de las modalidades disponibles para los afiliados del Fondo Nacional de Salud:

- Modifica el artículo 107, para que la nueva modalidad sea controlada y supervisada por la Superintendencia de Salud.

- Reemplaza el artículo 142 vigente, para incluir la nueva modalidad entre aquellas a las que el afiliado podrá optar.

- Introduce un artículo 144 bis, nuevo, que fija las condiciones para inscribirse en la Modalidad de Cobertura Complementaria, definiendo los requisitos para que trabajadores y trabajadoras dependientes como independientes puedan hacerlo.

- Introduce un artículo 144 ter, nuevo, que define la Modalidad de Cobertura Complementaria, su forma de operación,

las coberturas financieras que permite y ordena la dictación del arancel respectivo, a través de una resolución de FONASA, suscrita también por el Ministerio de Hacienda.

- Introduce un artículo 144 quater, nuevo, que establece la inscripción por esquema en la nueva modalidad del cotizante y su grupo beneficiario, el pago de la prima complementaria que tendrá que efectuar el cotizante por sí y por cada beneficiario, el carácter de la prima complementaria y las consecuencias que se siguen de no efectuar el pago de esta.

- Introduce un artículo 144 quinquies, nuevo, que define la forma de contratación del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria. Al respecto, determina la preferencia por el mecanismo de licitación pública para su adjudicación, los estándares y principios por los cuales deberá regirse este proceso, FONASA como órgano que dictará las bases por resolución suscrita también por la Dirección de Presupuesto y los elementos mínimos que deberá abordar dicha resolución.

- Introduce un artículo 144 sexies, nuevo, que regula las etapas que se seguirán en caso de declararse desierta la licitación antedicha, tales como el plazo para la dictación de una nueva convocatoria a licitación; la procedencia de la contratación directa como mecanismo alternativo, de verse frustrada también la nueva licitación; y la procedencia de una prórroga del contrato, en caso de declararse desierta la licitación cuando ya exista un contrato vigente.

- Introduce un artículo 144 septies, nuevo, que permite la aplicación supletoria de las normas de la Modalidad de Libre Elección ya existente a la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria, en todo lo no regulado expresamente y que resulte compatible con ella.

Para facilitar la entrada en vigencia de esta nueva modalidad, el proyecto incorpora disposiciones transitorias, en particular:

- El artículo primero transitorio fija un plazo de tres meses desde la publicación de esta ley para la dictación de la resolución de arancel de prestaciones de la Modalidad de Cobertura Complementaria.

- El artículo segundo transitorio faculta que el primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria podrá realizarse mediante trato directo con una o más compañías de seguros.

El proyecto también incorpora en el inciso final del artículo 164 la facultad y el deber de FONASA de reclasificar en el grupo A a las personas afiliadas y beneficiarias a los grupos B, C y D, cuando cesen en el pago de cotizaciones por doce meses consecutivos. No obstante, permite a la persona afiliada ser reincorporada con efecto retroactivo si acredita que la cotización correspondiente a los meses impagos le fue descontada por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.

Por último, en línea con la modernización de este servicio, el artículo séptimo transitorio contempla un aumento en la dotación del Fondo Nacional de Salud.

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

PROYECTO DE LEY:

“Artículo 1°. - 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) Intercálase, en el inciso segundo del artículo 107, entre la frase “de libre elección,” y la frase “lo que la ley establezca” la frase “y de cobertura complementaria.”.

2) Agrégase, en el artículo 110, a continuación del numeral 17, el siguiente numeral 18, nuevo:

“18.- Fijar los valores de los precios de las Garantías Explícitas en Salud para las Instituciones de Salud Previsional, conforme al procedimiento dispuesto en el artículo 206 bis.”.

3) Reemplázase, el artículo 142, por el siguiente:

“Artículo 142.- No obstante lo dispuesto en el artículo 141, las personas afiliadas y las personas beneficiarias que de ellos dependan, podrán optar por atenderse bajo las modalidades de Libre Elección o de Cobertura Complementaria que se establecen en los artículos siguientes. En estos casos, podrán elegir al prestador de salud o esquema, respectivamente que, conforme a la modalidad respectiva, otorgue la prestación requerida.”.

4) Agrégase, a continuación del artículo 144, el siguiente artículo 144 bis, nuevo:

“Artículo 144 bis.- Las personas afiliadas que se encuentren en los grupos B, C y D podrán inscribirse en la Modalidad de Cobertura Complementaria que se establece en el artículo 144 ter y siguientes, en tanto hayan efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses.

Sin perjuicio de lo señalado en el inciso anterior, quienes hayan pagado por primera vez cotizaciones de salud y lo hagan en el Fondo Nacional de Salud, podrán optar por inscribirse en esta modalidad sin cumplir el requisito mínimo de cotizaciones.

Excepcionalmente, los trabajadores y trabajadoras independientes que paguen sus cotizaciones en la forma establecida en el artículo 92 F del decreto ley N°3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que establece un Nuevo Sistema de Pensiones, requerirán que el monto pagado por cotizaciones de salud sea al menos el equivalente a doce cotizaciones legales de salud por el ingreso mínimo mensual. Si

los fondos retenidos por la Tesorería General de la República para estos efectos no fueren suficientes, podrán cotizar en la forma establecida en el inciso cuarto del artículo 90 de ese cuerpo normativo.”.

5) Agrégase, a continuación del artículo 144 bis, el siguiente artículo 144 ter, nuevo:

“Artículo 144 ter.- La Modalidad de Cobertura Complementaria es aquella en virtud de la cual las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud, que cumplan los requisitos establecidos en el artículo anterior, se inscriben voluntariamente en uno de los esquemas ofrecidos en esta modalidad.

Estos esquemas permiten a las personas inscritas recibir prestaciones ambulatorias y hospitalarias en una red de prestadores y bajo un arancel asociado. Asimismo, las personas inscritas deberán pagar una prima adicional a la cotización legal para salud, por la cual recibirán una cobertura financiera complementaria a la otorgada por el Fondo Nacional de Salud, para el financiamiento de dichas prestaciones.

Las prestaciones cubiertas en la Modalidad de Cobertura Complementaria serán financiadas, en la parte que corresponda, por el Fondo Nacional de Salud, la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria en el respectivo esquema, y por el copago al cual debe concurrir la persona afiliada, de acuerdo con el arancel que se fije al efecto.

Una resolución del Ministerio de Salud, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, establecerá el arancel señalado en el presente artículo. Dicha resolución deberá ser suscrita, además, por el Ministerio de Hacienda.”.

6) Agrégase, a continuación del artículo 144 ter, el siguiente artículo 144 quater, nuevo:

“Artículo 144 quater.- La persona afiliada que se inscriba en la modalidad señalada en el artículo anterior deberá inscribir a las personas a que hacen referencia los literales b) y c) del artículo 136 de esta ley, y al conviviente civil, conforme al artículo 29 de la ley N°20.830, que crea el Acuerdo de Unión Civil, si correspondiere.

Realizada la inscripción, la persona afiliada deberá pagar una prima por sí y por cada persona inscrita. Las primas serán consideradas cotizaciones de salud para todos los efectos legales; constituirán ingreso para la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria y no constituirán, en ningún caso, ingreso fiscal ni formarán parte del presupuesto público.

La prima complementaria será la misma para cada una de las personas inscritas en un mismo esquema, sin distinción ni discriminación alguna.

Las personas que incumplan el pago de la prima, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos dentro de un periodo de doce meses, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, notificándoles previamente de ello. La exclusión a la persona de esta modalidad no inhibe a la compañía de seguros de perseguir el cobro de los saldos insolutos generados entre el no pago y el cese de la cobertura. La persona afiliada que sea trabajador o trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporado o reincorporada con efecto retroactivo si se acredita que las primas correspondientes a los meses impagos les fueron descontadas por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.

En caso de que la persona haya dejado de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria por renuncia o no pago de la prima, sólo podrá volver a inscribirse en algún esquema transcurridos seis meses desde el cese de la cobertura. Para inscribirse nuevamente deberá, además, haber solucionado las eventuales deudas que se hubiesen generado durante su adscripción a esta modalidad en periodos anteriores.”.

7) Agrégase, a continuación del artículo 144 quater, el siguiente artículo 144 quinquies, nuevo:

“Artículo 144 quinquies.- El Fondo Nacional de Salud adjudicará mediante licitación pública el otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a la que accederán las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria.

El proceso de licitación se regirá por las normas y condiciones establecidas en las respectivas Bases, las que deberán ser públicas, contener

criterios y requisitos objetivos, y respetar los principios de igualdad y libre concurrencia entre los oferentes.

Las Bases de Licitación para cada proceso serán establecidas por el Fondo Nacional de Salud, mediante resolución, que deberá ser suscrita además por la Dirección de Presupuestos.

Estas Bases contendrán las condiciones necesarias para la adjudicación de la licitación y la continuidad en la cobertura financiera complementaria de las personas inscritas en esta modalidad, debiendo, a lo menos, establecer los siguientes elementos:

a) Las etapas y plazos de la licitación, los plazos y modalidades de aclaración de las Bases, la entrega y la apertura de las ofertas, la evaluación de las ofertas, la adjudicación y la firma del contrato respectivo;

b) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las ofertas;

c) Los criterios objetivos que serán considerados para adjudicar la licitación;

d) La forma de designación de las comisiones evaluadoras;

e) El plazo de duración del contrato;

f) Las condiciones de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria;

g) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las compañías de seguros tanto al momento de participar en los procesos licitatorios como durante la ejecución del contrato adjudicado. Entre las condiciones y exigencias que deberán establecerse, estarán aquellas referidas a la o las clasificaciones de riesgo mínimas con las que deberá contar cada oferente al momento de la licitación, el patrimonio mínimo y el patrimonio de riesgo que pueda requerirse especialmente para la oferta de esta cobertura, las reservas técnicas, los instrumentos, activos y límites de inversión que determine la Comisión para el Mercado Financiero de acuerdo con las normas del decreto con fuerza de ley N°251, del año 1931, del Ministerio de Hacienda. Sin perjuicio de lo anterior, no podrán participar en la licitación aquellas compañías de seguros que se encuentren al momento de iniciado el proceso

de licitación o se hayan encontrado dentro de los últimos doce meses anteriores, en alguna de las situaciones descritas en el Título IV del mismo texto legal;

h) La determinación de las medidas a aplicar en los casos de incumplimiento del contrato y de las causales expresas en que dichas medidas deberán fundarse, así como el procedimiento para su aplicación;

i) Las modificaciones y las causales de terminación de los contratos;

j) Las características y condiciones generales de la póliza, incluyendo el porcentaje de cobertura financiera complementaria para cada esquema, el valor de la prima y la posibilidad de reajuste de esta última; y

k) Cualquier otra condición que el Fondo Nacional de Salud estime pertinente o necesaria para el correcto desarrollo de la Modalidad de Cobertura Complementaria.

8) Agrégase, a continuación del artículo 144 quinquies, el siguiente artículo 144 sexies, nuevo:

“Artículo 144 sexies.- En caso de que se declarara desierta la licitación, o bien, todas las ofertas fueran declaradas inadmisibles en el proceso licitatorio, el Fondo Nacional de Salud deberá convocar a un nuevo proceso de licitación pública dentro de un plazo máximo de tres meses desde esa declaración. Para convocar este proceso, el Fondo deberá emitir una nueva resolución que establezca las Bases de este nuevo proceso de conformidad al artículo 144 quinquies.

Si el nuevo proceso licitatorio no es adjudicado a uno o más oferentes, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad a los términos de referencia que este fije mediante una resolución que deberá ser suscrita por la Dirección de Presupuestos.

En el caso que existan contratos ya adjudicados, y corresponda hacer un nuevo proceso de licitación, si este se declarase desierto, dicha declaración habilitará al Fondo Nacional de Salud para prorrogar los contratos adjudicados vigentes. De no ser posible la prórroga, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad al presente artículo.

En cualquier caso, las personas afiliadas y las personas beneficiarias seguirán afectas al Régimen a que se refiere el Libro II de esta ley.”.

9) Agrégase, a continuación del artículo 144 sexies, el siguiente artículo 144 septies, nuevo:

“Artículo 144 septies.- En todo lo que no esté regulado expresamente y sea compatible con lo expuesto en los artículos 144 bis, 144 ter, 144 quater, 144 quinquies y 144 sexies, se aplicarán las normas de la Modalidad de Libre Elección a la Modalidad de Cobertura Complementaria.”.

10) Agrégase, en el inciso final del artículo 164, a continuación del punto final, que pasa a ser una coma, la siguiente oración “sin perjuicio de la facultad de dicho Fondo para reclasificarlo de oficio, mediante resolución fundada, que será notificada por medios electrónicos o mediante carta certificada. El Fondo deberá reclasificar siempre a las personas afiliadas y beneficiarias que de ellas dependan pertenecientes a los grupos B, C y D, en el grupo A en el evento que dichas personas afiliadas dejen de enterar sus cotizaciones durante el periodo de doce meses consecutivos. La persona afiliada que sea trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporada con efecto retroactivo si acredita que la cotización correspondiente a los meses impagos le fue descontada por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.”.

11) Modifícase el artículo 198 de la siguiente forma:

a) Agrégase, en el párrafo segundo del literal a) del número 2 del artículo 198, a continuación del punto aparte, que pasa a ser punto seguido, la frase “También se podrá incorporar en el cálculo cualquier otro factor definido en el decreto a que se refiere el párrafo siguiente, que responda a criterios objetivos que sean determinantes en el alza de los precios de las prestaciones de salud del período consultado.”.

b) Reemplázase el inciso tercero por el siguiente:

“En el evento de que el indicador sea negativo, los precios podrán ajustarse a la baja.”.

12) Sustitúyase, en el párrafo primero del inciso segundo del artículo 206, la frase “dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto”, por “dentro del plazo previsto en el artículo siguiente”.

13) Agrégase, a continuación del artículo 206, el siguiente artículo 206 bis, nuevo:

“Artículo 206 bis.- El precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud y que, conforme al artículo anterior, deben informar a la Superintendencia de Salud, corresponderá al valor fijado por ésta conforme al procedimiento señalado en el inciso siguiente.

Para la determinación de este valor, deberá considerarse los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, el costo de los nuevos problemas de salud, el costo de las nuevas prestaciones incluidas en las canastas de las garantías explícitas, la tasa de uso efectivo de las Garantías Explícitas en Salud por parte de los beneficiarios, el estudio de verificación de costos regulado por la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud, y cualquier otro elemento de carácter objetivo que impacte directamente en la proyección de los costos de las Garantías Explícitas en Salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, aprobará la norma técnica que establezca el algoritmo de cálculo para determinar el valor al que se refiere este artículo, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores de carácter objetivo que sirvan para el cálculo de ésta, en especial los señalados en el inciso precedente.

Dictado el decreto que establece o modifica las Garantías Explícitas en Salud y sesenta días antes de la entrada en vigencia de este, la o el Superintendente de Salud dictará una resolución que fijará el valor que las Instituciones de Salud Previsional podrán cobrar por ellas. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.”.

14) Modifícase el artículo 226 de la siguiente forma:

a) Agrégase, en el inciso primero del numeral 3) del artículo 226, el siguiente párrafo segundo:

“Se preferirá a los prestadores no relacionados, para cuya determinación se estará a la definición de persona relacionada establecida en el artículo 100 de la ley N°18.045.”.

b) Reemplázase, en la frase final del penúltimo inciso, la palabra “la” por “el”.

Artículo 2°.- La Superintendencia de Salud determinará por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos, el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsional a los que las Instituciones de Salud Previsional aplicaron una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud.

Dicha circular contendrá, al menos, las siguientes instrucciones para las Instituciones de Salud Previsional:

1.- La obligación de adecuar el precio final de todos los contratos previsionales de salud vigentes y que, al 1° de diciembre de 2022, no empleaban la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud, proceso que deberá realizarse al mes subsiguiente de su dictación.

2.- La obligación de suspender el cobro por los no natos y menores de dos años de edad y la forma de restituir las cantidades percibidas por las Instituciones de Salud Previsional por concepto de estos beneficiarios desde el 1° de diciembre de 2022. Estos cobros no podrán ser exigidos o realizados de manera retroactiva, una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

3.- La obligación de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasión de la aplicación de los numerales precedentes, resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la Institución respectiva, debiendo señalar el monto de la cantidad percibida en exceso, en unidades de fomento, por cada uno de ellos.

4.- La obligación de restituir las cantidades percibidas en exceso por las Instituciones de Salud Previsional, desde el 1° de abril de 2020, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes.

Lo señalado en el numeral uno de este artículo no podrá importar un alza del precio final de los contratos de las personas afiliadas, vigente al momento de la aplicación del procedimiento de adecuación.

Calculado el precio final de los contratos de conformidad al numeral uno anterior, las Instituciones de Salud Previsional sólo podrán realizar un alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Lo referido en el presente artículo es sin perjuicio de las adecuaciones de precios que legalmente correspondan de conformidad con el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo 3°.- Las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar a la Superintendencia de Salud un plan de devolución de la deuda determinada conforme al numeral tercero del artículo 2°.

El plan de devolución mencionado deberá contener, al menos, el número de contratos afectos a devolución; los montos de la cantidad percibida en exceso a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo de devolución; las modalidades de devolución; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas a través de dinero, prestaciones o coberturas. Para estos efectos, se aplicarán a dichos montos las normas relativas a los excedentes contempladas en el 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.

La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días hábiles al Consejo Asesor establecido en el artículo 4º siguiente, el que tendrá seis meses para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional. Cumplido dicho plazo, la Superintendencia tendrá treinta días para pronunciarse sobre el plan respectivo, aprobándolo o rechazándolo. En el segundo caso deberá instruir los cambios necesarios para su aprobación.

En el evento que el plan sea rechazado por la Superintendencia, la Institución de Salud Previsional deberá presentar un nuevo plan con las modificaciones correspondientes, en un plazo de treinta días contados desde la notificación del acto administrativo que lo rechaza e instruye modificaciones. Recibido el nuevo plan de devolución, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil al Consejo Asesor, el que tendrá un plazo de quince días hábiles para entregar su recomendación sobre el nuevo plan.

Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, esta deberá fijar un plan de devolución de deuda dentro del plazo de treinta días. En este caso, la Superintendencia podrá sujetar a la Institución de Salud Previsional al régimen especial de supervigilancia y control que establece el artículo 221 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades allí indicadas.

La aprobación del plan de devolución por la Superintendencia constará en una resolución que deberá, al menos, explicitar el plazo máximo de devolución, las cuotas de devolución y las condiciones conforme a las cuales la Institución de Salud Previsional respectiva hará las restituciones de los montos adeudados.

El incumplimiento, cumplimiento tardío o parcial en la entrega del plan de devolución o en la ejecución de este, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá establecer directamente un plan de devolución, de conformidad a las reglas establecidas en el inciso sexto.

Artículo 4º.- Créase un Consejo Asesor, de carácter técnico y consultivo, en adelante e indistintamente el “Consejo”, que tendrá como objetivo entregar recomendaciones ante las

decisiones que adopte la Superintendencia de Salud con ocasión de lo dispuesto en los dos artículos precedentes.

El Consejo deberá emitir recomendaciones a la Superintendencia de Salud, al menos, respecto de la circular señalada en el artículo 2° anterior; la respuesta que entregará la Superintendencia Salud respecto de los planes entregados, en particular, en cuanto a si estos cumplen con los requisitos y parámetros que les fueran solicitados; y la eventual nueva propuesta que deberán hacer las Instituciones de Salud Previsional en caso de rechazo del plan.

Artículo 5°.- El Consejo estará integrado por:

- a) Una persona experta nombrada por la o el Ministro de Salud, quien lo presidirá;
- b) Una persona experta nombrada por la o el Ministro de Hacienda;
- c) Una persona experta nombrada por la o el Ministro de Economía, Fomento y Turismo;
- d) Una persona representante de las facultades de medicina de las universidades del Estado o reconocidas oficialmente en Chile por éste;
- e) Una persona representante de las facultades de economía o administración de las universidades del Estado o reconocidas oficialmente en Chile por éste; y,
- f) Una persona representante de las facultades de derecho o ciencias jurídicas de las universidades del Estado o reconocidas oficialmente en Chile por éste.

Cada representante titular del Consejo deberá ser nombrado en conjunto con una persona subrogante, quien deberá cumplir con los mismos requisitos que la persona titular.

Los representantes de los literales d), e) y f) serán elegidos siguiendo el mismo procedimiento contemplado en la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud y su reglamento aprobado por el decreto N°69 de 2005, del Ministerio de Salud.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, en esta elección se prescindirá del aviso establecido en el artículo 3° del referido decreto, y en cuanto a los plazos, el cronograma será establecido por la Superintendencia de Salud, el que en todo caso no podrá exceder del periodo de 20 días corridos desde la invitación por escrito a las facultades respectivas para la presentación de postulaciones hasta la dictación de la resolución que fije la integración del Consejo.

Artículo 6°.- No podrán integrar el Consejo aquellas personas que tengan conflictos de interés. Se entenderá, especialmente, que existe conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

1) Si en los últimos cinco años ha ejercido cargos gerenciales o integrado el directorio de una Institución de Salud Previsional o Prestador Institucional de Salud, o haya prestado servicios para entidades que tenga relación con el otorgamiento o aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera sea la naturaleza del vínculo o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por sí o por terceras personas o sociedades;

2) Tener interés económico personal en uno o más de los aspectos o asuntos que le corresponde conocer en el ejercicio de su función, o tenerlo su cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, o una persona jurídica, en la que tenga, directa o indirectamente, el diez por ciento o más de la participación, acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerza en ella funciones de administración y/o control; y

3) Participar, directa o indirectamente, en la propiedad de Instituciones de Salud Previsional o Prestadores Institucionales de Salud Privados; o en la propiedad de establecimientos del área de la salud. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

Para los efectos de lo establecido en el numeral dos anterior, no se considerará tener interés económico personal cuando el contrato de salud previsional de la persona, su cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, estén dentro de los informados por las Instituciones de Salud Previsional de conformidad a lo establecido en los artículos 2° y 3°.

Artículo 7°.- Los integrantes del Consejo desempeñarán sus funciones ad honorem, no pudiendo percibir remuneración alguna por esta función.

La Superintendencia de Salud deberá velar por las condiciones materiales y administrativas para el correcto funcionamiento de este Consejo.

Para su adecuado funcionamiento, el Consejo contará con una secretaría ejecutiva que estará a cargo de un funcionario o funcionaria designada por la Superintendencia, 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.

El Consejo deberá sesionar las veces que sean necesarias para el cumplimiento de su objetivo, conforme a los plazos señalados en el artículo 3°.

Para sesionar, el Consejo requerirá un quorum mínimo de cuatro integrantes, más la presencia de quien ejerza la presidencia. El Consejo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes con derecho a voto. En caso de no alcanzarse dicha mayoría, quien ejerza la presidencia o quien le subroga 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.

Las materias tratadas en cada sesión del Consejo deberán constar en actas elaboradas por la secretaría ejecutiva y ser aprobadas oportunamente por las personas integrantes del Consejo, las que estarán sujetas a publicidad, de conformidad a lo previsto en la ley N°20.285, sobre acceso a la información pública.

Las personas integrantes del Consejo y la o el secretario ejecutivo deberán guardar la confidencialidad de toda la información y documentos de que tomen conocimiento con ocasión de sus respectivas labores y que contenga datos personales sensibles, según lo dispuesto en la ley N°19.628, sobre protección de la vida privada.

Artículo 8°.- Las deudas de los planes de devolución de las Instituciones de Salud Previsional aprobados por la Superintendencia se reconocerán en una cuenta corriente individual que las

Instituciones de Salud Previsional deberán abrir en favor de cada persona afiliada especialmente para este fin, y que estará claramente diferenciada para todos los efectos contables de aquellos excedentes que se generen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta ley.

Estas deudas de las Instituciones de Salud Previsional no serán consideradas en la garantía que estas deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 181 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Asimismo, no serán consideradas para el cálculo de los indicadores de los artículos 178 y 180 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

De producirse la cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, el eventual remante impago de las deudas generadas por la adecuación del precio final de los planes, será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase de conformidad a lo dispuesto en el número seis del artículo 2472 del Libro IV del Código Civil.

Artículo 9°.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades solo si han pagado la totalidad de la deuda de las cantidades percibidas en exceso a que se refiere el artículo anterior y con autorización previa de la Superintendencia de Salud.

Para ello, la Institución de Salud Previsional que haya pagado la totalidad de la deuda y desee realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades deberá informarlo a la Superintendencia, acompañando todos los antecedentes que den cuenta del total cumplimiento del pago de las cantidades percibidas en exceso y señalando la fecha en la que se realizará la sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, para discutir la repartición de dividendos o el retiro de utilidades en la Institución. La Superintendencia de Salud podrá asistir a la misma con derecho a ser oída.

La distribución de dividendos o el retiro de utilidades será autorizado por la Superintendencia, únicamente, si se verifica el completo cumplimiento del pago de la totalidad de la deuda a que se refiere el artículo anterior y ello no pone en riesgo la seguridad del sistema previsional.

Si la Superintendencia tomare conocimiento de la pretensión de una Institución de Salud Previsional de realizar una repartición de dividendos o una distribución de utilidades de la que no se le ha informado por la Institución respectiva podrá ordenar a las instituciones bancarias o entidades financieras que correspondan la retención de los dineros o depósitos de las Instituciones y la prohibición de realizar transacciones de acciones, bonos o debentures. Asimismo, podrá aplicar el régimen especial de supervigilancia y control previsto en los artículos 221 y 222 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. También podrá solicitar a la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio de la Institución, que decrete cualquier medida necesaria para evitar el uso, aprovechamiento, beneficio o destino de cualquier clase de bienes, valores o dineros de la Institución.

De tales medidas podrá reclamarse, dentro del plazo de cinco días hábiles, ante la Corte de Apelaciones de Santiago, en el primer caso, y ante la Corte Suprema, en el segundo, las que evaluarán la necesidad de la medida para cautelar el correcto desarrollo del plan de pago y la seguridad del sistema previsional. El reclamante señalará con precisión, la resolución objeto del reclamo, las normas legales que se estimen infringidas, la forma en que se ha producido la infracción, y las razones por las cuales el acto le causa agravio. Recibida la reclamación, la Corte requerirá de informe de la Superintendencia, concediéndole un plazo de diez días al efecto. Evacuado el traslado o teniéndosele por evacuado en rebeldía, la Corte podrá abrir un término de prueba, si así lo estima necesario, el que se regirá por las reglas de los incidentes que contempla el Código de Procedimiento Civil.

La repartición de dividendos o el retiro de utilidades que se realicen sin la correspondiente autorización serán nulas de pleno derecho y darán lugar a la responsabilidad personal de los administradores y directivos de la Institución de Salud Previsional, así como de quienes hayan percibido dividendos o utilidades, de forma solidaria con la Institución.

Artículo 10.- La entrega maliciosa de información falsa o incompleta sobre el cumplimiento de los planes de devolución de deuda establecidos en el artículo 3° será penada con presidio menor en su grado medio. Si la entrega de información falsa o incompleta se realizare para la obtención de la autorización referida en el artículo anterior, la pena será de presidio menor en su grado máximo. Con igual pena se sancionará la coacción para la obtención de dicha autorización.

El que, dentro del año anterior al incumplimiento de un plan de devolución, conociendo el mal estado de sus negocios o con ignorancia inexcusable sobre el mal estado de sus negocios, realizare algún acto en una Institución de Salud Previsional manifiestamente contrario a las exigencias de una administración racional del patrimonio, será castigado con la pena de presidio menor en su grado máximo. Si el acto contribuyere a desmejorar la situación patrimonial o financiera de la Institución y se declarare dentro de los dos años posteriores la reorganización o liquidación de la misma, la pena aumentará en un grado.

El que sin tener alguna de las calidades señaladas en los incisos precedentes interviniere en la perpetración del delito será castigado como autor, inductor o cómplice según las circunstancias.

Artículo 11.- La Superintendencia de Salud fiscalizará todo aspecto que resguarde la correcta aplicación de la presente ley. Para el cumplimiento de esta función, podrá requerir toda la información financiera, contable y operativa a las Instituciones de Salud Previsional y podrá tratar datos personales, para lo cual podrá requerir al Fondo Nacional de Salud, Ministerio de Salud y demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección que establece la ley N°19.628, sobre protección de la vida privada.

En el evento que las instituciones privadas señaladas en el inciso anterior no remitan la información dentro de los plazos establecidos por la Superintendencia de Salud o retarden injustificadamente su entrega, podrán ser sancionadas con las multas establecidas en los artículos 121 N°11 y 220 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero transitorio.- La resolución a la que se refiere el artículo 144 ter del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud deberá ser dictada por el Ministerio de

Salud y suscrita además por el Ministerio de Hacienda dentro del plazo de tres meses contados desde la publicación de esta ley.

Artículo segundo transitorio.- El primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria, podrá realizarse mediante trato directo con una o más compañías de seguros. Dicho contrato deberá ser suscrito además por la Dirección de Presupuestos, y deberá contener, al menos, los elementos señalados en los literales e), f), h), i), j) y l) del artículo 144 quinquies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Si el Fondo celebrare este primer contrato a través de trato directo, deberá dictar la resolución señalada en el artículo 144 quinquies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, luego de 18 meses contados desde la entrada en vigencia de dicho contrato.

Con independencia de la entrada en vigencia del contrato referido en el inciso anterior, el Fondo Nacional de Salud podrá celebrar los convenios con los prestadores de salud que integrarán la Modalidad de Cobertura Complementaria. Las personas afiliadas y personas beneficiarias de los grupos B, C y D podrán elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.

Iniciada la vigencia del contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria, las personas sólo podrán acceder a la Modalidad de Cobertura Complementaria de conformidad a los artículos 144 bis, ter y quater del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo tercero transitorio.- La circular que debe emitir la Superintendencia de Salud de conformidad al artículo 2° de la presente ley, deberá dictarse dentro de los treinta días siguientes de publicada esta ley.

Artículo cuarto transitorio.- El plan de devolución de la deuda al que se refiere el artículo 3° de la presente ley, deberá ser presentado por las Instituciones de Salud Previsional a la

Superintendencia de Salud, dentro del plazo de seis meses contados desde la publicación de esta ley.

Artículo quinto transitorio.- A partir de la aprobación del plan a que se refiere el artículo 3°, y mientras esté pendiente el pago del total de las deudas determinadas para la Institución de Salud Previsional de que se trate, el indicador que defina la Superintendencia de conformidad con el artículo 198 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, se entenderá como valor de reajuste obligatorio para todas las Instituciones de Salud Previsional que se encuentren en cumplimiento del plan de pago respectivo, sin que estas puedan fijar un valor distinto al calculado por la Superintendencia de Salud.

El índice de variación porcentual fijado de acuerdo con esta disposición transitoria se entenderá justificado para todos los efectos legales.

Si la Superintendencia de Salud declarara el incumplimiento o el retraso en el cumplimiento del plan de devolución de una Institución de Salud Previsional, dejará de ser aplicable lo establecido en este artículo a su respecto, rigiendo las reglas generales a partir del ajuste correspondiente al año siguiente.

Artículo sexto transitorio.- El Consejo Asesor deberá convocar a su primera sesión dentro de los treinta días siguientes a la fecha de la publicación de esta ley, debiendo en dicha instancia acordar las normas para su funcionamiento interno.

Artículo séptimo transitorio.- Auméntase la dotación máxima de personal del Fondo Nacional de Salud en 26 cupos.

Artículo octavo 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.”.

Dios guarde a V.E.,

GABRIEL BORIC FONT

Presidente de la República

MARIO MARCEL CULLELL

Ministro de Hacienda

XIMENA AGUILERA SANHUEZA

Ministra de Salud

