MENSAJE DE S.E. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA CON EL QUE INICIA UN PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD, INCORPORANDO UN PLAN GARANTIZADO

SANTIAGO, 7 de diciembre de 2011.-

M E N S A J E N° 416-359/

A S.E. EL PRESIDENTE DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS.

Honorable Cámara de Diputados:

Tengo el honor de someter a vuestra consideración un proyecto de ley que tiene por objeto modificar el Sistema Privado de Salud que se encuentra regulado en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.

En síntesis, mediante la presente iniciativa de ley estamos sentando las bases de una nueva institucionalidad dentro del Sistema de Instituciones de Salud Previsional (Isapres), a través instrumentos que permitirán aumentar la solidaridad y la transparencia del mismo.

I. ANTECEDENTES.

Ya el 21 de mayo del año 2010 anunciamos que avanzaríamos en la búsqueda de acuerdos que permitieran dar curso a las reformas destinadas a asegurar a los chilenos que se encuentran afiliados al Sistema de Salud Privada, el financiamiento que permita aumentar los niveles de eficacia del derecho a la protección de la salud consagrado en nuestra Constitución Política. Posteriormente, en la cuenta del año en curso, hicimos presente que

elaboraríamos una iniciativa que definiría un plan garantizado de salud y un mecanismo solidario de financiamiento, para todos los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional.

En el ámbito legislativo, en un primer momento y con el objeto de dar mayores niveles de certeza al Sistema, se presentó a ese H. Congreso el proyecto boletín N° 7.539-11, el que tuvo por finalidad consagrar instrumentos que otorgaran mayor información a los cotizantes y beneficiarios y que también contribuyeran a atenuar las alzas que experimentan los precios de los planes de salud conforme a la actual legislación.

En efecto, esta última situación constituye una preocupación creciente, pues afecta principalmente a aquellas personas que, por su edad o la de sus beneficiarios, se enfrentan anualmente a alzas en sus planes de salud.

Ahora bien, el proyecto de ley boletín N° 7.539-11 fue concebido como un primer esfuerzo para perfeccionar la normativa legal de las Isapres, sin perjuicio de lo cual consideramos pertinente aumentar los mecanismos de solidaridad y razonabilidad existentes. Es decir, estimamos necesario abordar una reforma integral al financiamiento del Sistema de Salud Privado de Salud.

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

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

pecto de aquellas prestaciones que la legislación asegura a sus afiliados.

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

II. MODIFICACIONES LEGALES EN MATERIA DE ADECUACIÓN DE PRECIOS DE LOS PLANES DE SALUD

Al crearse el Sistema Privado de Salud, las Isapres fijaban el valor de los planes de salud considerando un precio base que multiplicaban por un factor determinado, en consideración a los riesgos de sexo y edad. No obstante, los respectivos contratos sólo consignaban su precio, situación que impedía a los afiliados tener claridad sobre los factores utilizados ni cómo éstos variaban en el tiempo.

Consecuentemente, la ley N° 19.381 estableció la obligación de mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiese sido establecida en el contrato original. Esta disposición tuvo como finalidad ligar la suerte de los cotizantes mayores con la de los más jóvenes, incorporando elementos de solidaridad al sistema.

No obstante lo anterior, la existencia de múltiples tablas en las distintas Isapres dificultó que los cotizantes pudieran efectuar comparaciones entre los distintos planes de salud. Entonces, la ley N° 20.015 reguló en la ley el mecanismo para la determinación de las tarifas de los planes de salud. En la especie, se estableció que el precio final a pagar a la Institución de Salud Previsional, se obtendría multiplicando el respectivo precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario, de conformidad a la respectiva tabla de factores. A su vez, se dispuso que cada plan contaría con una sola tabla y que las Isapres no podrían establecer más de dos tablas para la totalidad de los planes que comercializaran.

Como se desprende de lo expuesto precedentemente, el propósito de las modificaciones legales promulgadas durante el año 2005, fue establecer un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida de los beneficiarios, conocido y aceptado por el afiliado al momento de suscribir el contrato, que permaneciera invariable en tanto el cotizante estuviera adscrito al mismo plan.

III. JURISPRUDENCIA EN MATERIA DE ALZAS DE PRECIOS DE LOS PLANES DE SALUD

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

a) Artículo 38 ter de la ley N° 18.933

Sobre el particular, el Tribunal Constitucional, visto lo dispuesto en los artículos 1°, 6°, 19 N°s 2°, 9° y 18° de la Carta Fundamental, a través de su fallo de 6 de agosto de 2010, rol 1.710,

resolvió que los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso tercero del artículo 38 ter de la ley N° 18.933, relativos a la estructura de la tabla de factores, eran inconstitucionales.

Al respecto, la citada Magistratura tuvo a la vista que el derecho a la protección de la salud asegura el otorgamiento de *"acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo"* y la *"ejecución de las acciones de salud"* (N° 9° del artículo 19 de la Constitución Política); mientras que el derecho a la seguridad social garantiza *"el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes"* (N° 18° del artículo 19).

Asimismo, el Tribunal concluyó que *"las diferencias fundadas en los criterios de la edad y del sexo de las personas, no son, en sí mismas, jurídicamente reprochables, ni tampoco prima facie arbitrarias, siempre que respondan a una fundamentación razonable"* (c. 145°). Con todo, estimó que parte de las reglas contenidas en el artículo 38 ter no cumplían con dichos requisitos, siendo contrarias a la igualdad ante la ley al no instituir *"límites idóneos, necesarios, proporcionados y, por ende, razonables"* (c. 145°). Además, dicha sede señaló que *"nuestra Constitución, a su vez, establece claramente que las prestaciones que envuelven los derechos en cuestión han de ser igualitarias y suficientes"* (c. 134°).

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

Sin perjuicio de ello, cabe señalar que esta iniciativa, tras asegurar la existencia de un plan uniforme e integral

de prestaciones, también reconoce a las partes la facultad de contratar beneficios complementarios que mejoren su cobertura. Es decir, no sólo se crea un mecanismo diseñado para entregar prestaciones básicas y uniformes, sino que también se establece el marco normativo de las prestaciones que exceden de dicho mandato y que, por tanto, responden a otras necesidades de los beneficiarios del Sistema Privado de Salud.

b) Adecuaciones de precios base

Por otro lado, es menester tener a la vista que nuestros tribunales superiores de justicia, conociendo de recursos de protección, han cuestionado la justificación de las alzas de los precios base de los planes de salud.

Al efecto, la razonabilidad de los ajustes aplicados ha sido objetada, toda vez que, a juicio de nuestros tribunales, en los casos llevados a su conocimiento no se encuentra suficientemente acreditada el cambio efectivo en el valor de las prestaciones médicas (v.gr., fallos de la Corte de Apelaciones de Santiago roles 5.369-2006, 7.114-2007, 5.190-2010, y fallos de la Corte Suprema roles 4.271-2010 y 2.935-2010).

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

IV. LABOR DE LA COMISIÓN ASESORA PRESIDENCIAL Y DE LA COMISIÓN DE EXPERTOS

El estudio de las bases de un plan garantizado de salud fue parte del mandato encomendado a la Comisión Presidencial de Salud que nuestro Gobierno convocó durante el segundo semestre del año 2010. Posteriormente, dicho trabajo fue complementado por el aporte de una nueva Comisión de Expertos en temas vinculados a la organización y financiamiento de servi-

cios de salud, instancia que dio a conocer su informe en el mes de octubre del año en curso.

La citada Comisión de Expertos analizó la viabilidad técnica de la creación de un plan garantizado para todos los afiliados a Isapres. Luego, diseñó los elementos principales de dicho plan, el que se financia con precios idénticos para todos los beneficiarios de una misma Institución. Asimismo, su propuesta considera que las personas podrán seguir destinando recursos para la compra de coberturas complementarias, con la finalidad de mantener beneficios similares a los que actualmente han contratado con sus isapres, a través de sus planes complementarios de salud.

Por consiguiente, tras considerar la opinión de los expertos, se ha visto reforzado nuestro interés por abordar de manera inmediata la creación de los mecanismos regulatorios que den respuesta definitiva, tanto a las exigencias de protección del derecho a la salud como a los requerimientos de razonabilidad que deben regir las adecuaciones de los precios de los planes de salud.

En consecuencia, los antecedentes precedentemente descritos nos llevan a ratificar la pertinencia de proponer la creación de un Plan Garantizado de Salud (PGS) y de índices referenciales de ajustes de precio a cargo de un Panel de Expertos. Lo anterior, unido al reconocimiento de la facultad de contratar beneficios complementarios de salud.

V. OBJETIVO DEL PROYECTO DE LEY

En mérito de lo anteriormente expuesto, en lo esencial, este proyecto de ley busca modificar el régimen de financiamiento del Sistema de Salud Privado, a través de la creación de un Plan Garantizado de Salud, asimismo, otorga nuevas herramientas que facilitan el análisis de los ajuste de precios que realicen las Isapres. En dicho orden de ideas, cabe recalcar que esta tarea se ha realizado teniendo a la vista, tanto el aporte de

nuestros tribunales, como el de los expertos que han analizado el tema.

En consecuencia, la iniciativa en comento contiene los siguientes ejes:

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

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

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

d) Beneficios Complementarios de Salud que podrán ofrecer las Isapres.

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

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

g) Para el Sistema de Instituciones de Salud Previsional, se encomienda al Instituto Nacional de Estadísticas (INE) calcular indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de sa-

lud, de la variación experimentada en la frecuencia de uso de las mismas y de la variación del gasto en subsidios por incapacidad laboral.

Asimismo, utilizando como insumo los indicadores publicados por el INE, se ha previsto la creación de un Panel de Expertos que tendrá por función establecer índices referenciales de variaciones de precios.

Luego, a través de estas medidas incentivaremos la mayor transparencia y competencia del Sistema, y

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

VI. CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY.

a) Plan Garantizado de Salud (PGS).

El nuevo articulado se inserta en la legislación vigente, modificando sólo lo que respecta al Sistema Privado de Salud.

Al efecto, la consagración de un Plan Garantizado de Salud constituye una reforma esencial bajo el nuevo esquema propuesto. Dicho plan incluye:

1. Las Garantías Explícitas en Salud (GES);

2. La Cobertura para Gastos Catastróficos en salud.

3. La cobertura ante eventos de emergencia vital;

4. El Examen de Medicina Preventiva incluido en el régimen GES, y

5. Las prestaciones curativas y la cobertura financiera que se fijen conforme al procedimiento señalado al efecto.

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

Para hacer viable la existencia de este precio, el que es independiente del riesgo de cada persona individualmente considerada, será necesario crear un fondo solidario de compensación en el Sistema de Isapres, el que redistribuirá recursos desde las instituciones con carteras menos riesgosas hacia aquéllas que lo requieran.

Por otra parte, cabe recalcar que el régimen de las Garantías Explícitas de Salud no es modificado por esta propuesta.

A su vez, en lo que respecta a la Cobertura para Gastos Catastróficos, se considera un límite anual de copago tanto en prestaciones ambulatorias como hospitalarias.

Ahora bien, la revisión de las coberturas, de los montos de protección financiera, la incorporación de nuevas prestaciones que contiene el PGS, las realizará el Ministro de Salud a través de un decreto supremo.

Para tal efecto, en el citado decreto supremo se incorporará el contenido de las Garantías en Salud en los términos de la ley N° 19.966.

Además, en esta tarea el Ministerio de Salud contará con la asesoría de una nueva instancia, el Consejo del Plan Garantizado de Salud. El referido Consejo efectuará las evaluaciones de tecnologías sanitarias con un criterio de costo efectividad y de priorización sanitaria, velando porque el conjunto de prestaciones del PGS contemple una protección financiera no inferior a la que otorga el Fondo Nacional de Salud en la Modalidad de Libre Elección.

b) Subsidios por incapacidad laboral

El precio del Plan Garantizado no incluirá el costo del subsidio de incapacidad laboral, el que deberá ser cobrado adicionalmente respecto de los trabajadores dependientes e independientes que correspondan.

Este precio se expresará en un porcentaje determinado de la remuneración imponible de los cotizantes, el que será el mismo para todos los afiliados a una misma entidad, como se señaló anteriormente.

c) Fondo de Compensación.

La nueva institucionalidad propuesta, como ya se señaló, requiere de la creación de un fondo de compensación.

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

La prima comunitaria del fondo en comento será determinada por el Ministro de Salud a través de un decreto supremo. Al efecto, el Consejo Consultivo del Plan Garantizado de Salud deberá proponer el modelo de ajuste de riesgos, con las variables que se utilizarán para efectuar las compensaciones que procedan.

d) Beneficios Complementarios en Salud y excedentes.

Si bien el Plan Garantizado de Salud constituye un mecanismo diseñado para asegurar a sus beneficiarios la entrega de prestaciones, sin que el precio que paguen por el mismo considere los riesgos de cada individuo, las prestaciones que asegura se entregan en condiciones de uniformidad, determinando el beneficio y la cobertura a recibir.

Con todo, se reconoce que más allá de las prestaciones uniformes que deben garantizarse existe un conjunto variado y disímil de beneficios de salud a los que los afiliados al sistema desean legítimamente acceder, de acuerdo a sus preferencias. Es por ello que las Isapres podrán ofrecer Beneficios Complementarios que

consistan en aumentos de cobertura para prestaciones específicas o que estén estructurados como un conjunto de beneficios de salud ambulatorios u hospitalarios, mejorando la cobertura del Plan Garantizado de Salud.

Estas coberturas sólo podrán venderse a las personas que hayan contratado el PGS en alguna Isapre. Asimismo, podrán ser comercializadas en conjunto con el PGS, pero informando por separado el valor de cada prestación y permitiendo siempre la compra exclusiva del PGS. Estas prestaciones serán contratadas de manera indefinida, con excepción de aquellos beneficios que, por sus especiales características, reúnan ciertos supuestos descritos en el proyecto, como ocurre, v.gr., respecto de coberturas de salud contratadas en caso de contingencias en el extranjero.

A su vez, en caso que la cotización legal sea mayor que el precio del PGS, más la cobertura por el Subsidio de Incapacidad Laboral, cuando corresponda, junto con utilizar la diferencia en la contratación de Beneficios Complementarios, se podrán destinar dichos fondos a la cuenta de excedentes del cotizante. Estos excedentes podrán ser utilizados en una serie de fines establecidos en la ley, tales como cubrir las cotizaciones en caso de cesantía o financiar los Beneficios Complementarios, entre otras.

e) Indicadores elaborados por el INE

Para efectos de transparentar la modificación de los precios del PGS, anualmente el INE deberá calcular, respecto del Sistema de Instituciones de Salud Previsional, indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de salud, de la variación experimentada en la frecuencia de uso de las mismas y de la variación del gasto en subsidios por incapacidad laboral.

f) Panel de Expertos

Un Panel de Expertos, a su vez, calculará anualmente índices referenciales de variación porcentual de los precios del PGS y de la cobertura de los subsi-

dios por incapacidad laboral. Dichos índices se basarán en los indicadores elaborados por el INE.

Asimismo, debe señalarse que el Panel tendrá un carácter técnico y autónomo, por lo que su composición vela por un alto nivel de experiencia en materias económicas, financieras y de gestión en salud.

g) Normas transitorias

Considerando las importantes modificaciones que este proyecto de ley implica, se propone que el Plan Garantizado de Salud entre a operar en julio del año 2013.

Sin perjuicio de ello, durante el periodo de transición hacia este nuevo modelo, se prevén un conjunto de normas destinadas a implementar, en el intertanto, indicadores e índices referenciales en materia de ajuste de precios de los actuales planes de salud.

Por otro parte, se establecen las opciones que los beneficiarios del Sistema Privado de Salud podrán ejercer al pasar a implementarse los Planes Garantizados de Salud.

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

1) Reemplázase en el inciso primero del artículo 107 la oración "en relación a las Garantías Explícitas Salud, los contratos, las leyes y reglamentos que las rigen" por la siguiente: "en relación al Plan Garantizado de Salud, a la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral y los Be-

neficios Complementarios, contenidos en los contratos de salud, las leyes y reglamentos que las rigen”.

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

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

b) Reemplázase el párrafo segundo por el siguiente:

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

3) Introdúzcanse las siguientes modificaciones al artículo 170:

a) Sustitúyase su literal i) por el siguiente:

“i) La expresión “Plan Garantizado de Salud”, por el conjunto de prestaciones uniformes conformado por las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen; la Cobertura para Gastos Catastróficos; la cobertura de las atenciones de emergencia contempladas en los incisos cuarto y quinto del artículo 173; las prestaciones mínimas legales contempladas en el artículo 194, a excepción de la cobertura de los subsidios por incapacidad laboral; y las prestaciones curativas y la cobertura financiera que se fije para el Arancel que se elabore de conformidad a lo dispuesto en la letra p) de este artículo”.

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

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

d) Sustitúyase su literal m), por el siguiente:

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

e) Sustitúyase su literal n), por el siguiente:

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

f) Agrégase el siguiente literal o), nuevo:

"o) La expresión "Precio del Subsidio por Incapacidad Laboral", por aquella parte de la cotización legal para salud destinada al financiamiento de dicho beneficio.".

g) Agrégase el siguiente literal p), nuevo:

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

4) Sustitúyase el inciso primero del artículo 172 por el siguiente:

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

5) Introdúzcanse las siguientes modificaciones al artículo 173:

a) Sustitúyase su inciso sexto 173 por el siguiente:

"En las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, las Instituciones podrán repetir en contra del afiliado por el monto que exceda de lo

que les corresponda pagar conforme al Plan Garantizado de Salud y los Beneficios Complementarios convenidos".

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

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

6) Modifícase el artículo 188 de la siguiente forma:

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

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

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

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

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

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

7) Agrégase el siguiente artículo 188 bis, nuevo, en el "Párrafo 4° De las prestaciones":

"**Artículo 188 bis.-** Las Instituciones de Salud Previsional deberán otorgar a las personas indicadas en el artículo 184 el Plan Garantizado de Salud, el que será único para todos los beneficiarios del Sistema Privado de Salud. Cada isapre determinará el precio que cobrará por dicho plan, el que, en todo caso, deberá ser el mismo para todos sus beneficiarios. En ningún caso las isapres podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio del Plan Garantizado

de Salud, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.

Para el otorgamiento del Plan Garantizado de Salud y la cobertura para subsidio por incapacidad laboral que norma este Título, las instituciones de salud previsional deberán suscribir un contrato de plazo indefinido con sus afiliados. Tratándose de afiliados y beneficiarios que provengan de otra institución del Sistema Privado de Salud, las isapres no podrán negar el ingreso y sólo podrán requerir que el cotizante y sus beneficiarios informen sus patologías o condiciones de salud preexistentes, en los términos que indica el artículo 190 de este decreto con fuerza de ley. Asimismo, las isapres no podrán establecer exclusiones o periodos de carencia, salvo los contemplados en el artículo 190.”.

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

9) Agrégase el siguiente inciso 189 bis, nuevo:

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

a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen. Las prestaciones aseguradas a través del Régimen de Garantías Explícitas sólo serán cubiertas si se otorgan por los prestadores previstos al efecto, sin perjuicio de la facultad del interesado de optar por la cobertura de algún Beneficio Complementario que tenga contratado. Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento respectivo y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia;

b) La Cobertura para Gastos Catastróficos, cuyo monto máximo de deducible anual, por cada beneficiario, será establecido en el decreto supremo del Ministerio de Salud que establezca las prestaciones y coberturas del Plan Garantizado en Salud. Los gastos que se considerarán para dicho deducible serán aquellos originados, tanto en la red de prestadores definida por la isapre como en otros establecimientos que otorguen prestaciones relacionadas con la patología que los origina, en ambos casos de conformidad al Arancel del Plan Garantizado de Salud. Con todo, para obtener el beneficio de dicha cobertura catastrófica, el paciente deberá trasladarse

efectivamente al prestador de la red que la isapre haya definido para estos efectos, una vez que se complete el deducible;

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

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

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

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

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

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

10) Agrégase el siguiente artículo 189 ter, nuevo:

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

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

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

Las Instituciones de Salud Previsional no podrán eximirse de la responsabilidad que para ellas emana de los contratos de salud en lo que se refiere a acceso, oportunidad y cobertura financiera, atribuyéndosela a los prestadores.

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

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

11) Agrégase el siguiente artículo 189 quáter, nuevo:

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

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

12) Agrégase el siguiente artículo 189 quinquies, nuevo:

"**Artículo 189 quinquies.-** Adicionalmente al Plan Garantizado en Salud, las instituciones de salud previsional podrán comercializar Beneficios Complementarios, los que, en todo caso, no podrán vulnerar la prohibición establecida en el inciso primero del artículo 173 de este decreto con fuerza de ley.

Para estos efectos, las isapres podrán ofrecer Beneficios Complementarios que consistan en aumentos de cobertura para prestaciones específicas o que estén estructurados como un conjunto de beneficios de salud ambulatorios, hospitalarios, o ambos, o planes de salud que mejoren la cobertura del Plan Garantizado de Salud. Asimismo, dichos Beneficios Complementarios podrán referirse al otorgamiento de cobertura para una determinada prestación o un conjunto de prestaciones no incluidas en el Plan Garantizado de Salud.

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

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, establecerá los requisitos y condiciones mínimos que de-

berán cumplir dichos Beneficios Complementarios de salud, así como sus condiciones de comercialización.

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

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

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

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

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

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

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

13) Modifícase el artículo 190 de la siguiente forma:

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

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

i. Reemplázase en su encabezado la oración “Asimismo, no podrá convenirse exclusión de prestaciones,

salvo” por la siguiente: “El Plan Garantizado de Salud sólo podrá considerar como exclusiones de cobertura,”.

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

c) Derógase el inciso final.

14) Reemplazase el artículo 192 por el siguiente:

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

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

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

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

Las isapres, en el caso de preexistencias declaradas conforme al inciso precedente, podrán restringir la cobertura de los Beneficios Complementarios por un plazo no superior a 18 meses, sólo respecto del beneficiario de que se trate, contado desde la contratación del citado beneficio.

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

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

Los Beneficios Complementarios tendrán carácter de indefinidos y no podrán dejarse sin efecto durante su vi-

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

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

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

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

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

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

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

15) Introdúzcanse las siguientes modificaciones al artículo 197:

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

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

la siguiente oración: "En caso de cesantía y no siendo aplicable el artículo 188 de este decreto con fuerza de ley, la Institución deberá acceder a la desafiliación, en cualquier momento, si ésta es requerida por el afiliado".

c) Deróganse los incisos tercero, cuarto y quinto.

16) Agrégase el siguiente artículo 197 bis, nuevo:

"**Artículo 197 bis.-** Sin perjuicio de los cambios de precio que experimente el Plan Garantizado de Salud por las modificaciones de cobertura o de prestaciones que se incorporen al Arancel respectivo, anualmente, en la oportunidad que determine el reglamento, las Instituciones podrán modificar el precios que cobran por el Plan Garantizado de Salud y el precio correspondiente a la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral. Ambas modificaciones deberán mantener la igualdad de cobro para todos los cotizantes de una misma isapre.

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

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

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

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

En la misma oportunidad y forma en que se comuniquen la o las adecuaciones, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer los Beneficios Complementarios alternativos cuyo precio sea equivalente al de los vigentes. A todos los afiliados que se encuentren adscritos a un determinado Beneficio Complementario se les deberán ofrecer idénticos Be-

neficios Complementarios alternativos y, en caso de rechazarlos, podrán requerir de la isapre otros Beneficios Complementarios que esté comercializando.

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

17) Reemplázase el texto del artículo 198, por el siguiente:

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

Un reglamento del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, suscrito además por el Ministro de Salud, establecerá las demás materias necesarias para el ejercicio de esta función.

Para los efectos descritos en los incisos precedentes, a más tardar el último día hábil de noviembre de cada año, la Superintendencia de Salud deberá proporcionar al Instituto Nacional de Estadísticas toda la información de que disponga y que sea necesaria para que dicho órgano pueda cumplir adecuadamente con sus funciones. Sin perjuicio de lo anterior, el referido Instituto podrá solicitar a dicha Superintendencia cualquier antecedente que le parezca pertinente y relevante para el cumplimiento de estos fines.

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

18) Agrégase el siguiente artículo 198 bis, nuevo:

“**Artículo 198 bis.-** Un Panel de Expertos con carácter de asesor, en adelante “el Panel”, calculará anualmente índices referenciales de variación de los precios del Plan

Garantizado de Salud, de la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral, basados en los indicadores elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas de conformidad al artículo anterior.

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

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

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

19) Agrégase el siguiente artículo 198 ter, nuevo:

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

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

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

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

Los integrantes del Panel serán nombrados previo concurso público de antecedentes, proceso que se fundará en condiciones objetivas, transparentes y no discriminatorias. Dicho concurso será convocado por el Ministerio de Salud y resuelto por dicho organismo, de común acuerdo, con el Ministro de Economía, Fomento y Turismo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20) Derógase el artículo 199.

21) Reemplázase el artículo 200 por el siguiente:

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

22) Introdúzcanse las siguientes modificaciones al artículo 201:

a) Reemplázase el numeral 1 de su inciso primero, por el siguiente:

"1.- Falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud que efectúen los cotizantes, en los términos del artículo 191, salvo que el afiliado o beneficiario demuestre justa causa de error.".

b) Reemplázase el numeral 2 de su inciso primero, por el siguiente:

"2.- No pago del precio del Plan Garantizado en Salud o del precio del Subsidio por Incapacidad Laboral, por parte de los cotizantes voluntarios de este sistema o de quienes reúnan la calidad de trabajadores independientes, tanto aquellos que revistan tal carácter al afiliarse como los que la adquieran posteriormente por un cambio en su situación laboral. Para ejercer esta facultad, será indispensable haber comunicado el no pago de la cotización en los términos del inciso final del artículo 197.".

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

d) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:

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

23) Introdúzcanse las siguientes modificaciones al artículo 202:

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

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

c) Reemplázase en el inciso final la oración que sigue al punto seguido, después de la palabra ley, por la siguiente: "La Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario el Plan Garantizado de Salud, la cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral y los Beneficios Complementarios convenidos, debiendo éste pagar el valor al que éste se comercialice en ese momento".

24) Modifícase el artículo 203 de la siguiente forma:

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

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

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

b) Derógase el inciso cuarto.

25) Derógase el artículo 204.

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

27) Sustitúyase el actual artículo 205 por el siguiente:

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

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

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

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

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

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

"**Artículo 206.-** El Consejo estará compuesto por cuatro miembros:

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

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

3.- Un representante del Ministerio de Salud, y

4.- Un representante de la Dirección de Presupuestos.

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

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

Los consejeros no recibirán remuneración alguna por su desempeño.

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

29) Sustitúyase el actual artículo 207, por el siguiente:

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

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

30) Sustitúyase el actual artículo 208, por el siguiente:

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

31) Sustitúyase el actual artículo 209, por el siguiente:

“**Artículo 209.-** Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 197, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguien-

tes a la entrada en vigencia del Plan Garantizado de Salud o de sus posteriores modificaciones.”.

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

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

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

34) Introdúzcanse las siguientes modificaciones al artículo 211:

a) Modifícase su inciso primero del siguiente modo:

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

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

b) Sustitúyase su inciso segundo por el siguiente:

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

35) Modifícase el artículo 219 del siguiente modo:

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

b) Reemplázase su inciso segundo por el siguiente:

“Esta transferencia no podrá, en caso alguno, afectar los derechos y obligaciones que emanan de los contra-

tos de salud cedidos, imponer a los afiliados y beneficiarios otras restricciones que las que ya se encontraran vigentes en virtud de Beneficios Complementarios convenidos, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de salud.”.

36) Modifícase el artículo 221 del siguiente modo:

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

b) Sustitúyase su inciso final por el siguiente:

“Las Instituciones que hayan recibido el total o parte de los afiliados y beneficiarios de la isapre a la que se le aplique el régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el presente artículo, deberán adscribir a cada uno de los cotizantes al Plan Garantizado de Salud, al precio vigente a la fecha de la transferencia, sin perjuicio que las partes, de mutuo acuerdo, convengan Beneficios Complementarios adicionales a dicho plan. Las Instituciones deberán notificar a los cotizantes mediante carta certificada expedida dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde la fecha de la transferencia, informándoles, además, que pueden desafiliarse de la Institución y traspasarse, junto a sus cargas legales, al régimen a que se refiere el Libro II de este decreto con fuerza de ley o a otra isapre con la que convengan. Si los afiliados nada dicen hasta el último día hábil del mes subsiguiente a la respectiva notificación, regirá a su respecto lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 197.”.

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

Artículo 2°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 3° y 4° del articulado permanente y de las disposiciones transitorias, las modificaciones establecidas en el artículo 1° de esta ley, entrarán en vigencia el 1 de julio de 2013.

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

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

El Panel de Expertos señalado en los artículos 198 bis y 198 ter del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley, deberá estar constituido antes de que finalice el mes de enero de 2012, de conformidad a lo dispuesto en los artículos cuarto y quinto transitorios.

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

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

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo Primero Transitorio.- A más tardar el último día hábil del mes de marzo del año 2013, las isapres deberán enviar a cada uno de sus afiliados una carta certificada, en la que comunicarán las modificaciones que sufrirá su contrato de salud conforme a esta ley, de acuerdo con las instrucciones generales que imparta al efecto la Superintendencia de Salud.

En dicha carta, la isapre deberá señalar, a lo menos, el contenido del Plan Garantizado de Salud y mencionar que sólo cobrará el valor de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral cuando ello proceda. Además, se deberán individualizar los establecimientos que conforman la red o redes de prestadores a través de las cuales se otorgarán las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura de Gastos Catastróficos, para prestaciones ambulatorias y hospitalarias. Adicionalmente, si fuere procedente, se deberán informar, en los mismos términos, la red o redes a través de los cuales se otorgarán el resto de las prestaciones comprendidas en el Plan Garantizado de Salud.

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

1) Un contrato que, además del Plan Garantizado de Salud y la cobertura para Subsidios por incapacidad Laboral, si procediere, contenga los demás beneficios del plan vigente al momento del envío de la carta, los que pasarán a

denominarse Beneficios Complementarios, informándose el precio total, con el siguiente desglose:

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

b. El precio que se asigne a la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, el que será, en términos de porcentaje de la remuneración imponible, idéntico para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio, en la forma y condiciones señaladas en el artículo 197 bis, y

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

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

2) Un contrato cuyo precio sea equivalente al precio total que esté pagando el cotizante al momento de enviársele la carta en referencia, señalándose:

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

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

c. Los Beneficios Complementarios que serán financiados con el monto de la cotización que exceda el valor de los beneficios de las letras a) y b) precedentes, indicando el precio que se cobrará por ellos. Para estos efectos, las isapres no podrán requerir una nueva declaración de salud, ni establecer restricciones de cobertura.

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

3) Un contrato que sólo comprenda el Plan Garantizado de Salud y la cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, cuando corresponda. Los excedentes a que hubiere lugar serán destinados a la respectiva cuenta individual.

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

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

Artículo Segundo Transitorio.- El cotizante deberá ejercer la opción a que se refiere el artículo precedente ante la isapre, a más tardar, el último día hábil del mes de junio de 2013.

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

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

Artículo Cuarto Transitorio.- Para efectos de la adecuación de los precios de los contratos de salud del año 2012, la Superintendencia de Salud, por única vez, elaborará indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de salud, de la variación experimentada en la frecuencia de uso de las mismas y de la variación del gasto en subsidios por incapacidad laboral.

A contar del proceso de adecuación de precios de los contratos del año 2013, el Instituto Nacional de Estadística elaborará los indicadores a que alude el inciso precedente.

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

Respecto del proceso de adecuación de los precios de los contratos de salud del año 2012, y en tanto no se dicte el reglamento a que aluden los artículos 198 y 198 ter del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, modificado por esta ley, la Superintendencia de Salud dictará las instrucciones que sean indispensables para el adecuado ejercicio de las funciones señaladas en el presente artículo.

Artículo Quinto Transitorio.- Durante los periodos de adecuaciones de precios de los años 2012 y 2013, el Panel de Expertos señalado en el artículo anterior, deberá calcular un índice referencial de variación de los precios base de los planes complementarios de salud, basado en los indicadores elaborados por la Superintendencia de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas, de conformidad al citado artículo.

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

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

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

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

Dios guarde a V.E.,

SEBASTIÁN PIÑERA ECHENIQUE
Presidente de la República

FELIPE LARRAÍN BASCUÑÁN
Ministro de Hacienda

JAIME MAÑALICH MUXI
Ministro de Salud