



LEGISLATURA 372ª

COMISIÓN DE SALUD

Sesión 100a, celebrada el martes 2 de abril de 2024

De 10:40 a 12:00 horas

SUMA

1.- Continuó la discusión particular del 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 Fonasa, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsual. Boletín N°15.896-11 (S).

APERTURA DE LA SESIÓN

Se inició la sesión a las 10:40 horas.

PRESIDENCIA

Presidió, la diputada Ana María Gazmuri.

ASISTENCIA

Asistieron de manera presencial, las diputadas y diputados Eric Aedo, Danisa Astudillo, Marta Bravo, Karol Cariola, María Luisa Cordero, Ana María Gazmuri, Tomás Lagomarsino, Daniel Lilayu, Helia Molina, Hernán Palma y Patricio Rosas.

El diputado Hugo Rey reemplazó, por esta sesión, al diputado Andrés Celis.

Como invitados, la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza, junto a sus asesores señores Manuel Pérez Saavedra y Jaime Junyent Ruiz; el Superintendente de Salud, señor Víctor Torres Jeldes, junto a la señora Natalia Castillo; el Director de Fonasa, señor Camilo Cid Pedraza, junto a los señores Matías Goyenechea Hidalgo, jefe de División de Planificación y Desarrollo



Estratégico y Andrés Fuentealba Canario, jefe Departamento de Comunicaciones Estratégica.

Actuó como Secretaria Abogado, la señora Ana María Skoknic Defilippis y como Abogado Asistente el señor Ignacio Vásquez Mella.

CUENTA

Se recibieron los siguientes documentos:

1.- Oficio de S. E. el Presidente de la República mediante el cual hace presente la urgencia "suma", para el despacho del proyecto 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". BOLETÍN N° 15896-11(S). (168-372). Boletín: 15896-11

2.- Oficio del Director Nacional de Fonasa (N°6107), mediante el cual remite glosa N°20, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2024.

3.- Carta Cofundadoras Fundación Yo Quiero Estar, mediante la cual solicitan oficiar al Ministerio de Salud y de Trabajo para evaluar la aplicación de la ley 21.3911 durante la alerta sanitaria por enfermedades respiratorias.

4.- Comunicación del Comité de Renovación Nacional, mediante el cual informa reemplazo del diputado Andrés Celis por el diputado Hugo Rey, durante sesión de hoy.

VARIOS:

No hubo intervenciones varias.

ACUERDOS:

No se adoptaron acuerdos.

ORDEN DEL DÍA

1.- Continuó la discusión particular del 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 Fonasa, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional. Boletín N°15.896-11 (S).

Cabe hacer presente que para cerrar lo relativo al consejo consultivo se procedió a discutir el artículo quinto transitorio, sin embargo, este también quedó pendiente.

Artículo quinto transitorio

Artículo quinto.- Excepcionalmente, para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, tendrá la función de asesorar oportunamente al Superintendente de Salud respecto a:

- 1) Los planes de pago y ajustes que presenten las Instituciones de Salud Previsional.
- 2) Las modificaciones a los precios de los planes de salud que se efectúen de conformidad a esta ley.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 1) anterior, el Consejo deberá sesionar las veces que sean necesarias para dar cumplimiento a los plazos prescritos en el artículo 3°. Para ello, el Consejo podrá autoconvocarse y deberá cumplir con el quórum señalado en el artículo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

Para la primera designación de los integrantes de este Consejo no se aplicará el procedimiento establecido en el Título VI de la ley N° 19.882. En su lugar, dentro de los diez días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer al Congreso Nacional, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo.

Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría de los miembros presentes de la Cámara de Diputados en votación única y dentro del plazo de diez días contado desde el envío de la nómina a dicha Cámara. Posteriormente, aquella deberá ser ratificada por el Senado en votación única con el mismo quórum y dentro del mismo plazo. Si la Cámara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaron



dentro de los plazos señalados, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente.

En caso de que ambas o alguna de las Cámaras rechace la nómina propuesta, el Presidente de la República deberá proponer, dentro del plazo de diez días contado desde la comunicación del rechazo, dos nóminas:

- a) Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para la Cámara de Diputados.
- b) Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para el Senado.

Cada Cámara deberá aprobar la nómina respectiva en votaciones únicas y requerirán para su aprobación del voto favorable de la mayoría de los miembros presentes de las y los diputados o las y los senadores, según corresponda. Si la Cámara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaron dentro del plazo señalado, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente. (*)

El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas Cámaras del Congreso Nacional, a más tardar dentro del plazo de diez días contado desde la comunicación de la aprobación y ratificación de los otros integrantes.

Conformado el Consejo, el Presidente de la República comunicará su integración al Superintendente de Salud, quien deberá convocar la primera sesión del Consejo dentro de los veinte días siguientes desde que se le comunica su conformación. En tanto no se dicte el reglamento al que alude el artículo 130 nonies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, el Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.

Los consejeros cesarán en su cargo transcurrido un año contado desde su nombramiento. Sin perjuicio de lo anterior, estarán habilitados para participar en el procedimiento establecido en el Título VI de la ley N° 19.882, que se convoque para efectos de proveer los cargos vacantes para el siguiente período.

El Ministerio de Salud deberá presentar al Consejo de Alta Dirección Pública el o los perfiles de cargo de los integrantes del Consejo, los cuales deberán ser acordados con los Ministerios de Hacienda y de Economía, Fomento y Turismo, dentro del plazo de cuatro meses contado desde la fecha de publicación de esta ley.

El Consejo de Alta Dirección Pública, previa aprobación del o los perfiles de cargo y por intermedio de la Dirección Nacional del Servicio Civil, deberá



convocar el proceso de selección establecido en el Título VI de la ley N° 19.882, a fin de proveer los cargos de los consejeros antes de cumplidos ocho meses de la entrada en vigencia de esta ley. Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso cuarto anterior, el cargo de los primeros consejeros se entenderá prorrogado por el sólo ministerio de la ley mientras no sean proveídos los cargos de sus reemplazantes.

En lo que no contradiga este artículo, al primer Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

153. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el artículo quinto transitorio.

154. De los diputados **Bravo y Lilayu** para reemplazar en el artículo quinto transitorio la palabra “diez” por “cinco” todas las veces que aparece.

155. De los diputados **Bravo y Lilayu** para agregar en el inciso sexto del artículo quinto transitorio, luego del punto aparte, una oración del siguiente tenor:

“En caso de que ambas o alguna de las Cámaras rechace la respectiva nómina, el Presidente de la República deberá presentar una nueva nómina a la Cámara que la hubiera rechazado, que será votada en conformidad a las reglas de este inciso.”.

La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera respecto al artículo quinto transitorio, señaló que dado que se le había asignado una naturaleza permanente al consejo consultivo definía las actuaciones relacionadas con el cumplimiento de la sentencia que, ahora sería el único motivo de creación del consejo, por tanto, en esta disposición se define en que aconsejaría al Superintendente de Salud y los planes de pago y las modificaciones a los precios.

Asimismo, define el procedimiento para designar a los miembros del consejo por parte de la Cámara de Diputados y el Senado, el cual sería participativo. Al respecto, agregó que los plazos y la mecánica establecida tienen en cuenta la necesidad de tener conformado el consejo en un periodo muy breve, toda vez que el consejo debe ser capaz de sesionar para evaluar los planes de pago que también tienen un plazo muy acotado para su elaboración.

Afirmó que más que acotar los plazos de aprobación de la nómina de los miembros del consejo consultivo, sería prudente establecer un plazo máximo, como por ejemplo de 7 días.



Por último y respecto a la indicación N°155, estimó prudente que en caso de que se rechace la nómina por la Cámara y/o el Senado, pueda el Presidente de la República aprobar la proposición, en consecuencia, no estuvo de acuerdo en que se deba presentar una nueva nómina.

Cabe hacer presente que las indicaciones Nos 153 y 154 fueron retiradas por sus autores.

El artículo quinto transitorio quedó pendiente.

Continuando donde se quedó en la sesión pasada, corresponde analizar el numeral 4) del artículo 1.

Numeral 4)

4) 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 que, conforme a la modalidad respectiva, otorgue la prestación requerida.”.

Se presentó la siguiente indicación:

22. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el vocablo “o” por una “,” e intercalar luego de la palabra “Complementaria” y antes del vocablo “que”, la siguiente expresión: “, o ambas,”.

El diputado Lagomarsino explicó que la indicación busca efectivamente cerrar el conflicto, para que puedan ser eventualmente ambas coberturas a la vez, porque la redacción original establecía la posibilidad de una u otra.

En votación la indicación N°22 y el numeral 4) del artículo 1, se aprobaron por **unanimidad** (11 votos a favor). Votaron a favor, las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Rosas.



Numeral 5)

5) Agréganse, a continuación del artículo 144, los siguientes artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies, 144 septies y 144 octies, nuevos:

Artículo 144 bis

“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 los artículos 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.

Se presentó la siguiente indicación:

23. De diputado **Lagomarsino** para incorporar en el artículo 144 bis a continuación de la palabra “grupos” la expresión “A,”.

La Ministra de Salud explicó que este artículo señala quienes son las personas que podrán contratar la modalidad de cobertura complementaria en forma voluntaria y con el pago de una prima adicional, el cual ciertamente está disponible para las personas que han cotizado y por ende no incorpora al grupo “A” porque solo son beneficiarios financiados con aporte fiscal directo.

Asimismo, acotó que las personas independientes se incorporan a través de la retención de impuestos.



El diputado Lagomarsino explicó que Fonasa siempre ha buscado recaudar más, cuestión que no es negativa, pero en la actualidad existen muchos chilenos que son Fonasa “A” y que tienen bastos ingresos por boletas de honorarios y otras utilidades.

A mayor abundamiento, estimó razonable que si una persona es Fonasa A y un familiar desea pagar su prima complementaria, pueda acceder a los beneficios que se intentan crear.

El Director de Fonasa sostuvo la modalidad de cobertura complementaria está pensada para las personas que cotizan, agregando que los grupos “A” ni siquiera pueden comprar bonos porque son financiados completamente por la red de salud pública.

En el mismo sentido, informó que se ha ido controlando la situación de aquellas personas que tienen ingresos y que actualmente se encuentran catalogados en el grupo “A”, toda vez que estarían mal catalogados.

A mayor abundamiento, afirmó que, en la actualidad, se permite que las personas puedan pagar sus cotizaciones de manera libre, quedando inmediatamente en el grupo “B” u otro, precisando que dicho grupo se compone del 38% de toda la población de Fonasa, y que sigue en aumento.

Por último, manifestó que en esta ley se ha propuesto generar una flexibilización administrativa para que Fonasa pueda recalificar a las personas sin tener que contactarlas directamente en sucursales.

El diputado Rosas agregó que si se cambia la estructura de cómo migran las personas, se estaría desincentivando el pago de las cotizaciones porque finalmente las personas del grupo “A” en teoría están sin ingresos. En otras palabras, si se crea un sistema para que la gente del grupo “A” tenga acceso a la cobertura complementaria, se estaría desincentivando la cotización de las otras personas.

El diputado Lilayu afirmó que existen muchas personas que son Fonasa “A” y que de todas formas pueden mejorar su plan.

La diputada Cariola concordó con lo planteado por el diputado Lagomarsino, pero con matices.

Aclaró que se deberían tener en consideración, por ejemplo, a las personas mayores que están en el tramo “A” porque si bien es cierto que en general se encuentran en el tramo “B”, existen personas mayores que no lo están porque la PGU no es de carácter universal, quedando absolutamente desamparadas.



Sugirió buscar un camino donde al menos se pudiera acotar a las personas mayores sin ningún tipo de ingresos.

La Ministra de Salud hizo presente que esta indicación es completamente inadmisibles porque abarca materias de Fonasa y de seguridad social y, además, incorpora elementos que irrogan un gasto fiscal.

En el mismo sentido, acotó que incorporar miembros de las familias al seguro complementario tampoco se podría realizar, a menos que sean consideradas cargas o bien coticen por el mínimo.

Recordó que el 90% de las personas mayores están en Fonasa y el Estado ha realizado esfuerzos enormes para financiar a esas personas.

Indicó que se puede estudiar cómo poder extender este beneficio, sin embargo, es importante analizar lo que establece el ordenamiento jurídico actual.

A mayor abundamiento, afirmó que la gente en Fonasa "A" no tiene MLE.

El diputado Lagomarsino dejó en claro que esta indicación no incentiva el no pagar cotizaciones sino que quiere hacerse cargo de un problema, para que los familiares paguen la prima de aquellos que no tienen y, en definitiva, tengan acceso a la MCC.

El Director de Fonasa comentó que existen reglas vigentes y una ley como esta no se puede hacer cargo de modificar temas de seguridad social, cuestión que si se podría analizar en una eventual reforma.

Asimismo, aclaró que existe una política de descuento de cotizaciones para los adultos mayores, por tanto, muy pocos pagan cotizaciones en Fonasa.

Cabe hacer presente que la indicación N°23 se retiró por su autor.

En votación el artículo 144 bis y el epígrafe del numeral 5), se aprobaron por unanimidad (9 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Cariola, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Rosas.

Artículo 144 ter

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 esta modalidad para efectos de obtener acceso y protección



financiera para las prestaciones de salud aranceladas en una red de prestadores determinada, obligándose al pago de una prima complementaria.

Esta modalidad permite 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, 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.

Aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso anterior quedaran excluidas para el otorgamiento de préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

24. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar en el artículo 144 ter la oración “obtener acceso y protección financiera para las prestaciones de salud aranceladas en una red de prestadores determinada” por la siguiente oración “cubrir parcial o totalmente copagos en la Modalidad de Libre Elección y Pago Asociado a Diagnóstico, contar con una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, acceder a prestaciones no aranceladas por el Fondo Nacional de Salud, u otra que se determine”.

25. Del **Ejecutivo** para reemplazar, en el inciso segundo del artículo 144 ter, la expresión “Asimismo, las” por “Las”.

26. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar en el inciso segundo del artículo 144 ter la expresión “Esta modalidad permite a las personas inscritas recibir prestaciones ambulatorias y hospitalarias en una red de prestadores y bajo un arancel asociado. Asimismo,”.

27. De los diputados **Bravo y Lilayu** para intercalar, en el segundo inciso del artículo 144 ter, entre la frase “cotización legal para salud” y la coma, lo



siguiente: “en la misma forma que ésta, siéndole aplicable, en lo pertinente, las mismas normas”.

28. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola y Palma**, para incorporar en el inciso tercero del artículo 144 ter, a continuación del punto final que pasa a ser punto seguido lo siguiente:

“Las prestaciones cubiertas en la Modalidad de Cobertura Complementaria también podrán ser financiadas por otras entidades que presten servicios de reembolso.”

29. Del diputado **Ejecutivo** para reemplazar el inciso tercero por el siguiente:

“Las prestaciones cubiertas en la Modalidad de Cobertura Complementaria serán financiadas por el Fondo Nacional de Salud de conformidad con el arancel que se fije al efecto, y en la parte que le corresponda; por la cobertura financiera complementaria que otorgue la compañía de seguros en los términos que establece la póliza; y por el copago al que concurra la persona beneficiaria. La cobertura financiera complementaria otorgada por las compañías de seguro tendrá un tope anual en los términos que se establezca en la póliza.”.

30. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el inciso cuarto del artículo 144 ter por el siguiente:

“Una resolución del Ministerio de Salud dictada al 30 de Mayo de 2024 establecerá los copagos que serán cubiertos parcial o totalmente en Modalidad Libre Elección y Pago Asociado a Diagnósticos, además de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas y las prestaciones no aranceladas. En el caso de las enfermedades catastróficas deberá indicar el deducible para estas. Esta resolución deberá ser actualizada previo a una nueva licitación.”

31. De los diputado **Bravo y Lilayu** para agregar en el inciso cuarto del nuevo artículo 144 ter, luego del punto aparte, la siguiente oración: “Para la determinación de este arancel se deberá considerar el arancel para personas no beneficiarias del Libro II de esta Ley, a que se refiere el artículo 24 de la Ley N° 18.681, y el valor de las prestaciones cubiertas por esta Modalidad en los establecimientos de salud privados, del año inmediatamente anterior.”.

32. Del **Ejecutivo** para agregar, a continuación del inciso quinto, el siguiente inciso sexto, nuevo:

“Las prestaciones derivadas de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano se regirán por las reglas



del inciso segundo del artículo 141 y del literal a) del inciso tercero del artículo 143, según corresponda.”.

El diputado Lagomarsino hizo presente que las indicaciones Nos 24 y 26 persiguen el mismo objetivo, ampliando aquellos que cubrirá la modalidad de cobertura complementaria, estimando preocupante que solo se limite a prestaciones aranceladas por Fonasa, excluyendo una serie de prestaciones que históricamente se ha buscado arancelar, por ejemplo, la eco tomografía transvaginal con protocolo de endometriosis.

La Ministra de Salud afirmó que la indicación N°24 es completamente inadmisibles, no obstante, para el Ejecutivo es importante generar este tipo de discusiones.

Cabe hacer presente que quedó pendiente la discusión y votación del artículo 144 ter, a la espera de una indicación de consenso por parte del Ejecutivo.

Para mayores detalles, la sesión quedó grabada en un registro de audio y video en la página web de la Cámara de Diputadas y Diputados.

Por haber cumplido con su objeto, se levantó la sesión a las **12:00** horas.

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS
Secretaria Abogada de la Comisión