



LEGISLATURA 372ª

COMISIÓN DE SALUD

Sesión 101a, celebrada el martes 2 de abril de 2024

De 17:02 a 20:02 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 17:02 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.

Los diputados Hugo Rey y Stephan Schubert, reemplazaron por esta sesión, a los diputados Andrés Celis y Agustín Romero, respectivamente.

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.- Comunicación del Comité Republicano mediante el cual informa el reemplazo del diputado Agustín Romero por el diputado Stephan Schubert, durante la sesión de hoy.

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

3.- Oficio Directora Nacional de Senda (N°263), mediante el cual remite glosa presupuestaria en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2024.

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 se retomó la discusión del artículo 144 ter.



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

El Director de Fonasa leyó la siguiente propuesta que podría reemplazar el 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. La modalidad también contiene un seguro catastrófico en los términos del artículo 144 quater.

Esta modalidad permite a las personas inscritas recibir prestaciones ambulatorias y hospitalarias en una red de prestadores y bajo un arancel asociado. 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 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, superado el cual la persona beneficiaria deberá soportar la cobertura financiera complementaria.

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. Este arancel deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones contenida en el arancel de la modalidad de libre elección. En el caso de la atención cerrada se contemplarán las distintas prestaciones indicadas para la resolución del problema. Además, el Fondo Nacional de Salud podrá complementar el arancel con nuevas prestaciones con pertinencia sanitaria.



Aquellas prestaciones financiadas en conformidad a este artículo quedaran excluidas para el otorgamiento de préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.

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.”

La Ministra de Salud recordó que este artículo al ser seguridad social es de iniciativa exclusiva del Presidente de la República y, por tanto, el Ejecutivo debe patrocinarlo.

Informó que se estudiará la idea de incorporar en forma más explícita los beneficios de la modalidad de cobertura complementaria.

Respecto de la indicación N°27, afirmó que no pueden darle la naturaleza de cotización legal porque fue una solicitud explícita de los aseguradores al no representar una cotización propiamente tal y no ser parte de la seguridad social la MCC. Lo anterior, no impide que las personas puedan pagarle vía PREVIRED.

En cuanto a la indicación N°28, aclaró que si bien el objetivo es ir abriendo la posibilidad para que otras entidades de reembolso puedan hacerse cargo del tema, también, se debe hacer presente que el producto “seguro” solo lo pueden llevar las compañías de seguros en este momento, cuestión que reiteró en su oportunidad la representante de la Comisión para el Mercado Financiero.

Por su parte, comentó que el sentido de la indicación N°29 es acoger la solicitud que hicieron las aseguradoras para que la MCC tenga un tope de cobertura que es la modalidad habitual de funcionamiento de los seguros privados complementarios.

Sobre la indicación N°30, acotó que ya quedó acogida en la propuesta efectuada por el Ejecutivo, que se debiese materializar en una próxima sesión.

Por último, acotó que la indicación N°32 establece que la ley de urgencias no es para la MCC, sino que sigue funcionando de la forma habitual.

El Director de Fonasa, respecto de la indicación N°31, comentó que considerar nuevos datos es útil, siempre cuando no sea una cosa perentoria u obligatoria, pudiéndose considerar como datos dichos aranceles.

Se deja constancia que las indicaciones Nos 27 y 28 fueron retiradas por sus autores.



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.

Artículo 144 quáter

Artículo 144 quáter.- Las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria accederán, además, a un seguro catastrófico en virtud del cual tendrán derecho a una protección financiera especial que cubrirá todos los copagos derivados de un determinado problema de salud y de cargo de la persona beneficiaria que superen, dentro de un año calendario, el deducible respectivo.

El seguro catastrófico operará con prestadores dentro de la misma red a la que accede la persona beneficiaria en virtud de la Modalidad de Cobertura Complementaria, y respecto de aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter.

La protección financiera especial será de cargo de la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria. Esta deberá ser activada por la compañía de seguros de forma automática, una vez que los copagos financiados por las personas inscritas superen el deducible.

Este seguro catastrófico no será aplicable a aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

Asimismo, la resolución a que hace referencia el inciso cuarto del artículo anterior podrá excluir otras prestaciones de la cobertura del seguro catastrófico.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

33. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el inciso primero del artículo 144 quáter por el siguiente:

“Artículo 144 quáter.- La Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas a la que hace referencia el Artículo 144 ter dará derecho a una protección financiera especial que cubrirá todos los gastos para las patologías catastróficas incluidas en la resolución a la que hace referencia el inciso cuarto del mismo artículo pagando el deducible definido.”



34. De los diputados **Bravo y Lilayu** para intercalar en el inciso primero entre la frase “cubrirá todos los copagos” y “derivados de un problema de salud” lo siguiente: “, hasta un monto máximo definido en la licitación”.

35. De los diputado **Bravo y Lilayu** para reemplazar en el inciso primero la frase “de un año calendario” por “un año de vigencia de la póliza respectiva”.

36. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el inciso segundo del artículo 144 quáter.

37. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola y Palma**, para incorporar al final del inciso tercero del artículo 144 quáter, lo siguiente:

“La protección financiera especial también podrá ser de cargo de otras entidades que presten servicios de reembolso, que otorguen la cobertura financiera complementaria.”

38. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar en el inciso tercero del artículo 144 quáter la frase: “una vez que los copagos financiados por las personas inscritas superen el deducible” por la oración “una vez que haya cumplido el requisito mínimo de cotizaciones de salud a las que hace referencia el artículo 144 bis”.

39. Del **Ejecutivo** para reemplazar, en el inciso tercero, la expresión “protección financiera especial” por “cobertura del seguro catastrófico”.

40. Del **Ejecutivo** para reemplazar, en el inciso quinto, la frase “Asimismo, la”, por “La”.

41. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el inciso final del artículo 144 quáter.

Cabe hacer presente que las indicaciones Nos 33 y 34 fueron retiradas por sus autores.

El diputado Lilayu comentó que la indicación N°35 solamente busca clarificar la redacción respecto a la cobertura del seguro catastrófico.

En votación la indicación N°35 y el inciso primero del artículo 144 quáter, se aprobaron por **unanimidad** (12 votos a favor). Votaron a favor, las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Schubert (en reemplazo de Romero) y Rosas.



El diputado Lagomarisno respecto al inciso segundo del artículo 144 quáter, estimó prudente no limitar la red de prestadores a la cual debe acceder la persona beneficiaria del seguro catastrófico, teniendo en consideración que muchas atenciones catastróficas no son ofrecidas por múltiples prestadores.

El Director de Fonasa comentó que la MCC tiene que responder en función de los convenios existentes, entonces no se podrían asegurar los precios convenidos en un asegurador que esta por fuera de la red, precisando que la mayoría de los prestadores están en la modalidad de libre elección, sin embargo, aún no tienen certeza que todos estos prestadores estén en la MCC.

El diputado Lagomarsino indicó que entendiendo que en el sector salud muchas veces se incorporan nueva técnicas y metodologías, donde no todo necesariamente esta convenido previamente, cómo se podría buscar algún grado de apertura, de tal forma, que si hay una patología catastrófica -que pueda entrar a la MCC a partir del tercer año- no quede excluida porque Fonasa no tiene un convenio previamente firmado con dicho prestador.

El Director de Fonasa afirmó que el seguro catastrófico está pensado por límite financiero, por tanto, no es que estén excluidos los problemas de salud, sino que es una cobertura financiera que está disponible solamente en los prestadores que tengan convenio.

Agregó que la MCC es un producto adicional y es decisión de las personas si lo complementan o lo reemplazan.

Cabe hacer presente que las indicaciones Nos 36, 37 y 38 fueron retiradas por sus autores.

El Director de Fonasa agregó que, como esta modalidad emula la cobertura Fonasa y otras que podrían estar en isapres, aun en dicho escenario, pueden quedar cosas que sin cobertura, tales como, los medicamentos que no se encuentran autorizados.

El diputado Lagomarsino puntualizó que, entonces la única prestación que el inciso final del artículo 144 quáter pretende excluir son aquellas de medicamentos que no están autorizados por el Instituto de Salud Pública para ser comercializados y distribuidos en Chile.

La Ministra de Salud explicó que el caso de los medicamentos es solo un ejemplo, porque también podrían ser algunos de carácter experimental.



El diputado Rosas afirmó que existen en varios países técnicas quirúrgicas nuevas, microcirugías robóticas cerebrales y, por tanto, se excluyen porque son experimentales.

El diputado Lagomarsino estimó prudente excluir del seguro catastrófico las técnicas y/o medicamentos experimentales, sin embargo, con la redacción actual no queda claro, porque perfectamente podrían incluirse otras prestaciones que no son experimentales por razones de cobertura o costo.

La Ministra de Salud acotó que el seguro catastrófico se activa sobre el arancel que ya está definido para la MCC, por tanto, sino está en dicho arancel no estará cubierto.

Cabe hacer presente que la indicación N°41 fue retirada por su autor.

En votación las indicaciones Nos 39 y 40 y, el inciso segundo, tercero, cuarto y quinto del artículo 144 quáter, se aprobaron por **unanimidad** (12 votos a favor). Votaron a favor, las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Schubert (en reemplazo de Romero) y Rosas.

Artículo 144 quinquies

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

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

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

El valor de la prima complementaria se fijará en unidades de fomento y se determinará en la forma establecida en las Bases de Licitación. El Director del Fondo Nacional de Salud deberá adecuar mediante una resolución el valor de la



prima complementaria, de conformidad a las modificaciones al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter y los cambios en la siniestralidad que experimente la población inscrita en la Modalidad de Cobertura Complementaria, cuando se cumplan los presupuestos establecidos en las Bases de Licitación y en conformidad a la fórmula que en ellas se establezca. Las adecuaciones serán aplicables a las personas inscritas en la modalidad al momento de la renovación de la inscripción en la forma establecida en el inciso siguiente, previa notificación por parte de la compañía de seguros, por medios electrónicos o carta certificada, la que deberá realizarse con treinta días de anticipación a dicha renovación.

La inscripción de la persona afiliada en la modalidad será por un plazo de doce meses, renovable automáticamente por periodos iguales, y podrá renunciar a esta informando de ello al Fondo Nacional de Salud a través de sus canales de atención con al menos diez días de anticipación al término del plazo original o sus renovaciones. Excepcionalmente, la persona afiliada podrá, en cualquier momento, renunciar a la modalidad fundando su solicitud en cesantía, en variación permanente de su cotización legal y/o de la composición de su grupo familiar. La renuncia de la persona afiliada deberá incluir a todo su grupo familiar.

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

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



Se presentaron las siguientes indicaciones:

42. Del **Ejecutivo** para reemplazar, el inciso segundo, por el siguiente:

“Realizada la inscripción, la persona afiliada deberá pagar una prima por sí y por cada persona inscrita, que constituirá ingreso para la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria y no constituirá, en ningún caso, ingreso fiscal ni formará parte del presupuesto público; la cual se podrá enterar a través de entidades que recauden cotizaciones de seguridad social.”.

43. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola y Palma**, para reemplazar en el inciso segundo del artículo 144 quinquies, la frase “la compañía de seguros que otorgue” por “la compañía de seguros u otra entidad que presten servicios de reembolso, que otorgue”.

44. Del diputado **Lagomarsino** para incorporar en el inciso segundo del artículo 144 quáter luego de la expresión “por cada persona inscrita” la expresión “, salvo para los menores de dos años de edad”

45. Del **Ejecutivo** para agregar, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando el actual a ser cuarto y así sucesivamente:

“Los empleadores podrán celebrar convenios o contratos colectivos con sus trabajadores para efectos de aportar al pago de la prima complementaria para quienes se encuentren afiliados al Fondo Nacional de Salud, y a sus grupos familiares.”.

46. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el inciso tercero del artículo 144 quinquies por uno del siguiente tenor:

“La prima complementaria será la misma para cada una de las personas inscritas, salvo para los mayores de 65 años de edad para quienes será la mitad de la prima establecida.”

47. Del **Ejecutivo** para agregar, en el actual inciso tercero, que ha pasado a ser cuarto, el siguiente párrafo final:

“Sin perjuicio de lo anterior, podrán existir condiciones especiales de precio de prima para grupos familiares, las cuales quedarán determinadas en la póliza. Con todo, el precio de la prima para grupos familiares nunca podrá ser mayor a la suma de las primas de todos sus integrantes.”.

48. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola y Palma**, para reemplazar en el inciso cuarto, del artículo 144 quinquies, la frase “por parte de la compañía de seguros,” por “por parte de la compañía de seguros u otra entidad que presten servicios de reembolso,”



49. Del diputado **Lagomarsino** para incorporar en el inciso cuarto, entre las expresiones “deberá adecuar” y “mediante una resolución” la expresión “una vez al año”.

50. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar en el inciso cuarto del artículo 144 quinquies la expresión “las modificaciones al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter y”.

51. Del diputado **Lilayu** para intercalar en el inciso cuarto del artículo 144 quinquies, entre la frase “del artículo 144 ter y” y el artículo “los”, lo siguiente: “/o”.

52. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar en el inciso quinto del artículo 144, la primera oración hasta el punto seguido quinquies por uno del siguiente tenor:

“La inscripción de la persona afiliada en la modalidad durará hasta la próxima resolución de adecuación de prima señalada en el inciso anterior, renovable automáticamente por períodos de un año, y podrá renunciar a esta voluntariamente informando al Fondo Nacional de Salud a través de sus canales de atención con al menos diez días de anticipación al término del plazo original o sus renovaciones.”

53. Del diputado **Ejecutivo** para reemplazar el actual inciso sexto, que ha pasado a ser séptimo, por el siguiente:

“Las personas beneficiarias que incumplan el pago de la prima complementaria no se encontrarán amparados por la cobertura en el mes respectivo. Asimismo, en el caso que, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos, dentro de un período de doce meses, dejen de dar cumplimiento al pago de la prima, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, lo que deberá ser notificado por la compañía de seguros, por medios electrónicos o carta certificada, con al menos cinco días hábiles de anticipación a la fecha de cesación de la modalidad, informando de ello al Fondo Nacional de Salud. La exclusión a la persona de esta modalidad deberá incluir a todo su grupo familiar y no inhibe a la compañía de seguros de perseguir el cobro de los saldos insolutos hasta el cese de la cobertura. Con todo, en caso de que la persona afiliada sea trabajador o trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporado o reincorporada con efecto retroactivo si se acredita que las primas complementarias correspondientes a los meses impagos les fueron descontadas por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.”.



53 a. Del diputado **Rosas** para reemplazar el actual inciso sexto del artículo 144 quinquies que agrega, por el siguiente:

"Las personas que incumplan el pago de la prima complementaria, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos, dentro de un período de doce meses, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, notificándoles la compañía de seguros previamente de ello por medios electrónicos o carta certificada, con al menos cinco días hábiles de anticipación a la fecha de cesación de la modalidad, informando de ello al Fondo Nacional de Salud. La exclusión a la persona de esta modalidad deberá incluir a todo su grupo familiar y no inhiere a la compañía de seguros de perseguir el cobro de los saldos insolutos generados entre el no pago y el cese de la cobertura. Con todo, en caso de que la persona afiliada sea trabajador o trabajadora dependiente o pensionada, deberá ser reincorporado o reincorporada con efecto retroactivo si se acredita que las primas complementarias correspondientes a los meses impagos les fueron descontadas por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión."

54. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola y Palma**, para reemplazar en el inciso 6°, la frase "notificándoles la compañía de seguros" por "notificándoles la compañía de seguros u otra entidad que preste servicios de reembolso" y la frase "no inhiere a la compañía de seguros" por "no inhiere a la compañía de seguros u otra entidad que presten servicios de reembolso,".

55. De los diputados **Bravo y Lilayu** para intercalar en el inciso sexto del artículo 144 quinquies, entre las frase "que incumplan el pago" y "de la prima complementaria" lo siguiente: ", total o parcialmente,".

56. Del diputado **Lagomarsino** para reemplazar el inciso final del artículo 144 quinquies por uno del siguiente tenor:

"Ante el no pago, para inscribirse nuevamente deberá haber solucionado las eventuales deudas que se hubiesen generado durante su adscripción a esta modalidad en períodos anteriores."

57. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola y Palma**, para incorporar un inciso final nuevo del siguiente tenor:

"Que la persona afiliada haya dejado de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, no implicará la afectación de su afiliación ni acceso a coberturas a través del Fondo Nacional de Salud."



Cabe hacer presente que las indicaciones Nos 43, 48 y 54 están retiradas por sus autores.

Puesto en votación el inciso primero del artículo 144 quinquies, se aprobó por **unanimidad** (12 votos a favor). Votaron a favor, las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Schubert (en reemplazo de Romero) y Rosas.

El Director de Fonasa comentó que la indicación N°42 se refiere a la forma de cotización básicamente, a la recaudación de la prima, la cual no es una cotización de seguridad social con aporte fiscal, sino que una prima privada en la que se utiliza los medios en los cuales actualmente se recauda la cotización a través de los empleadores, con el objeto de aprovechar las tecnologías para que sea más eficiente.

El diputado Lagomarsino explicó que las indicaciones Nos 44 y 46 tienen algunos componentes similares pero que van en dos líneas diferentes. La indicación N°44, plantea que para la MCC no van hacer considerados como carga o sujetos de pagar una prima los niños menores de 2 años, en línea con lo que ha fallado la Corte Suprema. Ahora bien, acotó que la indicación N°46 planteaba que los mayores de 65 años tuvieron una mitad de prima.

La Ministra de Salud opinó que siempre se quisiera tener una mayor cobertura, sin embargo, recordó que la sentencia de la Corte Suprema que suspendió el cobro de los menores de dos años, lo hizo en la idea en que estos cobros estaban considerados en la prima GES y una vez que se tuvo claro este aspecto, en su segunda sentencia, solicitó que se incorporaran los costos de los menores de dos años en los estudios de verificación de costos, el que se terminó prorrateando en toda la cartera.

En el caso de esta prima, explicó que la idea es que no exista discriminación alguna ni selección adversa y es por ello que se plantea una prima plana igual para todas las personas, agregando que incluso, se ha propuesto hacer una rebaja cuando son grupos familiares, pero la diferenciación podría generar una selección adversa y el aumento del cobro de las primas para todo el resto de los asegurados.

El Director de Fonasa indicó que se propone -más adelante- la rebaja por grupo familiar lo que tiene que ser presentado como condición en la licitación misma y, además, se sugiere la posibilidad de que celebren convenios o



contratos colectivos entre las empresas y sus trabajadores para que subsidien las primas existentes.

Recordó que esta es una prima comunitaria y que dice relación con la equidad y la posibilidad de hacer verdadera mancomunación, por tanto, alguna de estas indicaciones podría generar una selección adversa.

Hizo presente que esto es un elemento complementario de la seguridad social, precisando que un seguro complementario es un seguro que viene a complementar financiamiento, es decir, cubre copago, por su parte, un seguro suplementario cubre prestaciones que no están cubiertas por la seguridad social.

En el caso concreto, señaló que se pretende incorporar una póliza complementaria para pagar el copago de la seguridad social de salud que administra Fonasa, a través de dineros privados que no son públicos.

El asesor legislativo del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez afirmó que la Corte Suprema no dice que a los menores de 2 años no se les puede cobrar nada, sino que ya que se les está cobrando por el GES, no puede existir un pago doble, por tanto, si se cobra la prima GES.

En el mismo sentido, aclaró que no se paga en Fonasa por los menores de 2 años y los mayores de 2 años cuando son cargas, sin embargo, los menores de 2 años en el sector privado pagan el GES.

El diputado Lagomarsino recordó que lo aprobado en la ley corta del reajuste del sector público, es que el costo de los menores de 2 años se prorrateaba con la totalidad de los afiliados, sin considerar a los menores de dos años. En ese sentido, se busca extrapolar ese beneficio del sector privado al sector público.

El Superintendente de Salud clarificó que se está discutiendo en niveles distintos, ya que Fonasa cobra el 7% sea 1 o 10 personas el grupo familiar, en cambio, en el caso de las isapres al contener el 7% de la cotización legal, lo que administra es parte de la seguridad social, pero la forma de cobro es distinta porque se hace según cada una de las personas que conforma un grupo familiar con un factor determinado.

En votación la indicación N°42, se aprobó por **unanimidad** (12 votos a favor). Votaron a favor, las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Schubert (en reemplazo de Romero) y Rosas.



La Ministra de Salud respecto a la indicación N°44, afirmó que no están de acuerdo con establecer un costo menor de la prima en los menores de 2 años, porque el sentido de la prima plana es justamente incorporar un mecanismo de solidaridad al no discriminar, ya que los niños pequeños y adultos mayores son los que tienen mayor siniestralidad en el sistema de salud, por tanto, al fijar una prima plana ya se está incorporando una solidaridad, toda vez que todas las personas van a pagar una misma cantidad independiente de la tasa de uso que tengan.

En el mismo sentido, declaró que incorporar discriminaciones va implicar la posibilidad de que se genere un efecto de selección adversa y de que no sean elegibles las personas que tengan una prima menor.

El diputado Lagomarsino señaló que una prima plana que se cobra a todos los sujetos, personas individuales de cualquier edad o sexo, genera una distribución de riesgo parejo entre todos los integrantes.

Ahora bien, explicó que la indicación pretende extrapolar algo que ya sucede en el mundo de las isapres a través del fallo de la Corte Suprema, donde se dejó excluido, restando el Ges, el costo de los menores de dos años.

Cabe hacer presente que la indicación N°44 se retiró por su autor.

Sometido a votación la indicación N°45, se aprobó 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.

Puesto en votación la indicación N°47 y el inciso tercero del artículo 144 quáter (que pasó a ser cuarto), 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.

El diputado Lagomarsino respecto a sus indicaciones, explicó que la licitación no establece una temporalidad de la misma, solo se sabe que a partir del tercer año, se va a incluir el seguro catastrófico.

Al respecto, opinó que la licitación debiese ser de seis años y que la adecuación de los aranceles se pueda hacer una vez al año. A su vez, que las personas que quieran retirarse de la MCC dado el aumento del valor de la prima, tengan la oportunidad de hacerlo en el momento en que se realiza dicho ajuste.



El Director de Fonasa señaló que las empresas no están interesadas en tener adecuaciones de precio todos los años, entonces no tiene sentido la indicación N°49.

Por su parte, opinó que se deberían tener licitaciones parecidas a las que se tienen con los otros prestadores, las cuales son cada tres años aproximadamente.

El diputado Rosas opinó que Fonasa debe tener más libertad para las estrategias de negociación con los seguros privados, ya que si establecen hasta los plazos para adecuar el valor de las primas, se estarían involucrando en la operación del seguro, lo que podría afectar una línea estratégica de las negociaciones.

La diputada Bravo acotó que esta materia debiese estar contenida en un eventual reglamento.

La Ministra de Salud comentó que efectivamente se debe dar flexibilidad respecto de los plazos, pero si se otorga un plazo muy largo no habrá mucha competencia e interesados para ir aprendiendo respecto de esta nueva modalidad.

El Superintendente de Salud explicó que la única preocupación que le genera la indicación N°49 es que cuando se establece la posibilidad de adecuar, habitualmente las adecuaciones son al alza, por tanto, el resultado que va a tener esta indicación es que todos los años subiría y no sería pro afiliado.

El Director del Fonasa respecto a la consulta de pago de prima en UF, aclaró que la gran mayoría de los seguros privados voluntarios están en UF, por tanto, se mantiene la misma línea.

La Ministra de Salud explicó que existe una demora mayor con los reglamentos, pero también es cierto que toda licitación se rige por las bases que deben ser aprobadas y visadas por la Contraloría General de la República y, eso establece la regulación de cualquier licitación ya que no todas requieren de un reglamento.

El diputado Lagomarsino producto del debate, decidió retirar varias indicaciones pero siempre con la intención de fijar una periodicidad o plazos en la licitación.

Cabe hacer presente que las indicaciones Nos 49, 50 y 52 fueron retiradas por su autor.



El Director de Fonasa respecto a la indicación N°51, señaló que las condiciones son copulativas y, por tanto, es pertinente establecer la expresión “y” para que no sea una u la otra.

El diputado Lilayu explicó que la idea es que Fonasa para adecuar el valor de la prima del MCC tenga en consideración dos factores independientes porque son cosas diferentes.

El diputado Lagomarsino opinó que se estaría habilitando a Fonasa para que de acuerdo a la siniestralidad de modifique el arancel de referencia.

En votación, la indicación N°51, se rechazó por mayoría (1 voto a favor, 7 en contra y 1 abstención). Votó a favor, el diputado Lilayu. Votaron en contra los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Molina, Gazmuri, Palma, Schubert (en reemplazo de Romero) y Rosas. Se abstuvo, el diputado Lagomarsino.

Sometido a votación los incisos cuarto y quinto del artículo 144 quinquies (que pasaron a ser quinto y sexto), se aprobaron por unanimidad (9 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma, Schubert (en reemplazo de Romero) y Rosas.

El diputado Lagomarsino hizo presente que existe una serie de mecanismos que se están incorporando que buscan incentivar bien solapadamente que las personas coticen y no estén en FONASA “A”.

El diputado Schubert anticipó su voto en contra de la indicación N°53 porque no existe claridad respecto de las dos hipótesis, es decir, cuál es la consecuencia de no pagar 1 mes o más de 2 meses y, además, es peligroso que con la sola cesación del pago de 1 mes no se encuentre amparado en la cobertura, siendo peor que no pagar la cuenta del agua y la luz.

En votación la indicación N°53, se aprobó por mayoría (8 votos a favor y 1 en contra). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Palma y Rosas. Votó en contra, el diputado Schubert (en reemplazo de Romero).

Cabe hacer presente que la indicación N°53 “A” se dio por rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado -indicación N°53-.



Asimismo, recordar que la indicación N°54 fue retirada por sus autores.

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 **20:02** horas.

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS
Secretaria Abogada de la Comisión