



LEGISLATURA 372ª

COMISIÓN DE SALUD

Sesión 103a, celebrada el lunes 8 de abril de 2024

De 15:03 a 18:50 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 15:03 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, Andrés Celis, María Luisa Cordero, Ana María Gazmuri, Tomás Lagomarsino, Daniel Lilayu, Hernán Palma y Patricio Rosas.

Los diputados Héctor Ulloa y Hugo Rey reemplazaron, por esta sesión, a las diputadas Helia Molina y María Luisa Cordero.

Como invitados, la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza, junto a sus asesores señores Manuel Pérez Saavedra (vía telemática) y Jaime Junyent Ruiz, asesora de la Segpres, señora Sofía Salvo; 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 Partido Por la Democracia, mediante el cual informa el reemplazo de la diputada Helia Molina por el diputado Héctor Ulloa, durante la sesión de hoy.

2.- Indicaciones presentada por el Ejecutivo a la Ley Corta de Isapres Bol. 15896- 11

3.- Informe Financiero Ley Corta de Isapres. Bol. 15896-11

4.- Carta del Director del Hospital San José de Maipo (N°78), mediante el cual responde a uno de la Comisión sobre el caso de una funcionaria que lleva más de un año esperando una respuesta a su requerimiento de trabajo telemático, en consideración al estado de salud de su hija, quien padece de encefalopatía epiléptica por déficit CDKL5 e hipotonía severa, enfermedad producida por una mutación genética y que no tiene cura. Al respecto señala que se ha acordado con la funcionaria su redestinación a otra Unidad en la cual podrá desempeñar funciones en modalidad de teletrabajo, pasando a desempeñar funciones en la Unidad de Control de Gestión y Desarrollo del establecimiento, fijándose los dos días de trabajo telemáticos requeridos, según el marco normativo vigente. No se publicará oficio respuesta por contener datos personales. Respuesta Oficio N°: 465/11/2024

5.- Oficio de la Directora (s) de Salud Pública (N°465), mediante el cual remite informe de Gestión año 2023.

6.- Oficio de la Unidad de Participación Ciudadana de la Oficina de Informaciones (N°13), mediante el cual remite Informe de la participación ciudadana recibida en la plataforma Congreso Virtual (<http://www.congresovirtual.cl>) acerca del proyecto de ley que, modifica la ley N° 20.096, que establece mecanismos de control aplicables a las sustancias agotadoras de la capa de ozono, para hacer exigible la disponibilidad de fotoprotectores en espacios públicos, Boletín N° 16.354-11. Boletín: 16354-11



7.- Solicitud de audiencia de la Red Nacional Pueblos Originarios, para exponer la preocupación del retroceso de la política sanitaria pública en VIH/SIDA en Chile.

8.- Solicitud de audiencia de la Junta de Vecinos Sector Chulao-Ayacara, comuna de Chaitén, por el grave abandono del estado de Chile con Ayacara y sus localidades aledañas respecto a la falta de elementos básicos de salud y lo que ha traído consigo la muertes de varias personas en los últimos meses.

9.- Denuncia anónima por la falta de resguardo de información privada de pacientes

10.- Comunicación del Comité Renovación Nacional, mediante el cual informa el reemplazo de la diputada María Luisa Cordero por el diputado Hugo Rey, durante la sesión de hoy

VARIOS:

No hubo intervenciones varias.

ACUERDOS:

No se adoptaron acuerdos en esta sesión.

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 previsual. Boletín N°15.896-11 (S).

Cabe hacer presente que la Comisión inició con los artículos pendientes, toda vez que se presentaron las indicaciones comprometidas por parte del Ejecutivo.



Artículo 130 quinquies

Artículo 130 quinquies.- Los integrantes del Consejo estarán inhabilitados para prestar asesorías a las Instituciones de Salud Previsional, mientras ejerzan el cargo.

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

1) Si en los últimos dos años han ocupado los cargos de directores, gerentes, administradores, ejecutivos principales de una Institución de Salud Previsional o de un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045.

2) Si en los últimos dos años, como persona natural o a través de sociedades de personas de las que los integrantes del Consejo formen parte; o en sociedades comanditas por acciones, anónimas cerradas en que aquéllos o éstas sean accionistas, o en sociedades anónimas abiertas en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, han prestado servicios de asesoría en materia de aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera sea la naturaleza del vínculo a una Institución de Salud Previsional o a un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045; o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por sí o por terceras personas o sociedades.

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

4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.



Para efectos de lo establecido en el numeral 3) anterior, no se considerará tener interés económico personal si la persona o alguno de los parientes señalados en dicho numeral, es o haya sido afiliado o beneficiario del sistema privado de salud.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

14 a. Del **Ejecutivo** para reemplazar, en el numeral 3), el artículo 130 quinquies que agrega, por el siguiente:

“Artículo 130 quinquies.- Los integrantes del Consejo estarán inhabilitados para prestar asesorías a las Instituciones de Salud Previsional, mientras ejerzan el cargo.

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

1) Si en los últimos cinco años han ocupado los cargos de directores, gerentes, administradores, ejecutivos principales de una Institución de Salud Previsional o de un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045.

2) Si en los últimos dos años, como persona natural o a través de sociedades de personas de las que los integrantes del Consejo formen parte; o en sociedades comanditas por acciones, anónimas cerradas en que aquéllos o éstas sean accionistas, o en sociedades anónimas abiertas en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, han prestado servicios de asesoría en materia de aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera sea la naturaleza del vínculo a una Institución de Salud Previsional o a un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045; o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por sí o por terceras personas o sociedades.

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



4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

Para efectos de lo establecido en el numeral 3) anterior, no se considerará tener interés económico personal si la persona o alguno de los parientes señalados en dicho numeral, es o haya sido afiliado o beneficiario del sistema privado de salud.

Una vez cesados en sus cargos, y por el plazo de seis meses, los exconsejeros no podrán prestar ningún tipo de servicio, sea de forma gratuita o remunerada, ni adquirir participación en la propiedad de entidades respecto de las cuales se hace referencia en los numerales anteriores. La prohibición de que trata este artículo se extiende a aquellas empresas que formen parte del mismo grupo empresarial en los términos del artículo 96 de la ley N° 18.045, de Mercado de Valores.”.

15. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas**, para reemplazar en el numeral 1) del artículo 130 quinquies, la frase “Si en los últimos dos años han ocupado” por “Quienes hayan ocupado”.

16. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Molina, Palma y Rosas**, para reemplazar en el numeral 2) del artículo 130 quinquies, la frase “Si en los últimos dos años,” por “Quienes”.

17. Del diputado **Lagomarsino** para incorporar un inciso final nuevo en el artículo 130 quinquies del siguiente tenor:

“Todas las inhabilidades contenidas en este Artículo serán aplicadas por dos años posterior a dejar el cargo de Consejero.”

Cabe hacer presente que las indicaciones Nos 15, 16 y 17 se retiraron por sus autores.

La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera recordó que el artículo 130 quinquies se refiere a las inhabilidades del consejo asesor que va a tener la Superintendencia de Salud para revisar el plan de pago de las isapres y la



solicitud de ajuste en el sentido de tener un uso más eficiente de los recursos, como también, la posibilidad de una eventual alza extraordinaria.

Dicho eso, señaló que la naturaleza del consejo asesor propuesto era para fines de este proyecto de ley, sin embargo, después de la discusión que ocurrió en el Senado se ampliaron sus atribuciones para ser de carácter permanente teniendo un rol asesor en distintas funciones vinculadas con la superintendencia. Asimismo, recordó que el consejo va a tener una dedicación y renta por sesión, pero no son considerados funcionarios públicos.

Respecto de las inhabilidades, se había considerado un plazo de 2 años, pero en las sesiones precedentes, a solicitud de algunos diputados se requirió cambiar la naturaleza del consejo asesor, volviéndolo a un rol asesor exclusivamente para fines de cumplimiento de la sentencia, por lo tanto, el plazo que va sesionar este consejo será de unos cuantos meses. En ese sentido, acotó que las inhabilidades hacia futuro aparecían excesivamente prolongadas en atención a la naturaleza de las acciones que van ejercer, en consecuencia, se adoptó un acuerdo de llevar las inhabilidades a 5 años de forma que sea aceptable.

La diputada Astudillo preguntó por qué es prudente establecer 5 años para las inhabilidades.

La Ministra de Salud explicó que las indicaciones pretendían establecer inhabilidades de carácter perpetua para los miembros del consejo, sin embargo, como se cambió la naturaleza del consejo asesor para ser carácter transitorio, se analizó la posibilidad de ampliar a inhabilidad original de 2 a 5 años.

Reiteró que esta decisión de aumentar las inhabilidades genera una dificultad para encontrar gente idónea, pero de todas formas, opinó importante reguardar cualquier tipo de conflicto de interés, toda vez que se está hablando de inhabilidades que impiden que algunas personas pueden sentarse en la mesa por tener ciertas condiciones 5 años antes, pero no dice relación con las inhabilidades a futuro, es decir, después del cargo.

Asimismo, hizo presente que el rol del Consejo es revisar y asesorar al Superintendente de Salud en temas específicos que tendrán un plazo acotado para resolverse.

El diputado Ulloa explicó que la indicación habla de los ejecutivos principales, por tanto, estimó relevante preguntar si dicho concepto se encuentra estandarizado.

Por otro lado, afirmó que se necesita tener personas sin problemas de interés para conformar el consejo asesor, sin embargo, llama la atención que se



proponga una inhabilidad de 2 o 5 años de forma previa y después de haber cesado su cargo sola ente unos meses.

La asesora legislativa de la Superintendencia de Salud, señora Natalia Castillo esbozó que hoy en día las empresas informan cuales son los ejecutivos principales, por tanto, si bien no es un concepto legal, se conoce quienes lo conforman.

Explicó que existen dos inhabilidades para efectos de constituir el consejo, inhabilidades de entrada y salida. Respecto de las primeras, se había planteado 2 años en el supuesto que el consejo de asesor sería de carácter permanente y como se cambió su naturaleza jurídica a transitorio, se acordó aumentarlo a 5 años.

A mayor abundamiento, acotó que una vez que cesa el consejo de sus funciones, el tiempo razonable para que estas personas no puedan volver al mundo privado, sería de un plazo de 6 meses, teniendo en consideración que no es un órgano autónomo ni deliberador sino que es un consejo consultivo, precisando que otros consejos consultivos también tienen dicho plazo, haciendo alusión al que tiene la CMF.

El diputado Lagomarsino sostuvo que efectivamente la transformación de la naturaleza jurídica del consejo asesor, de permanente a transitorio, hace que las inhabilidades sean más acotadas.

Por otro lado, estimó relevante tener dos años de inhabilidad ex post, instando al Ejecutivo a adquirir un compromiso de ese tipo en la comisión mixta.

El diputado Rosas indicó que redundar más no suma mucho en la discusión.

La Ministra de Salud afirmó que solo es un consejo asesor, toda vez que quien decide es el Superintendente de Salud, quien tiene inhabilidad de 6 meses.

El diputado Celis solicitó votación separada de la indicación N°14 "a" del Ejecutivo, específicamente de su último inciso:

"Una vez cesados en sus cargos, y por el plazo de seis meses, los exconsejeros no podrán prestar ningún tipo de servicio, sea de forma gratuita o remunerada, ni adquirir participación en la propiedad de entidades respecto de las cuales se hace referencia en los numerales anteriores. La prohibición de que trata este artículo se extiende a aquellas empresas que formen parte del mismo grupo empresarial en los términos del artículo 96 de la ley N° 18.045, de Mercado de Valores."



En votación, la indicación N°14 a (primera parte), se aprobó por **unanimidad** (12 votos a favor). Votaron a favor las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Palma y Rosas.

Puesto en votación, la indicación N°14 a (segunda parte), se aprobó por mayoría (8 votos a favor, 2 en contra y 2 abstenciones). Votaron a favor las diputadas y diputados Aedo, Bravo, Cariola, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu y Rosas. Votaron en contra, los diputados Celis y Ulloa (en reemplazo de Molina). Se abstuvieron, los diputados Astudillo y Palma.

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:

23 a. Del **Ejecutivo** para reemplazar, en el numeral 5), el artículo 144 ter que agrega, por el siguiente:

“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 quáter.

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.

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 contenidas en el arancel de la modalidad de libre elección. En el caso de la atención hospitalaria se contemplarán mecanismos de pago destinados a financiar la solución del problema de salud. El arancel de la modalidad de cobertura complementaria podrá considerar prestaciones con pertinencia sanitaria no contenidas en el arancel de la modalidad de libre elección. Para la incorporación de nuevas prestaciones en el arancel de la modalidad, se podrá considerar otros aranceles para personas no beneficiarias del Libro II de este decreto con fuerza de ley, a que se refiere el artículo 24 de la ley N° 18.681, que establece normas complementarias de administración financiera, de incidencia presupuestaria y personal.



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.”.

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 y otras 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.”.

Cabe recordar que las indicaciones Nos 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32 fueron retiradas por sus autores.

El diputado Lagomarsino explicó que se debe direccionar de mejor forma aquellas prestaciones o coberturas que están dirigidas a la MMC, señalando que la propuesta precisa de mejor forma a los copagos e incorpora prestaciones no aranceladas con prioridad sanitaria, opinando que está completamente de acuerdo con la indicación del Ejecutivo.

La Ministra de Salud puntualizó que la indicación del Ejecutivo tiene por finalidad acoger las indicaciones de los parlamentarios donde se solicitaba establecer en forma más explícita los beneficios que se consideran en la MCC.



Por otro lado, aclaró que la MCC incorpora el seguro catastrófico en los términos señalados por las compañías aseguradoras, sin embargo, aclaró que las prestaciones o atenciones de urgencia siguen siendo recogidas por la ley de urgencia, por tanto, el beneficiario seguirá respaldado o protegido en ese aspecto.

El Director de Fonasa puntualizó que, se incorporan más especificidades sobre los beneficios.

Complementó que existe un arancel basado en la modalidad de libre elección, pero no es el mismo, toda vez que tiene al menos las prestaciones de la MLE pero también otras prestaciones adicionales.

Asimismo, afirmó que los mecanismos de pago existirán, haciendo alusión a los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Por su parte, también destacó que se incorporó la propuesta de los diputados Lilayu y Bravo, en relación con considerar otros aranceles, especialmente los que tienen los hospitales para relacionarse con personas particulares.

La diputada Gazmuri observó que esta indicación da cuenta del espíritu de colaboración que ha tenido la comisión, toda vez que se recogieron múltiples indicaciones en la propuesta.

En votación, la indicación N°23 a, se aprobó por **unanimidad** (12 votos a favor). Votaron a favor las diputadas y diputados Aedo, Astudillo, Bravo, Cariola, Celis, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Palma y Rosas.

Artículo segundo transitorio

Artículo segundo.- El primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria, podrá realizarse mediante trato directo con una o más compañías de seguro. Dicho contrato deberá ser suscrito, además, por la Dirección de Presupuestos, y deberá contener, al menos, los elementos señalados en los literales e), f), h), i), j) y k) del artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

Si el Fondo celebra este primer contrato a través de trato directo, deberá dictar la resolución señalada en el artículo 144 sexies del decreto con fuerza



de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, luego de dieciocho meses contados desde la entrada en vigencia de dicho contrato.

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

Iniciada la vigencia del primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria, las personas sólo podrán acceder a la Modalidad de Cobertura Complementaria de conformidad a los artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter y 144 quinquies del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

145 a. Del **Ejecutivo** para reemplazar el artículo segundo transitorio, por el siguiente:

“Artículo segundo.- El primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria, podrá celebrarse mediante contratación directa previa consulta al mercado, en cuyo caso su duración no podrá exceder de los veinticuatro meses y deberá contener, al menos, los elementos señalados en los literales e), f), h), i), j) y k) del artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Si el Fondo celebra este primer contrato a través de trato directo, deberá dictar la resolución señalada en el artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, la cual deberá ser suscrita, además, por la Dirección de Presupuestos, y deberá hacer el llamado a licitación con la debida anticipación a fin de garantizar la continuidad del funcionamiento de la modalidad.

Respecto a la consulta al mercado, esta deberá contener al menos los elementos señalados en los literales b), e), f), g), j) y k), del artículo 144 sexies ya referido, los que se entenderán incorporados a la suscripción del contrato.

Con independencia de la entrada en vigencia del contrato referido en el inciso primero, el Fondo Nacional de Salud podrá celebrar los convenios con los prestadores de salud que integrarán la Modalidad de Cobertura Complementaria. Las personas afiliadas y beneficiarias de los grupos B, C y D podrán elegir al



profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.

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

146. Del diputado **Lagomarsino** para eliminar el artículo segundo transitorio.

147. De los diputados y diputadas **Gazmuri, Astudillo, Cariola, Palma y Rosas**, para reemplazar en el inciso primero del artículo segundo transitorio, la frase “con una o más compañías de seguros” por la oración “una o más compañías de seguros u otra entidad que preste servicios de reembolso.

Cabe recordar que la indicación N°147 fue retirada por sus autores.

La Ministra de Salud explicó que este artículo trata de acoger las indicaciones de la semana pasada, como también, las observaciones de los diputados miembros de la comisión, en el sentido de que la MCC se incorpore en un plazo acotado en el entendido que la preparación de la licitación puede ser muy extensa.

Reiteró que atendiendo a que se trata de un proceso delicado, no involucra recursos públicos y es de cuantía relevante, se han abierto a incorporar una limitación nueva el trato directo, para que tenga un plazo de 24 meses y antes de la contratación directa se haga una consulta al mercado, procedimiento del FONASA que implica anunciar públicamente en una pizarra virtual que se va a comprar determinado producto, con el objeto de que las empresas aseguradoras interesadas puedan manifestar su interés y, por lo tanto, sin llegar a una licitación propiamente tal, se tenga un trato directo con una característica donde hay oportunidades para distintos oferentes de participar en dicho trato directo, el cual puede ser adjudicado a uno o más proponentes, garantizando mayor transparencia y un plazo abreviado por ser la primera vez.

El diputado Lilayu manifestó que los tratos directos le producen cierto resquemor, pero en definitiva, estuvo de acuerdo con la propuesta pese a ser un trato directo previa consulta al mercado.



Pregunto al Director de Fonasa, si el Ejecutivo ya ha negociado privadamente con algunas aseguradoras por el MCC.

El Director del Fonasa afirmó que no tiene atribuciones para negociar, ni tampoco la intención para hacer algo de ese tipo.

La diputada Astudillo contó en el Estado a veces se tiene que llamar licitación en una fecha pero se generan problemas que terminan demorando la licitación en 4 años, haciendo alusión a las licitaciones de diálisis.

El diputado Lagomarsino opinó que mejora en algo la redacción que llegó desde el Senado, toda vez que sería un trato directo que permite dar algunos atisbos de seguridad.

El diputado Ulloa observó que este tema es un punto de conflicto porque existen muchos traspasos directos de recursos que han estado en la palestra.

Preguntó si esta propuesta es el máximo esfuerzo del Ejecutivo en cuanto a plazo y transparencia, teniendo en consideración el “know how” que va a tener la primera empresa contratada y que podría afectar los próximos procesos.

El diputado Celis aclaró que en un contrato millonario, no se puede realizar un trato directo, donde hacer una consulta es solo una señal, pero es impresentable hacer un trato directo con compañías aseguradoras.

Asimismo, compartió lo señalado por el diputado Ulloa, precisando que Chile está pasando una crisis de transparencia y probidad, en consecuencia, no estaría de acuerdo salvo que existan verdaderos resguardos.

La Ministra de Salud recordó que se han definido una serie de requisitos para que el trato directo cumpla los estándares correspondientes, haciendo alusión al artículo 144 sexies ya aprobado.

Por su parte, agregó que la consulta al mercado es un mecanismo regulado por el mercado de contratación pública.

A mayor abundamiento, afirmó que el sentido de realizar un primer trato directo es tener funcionando la MCC en un plazo más abreviado que si se hiciera con una licitación.

El Director del Fonasa aclaró que a nadie le gustan los tratos directos, pero una licitación compleja como esta podría dura más de 1 año y la implementación de la misma otro años más, plazo que sería inoportuno ya que la urgencia es en este momento.



Puntualizó que la indicación incorpora la consulta al mercado que permite cierta participación y asignación de uno o más oferentes, incorporando también, un plazo máximo para generar la licitación.

La diputada Cariola explicó que esta situación en términos generales no tiene contesto a los parlamentarios porque se está hablando del cumplimiento de fallo de la Corte Suprema.

Ahora bien, sostuvo que este proyecto de ley permite recibir a las personas que quedarán en una situación bastante compleja por una eventual quiebra de las isapres.

Agregó que solo por la toma de razón por parte la CGR se podría demorar más de un año, por tanto, estimó estar conforme con los elementos incorporados en la propuesta de indicación, toda vez que se incorpora la consulta pública, haciendo un llamado abierto aquellas instituciones que demuestren interés.

Por último, hizo presente que si bien no le agrada la idea de dar paso a este mecanismo, no puede ser que los afiliados queden en el descampado.

La diputada Gazmuri valoró la propuesta del Ejecutivo en términos generales.

El diputado Ulloa explicó que a nadie le gustan los tratos directos pero no están dispuestos a legislar con la pistola en el pecho, negándose a legislar a la rápida o sin las salvaguardas necesarias.

Preguntó si es posible limitar la participación de las empresas que se adjudiquen el contrato por primera vez y, si es posible que una empresa participe siendo parte del mismo conglomerado de las isapres, haciendo alusión a los holdings financieros.

El diputado Rosas recalcó que si existe un proceso de licitación se estará más de dos años antes de materializar la MCC.

La Ministra de Salud afirmó que las empresas que pueden presentarse a la MCC, son todas las que estén constituidas como aseguradoras, precisando que el Ejecutivo no quiere limitar a las empresas que postulen pese al historial que tengan relacionado con las isapres.

Respecto de las empresas que ya se hayan adjudicado por primera vez la contratación directa, efectivamente tendrán más ventajas comparativas respecto de las otras.

La asesora jurídica de la SEGPRES, señora Sofía Salvo aclaró que no se puede limitar la participación de las empresas porque una decisión de esa magnitud podría afectar la libre competencia.



El diputado Aedo explicó que son atendibles algunas de las propuestas del diputado Ulloa, sin embargo, aclaró que esta es una problemática que se debe zanjar en forma urgente para evitar cualquier inconvenientes con los beneficiarios actuales de isapres, por tanto, agregar más indicaciones o cortapisas en quienes participen en una licitación directa solo acrecienta la problemática.

El Director del Fonasa afirmó que las isapres no participan en esta licitación.

En el mismo sentido, aclaró que existen cerca de 40 empresas que tienen seguros complementarios, donde ya hay una cierta competencia, pero en una licitación como esta no se pueden cambiar las reglas del mercado.

Puntualizó que les interesa que las condiciones de la póliza que Fonasa plantea se cumplan por parte de las empresas.

El diputado Rosas declaró que las isapres no pueden participar porque tienen otro giro, pero sería beneficioso incorporar por parte del Ejecutivo que las isapres que incumplan el fallo y que pertenezcan a un holding financiero, limite la participación de empresas relacionadas.

El diputado Ulloa sostuvo que es un tema político y no necesariamente técnico.

En resumen, esbozó que la problemática consiste en que un grupo de varias isapres robaron a las personas y la Corte Suprema dispuso que deberían devolver los excesos, sin embargo, se va a permitir 10 años para pagar lo robado y más encima se abrirá un negocio adicional a través de la MCC para su beneficio y, además, se realizará por contratación directa.

El diputado Lagomarsino manifestó que las aseguradoras que pertenecen a los mismos holdings de las isapres no debiesen participar en este proceso, sin embargo, hay que ser realistas porque este proyecto de ley pretende que las isapres no caigan y generen un problema en el sistema de salud en su conjunto.

La diputada Astudillo afirmó que esta situación es muy compleja porque existe una presión por aprobar algo donde pocos están de acuerdo y, siempre con el miedo que la salud en Chile va a colapsar.

Afirmó que la mayoría de los artículos en esta ley buscan una forma de salvar a las isapres, pese a que deben cifras millonarias a los afiliados.



En votación, la indicación N°145 a, se aprobó por mayoría (5 votos a favor, 2 en contra y 2 abstenciones). Votaron a favor las diputadas y diputados Aedo, Cariola, Gazmuri, Lagomarsino y Rosas. Votaron en contra, los diputados Astudillo y Ulloa (en reemplazo de Molina). Se abstuvieron, los diputados Bravo y Lilayu.

Cabe hacer presente que hubo una discusión importante sobre la necesidad de limitar a las empresas que participen en la licitación del MCC, toda vez que pueden pertenecer a holdings financieros de las mismas isapres.

Asimismo, se recalcó la importancia de limitar la participación de las empresa que se adjudiquen por primera vez el contrato vía contratación directa.

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.

153 a. Del **Ejecutivo** para reemplazar artículo quinto transitorio, por el siguiente:

“Artículo quinto.- 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, de 2005, del Ministerio de Salud, deberá sesionar las veces que sean necesarias para dar cumplimiento a los plazos prescritos en el referido 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, de 2005, del Ministerio de Salud.

Para la designación de los integrantes de este Consejo, dentro de los siete días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer al H. Congreso, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo.

Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría de los miembros presentes de la Cámara de Diputadas y Diputados en votación única y dentro del plazo de siete 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.



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 siete días contado desde la comunicación del rechazo, dos nóminas:

- a) Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para la Cámara de Diputadas y 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. En caso de que ambas o alguna de las Cámaras no se pronunciaran dentro del plazo señalado, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente. Si la Cámara de Diputadas y Diputados y el Senado rechazaran las nóminas propuestas, el Presidente de la República designará a los cuatro integrantes del Consejo, sin mediar aprobación del H. Congreso, para lo cual, no podrá elegir como miembros a aquellas personas que integraron las nóminas rechazadas. Si solo una de las Cámaras del H. Congreso rechazara la nómina propuesta, regirá la regla anterior únicamente para la nómina rechazada.

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 H. Congreso, a más tardar dentro del plazo de siete 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. El Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.

Al Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.”.

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.”.

Cabe recordar que las indicaciones Nos 153, 154 y 155 fueron retiradas por sus autores.

La Ministra de Salud explicó que el artículo quinto transitorio regula el funcionamiento del consejo asesor; elimina las materias en que iba asesorar debido al cambio de permanente a transitorio; elimina todo el proceso relativo a la selección por Alta Dirección Pública; establece un término al bucle de iteración de nómina en el caso que el Congreso Nacional las rechace constantemente y, elimina la referencia al reglamento que hace alusión el artículo 130 nonies del DFL N°1.

La diputada Astudillo criticó que el Congreso Nacional tenga que ratificar a los miembros del consejo asesor, toda vez que se estaría politizando.

La Ministra de Salud mencionó que esto fue una solicitud del Senado.

El diputado Rosas afirmó que no se debería politizar excesivamente un comité asesor y transitorio.

El diputado Lagomarsino señaló que la propuesta equipara que puedan existir técnicos de todos los espectros políticos.

En votación la indicación N°153 a, se aprobó por mayoría (10 votos a favor, 1 en contra y 1 abstención). Votaron a favor las diputadas y diputados Aedo, Bravo, Cariola, Rey (en reemplazo de Cordero), Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina), Palma y Rosas. Votó en contra, la diputada Astudillo. Se abstuvo, el diputado Celis.

Numeral 7), nuevo

Se presentó la siguiente indicación

74. Del diputado **Rosas** para incorporar en el artículo 1, un nuevo numeral 7), pasando el actual a ser 8) y así sucesivamente, del siguiente tenor:

“7) Sustituyese el actual artículo 178 por el siguiente: “Artículo 178. Las Instituciones deberán acreditar, al momento de presentar la solicitud de registro a la Superintendencia, un capital mínimo efectivamente pagado, equivalente a



noventa mil unidades de fomento. Las Instituciones deberán constituir, al momento de ser registradas, una garantía equivalente a treinta y seis mil unidades de fomento. Asimismo, las Instituciones deberán mantener un patrimonio igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales. Dicha relación será revisada mensualmente por la Superintendencia. En todo caso, el patrimonio nunca podrá ser inferior a noventa mil unidades de fomento. La Superintendencia deberá dictar un reglamento en el que se precisen las condiciones que serán exigidas para hacer aplicable esta norma a las Instituciones ya constituidas.”

El diputado Rosas afirmó que es impresentable que las isapres para constituirse tengan que tener un patrimonio de 5.000 UF a diferencia de las aseguradoras que deben tener un patrimonio de 90.000 UF, opinando que sería prudente igualar las condiciones de las mismas, con el objeto de tener simetría y certeza en el mercado.

El Superintendente de Salud comentó que existen varios elementos que se pudieran revisar en un contexto distinto de la ley corta, asimismo, afirmó que la Superintendencia de Salud no tiene la potestad de dictar un reglamento sino que dicha facultad proviene del Ministerio de Salud.

El diputado Lilayu puntualizó que subir 18 veces el patrimonio es razonable, sin embargo, se dejaría afuera a varios competidores, opinando que es bueno que se tenga una espalda económica potente, pero razonable.

El diputado Lagomarsino compartió el planteamiento del diputado Rosas, ya que el patrimonio que se exige a las isapres para constituirse es muy bajo, precisando que, a pesar de no ser el lugar idóneo o el momento en que se puede aprobar una propuesta de este tipo, sirve para que sea un elemento que se considere y negocie en la Comisión Mixta.

Cabe hacer presente que la indicación N° 74 fue retirada por su autor.

Numeral 7)

Se presentó la siguiente indicación

75. Del diputado **Lagomarsino** para derogar el artículo 188 del texto vigente.



El diputado Lagomarsino explicó que se busca eliminar el régimen de excedentes, lo que estaría en línea con el fallo del Tribunal Constitucional respecto a eliminar la mutualización.

El Superintendente de Salud aclaró que se debe ir avanzando para que la cotización legal sea real, tratando de igualar el sistema que existe actualmente en Fonasa, donde la cotización legal es de un 7% y no existen excedentes.

Indicó que es importante eliminar los excedentes de forma progresiva y no en forma inmediata.

La Ministra de Salud afirmó que la indicación es inadmisibles porque incide en temas de seguridad social.

El diputado Celis compartió la opinión de la ministra.

Puesto en votación, la indicación N°75, se rechazó por mayoría (1 voto a favor, 8 en contra y 1 abstención). Votó a favor, el diputado Lagomarsino. Votaron en contra, los diputados y diputadas Astudillo, Bravo, Celis, Rey (en reemplazo de Cordero), Gazmuri, Lilayu, Ulloa (en reemplazo de Molina) y Palma. Se abstuvo, la diputada Cariola.

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 **18:50** horas.

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS
Secretaria Abogada de la Comisión