

SESIÓN ORDINARIA 201ª DE LA COMISIÓN DE HACIENDA, CORRESPONDIENTE AL PERIODO LEGISLATIVO 2022-2026, CELEBRADA EL MIÉRCOLES 17 DE ABRIL DE 2024, CITADA DE 15:00 A 17:0 HORAS

SUMARIO

La presente sesión tiene por objeto continuar la discusión 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), con urgencia calificada de inmediata.

Se inició la sesión a las 15:02 horas.

1. ASISTENCIA

Diputados asistentes: Barrera, Boris; Bianchi, Carlos; Cid, Sofía; Cifuentes, Ricardo; Mellado, Miguel; Naranjo, Jaime; Ramírez, Guillermo; Rojas, Camila; Romero, Agustín; Sáez, Jaime; Sepúlveda, Alexis; Von Mühlenbrock, Gastón; Yeomans, Gael. (Presidente).

Asistieron en representación del Ejecutivo, la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza junto con el Superintendente de Salud, señor Víctor Torres Jeldes, el Director de Fonasa, señor Camilo Cid Pedraza y el Jefe de División de Planificación y desarrollo estratégico de Fonasa, señor Matías Goyenechea Hidalgo. Asimismo, asiste del Ministerio de Hacienda, el Coordinador de Mercado de Capitales, señor Alejandro Puente Gómez.

Actuó como Secretaria Abogado de la Comisión la señora María Eugenia Silva Ferrer y como abogado ayudante el señor Sebastián Flores Cuneo.



2. CUENTA

No se dio cuenta de documento alguno.

3. ORDEN DEL DÍA

La Comisión continuó examinando la indicación de los Diputados Barrera, Bianchi, Naranjo, Rojas, Sáez y Yeomans

Al artículo 3° inciso undécimo

“Para agregar luego de la frase “o en la ejecución de este” y la frase “se sancionará de acuerdo con lo establecido en el capítulo VII”, lo siguiente: *“generará intereses de acuerdo a la tasa máxima convencional”*.”

La Diputada Yeomans a propósito de la indicación que se debate, manifestó que habría mayor acuerdo sobre un texto, por lo que la Secretaría dio lectura:

“Para incluir, en el inciso final del artículo 3, la siguiente oración luego del punto final que pasa a ser seguido: ‘En caso de retraso de una o más cuotas del plan de pago aprobado por la Superintendencia de Salud, se devengará el interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de no más de un año, según lo informado por el Banco Central de Chile en el respectivo periodo.’”.

El Diputado Bianchi expresó su preocupación por la posibilidad de que la industria de las ISAPRES no pague intereses por los abusos cometidos históricamente, señalando que esto sería inaceptable. Aunque agradeció que el Ejecutivo haya corregido y acogido parte de lo discutido, advirtió que no se debe subestimar la resistencia de la industria a aceptar cambios significativos. Instó a considerar la importancia de mejorar el sistema público de salud y encontrar un equilibrio justo entre las necesidades del sector público y privado, para asegurar que las ISAPRES sobrevivan económicamente en condiciones justas y asuman su responsabilidad por los abusos cometidos.

El Diputado Cifuentes expresó su agradecimiento al Gobierno por considerar una indicación que ve como un avance, toda vez que, una vez reconocida la deuda, se apliquen intereses adicionales. Consideró incomprensible que, una vez fijado el monto objetivo de la deuda por la Superintendencia, no se apliquen intereses.

El Diputado Romero destacó que la ley es excepcional y que es importante entenderla en su contexto. Propuso que, si la Superintendencia fija un plan de pago considerado absurdo, debería ser devuelto para su reformulación. Además, defendió el rol de la Superintendencia y rechazó la idea de que beneficie a corruptos, afirmando que confía en su capacidad para hacer cumplir la ley. Propuso que, en casos donde las instituciones de salud no cumplan con los pagos, se les impongan intereses, pero confía en la supervisión adecuada para garantizar que se cumplan los fallos. Consideró que es crucial permitir que la ley entre en vigencia para poder evaluar su efectividad y fiscalizar su

aplicación, confiando en la capacidad de la Superintendencia para cumplir su rol en el proceso.

La Ministra Aguilera enfatizó en la importancia de incorporar el cobro de intereses en caso de retraso en el pago de las cuotas del plan de pago. Destacó que estos cobros estarán separados en cuentas corrientes individuales, una deuda que debe tratarse de manera especial por su impacto en el patrimonio de la industria. Subrayó que este proyecto de ley busca facilitar el cumplimiento de las sentencias, dada la complejidad de garantizar el pago adecuado frente a ingresos insuficientes.

Puesta en votación la indicación, conforme al texto acordado por la Comisión, fue aprobada por nueve votos a favor y una abstención. Votaron a favor los Diputados Barrera, Bianchi, Cid, Mellado, Naranjo, Rojas, Romero, Sáez y Yeomans. Se abstuvo el Diputado Cifuentes.

**Indicación de los Diputados Barrera, Bianchi, Rojas, Sáez y Yeomans
Para agregar, en el artículo tercero, los siguientes incisos duodécimo, decimotercero, decimocuarto y final, nuevos:**

“El o los mayores accionistas o aportadores de capital de la Institución de Salud Previsional serán solidariamente responsables de los pasivos remanentes impagos.

En caso que el controlador participe de la propiedad de una nueva Institución de Salud Previsional, se aplicará la prohibición del inciso 1° del artículo 6° de la presente ley, hasta el pago total de la deuda referida en este artículo.

Asimismo, el o los mayores accionistas o aportadores de capital de la Institución de Salud Previsional no podrán celebrar contratos con la Administración del Estado.

La enajenación de bienes ejecutadas por las Instituciones de Salud Previsional con intención fraudulenta de disminuir su patrimonio en perjuicio de los acreedores serán nulos”.

La Diputada Yeomans expresó su preocupación por la dificultad de perseguir la responsabilidad más allá de la personalidad jurídica en casos de quiebra de las ISAPREs. Planteó la posibilidad de que las mismas personas involucradas en la gestión de una ISAPRE en quiebra puedan iniciar una nueva entidad con diferente personalidad jurídica, evadiendo así las responsabilidades. Propuso buscar un mecanismo que permita abordar esta problemática y se mostró abierta a considerar alternativas para mejorar el proyecto en ese sentido.

El Diputado Sáez señaló que la indicación planteada presenta complejidades que van más allá del tema actual en discusión. Expresó la idea de que, en casos donde una persona jurídica busca evadir responsabilidades, podría considerarse responsabilizar individualmente a quienes representan legalmente a esa entidad al momento de suscribir acuerdos. Sugirió que esta podría ser una forma de abordar el problema sin recaer la responsabilidad en otra persona jurídica o miembro de la entidad.

El señor Pérez argumentó en contra de la propuesta, mencionando que va en contra del espíritu de la legislación actual que establece la responsabilidad patrimonial

de las entidades jurídicas, no de las personas individuales. Señaló que el representante legal no necesariamente estuvo involucrado en los abusos cometidos por la empresa y cargarlo con esa responsabilidad sería excesivo e inconstitucional. Además, destacó que el proyecto de ley ya contempla sanciones para quienes incumplan con el plan de pago, incluyendo multas y sanciones administrativas, y propuso explorar alternativas como los bonos caucionados para garantizar el pago de las deudas.

El Diputado Bianchi propuso buscar una mejor salida y alcanzar un acuerdo con el Ejecutivo antes de votarla en la sala, ya que considera que podría no ser aprobada en su forma actual. Instó al ejecutivo a recoger parte de sus preocupaciones para encontrar una solución más aceptable.

El Diputado Sáez destacó que la indicación aborda no solo la responsabilidad solidaria, sino también la prohibición de contratar con el estado y la simulación de bienes por parte de las instituciones de salud, con el objetivo de disminuir su patrimonio y perjudicar a los acreedores, lo cual sería considerado nulo. Sugirió que la propuesta del Diputado Bianchi de posponer la discusión para analizarla más a fondo era razonable y permitiría una mayor profundización en el tema.

El Diputado Romero consultó a la Secretaría si esta indicación se enmarca en las ideas matrices. La Secretaría dio lectura a las ideas matrices del proyecto de ley, señalando que la propuesta estaría comprendida dentro del objetivo del proyecto que busca dar estabilidad al sistema.

Se dejó pendiente esta materia.

Indicación del Ejecutivo:

Para incorporar, a continuación del artículo 5°, el siguiente artículo 6°, nuevo, pasando el actual artículo 6° a ser 7°, y así sucesivamente:

“Artículo 6°.- Mientras se encuentre vigente el plan de pago y ajustes descrito en el artículo 3°, y en la medida que se haya informado a la Superintendencia de dicho plan, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer a las personas afiliadas, títulos representativos de deuda a largo plazo, por el total de lo adeudado o por el saldo aun no reconocido en la cuenta de excedentes referida en el artículo 5°. Con todo, el plazo de estos títulos no podrá ser superior al plazo de devolución previsto en dicho plan y deberán emitirse siempre caucionados. En ningún caso las personas afiliadas estarán obligadas a aceptar títulos representativos de deuda. Estos títulos se regirán por lo dispuesto en la ley N° 18.045, ley de Mercado de Valores.”.

El Diputado Romero expresó su opinión de que la ley plantea una situación tan compleja que la inclusión de un elemento adicional al plan de pago podría ser una mala idea. Argumentó que el propósito debería ser que las ISAPRES proporcionen prestaciones y bonificaciones a los afiliados en lugar de utilizar herramientas financieras que no están destinadas para ese fin. Con base en este principio, indicó que votaría en contra de la propuesta.

Puesta en votación, la indicación fue aprobada por once votos de los

diputados presentes. Votaron a favor los Diputados Barrera, Bianchi, Cid, Cifuentes, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Sáez, Von Mühlenbrock y Yeomans. Votó en contra el Diputado Romero. (11-0-1)

Disposiciones transitorias

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.”.

La Ministra Aguilera explicó que el artículo segundo transitorio es una disposición temporal que establece un límite de 24 meses para el trato directo en la contratación de modalidades de cobertura complementaria. También mencionó que se propuso realizar consultas públicas al mercado antes de la contratación para garantizar transparencia en el proceso. Estas consultas se llevan a cabo en un portal de FONASA para recabar intereses de distintos proveedores. La finalidad es reforzar la participación de potenciales interesados y asegurar la transparencia en el proceso. Además, este artículo faculta para arreglar convenios con los prestadores de salud incluso si el contrato con FONASA está en vigencia. complementó explicando que los artículos permanentes establecen tanto licitaciones como tratos directos en la primera oportunidad para implementar la modalidad de cobertura complementaria de manera ágil. Mientras que la licitación requiere más tiempo de preparación, el trato directo se llevará a cabo en un plazo más corto. Además, mencionó que las cláusulas del contrato incluyen disposiciones

similares a las de una licitación. El plazo de 24 meses asegura que el sistema no se detenga y se realice una evaluación después de su implementación.

El Diputado Ramírez expresó su preocupación sobre el trato directo en las licitaciones, señalando que este tipo de enfoque podría beneficiar a una empresa específica en detrimento del principio de licitación abierta. Destacó que incluso con consultas al mercado, el trato directo puede llevar a una perpetuación de contratos con una sola empresa. Argumentó que, aunque se diga que el trato directo podría ser más rápido, no justifica abandonar el principio fundamental de licitación abierta. Concluyó que, aunque votará a favor de otras normas transitorias, esta, en particular no la apoyará.

El Diputado Mellado advirtió que, por tratarse de una norma de quórum calificado, esta no será aprobada en la Sala en los términos actualmente propuestos.

Puesto en votación el artículo segundo transitorio, resultó rechazado por no alcanzar el quórum de aprobación. Votaron a favor los Diputados Barrera, Naranjo, Rojas, Sáez y Yeomans. Votaron en contra Cid, Cifuentes, Mellado, Ramírez, Romero y Von Mühlenbrock. Se abstuvo el Diputado Bianchi.

Artículo tercero. El artículo 144 quáter del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud incorporado por el numeral 5) del artículo 1°, entrará en vigencia a contar del tercer año de la publicación de esta ley. Previo a ello, la Modalidad de Cobertura Complementaria no incluirá al seguro catastrófico, y los inscritos en la modalidad no adquirirán derecho alguno sobre tal protección financiera especial.

El Director de FONASA mencionó que acogieron comentarios de la industria sobre la dificultad de estimar una prima de seguro catastrófico. Por ello, consideraron que podría implementarse después de tres años, comenzando en el tercer año. Las licitaciones incluirían esta condición. Además, explicó que el seguro catastrófico se basa en un modelo nuevo ajustado a los costos de la clínica privada y funciona en base a la aceptación de convenios de los proveedores, lo que determina los precios.

El Diputado Romero expresó su confusión sobre la incorporación tardía de la modalidad catastrófica, señalando que esta modalidad es distinta a otras. Explicó que, en la modalidad catastrófica, ante una enfermedad grave, el asegurador se hace cargo y el asegurado paga hasta una cantidad determinada. Preguntó si durante esos años las personas no tendrían cobertura complementaria de salud.

El Director de FONASA destacó la complejidad de los sistemas de seguridad social en salud y señaló que la modalidad de cobertura complementaria se establece para proporcionar una cobertura financiera completa. Explicó que las compañías de seguros necesitan calcular una prima adicional y requieren más información sobre la cantidad de personas que optarán por esta modalidad y cuál será su siniestralidad. Aclaró que si una persona comienza a tener gastos catastróficos, siempre puede trasladarse a la modalidad institucional para obtener una cobertura total. También mencionó que en algunos casos, FONASA debe derivar a personas a prestadores privados debido a la falta de camas críticas en el sector público, lo cual genera un gasto significativo. Además, mencionó otras herramientas disponibles, como el sistema de centro de atención priorizado y la ley de

urgencia, que permiten la atención donde sea necesaria.

La Ministra Aguilera explicó que la modalidad complementaria está disponible para todas las personas que cotizan en FONASA. Aclaró que la prima plana permite generar solidaridad para reducir las diferencias entre las personas con diferentes niveles de recursos. En cuanto a la cobertura catastrófica, señaló que no se limita a una enfermedad específica, sino que cubre los costos catastróficos en general. Esta cobertura tiene un deducible y una vez superado este monto, comienza a cubrir los copagos, asegurando que las personas no paguen más allá de cierto límite. Destacó que las personas con enfermedades catastróficas sí tendrán cobertura durante los primeros tres años en la modalidad complementaria, incluyendo consultas de especialidad, exámenes y procedimientos quirúrgicos.

El Diputado Mellado expresó su preocupación por la gestión del gobierno en los primeros dos años, señalando que no ha cumplido con las expectativas de sus votantes. Criticó el uso de técnicas de mercado en un servicio como la salud, donde el oficialismo considera que el Estado debería ser el responsable de asignar recursos. También planteó interrogantes sobre cuánto se espera recaudar con este servicio, cuántos contribuyentes participarán y cuál será la contribución del Estado en este sistema.

El Director de FONASA explicó que la política se establece considerando la situación del país en su conjunto, comparando cómo será en el futuro con respecto a cómo es en el presente. Destacó que la equidad se debe medir en función de estas consideraciones a nivel nacional y de seguridad social, no solo en términos de la experiencia individual de los asegurados. Aclaró que no se trata de fondos estatales, sino de una reestructuración del financiamiento basada en que las personas en el sistema ISAPRE ahora pagan un promedio del 11% de su renta en lugar del 7%. Esta brecha de financiamiento puede destinarse a pagar una prima comunitaria más equitativa que complementa el 11% existente. Afirmó que el proyecto no genera un costo adicional y que el informe financiero establece que las personas que emigren generarán un ingreso del 7%. Además, explicó que los seguros catastróficos pueden cubrir tanto el riesgo de enfermedad como el riesgo financiero, y que el seguro propuesto se centra en el riesgo financiero y de copago.

El Diputado Romero expresó su preocupación sobre que quienes pasen de las ISAPRE a la modalidad complementaria puedan pagar una prima adicional y, además, que, durante tres años, si padece una enfermedad catastrófica, puedan excluir de la cobertura. Esto podría llevar a que pierdan beneficios y derechos, y contribuiría a aumentar las listas de espera en los hospitales públicos. Por estas razones, indicó que votaría en contra de esta norma y pidió claridad sobre si este es realmente el funcionamiento propuesto y cómo afectaría a las personas.

El Director de FONASA explicó que la comparación se realiza con la situación actual, no con quienes utilizan la ISAPRE. Destacó que no están buscando igualar las coberturas que las personas tienen actualmente en el sistema privado, sino ofrecer una alternativa. Señaló que cuando una persona se atiende en el sistema ISAPRE, tiene una cobertura promedio del 65% de los costos, mientras que a través de la modalidad de cobertura complementaria que proponen, se busca cubrir el 38% de brecha, lo que debería ser cubierto por los aseguradores. Aclaró que la propuesta no busca replicar las condiciones

actuales, sino ofrecer una cobertura equivalente. Destacó que habrá un arancel establecido que contendrá los pagos hospitalarios, lo que reduce la probabilidad de costos catastróficos.

La Diputada Rojas planteó que el problema surgía porque las ISAPRE estaban abusando de su posición, lo que llevó a la necesidad de este proyecto para abordar la situación. Señaló que había usuarios que podrían querer migrar al sistema de FONASA si pudieran pagar un extra y recibir mejores servicios. Destacó que durante años las ISAPREs habían discriminado por edad y estado de salud, lo que llevaba a que las personas llegaran al sistema público en situaciones precarias. Consideró necesario fortalecer FONASA y adaptarlo a las necesidades de los usuarios que deseaban migrar del sistema privado. Planteó que el proyecto no era ideal y aspiraba a un sistema de salud único y universal, pero reconoció que actualmente se estaban haciendo cargo de la situación de los usuarios del sistema ISAPRE.

La Ministra Aguilera señaló que durante los primeros dos años no habrá una cláusula que limite el copago, pero sí tendrá cobertura complementaria quien necesite contratar la prima y que pueda acceder a todas sus necesidades de salud relacionadas con consultas médicas.

Puesto en votación el artículo tercero transitorio, resultó aprobado por doce votos a favor y una abstención. Votaron a favor los Diputados Barrera, Bianchi, Cid, Cifuentes, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Sáez, Sepúlveda, Von Mühlenbrock y Yeomans. Se abstuvo el Diputado Romero.

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

Puesto en votación el artículo duodécimo transitorio, resultó aprobado por doce votos a favor y una abstención. Votaron a favor los Diputados Barrera, Bianchi, Cid, Cifuentes, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Sáez, Sepúlveda, Von Mühlenbrock y Yeomans. Votó en contra el Diputado Romero.

Artículo séptimo.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que estén recibiendo una o más prestaciones con las Garantías Explícitas en Salud establecidas en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 de la ley N° 19.966 que establece un régimen de Garantías en Salud, el Fondo Nacional de Salud autorizará, a su cargo, la continuidad del otorgamiento de la intervención sanitaria que estuviere en curso, sin necesidad de una nueva confirmación diagnóstica, asignándole un prestador para tales efectos.

Una vez otorgada la o las prestaciones autorizadas por el Fondo Nacional

de Salud, el prestador de salud que la hubiese realizado derivará a la persona beneficiaria a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente.

Los plazos asociados a garantías de oportunidad que estuvieren corriendo al momento en que el beneficiario quedare afecto al Régimen al que se refiere el Libro II del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, seguirán corriendo sin interrupción.

Artículo octavo.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que por sentencia firme y ejecutoriada dictada por un tribunal de justicia o por la Superintendencia de Salud, tengan derecho a la cobertura financiera de una o más prestaciones de salud determinadas con cargo a su Institución de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud dará continuidad al otorgamiento y cobertura de dichas prestaciones en la forma indicada en dicho pronunciamiento.

Artículo noveno.- Respecto de las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional a las que ésta no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, y que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que de conformidad al plan de salud que tenían en su Institución de Salud Previsional contaran con una cobertura adicional para enfermedades catastróficas, y que al tiempo de la cancelación del registro hayan solicitado expresamente a la Institución esta cobertura, el Fondo Nacional de Salud dará continuidad al tratamiento, manteniendo el prestador o derivándolo a otro que asegure condiciones sanitarias similares. Para estos efectos el Fondo podrá celebrar los convenios correspondientes.

Artículo décimo.- La Superintendencia de Salud informará al Fondo Nacional de Salud acerca de aquellas personas que se encuentran en las situaciones descritas en los artículos séptimo, octavo y noveno, transitorios, de la presente ley.

Artículo decimotercero.- El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.”.

Puestos en votación los artículos transitorios séptimo, octavo, noveno, décimo y décimo tercero, resultaron aprobados por la unanimidad de los

trece Diputados presentes. Votaron a favor los Diputados Barrera, Bianchi, Cid, Cifuentes, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Romero, Sáez, Sepúlveda, Von Mühlenbrock y Yeomans.

La indicación que se encontraba pendiente de votación, efectuada al artículo tercero, para agregar los nuevos incisos, fue retirada por sus autores.

El artículo tercero, con las modificaciones acordadas, fue aprobado por once votos a favor y dos abstenciones. Votaron a favor los Diputados Barrera, Bianchi, Cid, Mellado, Naranjo, Ramírez, Rojas, Romero, Sáez, Von Mühlenbrock y Yeomans. Se abstuvieron los Diputados Cifuentes y Sepúlveda.

Fue designada Diputada informante la señorita Yeomans.

4. ACUERDOS

.....
.....

Las presentaciones de los expositores se encuentran disponibles en formato digital en:

<http://www.camara.cl/legislacion/comisiones/documentos.aspx?prmID=3>

307

Por haberse cumplido el objeto de esta sesión, se levantó a las 16:39 horas.

MARÍA EUGENCIA SILVA FERRER
Secretaria Abogado de la Comisión