



LEGISLATURA 373ª
COMISIÓN DE SALUD

Sesión 155a, celebrada el martes 8 de julio de 2025

De 17:31 a 19:33 horas

SUMA

1.- Conforme a lo establecido en el artículo 241 del Reglamento de la Corporación, corresponde proceder a la elección de la Presidenta o Presidente de la Comisión.

2.- Audiencia con las autoridades del Ministerio de Salud relativa a los motivos los efectos de la licitación realizada por Fonasa, y declarada *desierta*, para crear la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC).

APERTURA DE LA SESIÓN

Se inició la sesión a las 17:32 horas.

PRESIDENCIA

Presidió, el diputado Patricio Rosas Barrientos.

ASISTENCIA

Asistieron de manera presencial, los diputados y diputadas Mónica Arce, Danisa Astudillo, Marta Bravo, María Luisa Cordero, Tomás Lagomarsino, Helia Molina, Hernán Palma, Agustín Romero y Patricio Rosas.

Los diputados Sergio Bobadilla, María Candelaria Acevedo y Boris Barrera reemplazaron, durante esta sesión, a los diputados Daniel Lilayu, Karol Cariola y Ana María Gazmuri, respectivamente.

Asimismo, estuvieron presentes los diputados Renzo Trissoti y Ana María Bravo.

Participaron como invitados, para el segundo punto, la Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera Sanhueza y el Director del Fondo Nacional de Salud, señor Camilo Cid Pedraza, quienes participan junto al señor Matías Goyenechea Hidalgo, Jefe de División de Planificación y Desarrollo Estratégico del Fonasa, el señor Andrés Fuentealba Canario, Jefe Departamento de Comunicaciones Estratégica del Fonasa, y la señora Francisca Garat Pey, Jefe de Gabinete de Fonasa, y el asesor del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez.



Firmado electrónicamente

<https://extranet.camara.cl/verificardoc>

Código de verificación: 7A4F63C86DEEA11



Concurrió el Secretario Abogado (Accidental), señor Leonardo Lueiza Ureta; el abogado asistente, señor Ignacio Vásquez y la secretaria ejecutiva, señora Silvia Rivas.

CUENTA

Se recibieron los siguientes documentos:

1.- Oficio de S. E. el Presidente de la República mediante el cual retira y hace presente la urgencia "Suma", para el despacho del proyecto que "Modifica el Código Sanitario para regular el ejercicio de distintas profesiones del área de la salud como parte de un equipo médico". BOLETÍN N° 13806-11 (refundido con boletines 13817-11, 13818-11, 13821-11 y 13838-11). (734-373).

2.- Proyecto iniciado en moción de las diputadas señoras Astudillo; Molina y Nuyado; y de los diputados señores Lagomarsino; Mellado, don Cosme, y Palma, que "Modifica la ley N° 19.664 para asegurar el cumplimiento de los compromisos de desempeño y mejorar la distribución territorial de profesionales funcionarios de la salud, adscritos a programas de especialización financiados por el Estado". BOLETÍN N° 17648-11.

3.- Oficio de la Ministra de Salud (N° 13242), mediante el cual responde a uno de la comisión, e informa sobre el estado de avance de las diversas acciones ejecutadas para la aplicabilidad de la ley N° 21.531, sobre fibromialgia y dolores crónicos no oncológicos. Respuesta a Oficio N° 611/11/2024.

4.- Oficio de la Contraloría General de la República (N° 112090), mediante el cual responde a uno de la comisión y remite Informe Final de Investigación Especial N° 972, de 2024, debidamente aprobado, que contiene el resultado de una investigación especial en la Dirección de Arquitectura de la Región del Maule. El Informe Final que se remite, se encuentra protegido conforme a la ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, por lo que no será adjuntado en esta plataforma. Respuesta a Oficio N° 567/11/2024.

5.- Oficio (N° 836) del Subsecretario de Energía, mediante el cual remite archivo que subsana las observaciones realizadas al informe sobre las obligaciones establecidas en la ley de ingresos y gastos del sector público para el año 2025.

6.- Oficio (N° 13109) del Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante el cual remite glosa N° 12, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.



7.- Oficio (N° 1000) reservado del Instituto Geográfico Militar, mediante el cual remite informe de licencias médicas, en cumplimiento a la Ley de Presupuesto 2025. Oficio no se adjunta.

8.- Oficio (N°3970) del Ministro de Justicia y Derechos Humanos, mediante el cual remite glosa N° 7, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

9.- Solicitud de la diputada Carolina Tello, a fin de invitar al Colegio de Tecnólogos Médicos de Chile a exponer en una próxima sesión, respecto de materias de su competencia profesional, tales como el examen visual para retinopatía diabética, el control visual para licencias de conducir y el proyecto de ley sobre prescripción de audífonos.

10.- Solicitud de audiencia del alcalde de la I. Municipalidad de Huechuraba, a fin de abordar los temas prioritarios en materia de salud y presentar el plan de trabajo a desarrollar durante los próximos cuatro años.

11.- Solicitud de audiencia de la Presidenta de la Confederación de Profesionales de los Servicios de Salud, Fenpruss, señora Gabriela Farias Tamayo, para plantear el tema "Licencias Médicas y otras materias afines".

12.- Reiteración de denuncia de un particular (Sr. José Manuel Torres), ex funcionario del Poder Judicial, desvinculado en marzo 2024, como resultado de haber denunciado a su empleador (Poder Judicial) por acoso laboral, enfermedad profesional y exigir el traslado de puesto de trabajo decretado por la Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO. Correo remitido directamente a las casillas de los integrantes de la comisión.

13.- Nota del Comité Unión Demócrata Independiente, mediante la cual informa que el diputado Sergio Bobadilla Muñoz reemplazará al diputado Daniel Lilayu Vivanco durante la sesión de hoy.

14.- Nota del Comité Comunista, Federación Regionalista Verde Social, Acción Humanista e Independientes, mediante la cual informa que la diputada María Candelaria Acevedo Sáez reemplazará a la diputada Karol Cariola Oliva, durante la sesión de hoy.

15.- Nota del Comité Comunista, Federación Regionalista Verde Social, Acción Humanista e Independientes, mediante la cual informa que el diputado Boris Barrera Moreno reemplazará a la diputada Ana María Gazmuri Vieira durante la sesión hoy.

VARIOS:

Se realizaron puntos varios que se materializaron en acuerdos.



ACUERDOS:

Se adoptaron, por unanimidad, los siguientes acuerdos:

1. Oficiar al Director del Hospital Dra. Eloísa Díaz y al Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para que informen sobre el estado de avance de la Unidad de Servicios Compartidos de Lista de Espera del Hospital Dra. Eloísa Díaz, en particular en relación con las listas de espera de procedimientos como colonoscopías y endoscopías, así como el número total de atenciones realizadas desde su creación. También, interesa conocer la situación actual de la dotación médica en el área de oftalmología y las medidas adoptadas para cubrir vacantes.

Respecto del doctor Luis Ávila, para que si se han aplicado acciones o sanciones ante el eventual incumplimiento de su jornada laboral.

Además, se solicita informar el nivel de cumplimiento de los indicadores de Establecimientos Autogestionados en Red para la Salud en Chile (EAR) a abril del presente año y las razones que explican el vencimiento de más de 2.000 garantías GES.

Finalmente, para que indique las medidas adoptadas frente a las filtraciones de aguas servidas ocurridas el 3 de julio pasado en el piso -1 del hospital y el estado actual del sistema de cañerías. (Solicitud de la diputada Arce).

2. Oficiar a la Ministra de Salud para que informe sobre el estado de avance del proyecto del Hospital Intercultural de Panguipulli. En particular, se requiere confirmar si el ministerio contempla recursos en el presupuesto 2025 para la licitación del diseño del hospital, y, en caso negativo, qué acciones concretas se están impulsando para dar continuidad al proceso, incluyendo el trabajo previo comprometido por el subsecretario de Redes Asistenciales en reunión con la comunidad el pasado 13 de junio.

Asimismo, interesa conocer el estado de elaboración y firma del protocolo de acuerdo anunciado por el delegado presidencial para calendarizar esta etapa previa, considerando que la comunidad requiere claridad y participación efectiva en este proceso. Finalmente, se solicita confirmar si existe financiamiento disponible para el trabajo previo mencionado y si se mantendrá el estándar de mediana complejidad según la Resolución Sanitaria vigente para el diseño del hospital. (Solicitud de la diputada Ana María Bravo).

3. Se acordó invitar en una próxima fecha por definir a representantes de la Corporación Chilena contra el Cáncer de Próstata, para que expongan sobre la situación que afecta a miles de pacientes diagnosticados con esta enfermedad y las



consecuencias que han generado en los pacientes las decisiones de la Superintendencia de Salud. (Solicitud del diputado Bobadilla).

4. Acordó invitar en una próxima sesión de la comisión por definir a representantes municipales, en particular, a los alcaldes de la comuna de Huechuraba y de la comuna de San Ramón y a la alcaldesa de la comuna de El Bosque, para que en representación de la Comisión de Salud de la Asociación Chilena de Municipalidades, puedan exponer sobre el estado actual de la salud desde la perspectiva de los municipios, así como los enfoques, desafíos y necesidades que enfrentan en materia de salud pública a nivel local. (Solicitud de la diputada Cordero).

5. Acordó invitar en una próxima sesión por definir al director del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz I. de La Florida, al doctor Enrique Ayarza, con el fin de que exponga los avances de su gestión, particularmente en lo relacionado con la Unidad de Listas de Espera. (Solicitud de la diputada Arce).

ORDEN DEL DÍA

1.- Conforme a lo establecido en el artículo 241 del Reglamento de la Corporación, corresponde proceder a la elección de la Presidenta o Presidente de la Comisión.

En votación, la elección de presidente de la comisión recayó en el diputado Patricio Rosas, con 9 votos a su favor y 2 por el diputado Agustín Romero.

El diputado Rosas agradeció el apoyo, no sólo del sector oficialista, sino también de todos los integrantes de esta comisión. Opinó que esta es una de las pocas instancias parlamentarias donde se vive un trabajo técnico, profundo y, por, sobre todo, respetuoso. Estimó necesario que se pueda seguir cultivando ese mismo espíritu durante este nuevo período: respeto mutuo, análisis serio, participación activa y ojalá, unanimidad en muchas de las decisiones, como fue durante la gestión de la diputada Molina, a quien le agradeció profundamente.

Afirmó que la Comisión de Salud tiene el deber de tratar temas de Estado, toda vez que es una tarea fundamental, y se debe enfrentar con humildad.

Declaró que la diputada Molina seguirá como miembro de la comisión, aconsejando con su experiencia invaluable. Señaló que fue su jefa en un momento, por tanto, la conoce, respeta y aprecia mucho.



El diputado Romero felicitó al diputado Rosas por su nombramiento e indicó estar plenamente a su disposición para apoyar el trabajo de esta comisión.

Declaró que esta es una comisión de carácter eminentemente técnico, donde históricamente ha primado el diálogo, el respeto y la voluntad de avanzar en los proyectos que se presentan.

Aclaró que el objetivo común es claro: impulsar iniciativas que beneficien directamente a los ciudadanos de Chile, quienes necesitan con urgencia una salud pública digna y de calidad.

El diputado Rosas compartió con la comisión un breve recorrido por su experiencia en el ámbito de la salud pública. Señaló que comenzó su carrera profesional en una estación médica urbana -una pequeña posta- ubicada en uno de los sectores más vulnerables de la ciudad de Valdivia. Posteriormente, trabajó durante varios años en consultorios como los de Angachilla y Castro. Más adelante, asumió funciones como director del Hospital Regional de Valdivia, luego como director del Servicio de Salud de Los Ríos, y finalmente como coordinador macrozonal del sur, abarcando desde Temuco hasta Magallanes.

Destacó que esta trayectoria le permitió conocer el sistema de salud en todas sus dimensiones, desde la atención primaria más básica hasta los niveles de mayor complejidad. Precisamente, esa mirada integral es la que busca aportar al trabajo de la comisión, con un énfasis especial en la modernización y eficiencia de la gestión del Estado.

Subrayó también la necesidad de sensibilizar respecto del trabajo con los pacientes, así como del trabajo con los funcionarios que los atienden. Explicó que el entorno sanitario es altamente demandante y muchas veces desgastante, por lo que resulta fundamental cuidar a quienes cuidan, pues la vocación y el compromiso requieren respaldo y apoyo constante.

Asimismo, expresó su profunda motivación por la innovación en salud, aludiendo al concepto japonés de "*Kaizen*", que promueve la mejora continua. En ese marco, mencionó proyectos que impulsó durante su gestión en el Servicio de Salud de Los Ríos, como la diálisis comunal, la implementación de internet de microondas en zonas rurales y otras soluciones prácticas que hoy siguen en funcionamiento y beneficiando a la comunidad.

Agradeció a todos los equipos técnicos con los que ha trabajado a lo largo de su carrera, así como a los equipos parlamentarios que colaboran en el Congreso. Manifestó su esperanza de que se logre desarrollar un trabajo serio, con



el máximo nivel de acuerdos posibles, y siempre en un marco de respeto hacia todas las miradas.

Finalmente, enfatizó que, si bien pueden existir diferencias en torno a ciertos artículos específicos de una ley, eso no debe implicar el rechazo del espíritu general de la misma, especialmente si está orientada a resolver problemas reales que afectan a millones de pacientes en el país.

El diputado Bobadilla deseó éxito al diputado Rosas en su gestión como presidente de la Comisión de Salud. Señaló que, tal como se había mencionado previamente, la salud es uno de los bienes más importantes que se puede garantizar a la ciudadanía. En ese sentido, advirtió que las decisiones -o la falta de ellas- que se tomen en esta comisión tendrán consecuencias significativas para la salud de la población, razón por la cual reiteró sus mejores deseos al nuevo presidente.

2.- Motivos y efectos de la licitación desierta realizada por Fonasa, para crear la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC).

La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera se refirió a la licitación declarada desierta de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), iniciativa surgida a partir de la denominada “ley corta” para dar cumplimiento a los fallos de la Corte Suprema sobre las Isapres.

Recordó que esta nueva modalidad fue concebida no sólo para dar cumplimiento a las sentencias judiciales, sino también para contribuir a la estabilización del sistema de salud, tanto público como privado, entendiendo que los prestadores privados dependen en gran medida de las aseguradoras. En ese marco, explicó que la MCC representa un esfuerzo por avanzar hacia una mejor complementariedad entre ambos subsistemas, permitiendo que Fonasa contrate un seguro financiero complementario que reduzca el gasto de bolsillo para los usuarios, especialmente en prestaciones de alto costo como las hospitalarias, sin perder la libertad de elección.

Destacó que esta modalidad, con copago cero para los beneficiarios, fue discutida en profundidad en el Congreso y que constituye una innovación inédita en el país, al ser la primera vez que se licita un seguro de estas características. Reconoció, sin embargo, que se trata de un proceso complejo, y que, si bien la



propuesta original del Ejecutivo contemplaba un trato directo, en la discusión legislativa se optó por incorporar una licitación pública, la cual resultó *desierta*.

Subrayó que esto no implica el fracaso del proyecto, sino que es un paso previsto en la ley, similar a otros procesos pioneros. Actualmente, se está trabajando en una segunda licitación, incorporando ajustes para disminuir la incertidumbre que pudo haber afectado a los oferentes en la primera convocatoria. En caso de que esta tampoco prospere, la normativa habilita a Fonasa a establecer un trato directo.

Finalmente, reafirmó el compromiso del Ministerio de Salud con la implementación de esta modalidad, señalando que se están realizando gestiones para dar mayor certeza al mercado asegurador y garantizar el éxito del proceso. En sus palabras, la MCC representa una oportunidad histórica para establecer una relación más virtuosa entre el seguro público y el privado, y avanzar hacia un sistema de salud más justo, eficiente y sostenible para toda la población.

El Director del Fondo Nacional de Salud, señor Camilo Cid Pedraza expuso en base a una presentación¹ que dejó a disposición de la comisión.

Explicó detalladamente el estado de avance del proceso de implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), subrayando que la reciente licitación es sólo uno de los pasos dentro de una estrategia más amplia. Acotó que, desde la aprobación de la ley en mayo de 2024, Fonasa ha avanzado en cuatro frentes clave: la definición de un nuevo arancel, la conformación de una red de prestadores, la inscripción de pólizas complementarias en la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) y la estructuración de la licitación para seleccionar aseguradores.

Indicó que el arancel, que constituye la base técnica y financiera del modelo, incluye 2.394 prestaciones, con una cobertura financiera de entre el 70% y el 75%, duplicando los niveles actuales de la modalidad de libre elección. Además, contempla copagos significativamente más bajos. Destacó que este nuevo esquema reconoce mayores costos de los prestadores, especialmente en el ámbito hospitalario, lo que mejora la viabilidad económica del sistema para todos los actores involucrados.

En cuanto a la red de prestadores, informó que ya se han inscrito 493 prestadores a nivel nacional, incluyendo 39 clínicas. Aunque algunas clínicas de alto perfil en la región Metropolitana de Santiago aún no se han sumado, como RedSalud

¹ <https://www.camara.cl/legislacion/comisiones/documentos.aspx?prmID=3311> (Sesión 155)



Tabancura o el Hospital Clínico de la Universidad Católica, sí lo han hecho redes relevantes como Bupa e IntegraMédica. Enfatizó que el proceso de inscripción está abierto y es continuo, tal como ocurre con la modalidad de libre elección.

Sobre la licitación, detalló que el proceso contempla tres etapas: el primer intento ya ejecutado, una segunda convocatoria en preparación, y la posibilidad de una tercera instancia vía trato directo, permitida por la ley. Enfatizó que el modelo de negocio no está en duda y que existe interés por parte de los actores del sector asegurador. No obstante, reconoció que, como todo proceso de creación de mercado, han surgido incertidumbres propias de una iniciativa innovadora.

En las reuniones sostenidas con aseguradoras tras la primera licitación, se identificaron tres preocupaciones centrales: la masividad de la contratación, la amplitud y representatividad de la red de prestadores, y los riesgos de selección adversa. En respuesta, declaró que Fonasa ha entregado estudios que indican que sólo una fracción mínima de los pacientes en listas de espera podría tener acceso inmediato al seguro, lo que relativiza el riesgo de comportamiento oportunista.

Asimismo, señaló que se abordaron mejoras necesarias en la presentación de las bases de licitación. Algunas aseguradoras indicaron que les faltó claridad para participar en consorcio o con “coseguros”, lo que se corregirá con mayor precisión en las próximas bases. También se indicó que muchas de las 564 preguntas recibidas durante el proceso apuntaron a aspectos operativos o técnicos, algunos de los cuales ya han sido ajustados.

Reiteró el compromiso de Fonasa con avanzar en una segunda licitación antes del 23 de septiembre, precisando que se están sosteniendo reuniones con aseguradoras y prestadores para generar mayor certidumbre. Además, se está evaluando el arancel en profundidad, con el fin de realizar mejoras puntuales que fortalezcan el atractivo del modelo.

Finalmente, afirmó que el proceso sigue vigente y que, si es necesario, se activará la opción del trato directo para concretar la implementación de la MCC.

El diputado Rosas manifestó su preocupación en relación con la implementación de la ley, señalando que quienes participaron en su tramitación lo hicieron con la convicción de que representaba una respuesta significativa para fortalecer Fonasa y las redes privadas en convenio con diversos hospitales y centros asistenciales públicos. Destacó que la ley tenía como propósito permitir una mayor flexibilidad en el acceso a la modalidad de libre elección, especialmente para los sectores medios afiliados a Fonasa.



El diputado Romero afirmó que fue él quien solicitó la sesión y agradeció a la comisión por haber acordado por unanimidad la presencia del Ministerio y del director de Fonasa para explicar el fracaso de la licitación. Comentó que desde un principio había anticipado complicaciones con este proceso y mencionó que incluso las compañías de seguros expresaron dudas sobre los supuestos que el gobierno consideraba ciertos para el buen funcionamiento de la modalidad.

Destacó que, aunque la alternativa se vendió como atractiva para los afiliados, la realidad está mostrando dificultades similares a las que él había previsto. Preguntó sobre diferencias en los aranceles entre la modalidad complementaria y la libre elección, y si en la ley se establecía que Fonasa debía construir la red, recordando que las Isapres y compañías de seguros normalmente construyen y negocian sus propias redes.

Reflexionó sobre cómo podía fracasar un sistema en un mercado tan grande como el de Fonasa, especialmente cuando existen personas dispuestas a pagar un seguro complementario. Cuestionó si la intervención de la autoridad podría estar afectando la creación de la red o la fijación de precios.

Planteó preguntas sobre la incorporación en futuras licitaciones, de las preocupaciones expresadas, sobre el cumplimiento de la prima prometida de cerca de \$30.000 (treinta mil pesos) por beneficiario, sobre los plazos para implementar la modalidad complementaria durante 2025 y las implicancias de que la asignación directa sea voluntaria para las compañías, señalando que si los precios no son atractivos, las compañías podrían no querer participar, lo cual pondría en riesgo el éxito del sistema.

El diputado Lagomarsino señaló que, según lo planteado por el director de Fonasa, el proyecto de ley había ingresado por trato directo desde el Ejecutivo, pero que la comisión había propuesto que se realizara mediante licitación. Recordó las dudas planteadas en la sesión con aseguradoras y manifestó que el traspaso de responsabilidad respecto a la vía para la adjudicación (licitación o trato directo) no es lo más relevante para el resultado final.

Destacó que el diseño del andamiaje de la modalidad de cobertura complementaria es un aspecto importante y se mostró convencido de que esta modalidad es positiva para el avance en la seguridad social en salud en los próximos años. Además, recordó que en la tramitación del proyecto de ley se dejó fuera el debate sobre el seguro catastrófico, que terminó convirtiéndose en el Sistema de



Atención Priorizada (SAP), el cual calificó como un eufemismo para dejar de legislar sobre ese tema.

Manifestó que la falta de participación de prestadores relevantes en la modalidad complementaria pudo ser la causa de que las aseguradoras no quisieran participar. Por lo tanto, expresó su preocupación sobre si la estructura actual de la modalidad cobertura complementaria, ya sea por trato directo o licitación, es suficiente para lograr el éxito del proyecto.

El Director de Fonasa, señor Cid, señaló que las preguntas formuladas eran varias y abordó primero el tema del arancel. Explicó que los precios de la modalidad de cobertura complementaria (MCC) no son iguales a los de la modalidad libre elección (ML). Preciso que los costos reconocidos en la MCC son superiores y que esta estructura tarifaria se ha construido a partir del análisis de los precios promedio de la actividad privada, de las licitaciones de Fonasa y de la ML. Destacó que, a diferencia de la ML, la MCC incluye una *paquetización* de la actividad hospitalaria basada en Grupos Relacionados con el Diagnóstico, lo que permite una fijación de precios más coherente desde el punto de vista clínico y económico, considerando además la complejidad de cada caso.

En cuanto a la construcción de redes de prestadores, indicó que no se ha considerado un problema que sea Fonasa quien las gestione; al contrario, los seguros privados valoran que sea el organismo público quien mantenga la relación con las redes, ya que esto les representa un alivio y les genera mayor confianza. Explicó que el modelo del seguro complementario es justamente complementar el financiamiento para que los beneficiarios tengan menos copagos, utilizando el mismo subsidio que se aplica en la ML y MCC.

Enfatizó que el seguro MCC es diferente a otros seguros complementarios existentes en el mercado, que generalmente cubren sólo gastos catastróficos o enfermedades específicas y cuentan con exclusiones como límites de edad o requisitos de declaración de salud. En contraste, el seguro complementario que se está implementando es un producto mucho más amplio, sin exclusiones, y con una cobertura robusta de casi 2.400 prestaciones. Resaltó que los seguros privados han hecho críticas constructivas durante el proceso para mejorar la ley y garantizar su viabilidad, destacando que la sostenibilidad y masividad del seguro son claves para evitar riesgos de concentración.

Respecto al proceso de licitación, indicó que este se encuentra en curso y que la experiencia adquirida permitirá hacer ajustes que generen mayor



confianza y faciliten la participación de las aseguradoras. Destacó el interés mostrado por las clínicas, mencionando que en la licitación de lista de espera se duplicó la cantidad de clínicas participantes respecto a la licitación anterior, lo que consideró un buen indicador para la modalidad MCC. Explicó que la prima es el elemento central de competencia en la licitación, ya que las compañías compiten por primas de diferentes fracciones del aseguramiento, y se espera que las primas resultantes sean lo más bajas posibles, basándose en parámetros actuariales que Fonasa ha compartido con los oferentes.

En relación con el uso del trato directo, aclaró que esta modalidad es voluntaria y que Fonasa no puede obligar a ninguna empresa a contratar. Además, señaló que están ampliando el universo de posibles oferentes para la licitación, incluyendo seguros internacionales que operen fuera del país, lo que abrirá más posibilidades de competencia.

Afirmó que no consideran necesarios cambios normativos o legislativos en la estructura actual de la modalidad de cobertura complementaria. Lo que se requiere, explicó, son ajustes en las reglas de juego y un proceso de aprendizaje conjunto entre Fonasa y los aseguradores para mejorar la segunda etapa del proceso. Recalcó que todos los actores están conscientes de que este es un proceso en desarrollo y que esperan avanzar con la próxima etapa.

Por último, informó sobre el Sistema de Atención Priorizada (SAP), que ya está operando con modalidades de atención institucional y libre elección, con inicio de derivaciones desde julio y de atención libre elección a partir de agosto, señalando que la única demora estaba relacionada con el diseño del paquete de prestaciones.

La diputada Astudillo expresó su oposición a la llamada “ley corta de salud” y recordó que desde un principio advirtió sobre las consecuencias negativas que esta normativa podría acarrear. Manifestó que no le sorprendía que la licitación hubiese quedado desierta, señalando que muchas Isapres ya estaban obteniendo utilidades y no necesitaban un plazo tan largo para recuperarse, como se les había otorgado mediante la ley, ya que en su opinión un período de tres a cinco años habría sido suficiente.

Asimismo, criticó que los dueños de las Isapres, quienes en muchos casos también poseen aseguradoras, no tendrían incentivos para participar en un seguro que les impone nuevas reglas restrictivas, como la prohibición de discriminar por edad o sexo, lo que, a su juicio, reduce el atractivo del negocio. Por ello, sostuvo



que preferirían mantener la rentabilidad que les otorgan las Isapres, modelo que fue protegido con un “traje a la medida” a través de la legislación vigente.

Desde su perspectiva, el único aspecto positivo de la ley era la posibilidad de crear un seguro complementario. Sin embargo, criticó que el diseño del seguro no haya seguido ejemplos de otros países, como Francia, donde existen modelos alternativos. Sugirió que se debería haber abierto la participación a cooperativas u otros actores distintos a las aseguradoras privadas, ya que consideraba que la ley reforzaba un modelo perverso e injusto, que termina discriminando a los sectores más pobres en lugar de ofrecer una solución inclusiva y eficiente.

Calificó la ley corta como la mayor “vergüenza” del gobierno y se mostró escéptica respecto a una próxima licitación, señalando que difícilmente habrá interesados, a menos que el Estado vuelva a subsidiar a los privados para mantener su rentabilidad. Enfatizó que no estaba dispuesta a seguir aportando recursos para que las aseguradoras lucren con mayor fuerza.

Propuso revisar la ley corta para ampliar los plazos, incluir nuevos actores en la licitación y planteó la posibilidad de que Fonasa asuma la administración del seguro, dado que, según ella, la entidad pública cuenta con la experiencia suficiente para ofrecer una alternativa viable distinta a la gestión privada.

Concluyó reiterando que su opinión confirmaba lo que siempre había defendido y recordó que, a pesar de ser minoría en la comisión, ella y otro diputado habían rechazado el proyecto en la Sala, argumentando que tenían razón en sus reparos.

El diputado Romero intervino para complementar las preguntas dirigidas al director de Fonasa, buscando aclarar ciertos aspectos técnicos sobre el seguro de copago en discusión. Reconoció que este seguro representa una buena alternativa y una política positiva, especialmente porque beneficiaría a una gran cantidad de personas actualmente afiliadas a Fonasa. Destacó que se podría aprovechar una masa crítica cercana a los cinco millones de personas, lo cual hace que el negocio sea atractivo para aseguradoras privadas o actores interesados, siempre que exista un reparto compartido del riesgo con el Estado.

Explicó que el seguro de copago, al no permitir exclusiones por edad o enfermedades, podría ser viable gracias a la ley de los grandes números, dado el volumen potencial de afiliados. Asimismo, mencionó que la prima complementaria se pagaría mediante las cotizaciones previsionales, lo que haría que el pago sea más



accesible y con un crédito privilegiado para los afiliados, asegurando que esto debería resultar atractivo para las compañías aseguradoras.

Sin embargo, manifestó su preocupación por el hecho de que, a pesar de estas ventajas, la licitación para este seguro había quedado desierta, sin interesados, lo que indicaba que algo en el diseño o en la propuesta no estaba funcionando. Pidió al director que aclare por qué, a pesar de que el arancel propuesto era más alto y el seguro ampliaba la cobertura a millones más de personas, no hubo interés por parte de los privados.

También cuestionó el por qué no se ofrecía un seguro con coberturas similares a los seguros complementarios que ya existen y son contratados por dos millones de afiliados de Fonasa que incluyen ciertas restricciones o “líneas rojas”. Propuso la posibilidad de mantener convenios existentes y licitar para ampliar la red actual de libre elección, sugiriendo que el seguro de copago podría cubrir simplemente la diferencia entre la cobertura ordinaria de Fonasa y las modalidades complementarias, ampliando así la protección sin perder eficiencia.

Finalmente, pidió transparencia respecto al costo de la prima, mencionando que durante la tramitación se habló de un valor de aproximadamente \$30.000.- (treinta mil pesos). Solicitó que se confirmara si esta cifra se mantendría o si pudiese variar, para que los afiliados tengan claridad sobre el monto que deberán pagar, reafirmando la importancia de la transparencia en el proceso.

El diputado Rosas se refirió a los motivos y efectos de la licitación, declarada desierta, convocada por Fonasa para implementar la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC). Destacó que, pese a la expectativa generada, el proceso no logró atraer ofertas concretas, a pesar de que se formularon más de quinientas preguntas por parte de potenciales interesados, lo que a su juicio refleja un evidente interés del mercado.

Señaló que el plazo de tres meses dispuesto para el análisis de las bases y la preparación de propuestas pudo haber sido insuficiente para que las empresas, especialmente las aseguradoras internacionales, evaluaran adecuadamente su participación. En ese sentido, planteó que no se generaron las condiciones óptimas de seguridad y claridad para que estos actores se sintieran en condiciones de participar activamente en la licitación.

Asimismo, valoró que exista una segunda instancia de licitación y la eventual opción de un trato directo, pero enfatizó la necesidad de aprovechar de manera estratégica el interés que el tema ha despertado. Propuso, en línea con lo



planteado previamente por el diputado Romero, la realización de jornadas internacionales para convocar a grandes aseguradoras, similares al modelo del "*Chile Day*", como una forma de presentar y promover la MCC en otros países.

Subrayó que se trata de un seguro de alto impacto, considerando que actualmente hay alrededor de dos millones de personas con acceso limitado a coberturas muy específicas, mientras que la MCC contempla más de 2.300 prestaciones, lo cual amplía significativamente el universo de potenciales beneficiarios. Con ello, llamó a maximizar el interés actual del mercado en los meses que restan antes de la nueva licitación o, eventualmente, del proceso de trato directo.

El Director de Fonasa, señor Cid, confirmó que, al igual que en la instancia anterior, se realizará una consulta al mercado, con la intención de ampliarla significativamente. Esta vez, no sólo se incluirá a las aseguradoras que actualmente operan en Chile -ya sean nacionales o internacionales-, sino también a compañías aseguradoras internacionales que aún no tienen presencia en el país.

Coincidió con lo planteado por el diputado Romero respecto a que la MCC representa un modelo robusto y atractivo, tanto desde el punto de vista técnico como económico. Explicó que el proceso de licitación contempla varias etapas, y que los actores de los mercados -tanto prestadores como aseguradores- ajustan sus estrategias en función de estas fases. A modo de ejemplo, mencionó que las clínicas, al evaluar su participación, deben considerar el costo de oportunidad: en concreto, si les conviene más mantener camas vacías o ponerlas a disposición bajo las condiciones del precio MCC. Esta decisión, señaló, debería inclinarse hacia la participación, dado que actualmente existe capacidad ociosa en el sector privado.

Además, subrayó que Fonasa no está adoptando una actitud pasiva frente al resultado de la primera licitación. Por el contrario, se encuentran realizando un análisis integral sobre los principales problemas detectados: la necesidad de masividad, los riesgos de selección adversa y la estructura de redes de prestadores. A partir de este diagnóstico, se introducirán modificaciones sustantivas en las nuevas bases de licitación, con el objetivo de mejorar la participación del mercado y garantizar la viabilidad del modelo.

Finalmente, se refirió al elemento central del proceso: la prima. Aclaró que Fonasa no busca fijar este valor de antemano, ya que la intención es que sea determinado a través de un mecanismo de competencia transparente y abierto. Aunque cuentan con estudios y modelos referenciales, enfatizó que será la subasta



la que defina la prima más conveniente para las personas, asegurando así un diseño equitativo y sustentable del seguro complementario.

La Ministra de Salud abordó tanto los obstáculos identificados como las acciones que se están impulsando desde el ministerio para apoyar su implementación. Reafirmó el compromiso del Minsal con el trabajo conjunto junto a Fonasa, destacando que han estado activamente involucrados en conversaciones con los prestadores de salud, a fin de comprender y abordar sus dudas o resistencias frente a la posibilidad de adherirse a este nuevo modelo.

Entre las principales preocupaciones expresadas por los prestadores, mencionó el tema de los aranceles, aspecto que se espera resolver en la nueva versión de las bases de licitación. Asimismo, hizo referencia a la posición de las aseguradoras, quienes en su presentación ante la comisión señalaron que su participación estaba condicionada a la existencia de una red amplia y efectiva de prestadores, especialmente en la región Metropolitana de Santiago, donde se concentra gran parte de la oferta.

Indicó que tanto el director de Fonasa como el ministerio han mantenido conversaciones con aseguradoras y prestadores para abordar estos puntos críticos, destacando que lo que se requiere para avanzar es mayor certidumbre en torno al modelo. En este sentido, expresó su esperanza de que estas condiciones puedan ser satisfechas en la nueva convocatoria, para asegurar un proceso más exitoso y participativo.

Aprovechó la instancia para referirse también a la "ley corta de Isapres", defendiendo su rol como respuesta a una crisis sistémica heredada. Lamentó algunos de los conceptos vertidos respecto a la ley y recalcó que esta permitió resolver una situación compleja, marcada por un sistema con prestadores altamente endeudados y una dependencia crítica de las aseguradoras privadas, muchas de las cuales enfrentaban el riesgo de insolvencia.

Recordó que la normativa permitió reconocer formalmente las deudas de las Isapres, e introdujo condiciones que impiden a estas entidades retirar utilidades mientras no paguen la totalidad de las deudas con sus afiliados. A su juicio, se trató de una medida necesaria para garantizar la continuidad del sistema prestador y, con ello, la garantía del acceso a la atención de salud para toda la población.



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 **19:35** horas.

LEONARDO ENRIQUE LUEIZA URETA
Secretario Abogado (A) de la Comisión