

## **Minuta Ley Corta de Isapres – Consejo Consultivo**

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

Lunes 09/12/24

**Invitados:** Ministra de Salud – Superintendente Salud – Consejo Consultivo

### **Contexto**

El pasado **30 de noviembre venció el plazo** para que las ISAPREs informaran a sus afiliados sobre el **monto y plan de devolución** cobrado en exceso, generado después de la aplicación del **fallo de la Corte Suprema** a la Tabla Única de Factores (TUF). En comisión anterior el superintendente argumentó que hicieron todo lo que la ley les permitía para sacar adelante los mejores planes de pago posibles, pero fue duramente criticado.

La **ley corta de isapres, cuyo objetivo principal era dar viabilidad al fallo**, modifica el decreto con fuerza de Ley nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las siguientes materias: **crea un nuevo modelo de atención en el fondo nacional de salud (MCC)**, otorga **mayores facultades a la Superintendencia de Salud (SIS) para fiscalizar el pago de la deuda** de las ISAPREs con sus afiliados por el **cobro indebido de cotizaciones**, y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional con el mismo fin. Fue **aprobada el 13 de mayo por 39 votos a favor** (Senadora Órdenes aprueba), **3 en contra y 2 abstenciones** (Senador Juan Luis Castros se abstuvo) para ser **publicada el 24 de mayo**.

El fundamento principal de la ley fue dar viabilidad al fallo de la Corte Suprema sobre la Tabla Única de Factores (TUF) y prima GES, mitigando los efectos adversos de las sentencias en cuestión, para **evitar el colapso del sistema de salud**, vale decir, que las ISAPREs puedan pagar las deudas sin quebrar.

Es importante mencionar que se constituyó el **Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud** establecido por la ley corta. Considerar que este **consejo no es vinculante**, pero tiene como objetivo **asesorar a la SIS en el proceso de presentación, evaluación y aprobación de los planes de pago**

Es de suma importancia destacar que la ley corta de ISAPREs o Ley N°21.674 pone en la **Superintendencia de Salud, asesorada por el Consejo Consultivo** ya mencionado, la **responsabilidad de evaluar y aprobar los planes de pago de las ISAPres**, pudiendo rechazarlos e imponer una fórmula de pago inclusive si estos no cumplían las normativas establecidas.

## **Sobre el Consejo Consultivo**

Está integrado por 5 personas, 4 ratificados por el congreso (27 votos a favor, 1 en contra (Senadora Campillai) y 4 abstenciones) y uno designado presidencial:

- Paula Benavides Salazar (Presidenta)
- César Cárcamo Quezada
- Claudio Sapelli González
- Patricio Fernández Pérez
- Cristóbal Cuadrado Nahum (Designado por presidencia)

La ley corta modificó el DFL 1 del MINSAL, de esta manera, actualmente esta norma señala en su artículo **130bis** que el **consejo no es vinculante**, pero señala también, en el inciso 3° del mismo artículo 130bis, que “la Superintendencia **deberá justificar de forma clara y precisa la circunstancia de no integrar o rechazar las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo**”. Tiene la función de **asesorar a la superintendencia en la presentación, evaluación y aprobación de los planes de pago** y ajustes de las Instituciones de Salud Previsional, por restitución de cobros realizados en exceso por aplicar tablas de factores elaboradas por dichas instituciones distintas a la Tabla Única de Factores de la Superintendencia de Salud.

De acuerdo con lo publicado en la web de la SIS, hay **24 actas disponibles**, en la última se evidencia que quedó una sesión convocada para el recién pasado viernes 6/12 (**25 sesiones en total a la fecha**). En el **acta N°19 se deja constancia de la renuncia del consejero Cristóbal Cuadrado** designado por la presidencia (ex subsecretario de salud pública), pero no se registran los motivos. Por otro lado, en general las actas son más una síntesis de los acuerdos que actas como tal, pues la mayoría son de solo una página, vale decir, no hay acceso al registro de los debates del consejo, si es que los hubieron.

La última semana de agosto fueron enviadas las primeras recomendaciones del consejo a la superintendencia a partir del análisis de los planes de pago propuestos por las ISAPRES.

De acuerdo con publicaciones del miércoles **4 de diciembre**, en **La Tercera, Diario Financiero y el Mostrador**, el consejo habría recomendado a la SIS establecer un monto mínimo para cuotas de devolución, pero esto no fue acogido.

## **Comentarios y posibilidades de intervención**

### ***Sobre los plazos de devolución de montos cobrados en exceso***

El proyecto de ley ingresado por **el ejecutivo contemplaba un plazo máximo de 10 años** para los pagos de las deudas, así como de 2 años para mayores de 80 años y 6 años para mayores de 65. Tales plazos cambiaron, en el legislativo: se extendió a 13 años el general (**la derecha proponía 15**) y se disminuyó a 5 para los mayores de 65 en el congreso. Se planteó que las **instituciones de previsión podían quebrar**, lo cual colapsaría el sistema de salud privado, en condiciones sobre las cuales el público no sería capaz de absorber la demanda.

### ***Sobre los retiros de utilidades***

La ley corta señala en su artículo 6° que las Instituciones de Salud Previsional **podrán realizar repartición de dividendos o distribución de utilidades sólo si han pagado la totalidad de la deuda** de las cantidades percibidas en exceso referidas en la ley, y habiéndose certificado dicha circunstancia previamente por la Superintendencia de Salud.

Es necesario remarcar este punto, es relevante señalar que las ISAPRES no podrán realizar distribución de utilidades mientras no se haya pagado la totalidad de la deuda, vale decir, durante 13 años, no podrán realizar una repartición de dividendos, a menos que paguen antes

### ***Sobre la aplicación de la prima extraordinaria***

La prima extraordinaria es un monto que deberán pagar los cotizantes de ISAPREs por cada afiliado a su plan (es decir, si hay más cargas, como menores de edad, esta será más alta). De acuerdo con la ley, esta prima no puede superar el 10% por contrato respecto de la cotización para salud descontada de las remuneraciones, pensiones y rentas afectas a aquellas, correspondiente al mes de julio de 2023 o al momento de la aplicación de la prima extraordinaria si el contrato fuese posterior a dicha fecha.

En términos simples, la prima extraordinaria es la forma que tendrán las ISAPREs de traspasar la deuda a sus afiliados, en la medida que les permite aumentar sus ingresos, por lo cual es muy probable que la mayoría de las personas poco a poco vayan migrando a FONASA cuando sus planes aumenten de precio a causa de tales primas, sobre todo ahora que se está materializando una devolución que se observa como una burla

## Intervenciones en la comisión

- Con esta decisión de las ISAPREs, que pudieron utilizar mecanismos como el pronto pago para liquidar antes sus deudas, se demuestra que su único interés es llenarse los bolsillos. ¿Por qué si COLMENA pudo hacer un plan de pago a 10 años, y Nueva Mas Vida propone que el 66% de los afiliados a los cuales debe dineros tendrá saldada su deuda en 2025, otras como Cruz Blanca pagan en 156 cuotas de menos de \$1000?

- **En el oficio ordinario N°3 del consejo al super intendente, con fecha 26 de agosto de 2024, se señala en la página 16, sección “V. Recomendaciones” lo siguiente: “En cuarto lugar, se recomienda que la Superintendencia de Salud autorice la posibilidad de establecer un monto mínimo de pago mensual de la deuda a los afiliados, para generar un proceso eficiente y que los beneficie.” yo pregunto entonces, ¿cuáles fueron los motivos de la superintendencia para hacer caso omiso a esta recomendación?**

- Son cerca de 700mil afiliados los que deben recibir devoluciones, es comprensible que, dado el gigantesco monto total de la deuda, existan facilidades de pago, pero no puede ser que las ISAPREs se aprovechen y paguen en cuotas insignificantes.

- Las actas N° 18 y 19 publicadas en la web de la Superintendencia señalan la renuncia, con fecha 26 de septiembre, del consejero Cristóbal Nahum, que había sido designado por el ejecutivo. Las actas siguientes dan cuenta de que solo 4 consejeros continuaron sesionando, ¿por qué el ejecutivo no designó inmediatamente un reemplazo?

- Es inexplicable que la SIS y el consejo consultivo hayan dado el visto bueno a los planes de pago que hoy día se pueden ver publicados en prensa. Una entiende que se haya priorizado a los adultos mayores, pero no una burla de estas características a personas a las cuales les cobró demás en sus planes.
- Esto tiene un sentido de urgencia insoslayable, las ISAPREs no podrán retirar un peso de sus utilidades mientras no paguen su deuda completa, es inentendible que decidan pagar en cuotas mínimas durante 13 años. Una persona de 64 años, que no sabe si llegará sana a los 77 muy probablemente no alcanzará a disfrutar su dinero debido a los plazos tan largos.

- Artículo 3 señala: “***Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deberá fijar un plan de pago y ajustes, previa consulta al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta días. En este caso, la Superintendencia podrá sujetar a la Institución de Salud Previsional al régimen especial de supervigilancia y control que establece el artículo 221 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades allí indicadas.***”

### **Cuñas para prensa**

- El superintendente ha señalado que los planes de pago son dinámicos, esperemos que esa dinámica favorezca a los afiliados y no a las ISAPRES con más facilidades para seguir dilatando este proceso, aquí el dinamismo debe operar si o si para las víctimas de la usura de las ISAPRES, así lo determinó la corte suprema.

- Yo quiero emplazar a los dueños y controladores de las ISAPREs a que se hagan responsables, el fallo de la corte suprema fue claro, ustedes cobraron demás a sus afiliados de manera ilegal ¿Dónde está la plata de los 700.000 chilenos? ¿Ustedes tienen ganancias millonarias y los ciudadanos reciben pagos de \$450 mensuales? Debería darles vergüenza.

- Hago un llamado a la sensatez por parte de las ISAPREs, las deudas por montos menores deberían ser pagadas en una sola cuota, es absurdo pagar deudas de 1 UF en más de 10 años, pero también a la superintendencia. Esta institución tiene las facultades y la responsabilidad de exigir pagos que no sean una burla.

- Acá se necesita que la superintendencia use de mejor manera las herramientas que la ley corta le ha otorgado, necesitamos que la institucionalidad creada para fiscalizar a las ISAPREs cumpla su función y FISCALICE en defensa de la gente.

- Los senadores estamos analizando los antecedentes, esta es la segunda vez que sesionamos con respecto a este tema tan delicado, queremos saber las razones y causas del problema, y sobre quien puedan recaer responsabilidades, las haremos caer. Como parlamentarios le exigimos al ejecutivo que utilice las herramientas administrativas para solucionar esto, porque tienen las herramientas y esto tiene sentido de urgencia, la vía legislativa ya hizo su parte.

## **Minuta Listas de Espera – Ley de Presupuesto**

Senadora Ximena Órdenes N  
Asesor Pablo Flores U

### **Contexto**

De acuerdo con información entregada por asesor de presupuestos del equipo, **no existe un informe final** de la Glosa Presupuestaria N° 06 sobre Listas de Espera No Ges y garantías de oportunidad GES retrasadas, puesto que Hacienda lleva el tema al Tribunal Constitucional. De todos modos, se da cuenta de los acuerdos relativos a listas de espera en el marco de la tramitación de la ley de presupuesto.

### **Compromisos del ejecutivo Ley presupuesto 2025 – Listas de Espera**

Se informarán a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado durante **enero 2025** las metas en cuanto a reducción de casos en listas de espera para el año 2025, los cuales deberán estar **desagregadas por región**, debiéndose informar en el mes de **diciembre de 2025 los resultados alcanzados y las metas para el año 2026**. Dicha desagregación también deberá considerar las personas que se han incorporado a las listas de espera en 2025.

Adicionalmente, se presentará una indicación que establece que el programa de **Contingencia Operacionales se incrementará en \$73.000 millones** sujeto a la entrada en vigencia del proyecto de ley de licencias médicas de grandes emisores (Boletín N°14.845-11).

A esto se suma la indicación que faculta al mismo programa **recibir recursos desde los Gobiernos Regionales** para financiar gastos en bienes y servicios de consumo transitorios y/o por única vez.

Para lo anterior, se deberá también conformar un **Consejo de Seguimiento**, con representantes del Congreso Nacional, Ministerio de Salud, Colegio Médico, Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuestos, Colegio Médico, Fonasa, Asociación de Clínicas, Comisión Nacional de Evaluación y Productividad y representantes de la academia.

### **Comentarios para intervención**

- Enfatizar en la importancia de que efectivamente se conforme el Consejo de Seguimiento. Hemos visto que las listas de espera no se han logrado agilizar de forma prudente en el periodo post pandemia, por lo cual un Consejo de Seguimiento que levante las alertas cuando las listas sobrepasen tiempos de espera razonables es algo sumamente necesario. Y no solo para levantar alertas, sino para proponer soluciones y monitorear de manera constante.
- Es un gran avance que exista un compromiso para hacer una indicación que faculte al programa de Contingencias Operacionales para recibir recursos

desde los Gobiernos Regionales, este nivel de gobierno subnacional muchas veces tiene mejor conocimiento de su territorio y sabe donde hacen más falta los recursos.

- Las listas de espera deben ser gestionadas con mayor celeridad, la mediana de espera para consulta médica de nueva especialidad a octubre 2024 era de 261 días, mientras que la quirúrgica alcanzaba 290 días según los datos publicados por MINSAL en el visor ciudadano. Por eso es tan importante no solo asignar presupuesto cuyo enfoque directo sea esta materia, si no también ejecutarlo de manera eficiente.

Martes 03 diciembre 2024

## **Minuta Asignación Especial Técnica del área de la salud**

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

**Boletín:** 17075-11

### **Asisten:**

Confederación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos de Enfermería de Chile (**CONAFUTECH**); *Confederación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud (FENTESS)*<sup>1</sup>, y Confederación **FENATS UNITARIA**;

**Estado:** Segundo trámite constitucional – Aprobado casi con unanimidad en cámara (solo una abstención)

**Materia:** Otorga una asignación especial técnica del área de la salud, a funcionarios que indica.

### **Contexto:**

Proyecto con iniciativa en mensaje presidencial para crear una asignación al personal técnico de salud como acuerdo entre el gobierno y los gremios en la Mesa del Sector Público (MSP) CUT Chile.

Su incorporación permitirá reconocer a casi 50 mil personas de los estamentos técnicos con montos que van de los \$45.000 a los \$100.000 mensuales según los grados de la escala no profesional, con un año inicial de transición (2025) donde serán \$31.000 mensuales para cada persona sin importar grado. Estos montos se reajustarán en la misma oportunidad y porcentaje de los reajustes generales de remuneraciones que se otorguen a los trabajadores del sector público a partir del 2do año.

De acuerdo con el oficio enviado desde la cámara, esta asignación sería imponible, por lo cual a ella se deben hacer los descuentos legales correspondientes, vale decir cerca del 17%. Lo cual se traduce en que los montos líquidos serían entre \$37.350 y \$83.000.

Cabe destacar que de acuerdo con distintos sitios web laborales, un Técnico en Enfermería de Nivel Superior (TENS) de jornada completa gana en promedio entre \$550.000 y \$650.000, por lo cual en algunos casos la asignación puede asimilarse a un aumento del 9% del sueldo. Muchos de ellos hacen turnos extra para aumentar sus ingresos, lo cual perjudica sus vidas familiares.

### **Comentario:**

Los establecimientos de salud cuentan con una serie de especialistas de distintos niveles y si bien los médicos de especialidad tienen sueldos muy altos, un técnico de nivel superior apenas supera el sueldo mínimo pese a tener en general 2 años de estudios, por lo cual en general hacen dobles turnos para aumentar sus ingresos. Por otro lado, realizan labores en 4° o 3° turno, lo cual los obliga a realizar jornadas continuas de 12 horas y a veces

---

<sup>1</sup> Vienen Armando Gacitúa y Claudia Farías desde Aysén, conviene saludarles especialmente con alguna mención a la zona, celebrando por ejemplo la aprobación presupuestaria para el angiógrafo que podría atender a cerca de 600 personas en la región y estaría operativo en 2026 de acuerdo con el Diario Regional Aysen (7 de octubre 2024)

nocturnas, por lo cual dar esta asignación es un mínimo para mejorar sus condiciones de vida.

El hecho de que la mayoría de los gremios de la salud apoyen esta iniciativa es una buena señal. Por otro lado, la asignación se entregará solo al personal de jornada completa, excluyendo a quienes trabajan por media jornada (22 hrs semanales, por ejemplo), lo cual deja en desventaja a estas modalidades de contratación y también a aquellos trabajadores tercerizados mediante la fórmula de compra de servicios que utilizan muchos centros de atención en salud para cubrir el ausentismo laboral, pues los trabajadores tercerizados no son considerados en esta asignación.

#### **Propuestas de intervención:**

- *El estamento técnico de la salud está compuesto por las personas más esforzadas del sector. Son quienes desarrollan las labores más desgastantes del cuidado en hospitales, consultorios, ambulancias y centros de atención de todos los niveles. Ellos son la primera línea, haciendo incluso el aseo corporal de las personas que no pueden asearse a sí mismas. Me alegra que el gobierno esté entregando este reconocimiento que apunta a nivelar hacia arriba y de forma sostenida en el tiempo.*
- *Me hubiera gustado que esta asignación no fuera imponible, en la discusión de la comisión de salud de la cámara se levantó también esta inquietud, toda vez que de esta manera los técnicos verían un aumento más nítido en el presente. Finalmente, al hacer los descuentos legales se reduce el aumento visible de sueldo.*
- *Si bien en los CESFAM o CECOF efectivamente las y los técnicos suelen tener jornadas normales de 44 horas en sus trabajos, la realidad indica que, en establecimientos de mayor complejidad, como SAMU u hospitales, la mayoría trabaja en modalidad de 4° o 3° turno haciendo más o menos de 44 horas dependiendo de la semana. Quienes trabajen en esta modalidad ¿van a ser considerados para la asignación o el ejecutivo pretende excluirlos?*
- *Entiendo que en la discusión dada en la comisión de salud de la cámara hubo resquemores por el tema de las 44 horas, ¿cuál es la razón del ejecutivo para no incorporar a quienes están contratados solo por media jornada?*

**Martes 17 de diciembre de 2024**

## Minuta Ley de Eutanasia

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

26 de noviembre de 2024

**Asistencia:** Ministra de Salud

**Boletín:** 9644-11 | 11745-11 | 11577-11 | 7736-11 Refundidos

**Autores:** En su origen Adriana Muñoz y Gaspar Rivas, pero se han sumado muchos otros legisladores en los otros proyectos dado que está refundido.

**Materia:** Derecho a optar voluntariamente para recibir asistencia médica con el objeto de acelerar la muerte en caso de enfermedad terminal e incurable.

“Establece el derecho a la eutanasia, regula las condiciones para su ejercicio, y modifica en conformidad a ello el Código Penal” (11745-11)

### Contexto:

Las primeras mociones legislativas para abordar la eutanasia o muerte digna, fueron a principios del 2000, en concordancia con el proceso de apertura de la política nacional, donde se empezaron a abordar los temas “valóricos”. Pese a ello, en 2012 quedó vigente la Ley N°20.584 sobre Deberes y Derechos del Paciente, la cual en sus artículos 14 y 16 cerró las diversas posibilidades de eutanasia en Chile.

### Dato relevante:

En 2019 el Colmed realizó la “Encuesta de opinión acerca de la muerte asistida medicamente”. De acuerdo a los resultados, el 77% de los doctores y doctoras está de acuerdo con que se permita la eutanasia a los pacientes víctima de un sufrimiento intolerable, ocasionado por una enfermedad incurable, y que tengan acceso a los mejores cuidados paliativos.

### Comentario:

Este proyecto que viene desde **2011** y ha pasado por varios esfuerzos para ser aprobado a lo largo de diversos periodos legislativos sin llegar a puerto, incluso ha sido revisado por la corte suprema. Actualmente se encuentra en segundo trámite constitucional, y es poco probable que se discuta hoy por la extensión de la sesión.

La discusión política es de larga data, donde los sectores más conservadores del espectro político tienden a oponerse de manera sistemática bajo el argumento de estar “a favor de la vida”, sin embargo, los sectores más progresistas lo impulsan a propósito de la vida “digna”, proponiendo que vivir sufriendo eterna y constantemente no se justifica, además de que se debiera respetar la decisión de cada quien, en vez de extender la vida contra su voluntad.

Por otro lado, cabe destacar que el proyecto regula la eutanasia en caso de enfermedad terminal e incurable, vale decir, un universo bien acotado de personas.

### Posibilidades de Intervención:

- La encuesta CADEM de julio de este año arrojó que un 70% de la población se muestra a favor de la eutanasia, la pregunta entonces es: ¿por qué negar a la sociedad algo que se valora positivamente?
- El presidente Boric anunció en su cuenta pública que daría urgencia a este proyecto, la oposición por su parte denuncia que se está llevando la discusión política a un tema polémico y valórico, sin embargo, si el 70% de los chilenos se muestra a favor de esta idea, nuestra labor como parlamentarios es abrir el debate.
- Ningún profesional de la salud debe estar obligado a implicarse moralmente en el asesinato de una persona, sin embargo, aliviar enfermedades terminales podría llegar más allá de los cuidados paliativos, nadie habla de autorizar procedimientos dudosos, sino de establecer protocolos estrictos que permitan a personas adultas decidir sobre su propia vida.
- La vida se debe poder vivir dignamente, no estando impedido de desarrollarla y dependiendo de asistencia constante y permanente por parte del personal de salud. Este proyecto no impide a nadie luchar hasta el último minuto por recuperar su salud, sino que, por el contrario, entrega una herramienta de paz a quienes no quieren continuar alargando un sufrimiento constante.
- Los costos de mantener una vida llena de sufrimiento son sumamente altos, y no estoy hablando de dinero, hay costos emocionales para las familias y todos quienes se relacionan con la persona enferma. Si en algún momento toman una decisión tan difícil, el Estado no puede impedirselos de forma sistemática, siempre se debe respetar la decisión de cada uno sobre su vida.

**Martes 10 de diciembre 2024**

## **Minuta Superintendencia - Ley Corta de Isapres**

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

Martes 03/12/24

**Invitado: Víctor Marcelo Torres Jeldes**, médico cirujano y académico, militante DC, y líder del progresismo en tal partido. Superintendente de Salud desde abril de 2022

### **Contexto**

El pasado **30 de noviembre venció el plazo** para que las ISAPREs informaran a sus afiliados sobre el **monto y plan de devolución** cobrado en exceso, generado después de la aplicación del fallo de la Corte Suprema a la Tabla Única de Factores (TUF).

La **ley corta de isapres** modifica el decreto con fuerza de Ley nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las siguientes materias: **crea un nuevo modelo de atención en el fondo nacional de salud (MCC)**, otorga **mayores facultades a la Superintendencia de Salud (SIS) para fiscalizar el pago de la deuda** de las isapres con sus afiliados por el **cobro indebido de cotizaciones**, y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional con el mismo fin. Fue **aprobada el 13 de mayo por 39 votos a favor** (Senadora Órdenes aprueba), **3 en contra y 2 abstenciones** (Senador Juan Luis Castros se abstuvo) para ser **publicada el 24 de mayo**.

El fundamento principal de esta ley fue dar viabilidad al fallo de la Excelentísima Corte Suprema sobre la Tabla Única de Factores (TUF) y prima GES, mitigando los efectos adversos de las sentencias en cuestión, para **evitar el colapso del sistema de salud**, vale decir, que las ISAPREs puedan pagar las deudas sin quebrar.

Es importante mencionar que se constituyó el **Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud** establecido por la ley corta. Considerar que este **consejo no es vinculante**, pero tiene como objetivo **asesorar a la SIS en el proceso de presentación, evaluación y aprobación de los planes de pago**

Una de las propuestas establecidas en la ley corta es que las ISAPREs debían presentar Planes de Pago y Ajuste de sus deudas a la Superintendencia. El Consejo Consultivo inició su trabajo revisando las **cuatro propuestas de Plan de Pago y Ajuste**, que fueron ingresadas el 7 de julio, por las **ISAPREs Consalud, Cruz Blanca, Fundación y Nueva Masvida**, para lo cual contaron con 30 días en los que se debió emitir un informe con recomendaciones al Superintendente de Salud (7 de agosto). A partir de ese día, la SIS tenía

10 días para pronunciarse fundadamente sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación.

Es de suma importancia destacar que la ley corta de ISAPREs o Ley N°21.674 pone en la **Superintendencia de Salud, asesorada por el Consejo Consultivo** ya mencionado la **responsabilidad de evaluar y aprobar los planes de pago de las ISAPREs**, pudiendo rechazarlos e imponer una fórmula de pago inclusive si estos no cumplían las normativas establecidas.

### **Comentarios y posibilidades de intervención**

#### ***Sobre los plazos de devolución de montos cobrados en exceso***

El proyecto de ley ingresado por el ejecutivo contemplaba un plazo máximo de 10 años para los pagos de las deudas, así como de 2 años para mayores de 80 años y 6 años para mayores de 65. Tales plazos cambiaron, en el legislativo: se extendió a 13 años el general y se disminuyó a 5 para los mayores de 65 en el congreso. Se planteó que las instituciones de previsión podían quebrar, lo cual colapsaría el sistema de salud privado, en condiciones sobre las cuales el público no sería capaz de absorber la demanda.

#### ***Sobre los retiros de utilidades***

La ley corta señala en su artículo 6° que las Instituciones de Salud Previsional podrán realizar repartición de dividendos o distribución de utilidades **sólo si han pagado la totalidad de la deuda** de las cantidades percibidas en exceso referidas en la ley, y habiéndose certificado dicha circunstancia previamente por la Superintendencia de Salud.

Es necesario remarcar este punto, es relevante señalar que las ISAPRES no podrán realizar distribución de utilidades mientras no se haya pagado la totalidad de la deuda, vale decir, durante 13 años, no podrán realizar una repartición de dividendos

#### ***Sobre la aplicación de la prima extraordinaria***

La prima extraordinaria es un monto que deberán pagar los cotizantes de ISAPREs por cada afiliado a su plan (es decir, si hay más cargas, como menores de edad, esta será más alta). De acuerdo con la ley, esta prima no puede superar el 10% por contrato respecto de la cotización para salud descontada de las remuneraciones, pensiones y rentas afectas a

aquellas, correspondiente al mes de julio de 2023 o al momento de la aplicación de la prima extraordinaria si el contrato fuese posterior a dicha fecha.

En términos simples, la prima extraordinaria es la forma que tendrán las ISAPREs de traspasar la deuda a sus afiliados, en la medida que les permite aumentar sus ingresos, por lo cual es muy probable que la mayoría de las personas poco a poco vayan migrando a FONASA, a medida que sus planes aumenten de precio a causa de tales primas, sobre todo ahora que se está materializando una devolución que se observa como una burla por parte de los usuarios.

### **Comentarios de cierre**

- Hoy se está viendo cómo las ISAPREs, de forma descarada, pagan sus deudas en cuotas irrisorias. ¡Hay personas que recibirán cuotas de \$1000 mensuales! ¿Cómo es posible que se aprobara un plan de pago de esas características?
- La ley no estableció en ninguna parte que las cuotas debían ser iguales, lo cual ha abierto un espacio para que algunas ISAPREs propongan planes de pago donde las primeras cuotas son por montos menores que las últimas. Cruz Blanca por ejemplo, informan algunos cotizantes, envió una propuesta donde las 60 primeras cuotas son por montos bajísimos, para recién al mes 61 ir aumentando progresivamente el pago.
- Las Isapres también deben hacerse responsables de la indignación de la ciudadanía, es cierto que la Ley Corta fija un marco, pero cada isapre puede definir mejores planes de pago. La prioridad está puesta en las personas mayores de 65 y 80 años, pero eso no puede significar que algunas personas reciban 150 cuotas de menos de \$1000 cada una.
- Es cierto que si se hubiera materializado un colapso, vale decir, una quiebra de las ISAPREs, los afiliados no hubieran recibido ninguna devolución, sin embargo se debe insistir en que no es posible que deudas pequeñas se paguen en cuotas ínfimas. Una modificación razonable apuntaría que los monto adeudados muy pequeños deban ser pagados en plazos menores.
- Son cerca de 700mil afiliados los que deben recibir devoluciones, es comprensible que, dado el gigantesco monto total de la deuda, existan facilidades de pago, pero no puede ser que las isapres se aprovechen y paguen en cuotas insignificantes.

- Es inexplicable que la SIS y el consejo consultivo hayan dado el visto bueno a los planes de pago que hoy día se pueden ver publicados en prensa. Una entiende que no se haya revisado caso a caso y que se haya priorizado a los adultos mayores, pero no permitir una burla de estas características a personas a las cuales les cobraron en exceso no tiene ningún sentido.
- Si los pagos se realizan de la forma en que se está haciendo las personas no solo van a recurrir a dejar sus reclamos en la superintendencia, esto se va a judicializar otra vez.

## **Ley Integral de Salud Mental**

Senadora Ximena Órdenes N  
Asesor Pablo Flores U

**Boletín N° 17003-11**  
**Iniciativa en el ejecutivo**

El PDL está en la comisión desde el 06 agosto, se ha puesto en tabla en 9 ocasiones, y se espera iniciar su discusión particular antes de que termine el año, se aprobó en general en la sesión anterior y se abrió un plazo de indicaciones hasta el 6 de enero.

La OMS define la salud mental como «un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad»

### **Resumen de contenido y actuación del PDL**

De acuerdo con el mensaje presidencial 145-362, el proyecto modifica los siguientes (5) cuerpos legales:

Ley N°21.331 del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental **2021**<sup>1</sup>

Código Sanitario **1967**\*

Ley N°20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud **2012**\*

Ley N°18.600 Establece Normas Sobre Deficientes Mentales **1987**\*

Ley N° 19.925 Sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas **2004**\*

Por otro lado, acorde al Informe Financiero (IF) se introducen modificaciones a al menos 6 ministerios, el Servicio Nacional de Protección Especializada de la Niñez y la Adolescencia, las Corporaciones Judiciales y las Fuerzas de Orden y Seguridad Públicas.

Ministerios implicados:

1. Salud
2. Educación
3. Trabajo y Previsión Social
4. Vivienda y Urbanismo
5. Desarrollo Social y Familia
6. Justicia y DD.HH
7. Ministerio encargado de la Seguridad Pública (en trámite).

El mismo documento señala que el proyecto en general contempla la Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción. Tal política será creada por un comité interministerial e irrogará un gasto de M\$2.865.872 en su implementación, lo cual incluye la creación de cargos públicos en las corporaciones judiciales<sup>2</sup> para su ejecución.

---

<sup>1</sup> Son los años de aprobación o publicación de tales cuerpos legales

<sup>2</sup> Existen críticas respecto a que sería muy poco incluir personal solo en las CAJ por la envergadura del proyecto

De acuerdo con el mensaje presidencial, el PDL puede ser resumido en los siguientes puntos:

### **1. Resguardo de la salud mental de la población**

Busca promover y proteger la salud mental y bienestar de todas las personas durante el desarrollo de su vida, con pleno respeto a la dignidad y de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de la República y los Tratados Internacionales suscritos por Chile.

### **2. Principios transversales de protección a la salud mental**

Se reconoce que el principio rector en la aplicación e interpretación de la presente ley son los derechos fundamentales de las personas. Además, se establece que aplicarán los principios consagrados en el artículo 3 de la ley N° 21.331 y los principios de cooperación, coordinación, igualdad de derechos y equidad de género, participación y diálogo social y trato paritario, consagrados en el artículo 3 del proyecto de ley.

### **3. Acciones del Estado y sus organismos para la promoción y protección de la salud mental**

Se establecen deberes generales del Estado para promover y proteger la salud mental y el bienestar de la población; y la inclusión social de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental. Además, se incorporan medidas intersectoriales de promoción y protección de la salud mental en diversos sectores, estableciendo deberes específicos para los Ministerios implicados.

### **4. Cuidados de salud mental de tipo sanitario y sociosanitario**

Se reconoce que los cuidados de salud mental pueden ser de tipo **sanitario o sociosanitario**. Mientras que los primeros se proveen en servicios ambulatorios u hospitalarios integrados a la Red Nacional de los Servicios de Salud, los segundos se otorgan en **residencias sociosanitarias** que brindan cuidados en salud mental.

Respecto de estas últimas, el PDL incorpora la exigencia de requisitos mínimos para su instalación y funcionamiento, los que serán determinados tanto por el Ministerio de Salud, como el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

### **5. Derecho a la atención preferente en las Corporaciones de Asistencia Judicial (CAJ)**

Para las personas con discapacidad psíquica o intelectual en los procedimientos relacionados con el ejercicio de sus derechos y en los procedimientos ante Tribunales de Familia por hospitalización involuntaria.

## **6. Nueva institucionalidad destinada a promover y proteger la salud mental**

Para crear las condiciones necesarias de protección y promoción de la salud mental, se crea un marco institucional compuesto por:

(i) **La Política Nacional de Salud Mental**, que contendrá un diagnóstico de la población y establecerá los objetivos y lineamientos que deberá seguir el Estado para la debida promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

(ii) **El Plan de Acción Interministerial de Salud Mental**, que contendrá las acciones específicas que los órganos del Estado deberán ejecutar para dar cumplimiento a los objetivos y lineamientos establecidos en la Política.

(iii) **El Comité Interministerial de Salud Mental**, cuya función principal será elaborar la Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción, y estará integrado por diez Ministerios, siendo presidido por el ministro o ministra de Salud.

Asimismo, se perfecciona la regulación de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y sus Comisiones Regionales, que pasan a denominarse Comisión Nacional de Protección de Derechos en Salud Mental y Comisiones Regionales de Protección de Derechos en Salud Mental, respectivamente. En particular, se delimitan sus funciones, aclarando que **a la Comisión Nacional le corresponde asesorar a la autoridad y a las Comisiones Regionales otorgar atención y orientación a las personas usuarias.**

## **7. Atributos especiales de los servicios asistenciales de salud mental**

Se establece que los cuidados de salud mental deberán integrarse con otras prestaciones de salud en todos los niveles de atención, teniendo especial consideración las características de cada territorio y su población.

Del mismo modo, se preceptúa que el Sistema Nacional de Servicios de Salud dispondrá de un conjunto de prestaciones para el cuidado de la salud mental en todas las etapas de la vida. En este contexto, se reconocen para los distintos niveles de atención, los atributos y características con que deben contar los servicios asistenciales de salud mental, los que se regirán por las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud.

## **8. Reforzamiento del derecho de las personas a tomar sus propias decisiones en materia de salud mental**

Se introducen modificaciones legales que buscan reforzar el derecho de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental a decidir en aspectos relacionados con su salud. En este sentido:

(i) Se perfeccionan las reglas sobre el consentimiento libre e informado, contenidas en la ley N° 21.331.

(ii) Se suprimen las reglas de curaduría provisoria de bienes de las personas hospitalizadas en establecimientos psiquiátricos contenidas en el Código Sanitario.

(iii) Se elimina la calidad de reservado de los libros, fichas clínicas y documentos que se encuentren en los establecimientos psiquiátricos.

(iv) Se suprime la posibilidad de aplicar tratamientos invasivos o irreversibles sin el consentimiento de la persona, pero con el informe favorable del comité de ética.

## **9. Sistematización de las normas sobre hospitalización psiquiátrica**

Con el objeto de otorgar mayor claridad a los operadores del sistema, se sistematizan las normas sobre hospitalización psiquiátrica que, actualmente, se encuentran distribuidas tanto en la ley N° 21.331, como en el Código Sanitario. Además, se eliminan las normas sobre hospitalización psiquiátrica contenidas en la ley N° 19.925.

## **10. Plan de Desinstitucionalización**

Complementando los avances incorporados por la ley N° 21.331, se establece que el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social y Familia elaborarán un Plan de Desinstitucionalización que tendrá por objeto diseñar el proceso de cierre o transformación de los establecimientos psiquiátricos asilares o de atención segregada en salud mental, de manera de garantizar el derecho a la vida independiente y en comunidad de las personas. Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud contendrá las reglas que regularán dichos procesos.

## **11. Facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud**

Se aclara que la Superintendencia de Salud fiscalizará el cumplimiento de la ley N° 21.331, en los mismos términos que los señalados en la ley N° 20.584.

## **12. Actualización de la ley N° 18.660**

Se modifica el nombre de la ley N° 18.660 y se suprimen algunos artículos por considerar que se utiliza términos obsoletos y discriminatorios. Además, se adecúa la definición de “persona con discapacidad” y la manera de calificarla y acreditarla, haciéndola concordante con la ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

### **Comentarios<sup>3</sup>**

De acuerdo con el [Termómetro de salud mental de la Universidad Católica, uno de cada cuatro chilenos presenta síntomas de ansiedad](#), un 25% de la población chilena presenta síntomas de ansiedad.

De acuerdo con los datos del estudio, un 57,1% de quienes reportaron síntomas de ansiedad manifestaron haber tenido necesidad de consultar a un profesional de salud

---

<sup>3</sup> Cabe destacar que el 12/11 la sala autorizó a la comisión para discutir en general y en particular con ocasión del trámite reglamentario del primer informe

mental en el último año. Un 44% logró realizar esa consulta en los últimos doce meses y actualmente el 23% se encuentra en tratamiento.

El mismo estudio informa que el 13.1% de los consultados reporta síntomas de depresión. Por otro lado, de acuerdo con la OMS, la tasa de enfermedades mentales en Chile es de 23,6%, según cifras de la Encuesta Nacional de Salud al 2022.

El proyecto se observa en general como un cambio al sistema en su conjunto al intentar equiparar la salud mental con la física en cuanto a su relevancia. Su perspectiva integral es sumamente relevante, pues el problema público se aborda transversalmente.

La consideración estructural al decidir modificar todos los cuerpos legales que modifica asegura la multiplicidad de perspectivas, obligando a colaborar entre ellos no solo a los ministerios y servicios públicos mencionados, sino también al poder judicial en el ámbito de las personas inimputables que requieren atención de salud mental.

Por otro lado, la arista de las residencias sociosanitarias, es muy bien tratada de forma multidisciplinaria, dado que quienes son asistidos en tales residencias no sólo requieren atención en salud, sino también colaboración social para su reinserción.

El proyecto también apunta a disminuir la estigmatización de las personas con problemas de salud mental y toma en cuenta la demencia senil dentro de sus objetivos, abriendo el camino hacia la creación de establecimientos públicos asilares, dado que actualmente no existen en el país.

La propuesta de atención ambulatoria y domiciliaria de salud mental establecida en título IV del proyecto de ley del ejecutivo es una propuesta en línea con recomendaciones internacionales. Se propone como la consecuencia lógica tras el avance hacia la desinstitucionalización que el mismo proyecto de ley propone.

El enfoque biopsicosocial está muy presente en el proyecto en general, lo cual va en línea con los avances más recientes en el campo, que poco a poco dejan atrás el enfoque biomédico para abordar los problemas de salud mental como algo indiscutiblemente influido por el ambiente en el que se desarrollan las personas.

### **Comentario y opciones de intervención**

En general se observa como un proyecto que apunta en la dirección correcta, pero al cual le faltan varios elementos que le permitan alcanzar correctamente sus objetivos. El principal obstáculo que enfrenta tiene que ver con los recursos financieros que están prácticamente ausentes.

Por otro lado, un tema al cual no se hace mención tiene que ver con la inclusión laboral de las personas con problemas de salud mental. Algunos expositores señalaron la importancia de lo laboral para superar depresiones u otros trastornos, argumentando que tener una rutina establecida y sentirse un aporte a la sociedad es parte fundamental de una mente saludable.

- + En reuniones anteriores de la comisión el Director de FONASA señaló que se registran cerca de 2450 profesionales de la psiquiatría en el país pero sólo 50 tienen convenio con el Fonda Nacional. ¿Cómo es posible esto? Este proyecto de ley está lleno de buenas intenciones, pero para ir a lo concreto ¿Cómo se hace cargo del acceso a psiquiatras por parte de la población? Voy a aprobar para abrir el debate y presentar este tipo de situaciones en las indicaciones.
- + Hemos escuchado diversas exposiciones para este proyecto de ley, la mayoría de ellas coincide en que la salud mental se debe abordar desde un paradigma biopsicosocial, dónde las determinantes sociales también sean consideradas. Yo estoy por aprobar este proyecto, pero para mejorarlo, porque no menciona este tipo de alcances en toda su redacción.
- + Este proyecto va en la dirección correcta pero no considera los recursos adecuados para su implementación, creo que existe cierto nivel de acuerdo en que debemos aprobar todo lo que vaya a favor de mejorar la salud mental de la ciudadanía, pero el ejecutivo debería poner los recursos en este tipo de iniciativas que son fundamentales. La cifra que menciona el informe financiero es de M\$2.865.872, lo cual es totalmente insuficiente para la transformación que requiere el sistema de salud.
- + Desde el Observatorio de Salud Mental Chile señalaron en esta misma comisión hace unas semanas que los problemas de salud mental se pueden clasificar en transitorios o permanentes y sugirieron incorporar esta forma de redacción al proyecto, creo que es relevante hacer ese tipo de alcances mediante indicaciones una vez se apruebe en general.
- + Quiero destacar que en esta comisión hemos recibido y escuchado a (*mencionar algunas*)
  1. Sociedad Chilena de Salud Mental
  2. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
  3. Escuela de Salud Pública UChile
  4. COLMED
  5. Observatorio Salud Mental Chile
  6. Instituto Psiquiátrico Horwitz
  7. CORFADICH
  8. Instituto Iberoamericano de Reducción de Daños

Agradezco a todas las instituciones y organizaciones que han venido a manifestar sus puntos de vista sobre este proyecto, he estado atenta a sus ideas, las voy recogiendo para presentar indicaciones, espero que este proyecto avance más allá de ser una declaración de intenciones.

**Martes 10/12/24**

## Minuta PL - Licencias Médicas

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

Miércoles 18 de noviembre de 2024

**Iniciativa:** Mensaje Presidencial Sebastián Piñera 2022 al Senado

**Etapas:** Comisión Mixta por rechazo de 3 modificaciones

**Boletín:** 14845-11

### Contextualización:

- Tuvo su tercer trámite, se aprobaron modificaciones de la cámara con excepción de algunas que se tratarán en esta comisión mixta. Está en marco de los PL de reforma de salud por ley corta.
- Existe acuerdo para hacer avanzar el proyecto, pero aún hay reparos respecto de las sanciones hacia los contralores médicos por no considerarlas suficientes, pues el ejecutivo mantiene lo establecido en cámara por ellos. **(N°6 cámara art. 8).**
- El documento “**Compromisos del ejecutivo ley de presupuestos del sector público para el año 2025**” señala en que, para agilizar listas de espera, el ejecutivo presentará una indicación que establece que el programa de Contingencia Operacionales se incrementará en **\$73.000 millones sujeto a la entrada en vigencia de este proyecto de ley**, lo cual pone presión para despacharlo.

### Comentarios:

En reuniones con asesores, respecto al artículo 1°, el ejecutivo señala que no se debería perseverar en la prohibición de emisión de licencias a médicos que se encuentren en el extranjero debido a que la telemedicina lo permite y lo importante es detectar las que no tienen fundamento médico. Por otro lado, esto irrogaría un mayor gasto que no está considerado y además está fuera de las ideas matrices.

Sobre el 3ro transitorio, existe acuerdo para dejar 90 días para incorporarse al Registro Nacional de Prestadores (RNP) y/o dar EUNACOM. Si no está en el RNP y/o no ha aprobado EUNACOM, no puede emitir licencias. Afectaría a un 4% de médicos pero es regularizable.

Persiste conflicto entorno al artículo 8vo, al respecto, ejecutivo sostiene que el Decreto Supremo 3, que aprueba reglamento de autorización de licencias médicas por las COMPIN e ISPREs, regula el tema para los contralores en las ISAPREs pero no hay mención explícita a los contralores en tal norma. Ejecutivo plantea que no tiene sentido ir contra los contralores en específico si no más bien contra las ISAPREs como institución, asumiendo responsabilidades en casos viciados. La sugerencia es intentar llegar a acuerdo para no trabar el proyecto disminuyendo un poco las multas y suspensiones o redirigiendo a la institución más que al contralor personalmente.

**Propuesta de solución n°6 art 8:** Mantener explicitado en la ley la facultad **de investigación de oficio** para la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). **Letra a) columna senado.** Pero disminuir las sanciones económicas y suspensiones para contralores de la COMPIN debido a que ellos pueden ser sometidos a sumarios e investigaciones sumarias. No vale la pena oponerse a las sanciones a los contralores de ISAPREs

A continuación, datos del PL para considerar en intervenciones:

1. Establece como requisitos para emitir licencias médicas (LM) estar inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales y haber aprobado el EUNACOM, con el fin de elevar los estándares de calidad y transparencia. (Esto fue bien valorado por el COLMED, aunque hace críticas al pdl) - **N°1 en el comparado**
2. Aborda la emisión de licencias médicas electrónicas (LME) en contexto de telemedicina para equipararlas al estándar de seguridad de la emisión presencial. - **N°2 en el comparado**
3. Mejora los procesos administrativos sancionatorios de SUSESO y COMPIN, habilitándoles para suspender la facultad de emitir LM cuando se presuma ausencia de acto médico; permite la notificación electrónica, y simplifica la fiscalización por parte de SUSESO. - **N°3 en el comparado**
4. Se aumentaron las sanciones a los infractores de ley, aumentando las multas y los períodos de suspensión (y en su caso, eliminación) del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud (RNPI). - **N°4 en el comparado**
5. La Superintendencia de Seguridad Social mantendrá en su sitio web un sistema de denuncia anónima de mal uso de licencia médica y un registro público de las sanciones aplicadas conforme al procedimiento establecido en esta ley. - **N°7 en el comparado, indicación del diputado Lilayú.**
6. Dispone que el EUNACOM debe contener preguntas relativas a licencias médicas. **Modificación a ley N° 20.261, artículo 3**

Cabe destacar que, de acuerdo con la SUSESO, el problema de la emisión de licencias médicas sin fundamento médico ha aumentado sostenidamente en los últimos 5 años.

**Datos para mencionar en posibles intervenciones**

La CGR emitió el informe N° 157 /2024, publicado el 12 de agosto, luego de realizar una auditoría al sistema de información de FONASA (SIF) entre enero de 2022 y junio 2023.

La auditoría concluyó que hubo “varias irregularidades”. Por ejemplo, que 1.185.524 licencias médicas fueron tramitadas en un plazo superior a los 60 días contados desde su fecha de emisión, lo que excede los plazos reglamentarios.

Asimismo, detectó que profesionales calificados como grandes emisores de licencias emitieron 1.552.672 permisos, lo que significa, en promedio, 1,5 documentos por hora.

La CGR, incluso, reportó el caso de un especialista que figura con un total de 42.211 licencias, de las cuales 12.547 se registran en el SIF como pagadas. Asimismo, 35 médicos sancionados con la imposibilidad de emitir licencias, generaron 2.403 de ellas.

## **Minuta Sesión Comisión Salud – Martes 10 diciembre**

Senadora Ximena Órdenes N  
Asesor Pablo Flores U

**Asiste a la sesión:** Ministra Ximena Aguilera

### **1. Cambio nombre servicio Salud Viña del Mar-Quillota (Agrega Petorca) – 17197-11**

**Materia:** Proyecto ingresado en octubre 2024 con iniciativa en moción parlamentaria para cambiar el nombre del *Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota*, pasando a llamarse “**Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota - Petorca**”

**Autores:** Chahuán – Castro - González– Gahona – Macaya | 21 de octubre 2024

**Estado:** Primer trámite constitucional – Primer informe comisión salud

**Comentario:** Fue agregado como fácil despacho a la tabla, es un proyecto simple de cambio de nombre para agregar a la provincia de Petorca nominalmente en los actos administrativos como forma de reconocimiento a dicha zona de la región de Valparaíso. Se recomienda aprobar la moción, toda vez que no presenta problema alguno.

### **2. Ley integral de salud mental – Boletín 17003-11**

**Asiste:**

Francisco Muñoz, Coordinador del Consejo Asesor de Salud Mental del Ministerio de Salud a presentar.

**Materia:**

Proyecto del ejecutivo en primer trámite constitucional que introduce una serie de modificaciones al sistema de salud apuntando a equiparar la salud física con la mental.

**Comentario:**

En sesión anterior se aprobó en general para dar un plazo de indicaciones hasta el 6 de enero. El proyecto ha recibido observaciones en cuanto a la ausencia de presupuesto para concretar todo lo que propone. Por otro lado, se ha cuestionado bastante el tema de la desinstitucionalización, donde las críticas apuntan hacia cómo se implementará, debido a los temores que existen sobre qué pasará con los usuarios que actualmente son permanentes.

**Propuesta de intervención:**

*La desinstitucionalización, que es un paso necesario, debe ser acompañada de políticas que fortalezcan a las personas cuidadoras. Una persona con problemas graves de salud mental requerirá cuidados permanentes que seguramente recaerán la población femenina, que es la que históricamente está a cargo del cuidado, necesitamos que este proyecto profundice en esa línea, de lo contrario, agudizaremos un problema que ya es complejo.*

### 3. Primer Índice de Eficiencia, Acceso y Calidad en Salud.

**Asiste:**

Director Ejecutivo de la Fundación **Observatorio Fiscal de Chile**, Manuel Henríquez

**Contexto:**

Equipo conformado en 2021 con el objetivo de realizar una medición que sirva de insumo para el diseño de nuevas políticas y medidas de fortalecimiento que apunten a mejorar el desempeño de la red asistencial, haciendo un uso más eficiente de los recursos disponibles, mejorando el acceso de la población a las prestaciones y fortaleciendo con ello sus niveles de satisfacción en el tiempo.

Hoy se presentan los resultados de un trabajo de largo aliento donde se detalla información por zona geográfica, servicio de salud, e incluso nivel de atención (APS o Atención Hospitalaria), con datos útiles y relevantes sobre eficiencia, accesibilidad y calidad para la gestión en salud.

**Comentario**

De acuerdo con la información publicada en la web del observatorio, Aysén ocupa el lugar N°17 en el ranking de los 29 servicios de salud del país al considerar todas las dimensiones, sin embargo, queda en 2° lugar en atención hospitalaria y 28 en APS. Es muy probable que durante la presentación se explique en profundidad la metodología mediante la cual se asignaron tales puntajes, por lo cual sería **interesante pedir el detalle de la calificación del Servicio de Salud de Aysén.**

Por otra parte, los mismos datos señalan que Aysén se encuentra en primer lugar en eficiencia y calidad, pero queda en el lugar 28 en el ámbito de acceso.

Es importante valorar el trabajo del observatorio, consultar con qué periodicidad están pensando realizar informes y solicitar que este tipo de presentaciones se efectúe cada vez que haya nuevos datos y hallazgos por parte del observatorio.

### 4. Eutanasia

**Boletín:** 9644-11 | 11745-11 | 11577-11 | 7736-11 Refundidos

**Autores:** En su origen Adriana Muñoz y Gaspar Rivas, pero se han sumado muchos otros legisladores en los otros proyectos dado que está refundido.

**Materia:** Proyecto de ley que pretende dar un marco normativo moderno a la Eutanasia en Chile.

**Comentario:** Este proyecto que data desde 2011 y ha pasado por varios esfuerzos para ser aprobado a lo largo de diversos periodos legislativos sin llegar a puerto, incluso ha sido revisado por la corte suprema. Actualmente se encuentra de nuevo en primer trámite constitucional, y aunque es poco probable que se discuta hoy por la extensión de la sesión, si se discute, solo sería presentado por el ejecutivo, pues se ha dado prioridad al tema por ser compromiso de gobierno.

La discusión política es de larga data, donde los sectores más conservadores del espectro político tienden a oponerse de manera sistemática bajo el argumento de estar “a favor de la vida”, sin embargo, los sectores más progresistas lo impulsan a propósito de la vida “digna”, proponiendo que vivir sufriendo eterna y constantemente no se justifica, además de que se debiera respetar la decisión de cada quien, en vez de extender la vida contra su voluntad.

*Posibilidades de intervención:*

- La encuesta CADEM de julio de este año arrojó que un 70% de la población se muestra a favor de la eutanasia,
- El presidente anunció en su cuenta pública que daría urgencia al proyecto
- El candidato presidencial Vlado Mirosevic lo propone como algo emblemático precisamente desde el liberalismo
- Ningún profesional de la salud debe estar obligado a implicarse moralmente en el asesinato de una persona
- La vida debe poder vivirse dignamente, no estando impedido de desarrollarla y dependiendo de asistencia constante y permanente por parte del personal de salud.
- Son muchas las culturas a lo largo de la historia que han desdramatizado el tema de la muerte asistida, debemos recordar que cada quien debe tomar sus propias decisiones. No estamos hablando de suicidio, estamos dando herramientas a personas con enfermedades terminales para decidir sobre la base de no causar más sufrimiento ni a ellos mismos ni a sus propias familias.

## **Minuta Sesión Comisión Salud – Martes 17 diciembre**

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

### **X. Cambio nombre servicio Salud Viña del Mar-Quillota (Agrega Petorca) – 17197-11**

**Materia:** Proyecto ingresado en octubre 2024 con iniciativa en moción parlamentaria para cambiar el nombre del *Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota*, pasando a llamarse “**Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota - Petorca**”

**Autores:** Chahuán – Castro - González– Gahona – Macaya | 21 de octubre 2024

**Estado:** Primer trámite constitucional – Primer informe comisión salud

**Comentario:** Fue agregado como fácil despacho a la tabla, es un proyecto simple de cambio de nombre para agregar a la provincia de Petorca nominalmente en los actos administrativos como forma de reconocimiento a dicha zona de la región de Valparaíso. Se recomienda aprobar la moción, toda vez que no presenta problema alguno.

### **1. Asignación especial técnica del área de la salud – Boletín 17075-11**

#### **Asisten:**

Confederación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos de Enfermería de Chile (**CONAFUTECH**); Confederación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud (**FENTESS**), y Confederación **FENATS UNITARIA**;

**Estado:** Segundo trámite constitucional

**Materia:** Otorga una asignación especial técnica del área de la salud, a funcionarios que indica

#### **Comentario:**

Proyecto con iniciativa en mensaje presidencial para crear una asignación al personal técnico de salud como acuerdo entre el gobierno y los gremios en la Mesa del Sector Público (MSP) CUT Chile. Su incorporación permitirá reconocer a casi 50 mil personas de los estamentos técnicos con montos que van de los \$45.000 a los \$100.000 mensuales según los grados de la escala no profesional, con un año inicial de transición donde serán \$31.000 mensuales para cada persona sin importar grado. Estos montos se reajustarán en la misma oportunidad y porcentaje de los reajustes generales de remuneraciones que se otorguen a los trabajadores del sector público a partir del 2do año.

#### **Propuesta de intervención:**

*El estamento técnico de la salud está compuesto por las personas más esforzadas del sector. Son quienes desarrollan las labores más desgastantes del cuidado en hospitales, consultorios, ambulancias y centros de atención de todos los niveles. Ellos son la primera línea, haciendo incluso el aseo corporal de las personas que no pueden asearse a sí mismas. Me alegra que el gobierno esté entregando este reconocimiento que apunta a nivelar hacia arriba y de forma sostenida en el tiempo.*

## 2. Evaluación Ley Cuidados Paliativos

### **Asiste:**

Coordinadora Oficina Bioética del Ministerio de Salud, Dra. Ximena Luengo, y la Abogada Magíster en Bioética, señora Javiera Bellolio

### **Contexto:**

El 21 de marzo de 2022 entró en vigencia la Ley 21.375 (boletín 12507-11) que consagró como un derecho universal los cuidados paliativos para todas las personas que padecen enfermedades terminales o graves. Esta Ley fue promulgada por el Ministerio de Salud el 21 de octubre de 2021 y fue celebrada por el mundo político, civil y sanitario. Hoy se analiza esta ley ya promulgada, la cual contempla un proceso paulatino de implementación durante cinco años y, de acuerdo con lo publicado por el equipo de investigación “Cuidados Paliativos UC” contó con un presupuesto de \$13 mil millones para su primer año de funcionamiento.

### **Comentario**

Esta ley fue ingresada a la cámara como proyecto a través de mensaje presidencial de Piñera en el año 2019, para ser publicada y promulgada en octubre 2021. Fue aprobada con unanimidad en segundo trámite en el Senado, sin embargo, en la Cámara hubo una indicación polémica que acercó el proyecto a la eutanasia que finalmente fue rechazada en una votación bastante reñida.

Es posible que la presidencia de esta comisión haya puesto este punto en tabla precisamente para hacer el contrapunto con el gobierno que está impulsando la Ley de Eutanasia. Al respecto, sería muy importante consultar a las expertas que vienen a exponer, cuáles son los límites de los cuidados paliativos.

Cabe destacar que, dependiendo del estado de la implementación, se pueden adoptar posturas críticas o más positivas, pero de todos modos se debe tener en cuenta la relación directa entre eutanasia y cuidados paliativos

### **Propuesta de Intervención:**

Cuando una persona tiene una enfermedad terminal no solo sufre él/ella, sino que también toda la familia. Lo bueno de esta ley es que pretendía pavimentar el camino hacia cuidados incluso en el domicilio de las personas y considerando a todo el grupo familiar que le rodea. Los esfuerzos por sostener una vida que en el corto plazo sabemos que va a terminar son sumamente relevantes, pero también lo es conocer los límites de la ciencia y tecnología actuales ¿Qué tan común es que una persona enferma y sufriendo, decida extender su tiempo de vida sabiendo que su enfermedad es imposible de curar con la medicina actual?

### 3. Propuesta pago de ISAPRES Ex superintendentes

**Asisten:**

Héctor Sánchez (DC) Integramédica – Manuel Inostroza (DC) Isapre Esencial

**Contexto:**

En el marco de la discusión sobre los planes de pago indignantes que propusieron algunas ISAPRES a partir del fallo del TC y la posterior aprobación de la ley corta, la superintendencia ha recibido fuertes críticas por permitir pagos vergonzosos de menos de 1000 pesos mensuales durante hasta 156 meses. Las discusiones en la comisión han sido críticas, el tema ha causado conflictos entre el parlamento y el ejecutivo, buscando responsables de lo que ocurrió más allá de las ISAPRES. A partir de aquello, surgió la idea de invitar a ex intendentes en su calidad de expertos para dar una propuesta, sin embargo, al parecer el tema ya estaría más o menos resuelto según lo indicado en la prensa.

**Comentario:**

Con fecha 13 de noviembre, misma en la cual fue establecida la citación para esta comisión, fue publicado en prensa que las ISAPRES llegaron a acuerdo con el actual superintendente Víctor Torres. Los acuerdos indican lo siguiente:

Cruz Blanca

Devolución en una sola cuota, a todas aquellas personas cuya deuda total es igual o inferior a \$120.000 (ciento veinte mil pesos). En total, las personas afectas a esta devolución ascienden a 12.962, lo que significa un monto total de devolución anticipada de \$722.040.464.-, que se concretará en el mes de enero de 2025, depositándose en las respectivas cuentas corrientes de excedentes abiertas especialmente para este fin.

Colmena

Devolución, en una sola cuota en el mes de enero de 2025 y en la forma de excedentes, la totalidad de las restituciones de todos aquellos afiliados y ex afiliados a quienes les corresponde recibir un monto menor o igual a \$120.000 (ciento veinte mil pesos), lo que favorecerá a alrededor de 8.512 personas (adicionales a las ya favorecidas con la medida implementada en diciembre de 2024, cuotas menores a \$500).

Nueva Masvida

Ha decidido realizar una restitución anticipada que beneficia a todos los afiliados y ex afiliados que tengan un monto a restituir que sea igual o menor a UF 10,71 (casi \$411.000 al día de hoy), los que suman 19.056 casos, y que representan el 33,3% del total de devoluciones a realizar.

El beneficio consiste en disponibilizar el monto completo a restituir en la cuenta 2 de excedentes en 2 cuotas, una primera cuota en diciembre de 2024, otra correspondiente a todo el saldo remanente, que estará disponible el 10/01/2025.

### Consalud

Ha determinado acelerar el pago de las cuotas deudas de hasta \$120.000 totales, para que los afiliados y ex afiliados que se encuentren en tal condición reciban en una sola cuota, durante el mes de enero de 2025, el total del monto adeudado en sus cuentas especiales de excedentes. Esta medida beneficiará a un total de 16.025 cotizantes y ex cotizantes de la Isapre.

### Vida Tres

Pago en diciembre de 2024 de una cuota por un monto de \$40.000 (o el monto total de la restitución cuando lo adeudado por la Isapre sea menor a esa cifra), la cual se entregará al 98% de los acreedores.

Pago anticipado para acreedores con deudas entre \$40.000 y \$115.000 en diciembre de 2024. Evaluación de una tercera medida para ofrecer prepago para acreedores con deudas de hasta \$550.000 en el primer trimestre de 2025

### Banmédica

Pago en diciembre de 2024 de una cuota mínima por un monto de \$24.000 ((o el monto total de la restitución cuando lo adeudado por la Isapre sea menor a esa cifra), la cual se entregará al 95% de los acreedores. Pago anticipado para acreedores con deudas entre \$24.000 y \$115.000 en diciembre de 2024. Evaluación de una tercera medida para ofrecer prepago para acreedores con deudas de hasta \$550.000 en el primer trimestre de 2025.

### **Propuesta de intervención**

*Debo manifestar mi total alegría porque las personas podrán recibir pagos dignos en el corto plazo, sin embargo, no puedo dejar de decir que acá las ISAPREs debieron haber propuesto planes de pago como estos desde el principio y la Superintendencia así debió exigirlo también. No olvidemos que esto se logró gracias a la presión ejercida desde distintos espacios, incluyendo a esta comisión, hago un llamado entonces a que la superintendencia siga encima de las ISAPREs, porque recordemos que fueron estas empresas de la salud las que en primera instancia cobraron demás a sus afiliados, lo que hizo que los tribunales tuvieran que hacer justicia.*

**Martes 17 de diciembre de 2024**