

Minuta Ley de Eutanasia

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

19 de agosto de 2025

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 16¹ cerró las diversas posibilidades de eutanasia en Chile.

Dato relevante:

En 2019 el Colmed realizó la “Encuesta de opinión acerca de la muerte asistida medicamento”. 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.

¹ Ver anexo

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

Invitados:

[REDACTED]

Médico de profesión, ha sido jefe de la Unidad de Bioética de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Se ha mostrado a favor de la eutanasia incluso más allá de los pacientes “terminales”.

Incluso afirma que la eutanasia "no sólo vale para pacientes terminales. También, por ejemplo, para gente con una discapacidad tan fundamental que no pueda llevar una existencia razonable. En el caso de un tetrapléjico, si decide que la medicina no es capaz de ponerlo en condiciones razonables de funcionamiento, también es pensable discutir la eutanasia médica".

[REDACTED]

Abogado, decano de la facultad de derecho la Universidad de los Andes. En abril de 2021, en un encuentro en la Universidad Católica de la Santísima Concepción, afirmó que “la legislación de la eutanasia es injusta con las personas más vulnerables de la sociedad, como los ancianos, los moribundos y los discapacitados”.

En general se muestra en contra desde la perspectiva legal. Incluso en 2012, publicó un paper en la Revista médica de Chile, titulado “Eutanasia, suicidio asistido y principio del doble efecto. Réplica al profesor [REDACTED]” donde habla de: “*situaciones de eutanasia o suicidio asistido (donde se mata como medio para un fin)*”. En otras palabras, para [REDACTED] la eutanasia es asesinato en prácticamente todas sus formas.

Posibilidades de Intervención:

- La encuesta CADEM de julio de este año arrojó que más 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 2024 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 donde la ética se ponga en juego, 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 impedírselos de forma sistemática, siempre se debe respetar la decisión de cada uno sobre su vida.

Anexo

Proyecto de ley, iniciado en Mensaje de Su Excelencia el Pdte. de la República, que moderniza el Sistema Nacional de Servicios de la Salud; fortalece al Fondo Nacional de Salud; crea el Servicio Nacional de Salud Digital; otorga facultades al Instituto de Salud Pública de Chile y a la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y modifica normas que indica.

Boletín Nº 17.375-11

A veinte años de la gran reforma que creó las Garantías Explícitas en Salud (GES), el sistema sanitario chileno vuelve a encarar un ciclo decisivo: mientras persiste el consenso sobre la necesidad de fortalecerlo, distintas visiones han trabado los cambios estructurales. Hoy las iniciativas en marcha —desde la eliminación del copago en la red pública y el reforzamiento de la Atención Primaria, hasta la Ley Corta de Isapres, la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria de Fonasa, el Sistema de Acceso Priorizado y los proyectos encaminados a modernizar Fonasa, la red pública, el ISP, Cenabast y la Superintendencia de Salud— apuntan a responder a los desafíos de acceso, protección financiera y eficiencia que exhibe el modelo.

Propuesta de intervención:

Esta iniciativa, que forma parte de los acuerdos tomados a partir de la tramitación de la Ley Corta de ISAPRES en 2024, no es meramente administrativa, sino que responde a un compromiso mayor: avanzar hacia un sistema de salud más eficiente, más equitativo y cercano a las necesidades reales de las personas.

Dicho objetivo no se alcanza con una sola ley, por muy integral que esta sea; sin embargo, a través de las seis transformaciones clave que incorpora el proyecto, nos encaminamos en una ruta coherente para conseguir mejoras concretas:

Primero, **fortalece a FONASA**, entre otras cosas, haciéndolo responsable directo de la tramitación y pago de licencias médicas, un proceso excesivamente fragmentado y burocrático que genera retrasos e incertidumbre a los afectados. Con esta reforma, FONASA contará con médicos contralores para tales efectos, mientras que la COMPIN se concentrará en otras tareas actualmente ralentizadas, como la certificación de discapacidad. Este cambio es complementario con el proyecto de ley marco del **Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL)** que estamos tramitando en la Comisión de Salud, y con la “**Ley de Grandes Emisores**”, ya despachada, que busca sancionar duramente la emisión de licencias fraudulentas.

Segundo, **mejora el acceso efectivo a las prestaciones garantizadas por el GES**. En esa línea, suprime la obligación de reclamo por parte de una persona enferma para que le sea asignado un segundo prestador cuando se incumpla una garantía de oportunidad: FONASA actuará de oficio, pero respetando a los usuarios que elijan esperar y obtener atención de un equipo o establecimiento específico.

Tercero, **crea el Servicio Nacional de Salud Digital**, institucionalizando la telemedicina como una herramienta real de equidad territorial. Porque no es aceptable que el lugar donde se vive determine las posibilidades de acceder a una especialidad médica. La pandemia nos enseñó que la tecnología puede salvar distancias y este proyecto lo convierte en una política pública permanente, que no esté condicionada a las diferencias económicas y geográficas entre nuestros 29 Servicios de Salud. Algo fundamental para facilitar el acceso a medicina oportuna en territorios aislados como la Región de Aysén, y coherente con la

acelerada penetración de la conexión a internet móvil en Chile, que alcanzó los 113 accesos por cada 100 habitantes el año pasado.

Cuarto, **actualiza la regulación de dispositivos médicos** (como los autotest de detección del VIH, preservativos y ventiladores mecánicos), alineándonos con el modelo de la OMS, para favorecer la innovación y seguridad de los pacientes, además de recoger uno de los aspectos del proyecto de Ley de Fármacos II, lamentablemente trabado en su discusión por la oposición de algunos sectores a regular las tarifas máximas de la industria para disminuir el gasto de bolsillo en medicamentos de las familias chilenas.

Quinto, **consolida el rol de CENABAST** como actor estratégico en el abastecimiento de insumos y medicamentos, con nuevas facultades para adjudicaciones múltiples y adelantos de pago, que permitan mejorar la capacidad de respuesta ante emergencias y evitar quiebres de stock que hoy afectan a hospitales y consultorios.

Finalmente, **incorpora incentivos claros para la productividad y la calidad asistencial en los Servicios de Salud**, vinculando gestión y resultados con equipamiento e inversión.

Podemos y debemos modernizar el sistema de salud sin perder la humanidad y el buen trato: para que las licencias médicas se paguen a tiempo, para que la atención llegue también a las zonas más apartadas, para que la innovación y la regulación garanticen calidad y seguridad, y para que nunca más un paciente vea retrasada su atención por culpa de la burocracia.

Esta reforma, un paso delante entre muchos otros que debemos dar, combina eficiencia con justicia, gestión con equidad, y tecnología con cercanía. Les invito a aprobarla en general y a seguir perfeccionándola en su discusión en particular, porque la salud digna es un imperativo al que todos y todas estamos convocados.

Minuta – Modificación Subsidio Incapacidad Laboral

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

18 de agosto de 2025

Estado: Primer trámite constitucional

Boletín: 17678-11

Autores: Iniciativa presidencial

Fecha de ingreso: 09 de julio 2025

Urgencia: Simple

Materia: Modifica el periodo de carencia del subsidio de incapacidad laboral (SIL) por accidente o enfermedad común, introduce modificaciones en su aplicación al sector público, fortalece las facultades de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), y modifica las normas que indica

Invitados: Agrupación Nacional de Empleados Fiscales – ANEF (José Pérez Debelli – PS)

Contexto

PL ingresado aprovechando el descontento popular a propósito de los 25.000 funcionarios que viajaron al extranjero estando con licencia médica que fueron develados por CGR.

El 24 de julio ANEF junto a CUT, CONFUSAM, FENATS y diversos gremios entregaron una carta en la moneda manifestando su rechazo a este proyecto. En dicho documento señalaron que:

“estamos ante un Proyecto de Ley de Restricción Fiscal, que busca generar un ahorro fiscal de un monto de 180.000 millones de pesos anuales, los que dejarán de percibir trabajadores/as enfermos al hacer uso del derecho a licencias médicas. Tal como ocurre en otras latitudes, se recurre a la reducción de la Seguridad Social para afrontar las problemáticas fiscales. Adicionalmente, las modificaciones propuestas implicarán una reducción de costos del sistema privado de seguros de salud, transformándose, en los hechos, en nuevo subsidio a las ISAPRES.”

La carta también indica que el proyecto es un retroceso a los derechos sociales ya adquiridos, contravendría principios de tratados internacionales y castiga a los trabajadores cuando se enferman, a propósito del mal uso de algunos funcionarios, lo cual es a todas luces injusto.

Sobre el proyecto

- Actualmente, el SIL se devenga desde el primer día de la correspondiente licencia, si esta fuera superior a diez días y, por contrapartida, si la licencia es igual o inferior a diez días, el subsidio se devenga desde el cuarto día, vale decir, “no se pagan los primeros 3 días si la licencia es menor a 11”. A esto se denomina carencia de 3 días. Esto por lo general no se aplica al funcionario público, pues los servicios públicos pagan el sueldo completo y esperan el reembolso por parte de ISPRES o FONASA. El fondo posee una gran deuda con los servicios a propósito de esta costumbre, sin embargo, esto sería un enredo administrativo, pues la ministra de salud señala que

el presupuesto entregado por ley considera estos recursos. Pese a ello, cuando un funcionario se ausenta, se incurre en gastos para reemplazarlos, y estos montos son los que los servicios señalan que terminan siendo adeudados.

- El proyecto propone disminuir a dos días el periodo de carencia en el pago de los SIL para las licencias médicas por accidente o enfermedad común¹, independiente de su duración. Con esta medida, se aumenta en un día el subsidio para las licencias iguales o menores a 10 días, a la vez que se introduce la carencia en las licencias de 11 días o más. Además, propone homologar el sector público con el privado en lo relacionado a carencias.
- El 35% de las licencias autorizadas a las personas afiliadas a FONASA que son *empleadas públicas* superaron los 11 días de duración. En cambio, un 59% de las licencias autorizadas a las personas afiliadas al Fondo que son trabajadoras del *sector privado* tuvieron una duración mayor a 11 días. Esto da cuenta de que el 41% de las licencias del sector privado son menores a 11 días, se especula que hay enfermedades que requieren menos reposo, sin embargo, los pacientes piden 11 días y los médicos los autorizan para que se reciba el pago completo (eludiendo los días de carencia).
- El proyecto también cambia el cálculo para el pago de licencias, estableciendo que se pagará, por día de licencia, 1/30 del sueldo mensual bruto de la persona, con un tope de 80 UF (3.1 millones) como sueldo, de acuerdo a lo señalado por Mario Marcel en esta comisión
- Asimismo, el PL fija como obligación de los órganos de la Administración del Estado la colaboración con las COMPIN, compartiéndoles los datos que requieran para la fiscalización del reposo y el buen uso de la licencia médica. Con esta facultad, no solo podrá mejorar la coordinación entre las COMPIN y, por ejemplo, la PDI, para el acceso al registro de entradas y salidas del país, sino que también se podrá solicitar antecedentes, entre otros, al Servicio de Impuestos Internos (SII) a fin de confirmar la emisión de boletas de honorarios por parte de personas beneficiarias del subsidio por labores incompatibles con el reposo médico. De todos modos, se debe entregar más presupuesto (próxima ley) a COMPIN si queremos que realice estas funciones.

¹No incluye licencias por pre y post natal, tampoco por enfermedad grave del niño menor de un año, enfermedad o accidente laboral, patología del embarazo, salud mental (punto relevante), ni “por reposo (07, pueden ser parciales)”. **Consultar motivos de esto si no se clarifican al presentar el proyecto**

Comentarios

Una noticia de la tercera en julio señalaba que "La iniciativa, que busca generar un ahorro al fisco de US\$300 millones al año, fortalece además las capacidades fiscalizadoras de las COMPIN y FONASA." Sin embargo, el ministro de hacienda planteó que el ahorro proyectado sería de 180 millones. Esto da la razón a la ANEF, quienes señalan que es un proyecto de ley de restricción fiscal.

De acuerdo con un informe de la **BCN** de este año:

“Respecto a la **carencia**, se observa que es un mecanismo común en varios países estudiados, lo que reduce la carga inicial del empleador o de la seguridad social. En países como España, Francia, Portugal y Uruguay poseen períodos de carencia de 3 días, mientras en México y en Países Bajos son 2. En estos casos no hay obligación legal de pago, salvo que se establezca en contratos colectivos. Por otra parte, en países como Argentina, Australia, Colombia, Finlandia, Perú, Noruega y Nueva Zelanda, contemplan el pago de las remuneraciones desde el primer día, vale decir, no hay periodo de carencia”

Por otro lado, el mismo informe señala que el porcentaje y duración del pago de remuneraciones durante licencias médicas varía significativamente según el país:

Pago completo (100%):	Pago variable según el tiempo:	Pago fijo parcial:	Pago intermedio prolongado:
Argentina: 3 a 12 meses, según antigüedad y cargas familiares. Noruega: solo 16 días. Australia y Nueva Zelanda: 10 días; luego depende de contratos. Además, permiten conservar el empleo hasta por 1 año sin remuneración.	Colombia: 66,6% por 90 días, luego 50%. España: 60% hasta el día 20, luego 75%. Portugal: entre 55% y 75% en enfermedades prolongadas (más de 1 año).	Francia: 50% del salario, con un tope diario.	Países Bajos: 70% hasta 104 semanas (2 años). Uruguay: 70% por un año.

En síntesis: algunos países priorizan la cobertura total, pero en periodos breves, otros aplican esquemas graduales o prolongados con porcentajes parciales, mostrando una gran diversidad de enfoques.

Por otro lado, COLMED propone considerar los siguientes 7 ejes

1. FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA LA EMISIÓN DE LICENCIAS DE INFORMACIÓN A LOS PACIENTES (busca mejorar el juicio clínico y la responsabilidad)
2. TRANSPARENCIA CLÍNICA Y ACCESO A INFORMACIÓN PARA APOYAR LA DECISIÓN MÉDICA (mediante tecnologías y softwares en línea para el acceso oportuno a los datos habilitando acceso a historial de licencias de pacientes e implementando retroalimentación para emisores)
3. CONTROL DEL FRAUDE Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL (Prohibiendo autoemisión de licencias, emisión estando con reposo, facultando a fiscalía para investigar proactivamente)
4. MEJORA DEL PROCESO DE TRAMITACIÓN Y PAGO DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL (centralización de contralorías médicas y homologación de plazos de paga)
5. OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE CASOS PROLONGADOS O COMPLEJOS (estableciendo evaluaciones médicas periciales obligatorias para licencias largas)
6. REVISIÓN DE INCENTIVOS Y BRECHAS DE SEGURIDAD SOCIAL (**eliminar carencias**, incluir al empleador en el pago, crear una licencia especial para cuidadores).
7. ÉTICA PROFESIONAL Y CORRESPONSABILIDAD (fortalecer la fiscalización resguardando la ética médica e informar a los pacientes sobre sus obligaciones legales al tener licencia).

Conclusión

La oposición de parte de los gremios es totalmente legítima, toda vez que introducir un periodo de carencia de la forma proyectada castiga a los trabajadores que deban ausentarse por enfermedad. Lo expuesto por la BCN demuestra que no existe un criterio unificado, dada la variabilidad mundial en la gestión de los subsidios por incapacidad laboral, en ese sentido, Chile tiene la oportunidad de crear un modelo que tome lo mejor de cada sistema. Las propuestas de COLMED son del todo razonables, sin embargo, varias de ellas son ejecutables a nivel administrativo, por lo cual sería importante hacer un llamado al ejecutivo para que se implementen.

Hacer un cambio de este tipo es sumamente complejo políticamente, sin embargo, es necesario. El ahorro predicho de \$180 millones de dólares significaría 6 hospitales de baja complejidad, sin embargo, es necesario que se haga no solo con cargo a los trabajadores. En esa línea es importante destacar que, en Perú, Holanda, Nueva Zelanda, Noruega, Finlandia, Australia y Argentina, los empleadores aportan ¿por qué no lo hacen en Chile?

Minuta – Modificación Subsidio Incapacidad Laboral

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

12 de agosto de 2025

Estado: Primer trámite constitucional

Boletín: 17678-11

Autores: Iniciativa presidencial

Fecha de ingreso: 09 de julio 2025

Urgencia: Simple

Materia: Modifica el periodo de carencia del subsidio de incapacidad laboral (SIL) por accidente o enfermedad común, introduce modificaciones en su aplicación al sector público, fortalece las facultades de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), y modifica las normas que indica

Invitados: Ministra Salud – Ximena Aguilera; Ministro Trabajo – Giorgio Boccardo (FA) – Ministro Hacienda – Mario Marcel (PS)

Contexto

Proyecto ingresado aprovechando el descontento popular a propósito de los 25.000 funcionarios que viajaron al extranjero estando con licencia médica que fueron develados por la contraloría. Dorothy Pérez a continuado publicando información al respecto. Hace dos semanas se señaló “CGR: casi 3 mil funcionarios de FFAA, Carabineros, PDI y Gendarmería salieron del país con licencia”.

Esta legislación encuentra una fuerte oposición de los gremios del sector público en general, razón por la cual está convocada una manifestación por parte de ANEF y CONFEDERPRUS en el horario de la comisión.

Pese a la oposición de dichos gremios, es conveniente mostrarse, aunque con cautela, a favor de este proyecto, puesto que el descontento de la población frente al mal uso de licencias médicas por parte de los funcionarios no puede ser ignorado. De algún modo, esta ley puede ser percibida como un castigo debido al mal uso. Desde esa perspectiva, puede apoyarse discursivamente, pero cuidando la relación con los gremios.

Comentarios

- Actualmente, el SIL se devenga desde el primer día de la correspondiente licencia, si esta fuera superior a diez días y, por contrapartida, si la licencia es igual o inferior a diez días, el subsidio se devenga desde el cuarto día, vale decir, “no se pagan los primeros 3 días si la licencia es menor a 11”. A esto se denomina carencia de 3 días. Esto por lo general no se aplica al funcionario público afiliado a FONASA, pues los servicios públicos pagan el sueldo completo y esperan el reembolso por parte del fondo nacional de salud, organismo que posee una gran deuda con los servicios a propósito de esta costumbre.

- El proyecto propone disminuir a dos días el periodo de carencia en el pago de los SIL para las licencias médicas por accidente o enfermedad común¹, independiente de su duración. Con esta medida, se aumenta en un día el subsidio para las licencias iguales o menores a 10 días, a la vez que se introduce la carencia en las licencias de 11 días o más. Además, propone homologar el sector público con el privado en lo relacionado a carencias.
- El 35% de las licencias autorizadas a las personas afiliadas a FONASA que son *empleadas públicas* superaron los 11 días de duración. En cambio, un 59% de las licencias autorizadas a las personas afiliadas al Fondo que son trabajadoras del *sector privado* tuvieron una duración mayor a 11 días. Esto da cuenta de que el 41% de las licencias del sector privado son menores a 11 días, se especula que hay enfermedades que requieren menos reposo, sin embargo, los pacientes piden 11 días y los médicos los autorizan para que se reciba el pago completo (eludiendo los días de carencia).
- El proyecto también cambia el cálculo para el pago de licencias, estableciendo que se pagará, por día de licencia, 1/30 del sueldo mensual bruto de la persona, con un tope de 60 UF (2.4 millones) como sueldo, de acuerdo a lo señalado en el artículo 16 del DL 3500 del Ministerio del Trabajo²
- El PL también fija como obligación de los órganos de la Administración del Estado la colaboración con las COMPIN, compartiéndoles los datos que requieran para la fiscalización del reposo y el buen uso de la licencia médica. Con esta facultad, no solo podrá mejorar la coordinación entre las COMPIN y, por ejemplo, la PDI, para el acceso al registro de entradas y salidas del país. Sino que también facultará a las COMPIN a pedir antecedentes, entre otros, al Servicio de Impuestos Internos (SII) a fin de confirmar la emisión de boletas de honorarios por parte de personas beneficiarias del subsidio por labores incompatibles con el reposo médico. De todos modos, se debe entregar más presupuesto (próxima ley) a COMPIN si queremos que realice estas funciones. Sobre este punto sería bueno que ejecutivo explique cual es la línea a seguir respecto de gestión de licencias médicas en general, pues acá proponen fortalecer COMPIN, pero en proyecto de modernización del sistema de salud entregan mayores competencias a FONASA ¿Cómo se espera que COMPIN fiscalice el cumplimiento de licencias si les quitamos funcionarios y se los damos a FONASA?

¹ No incluye licencias por pre y post natal, tampoco por enfermedad grave del niño menor de un año, enfermedad o accidente laboral, patología del embarazo, salud mental (punto relevante), ni “por reposo (07, pueden ser parciales)”. **Consultar motivos de esto si no se clarifican al presentar el proyecto**

² Importante corroborar esta información consultando al ministro de Trabajo, Giorgio Boccardo.

Para intervención:

- De acuerdo a lo informado en prensa, este proyecto busca generar un ahorro cercano a los US\$300 millones al año al fisco. Es un avance importante, lamentablemente aún no sabemos con exactitud cuánto es lo defraudado a propósito de los casos de licencias mal utilizadas para viajar al extranjero, sin embargo, esperemos que se logre de algún modo recuperar esa pérdida y se haga justicia. Los sumarios deben seguir sus cursos sus cursos y los cambios que proponen en este proyecto no pueden hacer que paguen justos por pecadores.
- El Estado siempre tarde en pagar a sus proveedores de servicios. Lamentablemente es un círculo vicioso el de las licencias médicas porque cuando un funcionario la utiliza, el servicio le paga directamente el sueldo, pero debe esperar a que FONASA o la ISAPRE de la persona enferma luego haga los reembolsos, lo cual produce problemas financieros, sobre todo en licencias largas. Yo veo que con este proyecto se puede acortar este tiempo a través de la “remuneración diaria durante la licencia”.

Minuta – Comisión Salud
Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

05 de agosto de 2025

A presentar en varios:

TAC Odontológico

Un Scanner para TAC dental es una máquina que utiliza rayos X para crear imágenes tridimensionales de los dientes, huesos maxilares y tejidos blandos de la boca. Esta tecnología utiliza un haz de rayos X en forma de cono que gira alrededor de la cabeza del paciente, capturando múltiples imágenes desde diferentes ángulos. Estas imágenes son luego procesadas por un ordenador para crear una reconstrucción tridimensional de la zona estudiada.

En la región de Aysén el servicio de salud adquirió un scanner de este tipo en el año 2023, el cual aún no está operativo. Yo envié un oficio el 10 de diciembre de 2024 solicitando la ubicación de la máquina y el cronograma de su habilitación. El 8 de abril de 2025 llegó una respuesta con el siguiente cronograma:

Período de tiempo	Etapas
Noviembre de 2024	Ubicación de TAC Dental
Noviembre a Diciembre de 2024	Confección de Planos de Arquitectura
Noviembre a Diciembre de 2024	Aprobación de Bases Administrativas
Diciembre de 2024 a Enero de 2025	Publicación de Bases Administrativas (diseño)
Enero a Febrero de 2025	Recepción y adjudicación de ofertas
Enero a Febrero de 2025	Ejecución de la consultoría
Febrero de 2025	Recepción de especificaciones técnicas y preparación de bases

Febrero a Marzo de 2025	Licitación de Obras Civiles
Marzo a Junio de 2025	Ejecución de Obras

Según la respuesta entregada en el oficio N°49 del servicio de salud, el tac ya debería estar operativo, ha pasado un año y medio y aún no está disponible.

Ley Integral de Salud Mental

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

20 de agosto de 2025

Estado: Primer trámite constitucional

Boletín: 17003-11

Autores: Iniciativa presidencial

Fecha de ingreso: 24 de julio 2024

Urgencia: Simple

Contexto

Durante la votación en particular de este proyecto no hubo mayores conflictos, sin embargo, hubo indicaciones inadmisibles de senadores que el ejecutivo se comprometió a analizar respecto de su posible patrocinio, varias de ellas presentadas por el senador Chahuán para hacer puntos políticos.

No se pudo votar el lunes 18 porque la tramitación requería mas tiempo del dado (hubo retrasos en segpres, ingresaron el viernes 15). Por otro lado, circuló antes de tiempo un documento no oficial de supuestas indicaciones del ejecutivo que presentó algunas diferencias con las indicaciones ingresadas oficialmente, a continuación, el detalle de los nudos de conflicto asociados a ello.

- **Indicación 19:**

Quedó pendiente, ejecutivo presentaría indicación con la siguiente redacción, pero finalmente no lo hizo, puesto que el documento oficial de ingreso de las modificaciones no lo menciona. La indicación contaba con apoyo de MINSAL, pero es probable que no se haya respaldado por temas presupuestarios, escuchar explicación del ejecutivo. En todo caso, lo indicado por el senador Chahuán, se podría considerar incluido al principio del artículo 4to, donde se señala: “El Estado deberá promover y proteger la salud mental y el bienestar de la población”. Aún cuando es una buena indicación, es inadmisibles, por lo cual se recomienda que quede como tal.

- **Indicación 26**

Existe acuerdo con el fondo de la indicación, vale decir, es viable catastrar lugares donde ocurren suicidios de manera “sistemática”, como el costanera center, pero se discutirá más en profundidad para intentar encontrar medidas más concretas que un simple catastro, tales como la instalación de barreras de acceso y/o publicidad disuasiva. Se sugiere aprobar, y actuar como árbitro entre insistencia de Flores y freno de ejecutivo.

- **Indicación 28.A.-**

De S.E. el Presidente de la República, para agregar, en el inciso cuarto, a continuación de la expresión “lesiones,” la siguiente frase: “incluidas las autoinfligidas, así como los lugares de ocurrencia de estas,”.

Recoge las inquietudes del senador Flores para obligar a notificar lesiones auto inflingidas y sus lugares de ocurrencia. Se recomienda aprobar.

- **Indicación 41 A**

Artículo 15.- Acceso y mantención del empleo de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental. El Ministerio del Trabajo y Previsión Social promoverá políticas orientadas al acceso y mantención del empleo de personas con enfermedades o trastornos de salud mental, particularmente de aquellos con discapacidad psíquica o intelectual, con particular atención a la equidad territorial de estas acciones. Para dicho fin, las respectivas Secretarías Regionales Ministeriales, podrán actuar de manera coordinada con las autoridades regionales y municipales de todo el territorio nacional para implementar medidas orientadas al acceso y mantención de empleo de estas personas.

Autoría de la senadora. Recoge lo solicitado en cuanto a cooperación con gobiernos regionales y locales, sin embargo, no explicita la cooperación pública/privada, de todos modos, se recomienda aprobar esta y que la 41 de la senadora se considere subsumida. Instala la importancia de los gobiernos locales y regionales para que actúen en coordinación con MINSAL a través de las SEREMIS.

- **Indicación 42:**

Podría no corresponder a salud discutir esto, sin embargo, va en el sentido correcto en la medida que busca apoyo habitacional para personas con discapacidad física o mental. Se recomienda escuchar al ejecutivo y apoyar.

- **Indicación 44:**

44.A.- De S.E. el Presidente de la República, para modificar el inciso primero del artículo 17 que ha pasado a ser 18 en el siguiente sentido:

- a) Intercálase, entre las expresiones “salud mental de” y “la población”, la palabra “toda”.
- b) Reemplázase la expresión “de especial protección” por la palabra “vulnerables”.
- c) Agrégase, después del punto aparte que pasa a ser seguido, el siguiente párrafo: “Asimismo, en el marco de la coordinación entre organismos de la Administración del Estado, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia participará en el ámbito de su competencia para promover la inclusión social y laboral de personas con discapacidad psíquica o intelectual, con especial énfasis en los grupos vulnerables.”.

<i>Se recomienda aprobar. La discusión estuvo marcada por cambiar “grupos de especial protección” por “grupos vulnerables” los primeros refieren a personas históricamente oprimidas por racismo o discriminación sexual, mientras los segundos son los mas vulnerables por criterio socioeconómico. Ejecutivo recoge el acuerdo de mantener el criterio de personas vulnerables.</i>
--

- **Indicación 53:**

La discusión sobre lo ministerios que deberán hacerse parte del comité interministerial parece un poco estéril, sin embargo, conviene escuchar las explicaciones del ejecutivo para no hacer el cambio propuesto de “podrá” por “deberá”. Es importante que, si se trata algo relacionado a su cartera, el ministro en cuestión deba ser citado.

- **Indicación 55:**

Del senador Chahuán. Es bueno el sentido, pero es inadmisibile, podría irrogar mayor gasto presupuestario, conviene mostrarse a favor políticamente, peor si ejecutivo no patrocina, es mejor no aprobar una admisibilidad.

- **Indicación 56:**

Del senador Chahuán. Es bueno el sentido, pero es inadmisibile, puesto que apunta a garantizar, la indicación 56 A del ejecutivo la recoge, pero con un menor alcance, puesto que no garantiza la cobertura total y equitativa, sino que la promueve. Garantizarlo es complicado, pues abre una ventana para que usuarios demanden al Estado cuando no se logre garantizar, generando un desmedro a las arcas fiscales. De todos modos, es bueno plantearse a favor políticamente, si no se garantiza, al menos que se promueva. Siempre es bueno aumentar la cobertura territorial de forma equitativa.

- **Indicación 77:**

De los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, para sustituir el artículo séptimo transitorio

Es importante incorporar los cuidados psiquiátricos ambulatorios de las personas con problemas de salud mental, hoy se está avanzando en desinstitucionalización, pero también en hospitalización domiciliaria, por lo cual es necesario acortar brechas y hacer la proyección de necesidades psiquiátricas en el nivel ambulatorio para mejorar las prestaciones. Ejecutivo no la recogió, si bien es necesario mostrarse a favor, no vale la pena llegar a votar a favor la admisibilidad. Es inadmisibile porque irroga gasto.

- **Indicación 77 A:**

De S.E. el Presidente de la República, para añadir después del punto final que pasa a ser seguido, el siguiente párrafo: “Los resultados del estudio deberán ser publicados en la página web institucional del Ministerio de Salud.”.

Se sugiere aprobar, porque refuerza los principios de transparencia del Estado. Publicar los resultados del estudio sirve para que la academia realice investigación a partir de la información.