INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD recaído en el proyecto de ley, en primer trámite constitucional, 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.

Objetivos / Constancias / Normas de Quórum Especial (si tiene) / Consulta Excma. Corte Suprema (si hubo) / Asistencia / Antecedentes de Hecho / Aspectos Centrales del Debate / Discusión en General / Votación en General / Texto / Acordado / Resumen Ejecutivo.

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Salud tiene el honor de informar el proyecto de ley de la referencia, iniciado en Mensaje de Su Excelencia el Presidente de la República, señor Gabriel Boric Font, con urgencia calificada de “Suma”.

Se hace presente que, al contemplar mayor gasto fiscal, el proyecto de ley debe ser estudiado, con posterioridad, por la Comisión de Hacienda.

Se deja constancia, asimismo, que la propuesta legal resultó aprobada por la unanimidad de sus miembros presentes (4x0).

\- - -

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Cumplir con los compromisos pendientes de la ley N° 21.674[1]. En particular, modernizar y mejorar el Sistema de Salud en su conjunto. Dentro de sus objetivos específicos se comprende el fortalecimiento del Fondo Nacional de Salud y de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, la creación del Servicio Nacional de Salud Digital, una nueva regulación para los dispositivos médicos, la consolidación del rol de la Central Nacional de Abastecimiento y el estímulo y control de productividad.

---

[1] Ley Nº 21.674, que modifica el decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el Fondo Nacional de Salud, otorga facultades a la Superintendencia de Salud, y modifica normas relativas a las Instituciones de Salud Previsional. (Publicada con fecha 24 de mayo de 2024).

- - -

CONSTANCIAS

- Normas de quórum especial: Sí tiene.

- Consulta a la Excma. Corte Suprema: Sí hubo.

- - -

NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL

El artículo 1° numeral 10, letra a), permanente del proyecto de ley tiene el carácter de norma de ley orgánico constitucional, en virtud de lo dispuesto en el artículo 19, número 18°, de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 77 de la misma Carta Fundamental, por incidir en materias de organización y atribuciones de los tribunales de justicia.

Los artículos 1° numeral 10, letra b); 2° y 3° permanentes, y el artículo octavo transitorio del proyecto de ley tienen el carácter de normas de rango de quórum calificado, en virtud de lo dispuesto en el artículo 19, número 18°, de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66, inciso segundo, de la misma Carta Fundamental, por incidir en materias de seguridad social.

- - -

CONSULTA EXCMA. CORTE SUPREMA

Se hace presente que la Sala del Senado envió un oficio solicitando el parecer de la Excelentísima Corte Suprema respecto del artículo 1°, número 10, literal a), del texto que se propone, en cumplimiento de lo preceptuado por el artículo 77 de la Carta Fundamental, y por el artículo 16 de la ley Nº 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, toda vez que dicha iniciativa incide en la organización o atribuciones de los tribunales de justicia.

Posteriormente, el Máximo Tribunal emitió su opinión en torno al proyecto de ley en estudio, mediante Oficio N°136-2025, de fecha 13 de mayo de 2025.

- - -

ASISTENCIA

- Representantes del Ejecutivo e invitados:

Del Ministerio de Salud: la Ministra, señora Ximena Aguilera; la Jefa de Gabinete, señora Javiera Menay; la Jefa del Departamento de Salud Digital, señora María José Letelier; el Jefe de Asesores, señor Manuel Nájera; la Jefa de Comunicaciones, señora Maritza Labraña; el Coordinador de la Reforma de Salud, señor Bernardo Martorell; el Coordinador Legislativo, señor Cristian Miquel; los Asesores de la Comisión Reforma de Salud, señora Andrea Fernández, y señor Héctor Reyes, y los Asesores, señores Julio Muñoz; Manuel Pérez, y Sergio Sánchez.

De la Subsecretaría de Salud Pública: la Subsecretaria, señora Andrea Albagli, y los Asesores, señora Evelyn Reyes, y señor Camilo Brauly.

De la Subsecretaría de Redes Asistenciales: el Subsecretario, señor Bernardo Martorell; la Subsecretaria (S), señora Andrea Solís, y el Asesor, señor Claudio Pérez.

Del Fondo Nacional de Salud: el Director Nacional, señor Camilo Cid; el Jefe del Departamento de Comunicaciones Estratégicas, señor Andrés Fuentealba; el Jefe de la División de Planificación y Desarrollo Estratégico, señor Matías Goyenechea; la Abogada, señora Ingrid Lazcano, y la Asesora de Comunicaciones, señora Marlene Rettig.

De la Superintendencia de Seguridad Social: la Superintendenta (S), señora Patricia Soto; la ex Superintendenta, señora Pamela Gana; el Intendente de Beneficios Sociales, señor Luis Díaz, y la Jefa de Comunicaciones, señora Macarena Candia.

Del Instituto de Salud Pública de Chile: la Directora, señora Catterina Ferreccio; la Fiscal, señora Mariela Mège; la Jefa de Asuntos Regulatorios, señora Cynthia Salamanca; la Jefa (S) Unidad de Sistemas de Información y Coordinadora de Transformación Digital, señora Isabel Maureira; la Jefa del Subdepartamento Dispositivos Médicos, señora María Cecilia López; la Jefa del Departamento Agencia Nacional de Dispositivos Médicos, Innovación y Desarrollo, señora Janepsy Díaz; el Jefe de Gabinete, señor Luis Brito, y la Asesora, señora Josselyn Novoa.

Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia: los Asesores, señores Cristian Abarca, y Cristian Vargas.

De la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST): el Director Nacional, señor Jaime Espina; el Jefe de Gabinete, señor Alan Mrugalski; el Jefe de la Unidad de Inteligencia de

Negocios, señor Héctor Hernández, y el Jefe del Departamento Jurídico, señor Christian Venegas.

Del Colegio Médico de Chile A.G.: la Presidenta, señora Anamaría Arriagada; la Jefa de Gabinete, señora Bárbara Palma, y el Abogado, señor Rodrigo Gaete.

De la Asociación de Dispositivos Médicos de Chile A.G. (ADIMECH): la Gerente General, señora Gabriela Garnham, y la Jefa de Gabinete, señora Branggela Romero.

De la Asociación de Proveedores de la Industria de la Salud (APIS A.G.): el Director Ejecutivo, señor Eduardo del Solar.

De la Cámara de la Innovación Farmacéutica (CIF CHILE): la Vicepresidenta, señora Mariela Formas, y los Asesores, señoras Ana María Dolz, y Marialí Bofill, y señor Ignacio Escobar.

De Clínicas de Chile A.G.: el Presidente, señor Javier Fuenzalida.

De Isapres de Chile A.G.: el Presidente, señor Gonzalo Arriagada, y el Asesor, señor Matías Avendaño.

Del Colegio de Cirujano Dentistas: el Presidente, señor Carlos Marchant.

De Caja Los Andes: el Gerente General, señor Tomás Zavala, y el Gerente de Operaciones, señor Eduardo Díaz.

Del Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile A.G.: el Presidente Nacional, señor Jorge Cienfuegos.

De ProSalud Chile A.G.: el Vicepresidente Ejecutivo, señor Jean-Jacques Duhart.

De la Cámara Nacional de Laboratorios: la Vicepresidenta Ejecutiva, señora Claudia Papic, y la Directora, señora Sandra González.

De la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Las Américas: el Decano, señor Osvaldo Artaza.

Del Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud de la Universidad del Desarrollo: la Directora Ejecutiva, señora Paula Daza.

De la Asociación Chilena de Seguridad: el Gerente de la División de Asuntos Jurídicos y Corporativos, señor Cristóbal Cuadra; el Gerente de la

División de Servicios de Salud, señor Ángel Vargas, y la Directora de Estudios de Gerencia Asuntos Corporativos, señora Isabel Contrucci.

De la Facultad de Administración y Economía de la Universidad Diego Portales: la Investigadora Adjunta, señora Daniela Sugg.

De la Universidad San Sebastián: la Directora de Estudios IPS, señora Carolina Velasco.

De la Pontificia Universidad Católica de Chile: el Investigador del Centro Latinoamericano de Políticas Económicas y Sociales, señor Álvaro Erazo.

El ex Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich.

El ex Superintendente de Salud, señor Manuel Inostroza.

De la Federación de Funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública (FENFUSSAP): el Presidente, señor Ernesto Rojas, y las representantes, señoras Jenifer Badillo, y María Elizabeth Guzmán.

De la Federación de Asociaciones de Salud Pública (FEDASAP): la Presidenta, señora Carmen Luz Scaff, y el Vicepresidente Nacional, señor Sebastián Godoy.

De la Asociación Nacional de Funcionarios de FONASA (ANAFF): la Presidenta, señora Maribel González; el Tesorero Nacional, señor Rodrigo Reyes; el Secretario, señor Orlando Soto, y el Director, señor Pedro Riquelme.

De la Asociación Nacional de Profesionales y Técnicos de FONASA (ANPTUF): el Presidente, señor Felipe Tamayo; la Tesorera, señora Marcela Miranda; la Secretaria, señora Ana María Urriola, y las Directoras, señoras Paulette Bascuñán, y Patricia Ruiz.

Del Sindicato de Funcionarios Profesionales del Ministerio de Salud (FUNPRO MINSAL): la Presidenta, señora Paula Díaz; el Tesorero, señor Gabriel Abrigo; el Director, señor Matías Córdova, y la Secretaria, señora Nataly Cortínez.

Del Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN): la Directora Ejecutiva, señora Carolina Goic.

De la Fundación Jaime Guzmán: el Asesor, señor Arturo Hasbún.

De Libertad y Desarrollo: la Investigadora, señora Trinidad Astrain.

De la Biblioteca del Congreso Nacional: el Investigador, señor Eduardo Goldstein, y la Abogada, señora Paola Álvarez.

- Otros:

De la oficina del Senador Iván Flores: señora Carolina Allende, y señor Mauricio Vásquez.

De la oficina del Senador Francisco Chahuán: señores Cristian Carvajal; Nicolás Cerda; Luis Pereira, y Marcelo Sanhueza.

De la oficina del Senador Juan Luis Castro: la Jefa de Gabinete, señora Meggy López; señoras Catalina Alegría; Teresita Fabres; Norelis Vilchez; Paola Astudillo, y señor Arturo León.

De la oficina de la Senadora Ximena Ordenes: señores Pablo Flores, y Jonatan Sepúlveda.

De la oficina del Senador Sergio Gahona: señores Cristian Livingstone y Benjamín Rug.

De la oficina del Senador Javier Macaya: la Jefa de Gabinete, señora Karelyn Luttecke, y señor Carlos Oyarzún.

De la oficina de la Senadora Claudia Pascual: señor Rodrigo Flores.

De la oficina del Senador Gastón Saavedra: señor Luis Batallé.

Del Comité RN: señores Octavio Tapia, y Benjamín Sáenz.

Del Comité PPD: señora Paulin Silva.

Del Comité UDI: señora Cristina Pinochet.

\- - -

ANTECEDENTES DE HECHO

Para el debido estudio de este proyecto de ley, se ha tenido en consideración el Mensaje e informe financiero de Su Excelencia el señor Presidente de la República señor Gabriel Boric Font.

El Mensaje que da origen al presente proyecto de ley señala que la ley Nº21.674, que modifica el decreto con fuerza de ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el Fondo Nacional de Salud, otorga facultades a la

Superintendencia de Salud, y modifica normas relativas a las Instituciones de Salud Previsional, fue publicada con fecha 24 de mayo de 2024.

Durante la tramitación de la referida ley, hubo un consenso transversal sobre la necesidad de avanzar en cambios estructurales al sistema de salud. En ese contexto, el artículo décimo transitorio de la ley antes señalada se incorporó como una indicación del Ejecutivo con el objetivo de recoger la voluntad manifestada por los distintos actores políticos, en particular, en dicho transitorio el Presidente de la República se comprometió a avanzar en un nuevo diseño del sistema de salud.

En este contexto, la presente iniciativa busca cumplir con los compromisos pendientes de la ley N°21.674. En particular, modernizar y mejorar el Sistema de Salud en su conjunto, junto con fortalecer al Fondo y gran parte de los organismos que integran el Sistema de Salud chileno.

Añade que el fortalecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) es un compromiso irrenunciable del Gobierno. La salud como derecho fundamental es una idea hoy compartida por gran parte de la población y de los sectores políticos. Por lo mismo, el Gobierno ha emprendido un camino decidido para reducir el gasto de bolsillo, los tiempos de espera, mejorar la infraestructura hospitalaria y fortalecer la atención primaria.

Se ha invertido en más especialistas, en tecnología de punta y en la construcción de nuevos centros de salud familiar y hospitales. Ese camino hoy continuo con el compromiso por fortalecer las competencias del Sistema de Salud en su conjunto, el cual no solamente alcanza al FONASA y a los Servicios de Salud, sino también a la Red Asistencial en su conjunto, a las COMPIN, al ISP y a la CENABAST.

Indica que el presente proyecto permitirá institucionalizar la salud digital para convertirla en una entidad coadyuvante en el aumento de la capacidad de respuesta de los servicios de salud. Así también, los mecanismos de centralización de compra de prestaciones, mejoramiento de la gestión de los subsidios por incapacidad laboral y los incentivos de productividad permitirán mejorar sustantivamente la utilización eficiente de los recursos asignados al sector.

Además de estos aspectos, se permitirá contar con equipamiento y dispositivos médicos de calidad y en cantidad que permiten no interrumpir las actividades de salud, favoreciendo un acceso equitativo a las prestaciones de salud. De esta forma, las diferentes materias logran una sinergia que permite al sistema de salud funcionar de manera optimizada, logrando sus objetivos de producción y calidad de servicios con eficiencia.

- - -

ASPECTOS CENTRALES DEL DEBATE

El estudio del proyecto de ley se enfocó en la necesidad avanzar en la modernización y mejora el Sistema de Salud en su conjunto. Se abordaron entre otros, los siguientes temas:

- Facultades del Fondo Nacional de Salud (FONASA) en materia de fiscalización de licencias médicas.

- Concentración de la compra de prestaciones por FONASA, como gran seguro público.

- Designación de oficio por parte del FONASA de un segundo prestador automático de GES.

- Gobernanza corporativa del FONASA.

- Rol de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez para revisar licencias médicas como una segunda instancia ante reclamo y el fortalecimiento de su rol fiscalizador.

- Funciones e institucionalidad permanente del nuevo Servicio Nacional de Salud Digital.

- Mayor y mejor injerencia por parte del Instituto de Salud Pública en la regulación de dispositivos médicos.

- Consolidación del rol de la Central Nacional de Abastecimiento, con metodologías de compra más ágil.

- Estímulo y control de productividad y rediseño del sistema de incentivos al personal.

- - -

DISCUSIÓN EN GENERAL[2]

Al iniciar el estudio del proyecto, la **Subsecretaria (S) de Redes Asistenciales, señora Andrea Solis,** recordó que este proyecto de ley de modernización y fortalecimiento del sistema público, se da en el contexto del compromiso acordado durante la tramitación de la llamada Ley Corta de ISAPRE, que se suma al proyecto de ley sobre preexistencias y a la ley que crea el sistema de atención priorizada en FONASA.

A continuación, realizó una presentación mediante la cual explicó que estas iniciativas, se incorporan a varias estrategias impulsadas por el Ejecutivo para disminuir los tiempos de espera y seguir avanzando en la cobertura universal en salud, como parte de las prioridades del Gobierno, sumadas a los desafíos en salud mental.

Indicó que, con este conjunto de leyes, que permiten fortalecer y modernizar a las instituciones que son parte del sistema nacional público de salud, será posible hacerse cargo de los desafíos en términos de oportunidad, modernización, eficiencia y productividad de las organizaciones, que es lo que se requiere para avanzar en dar cobertura a las atenciones de las necesidades de salud existentes.

---

[2] A continuación, figura el link de cada una de las sesiones, transmitidas por TV Senado, que la Comisión dedicó al estudio del proyecto:
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-03-11/063851.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-03-18/063759.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-03-25/063715.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-04-22/073725.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-05-05/082225.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-05-13/065027.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-06-03/064608.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-06-10/063556.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-06-16/094507.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-07-01/064030.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-07-07/080640.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-07-08/064433.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-07-14/074401.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-07-15/064747.html

Explicó que el proyecto de ley incorpora modificaciones en distintas instituciones, una de las principales, tiene que ver con incorporar metodologías modernas de atención en un país largo y angosto, que tiene mucha concentración de especialistas en determinadas zonas, para lo cual se incorpora la telemedicina a través de un Servicio Nacional de Salud Digital, que permitirá en forma transversal, avanzar en la disminución de los tiempos de espera de especialidad y también en la incorporación de tecnologías diagnósticas que permitan dar una mejor cobertura.

En relación al FONASA y a la COMPIN, indicó que se propone sumar incentivos y alineamiento de la gestión de los subsidios de incapacidad laboral y en la red pública de salud, para una mejor productividad del sistema. Respecto del Instituto de Salud Pública, se propone otorgar una mayor regulación sobre los dispositivos de uso médico, que son parte esencial para una atención de calidad y segura.

A su vez, precisó que se incorporan algunas modificaciones en la CENABAST, relacionadas con metodologías de compra más ágil, que permitan un mejor abastecimiento de fármacos en forma más oportuna, en un mercado que es concentrado.

Comentó que hay tres proyectos adicionales: el fortalecimiento de la Superintendencia, el rediseño del subsidio de incapacidad laboral y modificaciones a la Ley Ricarte Soto.

El **Coordinador de la Reforma de Salud, señor Bernardo Martorell,** señaló como antecedentes generales, que esta iniciativa de ley viene a cumplir parte de los compromisos establecidos en la ley N° 21.674, que indica que antes del 10 de marzo del presente año, se debe ingresar un proyecto de ley destinado a reformar el sistema de salud en su conjunto.

Mencionó que esta iniciativa, además, es parte de una agenda de transformaciones que incluyen múltiples elementos para disminuir tiempos de espera y mejorar la cobertura universal de salud, tales como el Copago Cero, que partió el 2022; la creación de la modalidad de cobertura complementaria; la universalización de la atención primaria de salud, que ha llegado a la fecha a 28 comunas a nivel nacional; la estabilización del sistema privado de salud mediante la Ley Corta ISAPRE y el proyecto de ley de eliminación de preexistencia y discriminación en las ISAPRES, junto con la creación del sistema de atención priorizada en FONASA.

Recalcó que todas las iniciativas mencionadas son parte de un marco amplio para avanzar en reducir los tiempos de espera y modernizar el sistema de salud.

Indicó que el proyecto en estudio busca reformar en conjunto el sistema de salud, que tiene múltiples instituciones. Añadió que el beneficiario de FONASA, que es el foco de esta iniciativa, depende también del rol que tienen las otras instituciones, como el Ministerio de Salud, que actualmente tiene la iniciativa de salud digital y que en este proyecto se traspasa al Servicio Nacional de Salud Digital, dándole una institucionalidad más permanente a esa línea de trabajo. Además, el FONASA y las COMPIN, son parte de lo que un beneficiario de FONASA tiene como su seguro y su certificador de discapacidad y de discapacidad laboral transitoria.

Agregó que la Red Pública de Servicios de Salud, que son 29 en todo el país, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento, son instituciones que se abordan en esta iniciativa de ley.

Precisó que los fundamentos del proyecto consideran la búsqueda del acceso universal de salud, con medidas que van en directo beneficio de las personas, como el acceso a la salud digital, la designación automática del segundo prestador GES; el fortalecimiento de FONASA, dándole un rol en la protección del subsidio de incapacidad laboral para interlocutar directamente con sus afiliados en esta materia; el fortalecimiento de las COMPIN, como resultado del traspaso a FONASA de una función que hoy día ejercen aquellas; el acceso a dispositivos médicos de calidad, a través de distintas medidas que tienen que ver con el rol del Instituto de Salud Pública y con el papel de CENABAST en las compras.

A su vez, informó que contempla elementos para mejorar la eficiencia del sistema, a través del uso adecuado de recursos públicos como la compra centralizada en FONASA, dándole un nuevo impulso en su rol de seguro público, como interlocutor principal en la relación con la compra de servicios privados en ciertas materias que son priorizadas; los estímulos a la productividad para las redes de salud y las compras a CENABAST, que también se tratan en este proyecto.

A continuación, realizó un análisis detallado de cada una de las materias mencionadas anteriormente.

En primer lugar, se refirió al acceso a la salud digital, donde se crea el Servicio Nacional de Salud Digital como nuevo servicio de salud, luego de analizar distintas versiones alternativas de institucionalidad. Al respecto, comentó que es sabido que la salud y todo lo que se hace en el sector, van a estar cada vez más compenetrados con herramientas digitales, transformando la manera de hacer las cosas que, si bien ya se ha iniciado, aún queda un largo camino por recorrer, por tanto, dar una institucionalidad más permanente al ámbito de la salud digital, se transformó en un imperativo para resguardar un mejor desarrollo hacia el futuro.

Explicó que las principales funciones que tendrá este Servicio Nacional de Salud Digital, dicen relación con el desarrollo de una red de atención de salud digital para prestación directa de servicios, tanto a los usuarios, a través de herramientas como la telemedicina, como también a los prestadores, por medio de las consultorías hacia médicos u otros profesionales. Añadió que ambos aspectos, los puede brindar un profesional especialista o no especialista en un nivel más centralizado de una red digital de servicios, apoyando la operación de los servicios de salud.

En este sentido, prosiguió, va a proveer servicios digitales a los servicios de salud, por ejemplo, a través del desarrollo de plataformas y de herramientas digitales. Asimismo, también absorberá los programas actualmente dependientes de distintos gabinetes en el Ministerio de Salud, como Salud Responde, Salud Digital y la Unidad de Gestión Centralizada de Casos (UGCC), que se traspasan a esta nueva institucionalidad de Servicio Nacional de Salud Digital.

Además, relevó que Salud Digital jugará un rol muy relevante en la definición de estándares tecnológicos, de seguridad y de interoperabilidad. Recordó que recientemente se aprobó la Ley de Interoperabilidad y para dar a esa y a otras iniciativas una capacidad técnica más robusta y permanente en el tiempo, este Servicio Nacional de Salud Digital tendrá un rol asesor del Ministerio de Salud en esas materias.

Informó que el objetivo de este capítulo del proyecto de ley es reducir las brechas de acceso a la salud en oportunidad, calidad y continuidad; implementar un modelo de atención digital como respuesta a los desafíos geográficos y a la distribución de especialistas que tiene el país y centralizar servicios y programas de salud digital existentes.

Dentro de los beneficios esperados mencionó el avance en telemedicina como solución para zonas remotas, mejorar el acceso a especialistas, reducir traslados innecesarios y optimizar la eficiencia en el uso de los recursos.

Luego, explicó que otro capítulo del proyecto, que cuenta con varios subcapítulos, versa sobre el fortalecimiento directo de la institucionalidad del FONASA, sobre todo con la perspectiva de darle un rol más nítido como seguro público del sistema. En esta materia, prosiguió, la contraloría médica se traslada para el pronunciamiento en primera instancia, que se crea en FONASA, y el cálculo de pago del subsidio de incapacidad laboral.

Agregó que se trata de funciones que actualmente cumplen las COMPIN y, por tanto, el traslado de esta función al FONASA le dará un rol directo para intermediar con sus afiliados en esta materia y para responder mejor a sus necesidades. Añadió que el Fondo deberá calcular y pagar los

subsidios de incapacidad laboral y las COMPIN actuarán como segunda instancia.

En segundo lugar, FONASA tendrá la facultad para designar de oficio a un segundo prestador automático de GES, cuando el originalmente designado no pueda cumplir con la garantía de oportunidad. Precisó que no requerirá reclamo previo del beneficiario, como establece actualmente la legislación.

En tercer lugar, refirió que la compra a prestadores privados se hará más eficiente con la centralización de la compra por parte del FONASA, a objeto que los servicios de salud se limiten a hacer la gestión de sus establecimientos y no destinen su tiempo, energía y recursos a la compra de las prestaciones que FONASA va a centralizar, las cuales se seleccionarán cuidadosamente junto con el Ministerio de Salud.

La regla anterior, tendrá excepciones reguladas, como cuando un servicio de salud encuentre condiciones más ventajosas o, por razones de la continuidad asistencial, se requiera de una excepción a la regla.

Comentó que, de manera simultánea se genera un fortalecimiento de las COMPIN. Añadió que la ley considera el traspaso aproximado de 40 funcionarios no médicos de COMPIN a FONASA, de una dotación total de más de 800 personas que actualmente trabajan en las COMPIN.

Detalló que la COMPIN se concentrará y destinará sus recursos en generar un trabajo de mayor excelencia en las otras 40 o más funciones que actualmente sostiene, como la certificación de la discapacidad, que tiene una lista de espera importante; la evaluación de salud irrecuperable, con 10.000 trámites pendientes y otros cometidos que presentan actualmente retrasos. Añadió que las normas de traspaso quedarán definidas en un DFL, bajo las reglas habituales que protegen las condiciones de trabajo funcionario.

A continuación, destacó que otro capítulo del proyecto de ley se refiere a los incentivos para la productividad, específicamente a las redes públicas de salud (hospitales principalmente), donde hay dos niveles de incentivos que este proyecto considera, uno para los gestores y otro para los trabajadores.

Para los gestores, manifestó que se incluye una facultad permanente del FONASA para celebrar acuerdos de gestión con los servicios de salud y para destinar financiamiento a la compra de equipamiento, de modo de asociar los cumplimientos de los acuerdos de gestión con un beneficio para los equipos de esos establecimientos, sin perjuicio de que se mantiene como línea de fondo el plan de inversiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Para los trabajadores, planteó que se incorpora un rediseño de incentivos variables en las remuneraciones médicas, dado que el 92% de las remuneraciones del personal médico son fijas y hay dos asignaciones variables, que dependen de cierto nivel de cumplimiento de indicadores.

Afirmó que estudiaron esos indicadores y se percataron que había un espacio para realizar una mejora, pero se requiere un cambio legal para ello. Para poder asociar al menos en una parte de la remuneración médica, se incluye un monto relacionado con el desempeño y la producción de los equipos, una modificación de la bonificación por desempeño colectivo, una supresión de la bonificación por desempeño individual y los recursos de éste se traspasan al colectivo, porque actualmente la bonificación por desempeño individual, tiene que ver directamente con las calificaciones de los trabajadores médicos.

Sobre lo anterior, expresó que, en las calificaciones, la mayoría de los trabajadores médicos tienen el máximo puntaje, y muchas de las reglas de desempate son ineficaces y se termina definiendo al azar, a través de una lotería en los comités de calificación, para definir quiénes reciben el bono de desempeño individual. Por lo anterior, consideraron razonable que esa bonificación que se distribuye mayormente al azar, tenga un vínculo mucho más cercano a lo que realizan los equipos en la productividad que generan para el establecimiento. Añadió que se requiere de un sistema unificado de medición de la producción esperada, que está incorporado en el proyecto de ley, cuya gestión queda en manos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Otro capítulo, prosiguió, tiene que ver con la nueva regulación de dispositivos médicos. Señaló que hay un antecedente muy importante que se desarrolla con mayor profundidad, por el cual se otorga al Instituto de Salud Pública (ISP) una mayor y mejor injerencia en la regulación de dispositivos médicos.

Indicó que la regulación de los dispositivos médicos en Chile está rezagada respecto a los estándares internacionales. El modo de esta regulación implica que el ISP debe abordar uno a uno los distintos tipos de dispositivos médicos, habiendo solamente 11 regulados de un total de 10.000 clases de ellos.

Señaló que la regulación propone cambiar el paradigma con el cual se regulan los dispositivos médicos en Chile, por ello se le da al Instituto de Salud Pública un rol como autoridad sanitaria encargada de su control. Por tanto, todos los dispositivos médicos deberán tener un registro sanitario, catalogándose según, su nivel de riesgo, en bajo, moderado y alto, y según el nivel, habrá mayores exigencias para su regulación y contará con un sistema de verificación de conformidad.

Agregó que, dada la magnitud de esta materia, se propone una implementación gradual de cinco años, que es el tiempo que han estimado necesario para la transición, considerando la gran cantidad de dispositivos médicos existentes y lo que implica para el ISP esta función.

A continuación, señaló que la última materia abordada en la iniciativa legal, se relaciona con la CENABAST, que es el principal comprador centralizado de medicamentos, con la intención de que pueda fortalecer su rol. Para ello, se fortalece la dotación con 5 cargos adicionales y, además, se reconoce su rol como intermediador de manera más formal. Puntualizó que dicho concepto se usaba hace muchos años, pero no estaba reconocido en la ley.

Informó que la Central tendrá la posibilidad de realizar adjudicaciones múltiples en licitaciones de suministro, a fin de evitar el desabastecimiento cuando, por ejemplo, exista un único proveedor, además de dar mayor variabilidad y eficiencia al gasto público con este tipo de compras.

A su vez, prosiguió, da la posibilidad de anticipar recursos a proveedores internacionales, dado que habitualmente las reglas internacionales de importación de productos requieren anticipos para el despacho por parte de esos laboratorios, de esta forma, se mejoran las posibilidades para importar directamente hacia Chile.

Respecto a las conclusiones y beneficios del proyecto, manifestó que el fortalecimiento de FONASA refuerza su rol como seguro público; simplifica el proceso de licencias médicas para los usuarios, poniendo al FONASA en un rol de interlocución directa, al menos en la primera instancia del cálculo y el pago; refuerza el cumplimiento de los tiempos de espera y, mejora la eficiencia en la compra centralizada de prestadores de salud.

Por su parte, la creación del Servicio Nacional de Salud Digital, mejora el acceso a la salud en zonas remotas y aisladas, centraliza y optimiza las estrategias nacionales de salud digital, reduce las necesidades de traslados innecesarios de pacientes mediante atención remota y mejora la disponibilidad de especialistas en zonas extremas del país.

En cuanto al fortalecimiento del ISP y de la regulación de dispositivos médicos, manifestó que eleva la seguridad y la calidad de los dispositivos médicos utilizados en Chile, lo cual incluye el refuerzo a las SEREMIS de salud para mejorar su rol en el control de los dispositivos; actualiza a estándares internacionales la regulación de dispositivos; establece al ISP como autoridad sanitaria encargada del control de los mismos e instaura un sistema de registro sanitario y clasificación según su riesgo.

Para la CENABAST, expresó que se amplían las facultades para optimizar su capacidad de respuesta y asegurar el abastecimiento eficiente;

permite adjudicaciones múltiples para diversificar los proveedores y evitar desabastecimiento; facilita procesos de importación permitiendo pagos anticipados sin garantía cuando sea necesario y reconoce expresamente su rol como intermediador en la adquisición y distribución de insumos.

Destacó que otros beneficios serán: estímulos de control de producción, lo cual permitirá una mejora directa en la distribución de recursos humanos y tecnológicos del sistema de salud; establece mecanismos para incrementar la productividad de los profesionales de la salud, reconociendo a aquellos que aportan más a la producción en los servicios de salud; rediseña los incentivos variables de las remuneraciones médicas, y fortalece el rol de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en el monitoreo de la producción.

Finalmente, comentó que el proyecto en estudio busca una transformación integral que mejore la equidad, calidad y eficiencia del sistema de salud, especialmente para la población más vulnerable del país que es beneficiaria del seguro público FONASA, el cual supera el 80% de la población.

Por su parte, el **Director del FONASA, señor Camilo Cid,** acompañó una presentación a su exposición y destacó que actualmente en el FONASA hay 16.750.000 personas, que corresponden al 83% de la población del país.

Recalcó que sus funciones son recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros que están disponibles, para otorgar prestaciones del régimen, en general y, en particular, también de las garantías explícitas de salud.

A continuación, profundizó sobre los cuatro elementos del proyecto de ley que inciden en el FONASA: el traspaso de las funciones del subsidio de incapacidad laboral, la compra estratégica (compra centralizada), la herramienta de mejora de la producción y la delegación automática del segundo prestador.

Respecto del subsidio de incapacidad laboral, señaló que FONASA financia actualmente las licencias médicas, sin embargo, tiene pocas posibilidades de controlar o fiscalizar que los recursos sean bien utilizados. Al respecto, explicó que el Fondo financia y la responsabilidad por cada peso que se gasta, también es del Fondo. Sin embargo, las atribuciones del otorgamiento de la licencia, la fiscalización y el proceso de reclamo, no corresponden al FONASA.

Sostuvo que se consideró la diversidad de instituciones que intervienen y la fragmentación del proceso, con el objetivo de facilitar la obtención del derecho a licencia médica, por parte de las personas beneficiarias de FONASA. Por ello, prosiguió, se propone centralizar o asignar al FONASA todas aquellas funciones que son financieras, aunque tienen

aspectos sanitarios importantes, y se dispone que cuente con una contraloría médica, que permita realizar las funciones de otorgamiento de la licencia y de cálculo y pago de las mismas. Aclaró que dicha función la tienen actualmente las COMPIN y que las asumiría FONASA.

Detalló que el Fondo podrá conocer, tramitar y resolver las licencias médicas por enfermedad o accidente común, las de medicina preventiva, las patologías del embarazo, las de pre y postnatal y las de enfermedad grave del hijo menor de un año, lo que implica calcular y pagar el subsidio por incapacidad laboral de estas licencias. Añadió que la idea es concentrar todo el proceso de otorgamiento y pago en el FONASA, manteniendo las facultades de atender reclamos de parte de la COMPIM y la SUSESO.

En términos de dotación, señaló que se trata de una función que se incorporará de manera paulatina, en tres años, para generar capacidades, aun cuando se contará con una pequeña cantidad de funcionarios de la COMPIN, fundamentalmente para transferencia de experiencia y de capacidades hacia el Fondo.

Respecto de la compra estratégica, que implica vincular los objetivos sanitarios con incentivos y formas de financiamiento de los prestadores de salud, indicó que el FONASA tiene esa función contemplada en el DFL N° 1, con un ítem diferenciado de compra a privados, subtítulo 24, que permite hacer compras por retraso AUGE, por camas críticas y por lista de espera.

Añadió que en los servicios de salud está el subtítulo 22, que es la compra de bienes y servicios de consumo, a través del cual se complementan ciertas necesidades y se pueden realizar compras a privados, pero no son específicos como el subtítulo 24 que tiene FONASA.

Puso en conocimiento que en algunos casos se han producido adquisiciones duplicadas por las compras que han realizado los servicios a través del subtítulo 22, y es lo que se intenta evitar al hacer más eficiente la compra pública, aprovechando las economías de escala, las capacidades de negociación y la realización de licitaciones que producen competencia, logrando menores precios, con la transparencia debida. Puntualizó que, de esta forma, se prohíbe a los servicios de salud comprar todo aquello que FONASA tenga licitado.

Lo anterior, prosiguió, se traduce en procedimientos concretos, para ello el Fondo comprará determinadas prestaciones de salud para proveer en la Modalidad de Atención Institucional (MAI). Al respecto, recordó que, actualmente, y hasta que no esté implementada la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), FONASA se desenvuelve en dos modalidades, MAI y Modalidad de Libre Elección (MLE).

Sostuvo que la compra directa a privados es una brecha de servicios respecto de la MAI y, por efecto de ellas, se realizan en el marco de la atención institucional, por lo tanto, son gratuitas.

Expresó que el Fondo dictará una resolución exenta, donde se determinarán las prestaciones que están en las licitaciones de FONASA, que tienen prohibición de compra por parte de los servicios de salud. Añadió que los servicios tienen una posibilidad de excepción, por ejemplo, si hay precios menores o por una emergencia que requiera continuidad de la atención.

En cuanto a las herramientas de mejora de la producción y del control, señaló que se propone consagrar en la ley una situación que se viene produciendo cada año, en todas las leyes de presupuestos, donde mediante una glosa, se establece que para iniciar las transferencias o financiar a los servicios de salud, es necesario que FONASA firme un acuerdo de gestión con los servicios de salud, estableciendo metas de producción, valoración de las prestaciones y procedimientos de transferencia y otros aspectos.

Sobre lo anterior, recordó que los acuerdos con los servicios se firman junto con la Subsecretaría de Redes Asistenciales en el mes de diciembre, para que estén disponibles en el año corriente de la ejecución presupuestaria. Añadió que la idea es establecerlo de forma permanente, dado que es un elemento que ha servido para fomentar la productividad de los servicios de salud.

A continuación, hizo referencia al GES automático, política que se empezó a implementar en el año 2022, y consiste en resolver GES sin que medie un reclamo de las personas. Indicó que, a modo de ejemplo, el año pasado, el 40% de las derivaciones que se hicieron al sector privado, fueron automáticas. Lo anterior se logró por un esfuerzo en la gestión, pero se propone consagrarla en la ley para que esta acción no dependa de la administración de turno.

Enseguida, el **Honorable Senador señor Gahona** consultó por la burocracia y por el gasto público extra que generará el Servicio Nacional de Salud Digital, que aparentemente institucionalizaría o reemplazaría al Hospital Digital. Añadió que parece más como una subida de estándar de la unidad informática del Ministerio de Salud, porque habla de la unificación de las plataformas y una serie de cosas que no forman parte de la tarea clínica.

Respecto al FONASA, no consideró que se realizan cambios sustanciales en la gobernanza del Fondo, pues no se plantea una estructura que permita tener un gobierno corporativo o alguna forma más moderna de administrar un seguro público.

Sobre el segundo prestador, preguntó cómo se puede resolver el problema para que no tenga que mediar el reclamo del paciente cuando no es

atendido en su prestador designado, que en algo se ha avanzado. Por ejemplo, prosiguió, al derivarse el paciente a su prestador primario, inmediatamente se defina el secundario, de manera que la persona acuda inmediatamente al segundo prestador cuando el primero no cumple y no tenga que esperar la intervención del FONASA. La idea es hacer más automática la derivación al segundo prestador.

En cuanto a la COMPIN, expresó que la impresión es que no hace bien la gestión. Al respecto, preguntó cómo se va a resolver esa situación, porque la solución que se plantea es pasar cierta cantidad de personas al FONASA. Fortalecer la COMPIN, prosiguió, implicará más funcionarios, mayor tecnología y más gasto público.

Respecto de la productividad, indicó que claramente hay una diferencia de productividad cuando hay compra de servicios médicos en horario de la tarde, donde hay una productividad enorme. Señaló que no entiende cómo este componente variable puede resolver ese problema de la compra de servicios y la diferencia de productividad que hay en el horario de la mañana y de la tarde.

Consultó si tienen considerado en el proyecto de ley el reconocimiento de la acreditación internacional de los dispositivos médicos, es decir, si un dispositivo médico tiene el reconocimiento de la FDA, se haga un proceso automático o ciertas homologaciones, con determinadas agencias internacionales.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Castro** observó que se trata de un proyecto que tiene un tema principal y un conjunto de temas misceláneos. El tema principal, está situado en la modernización del FONASA, su intervención, por primera vez, como filtro en el proceso de admisibilidad de las licencias médicas, tema que es muy importante y que permitirá el control de costo y un adecuado juicio del acto médico que da pie a una licencia médica, que es una de las debilidades que tienen las COMPIN.

En segundo lugar, la facultad de compra, que es una piedra angular.

Agregó que luego se incorporan otros temas misceláneos, como el Servicio de Salud Digital, que requerirá explicitación en los convenios que existen en materia de interoperabilidad de fichas clínicas y subsanar todos los problemas que han existido en listas de espera.

Se incorpora, asimismo, el tema de los dispositivos médicos, que está extraído del proyecto de ley de Fármacos II (boletín N° 9.914-11), el cual se debe examinar en su mérito, porque ha tenido un desarrollo propio que requiere reglas y regulaciones propias.

A su vez, indicó que se incorpora la nueva facultad de la CENABAST para hacer múltiples asignaciones de proveedores para ciertos productos y el tema de las asignaciones médicas, que es interesante pero delicado, porque si se van a estudiar las remuneraciones médicas, es necesario que se estudien bien.

Luego, solicitó mayor claridad con la sustitución de la asignación de desempeño individual y colectivo. Recordó que hace 25 años, por la ley N° 19.664, se crearon las asignaciones especiales de bonos de desempeño, que se deben revisar. Precisó que se puede hacer una pequeña modificación en un aspecto de la remuneración, pero otra cosa, es hablar acerca del sistema de pago a los médicos y los problemas de déficit de especialistas, migraciones, fugas, desincentivos, por las jornadas parciales que se pagan y que generan tremendos problemas partiendo por la compra de servicios de la tarde.

Estimó que el control de los prestadores está tímidamente esbozado en este proyecto. Recordó que la gran queja del FONASA, que se ha planteado múltiples veces, es que no tiene el control de lo que pasa en los servicios de salud. Aclaró que una cosa es comprar al privado y está bien delimitarlo, pero otra cosa es que el FONASA sea un traspasador de recursos a ciegas, sin control, a los prestadores del sistema nacional de servicio de salud.

Afirmó que, si el Fondo quiere ser un seguro público, tiene que tener un rol más potente en el sistema nacional de servicios de salud.

Por otra parte, se refirió a la falta de cobertura odontológica ambulatoria a pesar de que los dentistas lo piden, a diferencia de lo que ocurre con la libre elección médica, donde se compra un bono y se acude al médico.

Por último, manifestó que FONASA no actúa como seguro ambulatorio en la cobertura de medicamentos. Explicó que, en otras partes del mundo, es posible comprar un medicamento más barato en la farmacia al ingresar el seguro de la persona.

El **Honorable Senador señor Chahuán** coincidió con las intervenciones previas de los parlamentarios. Recalcó el tema de la gobernanza del FONASA, que es un aspecto importante a revisar por el Ejecutivo. Un tema adicional, prosiguió, dice relación con las brechas en salud digital, que se deben tratar.

Respecto a los dispositivos médicos y el proyecto de ley de Fármacos II, llamó a ordenar la discusión.

Por último, consideró adecuado pensar en un seguro de medicamentos y una cobertura odontológica.

A continuación, la **Honorable Senadora señora Órdenes** estimó que los cambios institucionales que introduce el proyecto de ley son vanguardistas, pero el tema no es sencillo, por lo cual, se debe abordar bien su diseño para comprender el resultado global de la normativa.

Solicitó mayor claridad en el fortalecimiento de FONASA, específicamente, en las funciones que serán traspasadas desde la COMPIN, porque se entiende que será todo lo referido a licencias médicas. Añadió que es importante revisarlo en detalle para que no exista duplicidad de funciones.

Por otra parte, consultó qué temas del proyecto de Ley de Fármacos II fueron recogidos en la iniciativa en estudio.

A continuación, destacó la creación del Servicio Nacional Digital, y recordó que representa a una zona donde la salud digital cobra mucho sentido. Consultó por las brechas que se identifican actualmente y estimó que hay poca información hacia los usuarios sobre cómo acceder al Hospital Digital, particularmente de zonas extremas.

Por último, se refirió al aumento de la productividad mediante rentas variables a los funcionarios, respecto a lo cual, llamó a revisarlo con cautela, porque la idea es disminuir la lista de espera, pero también revisar el nivel operativo de esta medida.

El **Honorable Senador señor Macaya** señaló que revisó el informe financiero, que involucra aproximadamente 9 millones de dólares, en el primer año de la entrada en vigencia de la ley. Al respecto, advirtió que no son pocos recursos, por lo cual, debe ser muy bien justificada esa cifra.

Estimó que el proyecto de ley es una buena noticia, en general, y va a ser un avance significativo si se logra despachar.

En términos de gasto de recursos públicos, expresó que FONASA tramitará el tema de licencias médicas, pero no se observa el rol que tendrá la COMPIN con la actual estructura. Añadió que hay un traspaso de 38 funcionarios a FONASA, pero sería adecuado realizar una revisión de las funciones con las que va a quedar la COMPIN y si amerita una reducción del gasto público en esa institucionalidad.

Por otra parte, comentó que, si se considera una unidad centralizada para las compras de parte del FONASA, se debe repensar las funciones de los servicios de salud en esa área.

También indicó que hoy existe la posibilidad de que, con sistemas informáticos, con inteligencia artificial, se puedan agilizar los procesos, por ejemplo, el registro de una persona que se incorpora a la lista de espera se demora 10 días, lo que debería ser automático. Estimó que, centralizadamente,

con el uso adecuado de la tecnología, de la inteligencia artificial, permitiría reducir costos en burocracia y traspasar esos recursos a la atención inmediata de los pacientes.

Planteó que la mejora de la productividad es uno de los cambios importantes que se han señalado. Afirmó que hay problemas graves que tratar, como el promedio de 40 días de licencia médica de los funcionarios del sector público, el uso de pabellones con dos cirugías diarias, a diferencia de las clínicas, donde el número de uso de pabellones es más del doble.

Solicitó profundizar sobre los cambios que se realizará en la estructura de remuneraciones, un ejemplo práctico de un cirujano, de un anestesista, que son personas difíciles de captar por parte del sector público, y que puedan sentirse atraídos para trabajar en el sector. Al respecto, consultó si será más eficiente contratarlos directamente con el sector privado, con modalidades de paquetizaciones y con el rol más centralizador que tendrá el FONASA.

El **señor Martorell** comentó que, en el proceso de preparación de este proyecto, se tuvo a la vista varios principios que lo motivan, como la equidad, la salud como un derecho universal, pero también, elementos como la responsabilidad fiscal, a fin que los recursos que se solicitan estuvieran lo más ajustado a los requerimientos, para generar las transformaciones cualitativas propuestas.

Sostuvo que el informe financiero da cuenta que una parte de esos recursos se trasladan o bien son dineros que ya están en el sistema y se reasignan para estas funciones. Aclaró que existe otra cantidad de recursos que son nuevos, los cuales se concentran en las nuevas funciones que realizará el Instituto de Salud Pública, otra parte, para el Servicio Nacional de Salud Digital y una menor, para los otros capítulos del proyecto. Destacó que se hicieron esfuerzos para que se redujera al máximo la burocracia, a objeto de lograr la mayor eficiencia posible dentro del sistema.

Finalmente, indicó que otro principio que orientó parte del diseño de este proyecto, fue mirar lo positivo que hay en el sistema, entendiendo que es el resultado de una construcción histórica, se trabajó siendo lo más respetuosos con esa historia, por ello, los planteamientos principales son incrementales con respecto a lo que existe hoy y que se perfecciona, mejora y actualiza.

A continuación, el **Director del FONASA** aclaró el tema de las funciones que se traspasarían al FONASA, donde cobra importancia el subsidio de incapacidad laboral. Añadió que se traspasa la función de conocer, evaluar y resolver las licencias médicas, así como calcular y pagar dichas licencias.

Explicó que conocer, evaluar y resolver las licencias médicas implica tener una contraloría médica en el Fondo que actualmente no existe.

Subrayó que, en el cálculo y pago de las licencias, no se modifica la estructura actual y recordó que el 85% de los pagos están administrados por las cajas de compensación. Indicó que la modificación se refiere a los pagos que hace la COMPIN, que financia el FONASA, que va dirigido a la Subsecretaría de Salud Pública, el cual constituye solamente un 15 a 20% del total.

Respecto de la gobernanza, sostuvo que se trata de un tema complejo, que se debe continuar discutiendo. Recordó que actualmente FONASA tiene la gobernanza más avanzada que existe en el Estado para los servicios públicos en Chile, que es Alta Dirección Pública (ADP).

Informó que el Director del FONASA y todos los jefes de división son elegidos por ADP. En segundo lugar, prosiguió, en la administración del Estado en materia de salud, cuando ha habido políticas relevantes, como el GES o como la Ley Ricarte Soto, se han propuesto gobernanzas complementarias, como las comisiones que apoyan la determinación de las garantías en GES, o la participación de *stakeholders* o partes interesadas, en la Ley Ricarte Soto.

Respecto a las prestaciones odontológicas, señaló que no todo lo odontológico está fuera de la MLE. En cuanto a los medicamentos, aclaró que el Fondo ha optado por un medicamento ambulatorio que han generado descuentos cercanos a 18 millones de dólares al año, favoreciendo a una gran cantidad de personas. Precisó que los descuentos surgen de las licitaciones que hace el FONASA con las farmacias que adhieren a un listado con precios determinados, que implican descuentos relevantes, del 36% en promedio.

En la siguiente sesión, la **Directora del Instituto de Salud Pública (ISP), señora Caterina Ferreccio**, acompañó una presentación a su exposición y se refirió, en primer término, a los dispositivos médicos que, a diferencia de los medicamentos, es un espectro muy amplio, pudiendo ser desde un software hasta un artículo que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o rehabilitar un problema de salud.

Indicó que la separación pragmática, es que el dispositivo médico no lleva implícito un medicamento, sin embargo, a veces se puede usar con medicamentos. Por otra parte, prosiguió, existe toda una familia de dispositivos médicos que son los diagnósticos in vitro, cuando las personas se hacen muestras para diagnosticarse, por ejemplo, VIH o alguna otra patología.

Sostuvo que hay más de dos millones de dispositivos médicos y cuando se trata de categorizar, bajan a veintidós mil categorías, por lo que, realmente, es campo muy amplio. Añadió que son diversos y es un área muy competitiva desde el punto de vista de la producción, por lo que siempre se

está innovando y esos cambios son un desafío para los reguladores, siendo mucho mayor la diversidad de dispositivos médicos que de medicamentos.

Expresó que los riesgos de los dispositivos médicos no solo son inherentes al dispositivo, sino también a su utilización, tanto por el usuario como por el profesional médico.

Informó que Chile es importador de más del 95% de los dispositivos médicos provenientes, generalmente, de países desarrollados.

A continuación, se refirió a la situación regulatoria actual. Comentó que los dispositivos están regulados en el Código Sanitario y en el Decreto Supremo N° 825, éste último sin modificación desde el año 1998 y regula a solo 10 dispositivos, que corresponden a cinco grupos de dispositivos menores.

Señaló que en la ley N° 20.850 (Ley Ricarte Soto) también se incorpora la recomendación del uso de dispositivos médicos, por ejemplo, para la hipoacusia, recomienda el implante coclear, pero ninguno de los que recomienda están regulados en la legislación interna.

Aclaró que los dispositivos médicos realmente son una revolución y recién el año 2023 la OMS hizo un marco regulatorio, en el cual señala tres puntos centrales que recomienda a los países:

El primero es la convergencia regulatoria o *reliance*, que consiste en que, si dos agencias reguladoras reconocidas de “alta vigilancia” por la OMS han aprobado un medicamento, faculta al ISP a hacer una revisión rápida. Al respecto, recomendó utilizar ese mecanismo para los dispositivos médicos.

Lo segundo, el enfoque basado en riesgo, porque hay dispositivos médicos de variada índole, desde aquellos que sirven para tomar temperatura, hasta un implante intracerebral, por lo que sugiere establecer prioridades.

En tercer lugar, realizar la implementación gradual con la intención de llegar a un sistema robusto.

Recalcó que requerir decretos ministeriales para decidir qué se regula es ineficiente, por la rápida evolución de los dispositivos, que implicaría un decreto para cada uno.

Enseguida, comparó el esquema regulatorio actual versus el proyecto de ley que se propone. Indicó que el esquema actual solamente autoriza cinco categorías que son guantes, jeringas, desfibriladores, preservativos y diagnósticos in vitro. El proyecto de ley, en cambio, presenta una formula ilimitada.

Por otra parte, indicó que el sistema actual establece una evaluación completa del dispositivo. Informó que en Chile hay solo una empresa que puede evaluar dispositivos en el área privada, en cambio, en la iniciativa, se acepta que dos agencias reguladoras de alta vigilancia lo hayan aprobado.

La tercera diferencia, prosiguió, se relaciona con la escasa producción local de dispositivos médicos. La razón que dan los empresarios, es que, si no pueden exportar, no pueden producir, porque el mercado chileno es muy pequeño y para exportar tienen que haber sido regulados por la Agencia Nacional y como el ISP no tiene esa competencia, no son regulados. Añadió que el reglamento actual tiene un problema porque le otorga algunas funciones al Instituto y otras, a la Seremi, pero ninguno tiene todas las funciones. Aclaró que el ISP solo fiscaliza al laboratorio que autoriza dispositivos médicos; autorizan bodegas y hacen tecnovigilancia del mercado internacional y nacional. La Seremi, por su parte, solo fiscaliza a los que están bajo control.

En cambio, el proyecto de ley entrega todas las competencias reguladoras al ISP, que delega en las Seremis, porque el ISP no tiene oficinas regionales. Las Seremis fiscalizan y vigilan en su sector, pero toda la regulación de la autorización está en manos del ISP.

Finalmente, comentó que, con la aprobación del proyecto de ley en estudio, esperan que Chile se posicione en el ámbito internacional, porque es un requisito ser capaces de regular dispositivos médicos. A su vez, se podrán realizar controles regulatorios pre y post comercialización y apoyar a los eventuales productores locales.

La idea es hacerlo de manera progresiva, partiendo por los dispositivos de mayor riesgo y utilizando la *reliance*, van a asegurar que los dispositivos médicos que se usan en Chile sean eficaces, seguros y de calidad.

Seguidamente, **el Director de la CENABAST, señor Jaime Espinosa,** exhibió una presentación precisando los impactos que tendrá este proyecto de ley en la institución que lidera.

Previamente, dio a conocer el quehacer de la Central, señalando que en los últimos 10 años están creciendo sistemáticamente, generando un mayor aporte a la red de salud pública y privada en varios escenarios, con gran importancia, particularmente en la pandemia y cuando se advierte escasez nacional de algunos fármacos. Añadió que es el principal comprador del mercado público, generando un ahorro de seiscientos cuarenta y dos mil millones de pesos para el Estado por la adquisición eficiente que realiza, produciendo una agregación de la demanda de la red pública, particularmente, y en algunos casos de emergencia, al sistema privado.

Recordó que el modelo de operación de la CENABAST no tiene bodegas propias y en el 98% de la misma, el fármaco negociado por la Central

para satisfacer las necesidades de la red pública, va directamente desde la industria farmacéutica a los establecimientos hospitalarios, no pasa por manos de la Central, ni física, ni contablemente. Por lo tanto, prosiguió, a diferencia de la Central antigua, no tiene mayores deudas con la industria, y existe un control muy eficiente, al eliminar ese eslabón de la cadena que existía en el proceso de abastecimiento, logrando el ahorro señalado y un porcentaje de entrega entre 93 y 97%.

Comentó que los aspectos del proyecto de ley que afectan positivamente a la Central en su rol y que la fortalecen, son avances destinados a mejorar su desempeño, a tener mayor presencia y un mejor rol en el cumplimiento de eficiencia en el proceso de abastecimiento a la red de salud.

Sobre el rol de intermediación que se explicita en la norma, expresó que reconoce lo que de facto la Central realiza, pero que no está presente en el decreto de ley vigente. Precisó que el decreto que los regula, reconoce que se trata de una institución que debe tener más de 100 funcionarios de bodega, (sin embargo, no cuentan con bodega) y sólo tiene 25 profesionales. Actualmente la CENABAST tiene 240 profesionales y no reconoce un rol de intermediario, sino que un rol comprador. Añadió que es una diferencia semántica, pero de tremenda importancia para cumplir con su función, ya que el reconocimiento formal, flexibiliza y permite hacerse cargo de la operación actual.

Indicó que el segundo punto es la adjudicación múltiple, que es uno de los aspectos de mayor impacto para la Central como sistema de salud, en varios aspectos. En particular, implica que el sistema de salud chileno, en su proceso de abastecimiento, no ponga todas las fichas en un mismo lugar.

Comentó que el año 2020, partieron con un problema de proveedores de la industria local, el caso de los sueros y otros productos basados en agua, que tuvieron contaminación por la bacteria burkholderia y el sistema de salud estaba basado en el abastecimiento a través de un solo proveedor que tenía gran parte de la participación del mercado. Al respecto, indicó que, si el contrato hubiera estado diversificado en más de un proveedor, la respuesta habría sido mucho más eficiente.

A su vez, señaló que la salud no es planificable y hay ocasiones con pick de demanda, que no son posibles de resolver con un solo proveedor, como ocurrió el año 2023, cuando hubo un impacto por virus sincicial respiratorio.

Destacó que los beneficios que se logran con más de un proveedor en productos críticos, son la garantía en la continuidad de abastecimiento, el aumento de la competencia, y a pesar de que se puede pensar que el segundo proveedor es más caro que el primero, el costo de la urgencia (del desabastecimiento) es mucho más caro que comprar a más de uno planificadamente.

Recordó que desde el año 2015, con las farmacias comunales y desde el 2020, a través de la ley N° 21.198 (Ley de CENABAST), se puede vender medicamentos a personas, a través de farmacias comunales y privadas, reduciendo el gasto de bolsillo. Sin embargo, prosiguió, la limitante es que como institución solo puede comercializar a las farmacias los productos que compran para los hospitales. Por tanto, el tercer avance que establece la iniciativa en discusión, es la posibilidad de comprar para farmacias.

Comentó que actualmente hay una serie de medicamentos que se comercializan en el *retail* que no se usan en los hospitales. Añadió que hay muchas presentaciones de medicamentos y otros, que actualmente no se compran para hospitales, por tanto, no los pueden ofrecer a farmacias.

Informó que actualmente la cadena Salcobrand está operando con la Central, junto con cerca de 700 farmacias independientes, llegando a casi 1.600 en total, considerando las sucursales de Salcobrand y todas las independientes.

Observó que todo el crecimiento de la Central ha sido exitoso y muy virtuoso en fármacos. Sin embargo, en dispositivos médicos, producto de la desregulación, la participación es cada vez menor. De la gran canasta, de más de 2.000 productos intermediados, solamente 400 son dispositivos médicos, que, en estricto rigor, son 200, porque los otros 200 dispositivos, son ayudas técnicas que corresponden a un programa específico.

Con los 200 dispositivos médicos que intermedian, dejan a los hospitales en la indefensión de comprar directamente los restantes y negociar cada uno por separado. Al respecto, explicó que el objetivo es aumentar dramáticamente la presencia de CENABAST en dispositivos médicos en la red, realizando un beneficio similar al de fármacos y, para lograr ese propósito, se requiere recomponer la dotación, aumentando 5 cupos de profesionales, para dispositivos médicos. Recordó que desde el 2015 al 2025, la Central solo tuvo aumento de dotación producto de la Ley CENABAST, con 69 cupos y ha cuadruplicado su operación en los últimos 10 años.

Finalmente, detalló que una de las acciones que están haciendo sostenidamente, es la importación para complementar el abastecimiento de la industria local. Lo anterior resulta positivo para acceder a medicamentos que comercialmente no son atractivos para producir en Chile; o para importar directamente por parte de la industria privada del país o bien, se trata de medicamentos cuyo precio en Chile es mucho más alto que el costo de importarlos, por ejemplo, a través de la Organización Panamericana de la Salud (OMS) o directamente a través de los diversos laboratorios que hay en el mundo.

Para eso, es necesario acogerse a las reglas del comercio internacional, que son distintas a la compra local. Cuando se compra en plaza, se exige la firma un contrato y otras acciones que, con la flexibilización propuesta, permitiría tener más holgura en el comercio internacional.

En la siguiente sesión, el **Honorable Senador señor Castro González** mencionó que al capítulo que aborda nuevas facultades y regulaciones, se incorporó una propuesta acertada, que consiste en la asignación a múltiples oferentes, cuando se trata de importación. Recordó el mencionado y dramático caso de la bacteria Burkholderia que provocó muertes, sumarios e investigaciones.

En segundo lugar, a propósito de los dispositivos médicos, señaló que la industria ha manifestado quejas, indicando que parte del problema son las altas deudas, sumado a largos tiempos de espera del pago, que superan 120, 150 días o más, que sufren los proveedores de suero, marcapasos, monitores, sondas, catéteres, en general, dispositivos médicos. Advirtió que eso estrangula en un minuto determinado a un hospital, porque el proveedor se agota por el no pago y deja de entregar los productos. Como consecuencia, afirmó, el hospital cae en su oferta al no poder hospitalizar, ni operar, dada la falta de insumos.

Por último, destacó que la ley N° 21.198, conocida como Ley de CENABAST sirvió mucho, pero se han tenido versiones disímiles en el tiempo de los resultados y efectos. Por ello, solicitó que se realice un reporte de la implementación de la ley, que indique los resultados en la disminución de precios de los medicamentos, debido a su aplicación.

A su vez, el **Honorable Senador señor Gahona** consultó a la Directora del ISP su opinión sobre una acreditación automática, es decir, aquellos dispositivos médicos acreditados por agencias internacionales de alta vigilancia como la FDA o alguna agencia europea, podrían tener certificación inmediata en nuestro país, previo chequeo.

Enseguida, formuló una consulta al Director de la CENABAST sobre los mecanismos que acrediten que, con la adjudicación múltiple, se asegura la calidad uniforme del dispositivo o del medicamento a adquirir. También, consultó por la valoración del trabajo con las farmacias populares y los convenios suscritos con las farmacias privadas.

Añadió que el gran problema con los medicamentos tiene que ver con el gasto bolsillo, el paciente no tiene ninguna posibilidad de negociar individualmente con la farmacia y menos con los laboratorios.

Por otra parte, indicó que se podría pensar que el sistema privado de seguros de salud, en caso de las ISAPRES, puedan tener la posibilidad de incorporar en sus planes de salud la provisión de medicamentos también.

Por último, preguntó por la posibilidad de que la CENABAST pueda hacer compras y obtener mejores precios para proveer a las ISAPRES, de manera que ofrezcan en sus planes de salud coberturas con medicamentos incluidos.

La **señora Ferreccio** señaló que de la experiencia que han tenido en el Instituto sobre el tema de la *reliance* automática, es la falta confianza. Un ejemplo de ello fue que Estados Unidos autorizó un producto que se produjo en Suiza y al registrarlo en Chile, se observó que se produjo en Turquía.

Por lo tanto, es necesario revisar el dosier que autorizó Estados Unidos, porque a veces cambian los componentes y en los dispositivos médicos es aún más difícil detectarlo, porque puede cambiar el material de sus componentes y es indispensable tener seguridad de lo que se autoriza. Explicó que se le exige al laboratorio que quiere realizar el registro en el país, que acompañe el mismo dosier que presentó a la otra autoridad y no siempre lo hacen.

Agregó que ampliaron la oferta, abriéndose a medicamentos biológicos, que son los más complejos, para que postulen al proceso abreviado, y solo el 30% presentó el dosier original.

A continuación, el **Director de la CENABAST** indicó, en primer lugar, que la economía de escala que se puede lograr en la India, produciendo para miles de millones de personas, no se logra cuando se produce localmente. Añadió que el problema es que, por ejemplo, los productos basados en agua como el suero, tienen condiciones logísticas muy caras para traerlos desde la India.

Por lo anterior, afirmó que es clave tener la capacidad de generar competencia en la producción de esos productos, siendo conveniente producirlos en Chile y no estar limitados a un solo proveedor.

Respecto a las mayores deudas que se tienen con proveedores de dispositivos médicos, señaló que cuando éstos son intermediados por la CENABAST, hay uno o dos laboratorios que abastecen a toda la red, la que se preocupa de cumplir con esos pagos, porque de lo contrario, el laboratorio suspende la entrega a toda la red.

A la consulta sobre el diagnóstico de las farmacias comunales, respondió que tanto la iniciativa de las farmacias comunales o populares, como la iniciativa de la Ley CENABAST, han sido a tremendamente exitosas. Precisó que muchas de las farmacias se autofinancian y transfieren casi directamente el valor del costo de los fármacos que la CENABAST tiene para los hospitales. A su vez, las farmacias privadas en convenio con la Ley CENABAST, ya sean independientes o de cadena, se complementan, porque la farmacia independiente tiene la extensión que no tiene la comunal. Precisó que hay casi

1.000 farmacias independientes, aparte de Salcobrand, y solo 160 farmacias comunales. Por lo tanto, la distribución territorial se realiza con las farmacias independientes.

Por su parte, estimó que el ahorro que realizan las personas es superior al 50%, lo que significa que en promedio pagan menos de la mitad del precio que pagaban por fármacos.

El **Honorable Senador señor Castro González** solicitó que se refiera a la crítica que hacen las farmacias comerciales en dos aspectos: el tiempo demora desde que se hace la petición de compra, hasta que llega el producto y, en segundo lugar, el margen de utilidad.

A su vez, el **Honorable Senador señor Gahona** reiteró su consulta sobre la posibilidad de incorporar a los seguros privados de salud en el convenio para acceder a precios más bajos y que ese beneficio se pueda traducir en la cobertura de medicamentos de los planes de salud de las ISAPRES.

El **Director de la CENABAST** respondiendo a la consulta de incorporar a seguros privados, consideró que es factible revisar la situación y la posibilidad de mejorar la oferta de fármacos a través de ellos, sin embargo, estimó que se requiere una revisión más profunda.

Respecto de los tiempos de demora y el margen de ganancia, señaló que la ley CENABAST fue un aprendizaje importante desde el año 2020 a la fecha y se ha ido perfeccionando hasta lograr el nivel actual.

Comentó que se ha ido avanzando en el tiempo de demora en la entrega, siendo actualmente cercano a una semana desde la solicitud, a diferencia de un hospital, cuyo tiempo de demora son 60 días, porque el volumen es diferente.

Indicó que las farmacias independientes tienen una canasta de casi 400 fármacos, versus una, la farmacia Salcobrand, que tiene 25 fármacos, sólo los más importantes y con un modelo de abastecimiento distinto, porque tienen su propio centro de distribución. En cambio, los medicamentos para las farmacias independientes, deben ser despachados por la Central.

Como contrapunto, mencionó a SOCOFAR, que es una de sus competencias, empresa dedicada a la distribución mayorista de productos farmacéuticos y otros servicios relacionados con la salud, la cual vende directamente a las farmacias chicas. Informó que a los distribuidores se les puede pedir un fármaco en la mañana y llega en la tarde de ese día, pero con un costo cuatro o cinco veces mayor que el precio de la Central.

Respecto del margen de utilidad, consideró que fue un problema al inicio porque las farmacias independientes son emprendimientos de privados, que persiguen un justo lucro. Explicó que la Central interviene, estableciendo un precio máximo de venta que, en muchos casos, era bajo para un producto que valía muy poco, como una caja de paracetamol que a la Central le cuesta $600 y fijar un margen del 100%, hacía ganar otros $600 a la farmacia, que no le permitía ni siquiera, pagar los costos de operación.

Indicó que es diferente cuando el medicamento tiene un valor de $100.000, porque dar un margen de un 20%, es sustantivo y en eso han trabajado sistemáticamente, avanzando en el tercer método de cálculo de precios máximos para mejorar ese aspecto.

El **Presidente del Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile A.G., señor Jorge Cienfuegos,** solicitó considerar la capacidad instalada de las SEREMIS. Recordó que, con la Ley Fármacos I, el ISP delegó varias acciones a la SEREMI de manera tercerizada y actualmente hay regiones abandonadas, sin fiscalización.

Manifestó que traspasar nuevamente funciones, como el tema de los dispositivos médicos, hace necesario evaluar la capacidad instalada, solicitando al Ministerio de Salud un informe acerca del número de personal disponible en las SEREMIS para realizar las nuevas funciones. De la misma manera, informar el número de personas que tiene el ISP, para realizar el trabajo de los registros.

El **Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Martorell** comentó que el informe financiero del proyecto de ley incluye cargos y está considerado el rol de la SEREMI en esta regulación. Detalló que se contemplan 30 cargos para el Instituto de Salud Pública y 22 cargos en la SEREMI, además de 5 cargos para la CENABAST.

Respecto a la consulta realizada por el Senador Castro González, sobre la molestia de los proveedores de dispositivos médicos por la falta de pago, contestó que, por un lado, se reducen los precios de los dispositivos médicos, al agregar demanda, facilitando la reducción de la deuda. Por otro lado, la Central tiene reglas estrictas cuando despacha lo solicitado y retiene el producto si hay una deuda con los pagos anteriores.

Recordó que esa es una metodología que tiene actualmente la Central en fármacos y con este proyecto de ley, se puede extender a la intermediación de dispositivos médicos.

Por su parte, la **Jefa del Departamento de Salud Digital del Ministerio de Salud, señora María José Letelier**, acompañó una presentación y señaló que el propósito que tiene el Servicio Nacional de Salud Digital, en principio, es integrar y potenciar iniciativas de salud digital que ya

existen dentro del país, para mejorar la oportunidad y la calidad de la atención en todo el territorio.

Explicó que busca aunar tres servicios que ya están en funcionamiento, como Salud Responde, que está desde 2005 en el Ministerio de Salud; la UGCC, la Unidad de Gestión Centralizada de Casos, que desde el 2011 está realizando gestiones para el traslado de pacientes críticos y, Salud Digital, que desde el 2018 nace con la creación de Hospital Digital.

Todos estos servicios, manifestó, tienen como fin acercar la salud a la población, independiente de donde ellos se encuentren, ya que existen regiones que tienen una alta dispersión geográfica, como O'Higgins, Aysén, Coquimbo y que, por lo tanto, necesitan que el Ministerio de Salud lleve una atención cada vez más cercana, en lugar de trasladar a las personas hacia los centros de salud. Añadió que actualmente la OMS y la OPS también hablan de la salud digital y su importancia como vía de apoyo para llegar a una cobertura universal y disminuir las brechas de acceso que existen en el país.

Advirtió que los problemas que tiene la salud, son la falta de acceso oportuno a prestaciones de salud, sobre todo en áreas más rurales o aisladas; los costos de traslado que muchas veces los pacientes de regiones alejadas como Aysén o Magallanes, deben costear, sumado al tiempo de traslado para llegar a un centro de salud, que es una limitante. También, comentó, existe una brecha de equidad de especialistas, pues en regiones más aisladas y remotas cuesta mucho retenerlos.

A su vez, los tres programas que llevan un tiempo funcionando han tenido distintas evaluaciones, por ejemplo, la DIPRES hizo una al programa Hospital Digital, propiamente tal, donde señaló que no debería estar ubicado dentro del Ministerio, ya que es un órgano rector.

Indicó que se debe evaluar la cartera de prestaciones, su autofinanciamiento y de qué forma FONASA puede traspasar recursos o pagar las prestaciones realizadas. Aclaró que, en la actualidad, FONASA no puede traspasar directamente al Ministerio recursos, por tanto, se genera además un problema administrativo y, por otra parte, es necesaria la articulación de la red, para que sea parte de las redes integradas de los servicios de salud.

A su vez, prosiguió, existen barreras propias que presentan los tres programas. Por un lado, las contrataciones, actualmente, muchos de los profesionales que participan son contratados a honorarios, en formato distinto a los turnos 24/7, porque no es un hospital y el Ministerio no tiene esa lógica de contrata 24/7, por lo tanto, se deben mantener contratos a honorarios para esos profesionales.

También existe una variabilidad tremenda en los servicios de salud en tecnología, hay servicios que están implementando estrategias digitales muy

innovadoras, pero otros, se van quedando más atrás, porque tienen otras necesidades. Recordó que, en los distintos servicios de salud, producto de la pandemia, se produjo un alza en atenciones de telemedicina, sin embargo, actualmente se ha observado en los distintos servicios de salud, una disminución en las mismas.

Por otro lado, señaló que en el Hospital Digital se observa un aumento en la cantidad de prestaciones telemáticas, alcanzando el año pasado más de dos millones de atenciones, similar a la cifra que realiza un servicio de salud pequeño.

Precisó que hay una importante cantidad de oferta, que va creciendo cada año, pero además señaló que, en el histórico, son más de diecinueve millones de prestaciones las que han hecho las tres unidades.

Argumentó que es deseable migrar estas entidades que están dentro del Ministerio a un servicio de salud, porque permite aprovechar todas las oportunidades que implica tener un organismo autónomo, para desarrollar y potenciar la salud digital y con ello, se da una mayor eficiencia y eficacia en la atención, homogenizando lo que se puede entregar a todo el país. A su vez, agregó, se mejora la articulación que un servicio de salud puede tener con los otros servicios y con las redes integradas y, por lo tanto, la continuidad asistencial que se requiere en los pacientes.

Por otra parte, indicó que se reducen las brechas de implementación, porque son plataformas y sistemas que ya existen, como Salud Responde o la UGCC. Agregó que la nueva modalidad permite colaborar con los servicios de salud y con otras instancias públicas y privadas, para mejorar la calidad de la atención y se pueden realizar contrataciones de acuerdo a lo que se necesita, por ejemplo, si se requiere un cuarto turno, se pueda contratar y no suscribir contratos a honorarios. Además, continuó, se mantiene la supervisión desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales, es decir, el Ministerio sigue controlando directamente a este servicio de salud.

A continuación, explicó que el servicio de salud que se propone, tiene tres grandes ámbitos. Primero, la ejecución de acciones integradas, de fomento, protección, y recuperación de la salud, así como la rehabilitación y los cuidados paliativos, en telemedicina, en apoyo diagnóstico a distancia, en orientaciones de salud a distancia, y de coordinación de la red asistencial en la gestión de casos, que es lo que hace la UGCC actualmente.

A su vez, informó, propone la creación de un área que desarrolla tecnológicamente plataformas para funcionar, pero también para que disponibilice a toda la red asistencial, para implementarlo de manera uniforme y todos los servicios avancen de la misma forma.

También, afirmó que permite ser un referente a nivel nacional en temas de salud digital, de cómo tiene que ir avanzando, evaluando y probando nuevas tecnologías, y proponiendo al Ministerio de Salud normativas y regulaciones que debieran ir implementándose a este respecto.

Sostuvo que la misión que tiene este servicio de salud, es contribuir a mejorar la salud de la población, fortalecer la red asistencial, proporcionando servicios de orientación y atención en salud con estándares de calidad, a través de un modelo de atención digital centrado en las personas, que promueva la mejora continua, la satisfacción de los usuarios, y la equidad territorial en el acceso a los servicios.

Agregó que actualmente tiene definidos y planteados seis grandes macroprocesos, algunos orientados directamente a la población, otros a apoyar lo que hacen los servicios tradicionales.

Explicó que las personas acceden a través de distintas acciones. Actualmente, continuó, las personas pueden pedir hora en los establecimientos a través de la estrategia de TeleSalud, que es la gestión remota de la demanda, entregado por Salud Digital del Ministerio de Salud. Por otro lado, las personas que son derivadas por un médico de la atención primaria a un especialista, por ejemplo, en dermatología, se envía una foto al dermatólogo, quien evalúa el caso, da las indicaciones terapéuticas al médico de la atención primaria y le da el tratamiento al paciente.

Mencionó que habrá otros casos en los que el paciente deberá concurrir al especialista de manera presencial, pero con una priorización, por ejemplo, por una sospecha de melanoma. En esos casos, se insta a una atención rápida.

Sostuvo que, de estos casos, el 61% se queda en la atención primaria y solo el 40% sube al nivel secundario. Por lo tanto, se disminuye la cantidad de horas presenciales y se avanza en disminuir los tiempos de espera.

A su vez, señaló que también es importante la orientación telefónica. Explicó que las personas contactan directamente a Salud Responde, a Fono Sida o a la línea de Prevención del Suicidio, y dependiendo de la consulta, la atención la puede dar un administrativo, un profesional de la salud, un profesional de la salud mental, específicamente psicólogo, o un médico. Lo anterior constituye un acceso directo para una orientación o una intervención en crisis.

Además, prosiguió, existe la posibilidad de tener un equipo clínico, por ejemplo, si en un hospital faltan neurólogos, el equipo clínico selecciona los pacientes que, de acuerdo al tipo de derivación, podrían ser vistos a distancia y

el Hospital Digital disponibiliza horas de un neurólogo para atender telemáticamente.

También, señaló, permite el uso de la inteligencia artificial para exámenes como el fondo de ojo, que permite determinar si una imagen está normal o no. En el caso que esté normal, explicó, el paciente espera hasta el año siguiente, pero en el caso de que no esté normal, debe evaluarlo un especialista oftalmólogo. Precisó que, en el caso señalado, la inteligencia artificial libera horas de oftalmólogo, porque antiguamente, todos los casos eran vistos por el especialista, aun cuando se sabía que algunos estaban completamente normales.

Agregó que existe apoyo diagnóstico también para mamografía, donde la inteligencia artificial está permitiendo observar el riesgo que tiene un determinado paciente, de acuerdo a todos los parámetros y sugiere realizar controles más seguidos.

Explicó que en TeleSalud, la persona ingresa a una plataforma, solicita una hora, basada en gestión remota de la demanda, por lo tanto, hay un equipo de salud que evalúa las características del paciente, su ficha clínica y analiza los casos que requieren una hora urgente, aquellos que se pueden agendar en una semana y otros casos que se pueden resolver con un contacto telefónico, por ejemplo, como la solicitud de certificados.

Informó que, si bien es un servicio de salud, su organigrama busca que las mismas personas que están funcionando dentro del Ministerio de Salud, se traspasen y con el financiamiento, busca tener solo dos subdirecciones, a diferencia de las cuatro que actualmente tienen muchos de los servicios de salud. Además, se contemplan dos establecimientos, uno relacionado con todas las prestaciones y otro relacionado con la informática médica, como prestaciones de plataformas o sistemas. Por lo tanto, se propone un organigrama bastante acotado.

Detalló que los cambios son menores, principalmente en el artículo 16 del DFL N° 1, de 2025, del Ministerio de Salud, donde se propone incorporar este Servicio de Salud Digital, con competencias nacionales, destinadas a fortalecer la red asistencial, proveyendo servicios, sistemas, acciones y prestaciones de salud digital para las personas. Este servicio, comentó, adicionalmente tendrá a su cargo el desarrollo, actualización, coordinación y liderazgo del ecosistema de salud digital público del país. Además, asesorará y propondrá al Ministerio las actualizaciones del modelo de atención digital, en conformidad al reglamento que dicte el Ministerio de Salud.

Añadió que los artículos transitorios, dicen relación con el calendario de instalación, el traslado de funcionarios, que será sin solución de continuidad, entre otros aspectos.

Sobre el mayor gasto fiscal, precisó que se trata de un incremento de $2.000 millones para el primer año y los otros años, se espera que el incremento sea principalmente a través del aporte de la Leyes de Presupuestos. Añadió que, principalmente, los recursos de este proyecto vienen con la continuidad que tienen los distintos programas, además de recursos que el Ministerio está destinando a estos programas específicamente.

Señaló que han avanzado en salud digital desde el año 2004 y estimó que este año se progresará aún más con la creación de este servicio de salud, que sería el primer servicio 100% digital en todo el mundo, con los principios definidos de equidad territorial, seguridad y estandarización, para todo el país. Añadió que se trata de algo innovador, que está apoyado por la OMS, la OPS y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Concluyó recalcando que la propuesta permite un acceso universal y equitativo, ayuda a mejorar la continuidad del cuidado, la calidad y la seguridad del paciente, a ser más eficientes y efectivos en el sistema para reducir las desigualdades que existen en la actualidad.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó el motivo de cambiar desde Hospital Digital a un servicio de salud. A su vez, preguntó por el tipo de cobertura para aquellas prestaciones no quirúrgicas, porque no se puede utilizar el servicio digital para operaciones.

Recordó que se hacían consultas de emergencia de salud mental, para personas que están al borde del suicidio o profundos estados depresivos. Asoció esto, con las grandes prestaciones de 35.000 enfermos de salud mental en listas de espera.

Por otra parte, requirió saber cómo se vincula la oftalmología, con la dermatología, la radiología, incluso de medicina interna, como la cardiología, en el ámbito digital. Cuál es la cobertura actual del Hospital Digital y qué se espera de este nuevo servicio.

Después, preguntó si la figura del servicio digital favorece o limita el propósito de impregnar al conjunto del sistema de la digitalización en vez de convertirlo en un servicio de salud, con las barreras administrativas y obstrucciones propias de un servicio.

Por último, a propósito de los problemas informáticos que ha experimentado el Ministerio de Salud, preguntó de qué manera toda la normativa se pone al servicio para generar menos burocracia en la atención y, en lo posible, llegar a tener una suerte de portabilidad de la ficha clínica. Añadió que, actualmente, muchos servicios no conversan con sus hospitales, ni los servicios entre sí o con el nivel central, por problemas informáticos y digitales.

A su vez, la **Honorable Senadora señora Órdenes** estimó que avanzar hacia una salud digital es urgente y relevante. Solicitó conocer los bordes de lo que se entiende por un servicio de salud digital, porque con la pandemia se experimentaron las ventajas del teletrabajo y de la telemedicina.

Consideró relevante entender el funcionamiento actual del Hospital Digital, que es acotado, ya que la era digital tiene desafíos mucho más grandes. Añadió que todos se deben sumar, ya que actualmente el 94% de los hogares chilenos tienen conexión digital, pero que otro tema son las habilidades digitales. Destacó que un salto mayor es el uso de la inteligencia artificial, por ejemplo, en oftalmología, donde ya hay experiencia.

Luego, manifestó su duda respecto al conocimiento masivo, a nivel de los establecimientos de salud y de los ciudadanos en esta materia. Advirtió plataforma puede estar funcionando, pero si no hay un usuario que esté en conocimiento de ello, es difícil que entre a un sistema digital. Consultó por los tipos de atención que se están realizando actualmente a través de la telemedicina, en qué lugares, si hay estudios posteriores de satisfacción a los usuarios que utilizaron el sistema digital y cómo repercute ese servicio en determinadas listas de espera.

La **señora María José Letelier** respondió a las consultas formuladas. Respecto a los bordes de la salud digital, mencionó que han visto que todas las especialidades pueden tener prestaciones digitales, lo que se constató en pandemia, pero no todas las acciones médicas se pueden hacer digitalmente. Por lo tanto, añadió, existe un punto donde hay acciones que se podrán realizar, lo que está bastante descrito. Añadió que la innovación en salud avanza tan rápido que cosas que antes no se veían posibles, ahora se pueden realizar, por ejemplo, hay una estrategia con médicos generales, para apoyar a postas rurales, donde actualmente hay dispositivos que permiten que, a distancia, el médico pueda escuchar a los pacientes.

Agregó que el marco es bastante más amplio de lo que se puede hacer y hoy está acotado principalmente a telemedicina y a orientación diagnóstica u orientación a la población, que es lo que hacen los equipos de Salud Responde. Sostuvo que aún no está pensado en robótica, con cirugías a distancia, porque son palabras mayores. Afirmó que acotarán exactamente las prestaciones que están contempladas.

En relación a las habilidades que tienen las personas en materia digital, mencionó que están avanzando en la alfabetización digital de los profesionales de la salud, con capacitaciones directas, con un equipo de implementadores y referentes en cada uno de los 29 servicios de salud, que enseñan a los profesionales como usar las plataformas. Coincidió con la afirmación de falta de información hacia la población de esta herramienta, por lo mismo, dio a conocer que este año está planificado realizar, a través de redes sociales y de sistemas, mayor difusión a la población para que tengan

conocimiento y comenten en su establecimiento, a su médico, que pueden preguntar al especialista del Hospital Digital antes de enviarlo directamente de manera presencial.

Estimó que la Atención Primaria de Salud tiene muchísima demanda, y se espera que, con la interoperabilidad, sea más simple consultar y seguir la información para que los médicos a distancia puedan apoyarlos en lo que ellos realizan. Añadió que existen especialidades donde más del 70% de la atención se queda en la atención primaria, como diabetes, por ejemplo, donde se controla a las personas y no tienen que derivarlos al nivel secundario.

Por otra parte, comentó que han realizado encuestas de satisfacción, que arrojan una valoración muy alta, cuando se utilizan las plataformas o los sistemas de salud, más aún cuando se les da la atención directamente y no hay problemas de espera.

En cuanto a cómo ayuda a la lista de espera, explicó que cuando se trata este tema, promueven que la cantidad de pacientes que ingresan a la lista de espera, sea menor, procurando que la mayor cantidad se quede en su lugar de origen, solamente el 40% entra a la lista de espera. En segundo lugar, apoyan con especialistas en los lugares más complejos.

Sobre la consulta de por qué transformarlo en un servicio de salud y no mantenerlo como Hospital Digital, respondió que el Hospital Digital, como está dentro del Ministerio de Salud, puede eliminarse en cualquier minuto y se pierde todo lo avanzado. Planteó que darle una institucionalidad, hace que sea más estable en el tiempo para las prestaciones y para que la población lo siga incorporando en su vida.

Respecto a los temas de salud mental, mencionó que en la actualidad el Hospital Digital ayuda y apoya con especialistas en los lugares donde no hay psiquiatras o donde hay altas listas de espera. A su vez, prosiguió, existe la línea de Prevención del Suicidio para realizar las intervenciones de crisis. Informó que actualmente, están implementando una célula de neurología para apoyar en temas de salud mental.

Agregó que cuentan con servicios que mandan toda consulta de dermatología al Hospital Digital, por lo tanto, baja sustancialmente la cantidad de pacientes que deben ir presencialmente al médico, y que hay mamógrafos móviles, radiólogos que están informando a los distintos hospitales o centros de salud.

Finalmente, señaló que siempre habrá problemas informáticos, pero los que mencionó el Senador Castro González, corresponden al departamento TIC y no a salud digital. Añadió que esperan que, con esta nueva modalidad, se estandarice la tecnología para mejorar la entrega del servicio a la población.

El **señor Martorell** comentó que cada programa, cada iniciativa, quiere tener su propia plataforma, lo que ha llevado a contar con múltiples sistemas, que muchas veces no conversan entre sí y no permiten la portabilidad de los datos, lo cual se transformó en un desafío, que se acentúa al no haber un liderazgo claro en términos de la conducción del sistema en salud digital.

Agregó que, si bien, el Ministerio va a seguir siendo el ente rector, la creación del Servicio Nacional de Salud Digital, tendrá un liderazgo inherente que será relevante a la hora de influir sobre los aspectos regulatorios y de gobernanza en el ámbito de salud digital y ese es uno de los objetivos de pasar de un hospital, que depende del gabinete, a un servicio de salud, con una mejor instalación y que logre también atraer el talento en esa instancia más técnica y permanente.

Luego, el **Director del FONASA**, dio respuesta a las consultas formuladas por los señores Senadores en sesiones anteriores. En relación a la consulta sobre la gobernanza del Fondo, indicó que la selección de altos ejecutivos, responde al sistema más avanzado que existe en Chile, que es el sistema de Alta Dirección Pública (ADP), de modo que todos ellos, son elegidos por ADP, incluyendo al Director. Añadió que, si bien es cierto que el Director es definido directamente por el Presidente de la República, pasa por un proceso previo de ADP.

Agregó que el segundo nivel de ejecutivos del FONASA, que son aproximadamente 10 jefes de división y 4 directores zonales, también son elegidos por ADP, es decir, han pasado un concurso largo, han sido seleccionados en base a sus méritos y la dirección nomina a uno de una terna, después de una entrevista y de acuerdo a los puntajes que se tienen en vista. Además, FONASA cuenta con un Consejo de la Sociedad Civil (COSOC) organizado nacionalmente, con un representante nacional.

Recordó que han ido generando los tipos de gobernanza en el sector, relacionados con algunos programas o políticas que se han impulsado como, por ejemplo, el Consejo Consultivo del GES, que es una forma de gobernanza porque el GES tiene implicancia en todo el sector y sin duda las tiene sobre el FONASA. Añadió que ese Consejo tiene ciertas atribuciones que, si bien son consultivas, son importantes a la hora de determinar, por ejemplo, las garantías y los problemas de salud que se priorizarán, entre otros.

A su vez, expresó, existe la gobernanza del sistema de protección financiera, de la Ley Ricarte Soto, que financieramente administra el Fondo pero que tiene una gobernanza con distintos tipos de participación, 4 representantes de asociaciones de pacientes, 2 representantes de asociaciones científicas, 2 académicos de facultad de medicina y 4 expertos del área de salud, designados por la Ministra de Salud.

Respecto a las consultas sobre el segundo prestador, aclaró que no esperan que las personas reclamen, sino que funciona de forma automática, desde que este gobierno está administrando el FONASA. Informó que el año 2024, el 40% de las derivaciones fueron sin mediar reclamo.

Agregó que FONASA debe verificar que exista oferta donde se va a derivar al paciente, que cuenten con convenio (porque funciona en base a una licitación), y que el paciente quiera trasladarse, porque el 15% aproximadamente de las personas, rechazan la derivación y prefieren esperar el hospital público. Destacó que con los sistemas de información pueden detectar la garantía que está vencida antes de que la persona lo sepa, informándole para que pueda ir al segundo prestador, sin que haya reclamado aún. Sin embargo, continuó, esa función no está en una disposición, por lo cual, se incorpora en este proyecto de ley de manera que sea de aplicación permanente.

Sobre las funciones que se traspasarían a FONASA, explicó que actualmente, el Fondo financia las licencias médicas, en dos líneas, una que va a las cajas de compensación, que corresponde a los trabajadores de todas las empresas que están sujetas o tienen convenios con las cajas, que representan aproximadamente el 80% de los recursos que van destinados para que las cajas paguen las licencias médicas. Añadió que la otra línea de financiamiento de FONASA, que es la que trata este proyecto de ley, es la que va destinada directamente a la Subsecretaría de Salud Pública y a las COMPIN, donde son éstas las que pagan las licencias médicas, que corresponden a los trabajadores cuyas empresas no están en las cajas de compensación. Precisó que, en este contexto, están sugiriendo que FONASA concentre las funciones financieras y las de auditoría médica, que tienen que ver con el otorgamiento de la licencia.

Es decir, prosiguió, que no solamente se realicen transferencias y traspasos de dinero, sino que sea FONASA quien otorgue la licencia en primera instancia y la COMPIN, queda como una segunda instancia ante reclamo, para revisar licencias médicas. Lo anterior, añadió, implicaría que las licencias de enfermedad o accidente común, de medicina preventiva, de patología del embarazo, de reposo pre y postnatal, de enfermedad grave del hijo menor de un año, serán tramitadas por el Fondo.

Sostuvo que, para lograr el objetivo propuesto, se requiere una implementación paulatina, en 5 años, para lo cual cuentan con un cronograma de implementación, y, en segundo lugar, es necesario contar con una contraloría médica, que actualmente, no tienen.

En cuanto a lo odontológico, afirmó que tienen prestaciones, que son PAD de la Modalidad de Libre Elección. Generalmente, se piensa que FONASA no cubre prestaciones odontológicas en la MLE y actualmente cuenta con 8 PAD y fuera de ellos, hay una veintena de prestaciones adicionales.

Sobre la cobertura de medicamentos, informó que en este proyecto de ley no hay una propuesta de fortalecimiento del Fondo sobre el tema. Explicó que hace 3 años se han suscrito convenios con farmacias para obtener rebajas de medicamentos a los beneficiarios del Fondo, que son alrededor del 35% en promedio y se trata de medicamentos ambulatorios, que se compran en el mercado.

Respecto a la compra exclusiva, detalló que FONASA realiza licitaciones para comprar servicios y esas licitaciones tienen la característica que producen el precio más bajo posible del país y una amplia gama de prestadores, por ejemplo, en la última licitación se aumentó de 30 prestadores a 70 y la cantidad de recursos son suficientes como para realizar las casi 60.000 derivaciones que se hicieron el año pasado por listas de espera.

Por último, señaló que, al tener una compra centralizada, el efecto es que las licitaciones sean respetadas por todo el sistema, de manera que se pueda hacer efectivo el ahorro y la eficiencia que produce la concentración de la compra.

La **Superintendenta de Seguridad Social (SUSESO), señora Pamela Gana,** comentó que el proyecto de ley tiene su valor principal en la modernización del sistema público de salud, a través de un fortalecimiento del FONASA y otros actores del sistema.

En específico, como SUSESO, explicó que se realiza un cambio en la tramitación y pago de la licencia médica. Añadió que el proyecto busca concentrar las funciones de contraloría médica, el cálculo y pago del subsidio de incapacidad laboral en el FONASA, lo cual es muy valioso.

Estimó que los aportes específicos del proyecto dicen relación con la simplificación y un fortalecimiento a la eficiencia del control de las licencias médicas, entendiendo éstas como un instrumento de la seguridad social que protege a las personas trabajadoras cuando están enfermas como parte del tratamiento, pero que también requieren un control que sea homogenizado, con un proceso y una contraloría médica con criterios unificados.

Agregó que esto lleva a homogeneizar el proceso de contraloría médica en el sistema completo, pues hoy exista una diferenciación entre la contraloría médica de los asegurados a través de ISAPRE y FONASA, lo cual no es algo apropiado, por lo tanto, se debe avanza en mejorar aquello. Añadió que este cambio aportará enormemente a la estandarización de criterios en el pronunciamiento de las licencias médicas del sistema público, que actualmente está disgregado en todas las COMPIN, produciendo una heterogeneidad en la resolución.

Expresó que además significará un aporte en la optimización y mejora de los procesos del pronunciamiento de las licencias médicas, pero también en el cálculo y pago del SIL. Hoy día se observan también heterogeneidades entre COMPIN, en los tiempos de pago y, por lo tanto, homogenizarlo a través del FONASA parece totalmente adecuado, manteniendo el rol de las cajas de compensación en los procesos de pago, que son bastante eficientes. Destacó que lo anterior redunda en algo que es muy importante y ciudadano, que es la experiencia usuaria que tienen los afiliados del FONASA en toda su experiencia en torno a la licencia médica.

Comentó que los datos presentados señalan que existen más de 8 millones de licencias médicas emitidas el año 2024 y la experiencia usuaria de esas personas que reciben licencias son variadas, dependiendo en qué región está la COMPIN que les corresponde, por tanto, el proyecto ayudará a las personas y los trabajadores, lo cual se traduce en la confianza que se tiene en las instituciones públicas y en el sistema de salud en general.

Llamó a mirarlo, además, desde el punto de vista que significa la certeza para todos los actores, en el pronunciamiento de la licencia médica y en la tramitación del subsidio de incapacidad laboral. Añadió que uno de los principios importantes, es dar certeza a todos los actores, no sólo a las personas trabajadoras, sino que también a los profesionales de la salud, los administradores y los seguros de salud, respecto a cómo funcionará el sistema.

A continuación, mencionó otro aspecto interesante entre la relación que tiene el sistema de salud común con el sistema de salud laboral. Añadió que se ha escuchado hablar del posible subsidio cruzado entre ambos sistemas, donde los casos que podrían ser atendidos por la salud laboral, muchas veces no llegan a ésta, porque las personas acuden directamente a los servicios de salud y hoy día no está ocurriendo un sistema de pesquisa de esos sistemas.

Valoró que, a través de la centralización de todo el proceso de licencia médica en el FONASA, se fortalece el sistema de pesquisa en la red pública para que se puedan identificar los casos de salud laboral, a objeto de que sean derivados o bien cobradas las prestaciones al sistema de mutualidades de salud laboral. Actualmente, al estar disgregado, es mucho más difícil de hacerlo operativo. A su vez, destacó la gradualidad que se está estableciendo para asegurar una adecuada implementación en todo el país.

Respecto a las competencias de la Superintendencia de Seguridad Social, señaló que el dictamen que emitió la Contraloría General de la República por los años de pandemia, fue bastante claro en establecer que la SUSESO tiene la autoría técnica para regular y fiscalizar materias de licencia médica.

Agregó que las entidades supervisoras, como la Superintendencia, emiten normas de carácter general o circulares, que están disgregadas en muchos documentos por años de existencia. Precisó que los compendios de normas reúnen en un solo cuerpo sistematizado, actualizado y puesto a disponibilidad de la ciudadanía, los cuerpos preceptivos vigentes, lo cual da certeza a todos los actores sobre las normas y el marco normativo de cómo opera el proceso de licencias médicas y el subsidio de incapacidad laboral.

Añadió que el proyecto de ley no cambia el rol de la SUSESO respecto a la autoridad técnica en la regulación y fiscalización de licencias médicas, y estimó pertinente que así sea.

Comentó que durante los últimos años han realizado avances sobre el rol de la Superintendencia, uno de ellos, es ocupar los espacios normativos que tienen como facultad, pero también seguirán avanzando en todos los espacios de fiscalización de las contralorías médicas de licencias médicas. Añadió que el proyecto de ley mantiene los procesos de reclamación de licencias médicas; actualmente, cuando una persona recibe una licencia médica, si no es aprobada por su seguro de salud, puede hacer una reclamación en la COMPIN, que se pronuncia como primera instancia, manteniendo dicho rechazo o revirtiéndolo. Luego, prosiguió, la Superintendencia de Seguridad Social, actúa como segunda y última instancia administrativa, pronunciándose en base a los antecedentes que se presentan.

Advirtió que, en la actualidad, resuelven anualmente alrededor de 120.000 reclamaciones de licencias médicas. Informó que la cantidad de casos que se revierten por parte de la Superintendencia no son significativos, sumado a que han trabajado en el análisis de los criterios con las COMPIN, por lo que es posible que en un futuro cercano se reviertan aún menos casos. Añadió que la experiencia usuaria no puede estar basada en que el resultado se funde en las reclamaciones sucesivas que pueden hacer las personas, por ello el objetivo es que desde el inicio sea bien resuelto y otorgue certeza a todos los actores.

Reiteró que se resuelven alrededor de 120.000 reclamaciones sobre licencia médica al año y se gastan 1.800 millones de pesos al año en esa tarea. En este sentido, prosiguió, es relevante la consulta si es necesario que el proceso de reclamación esté conformado por dos instancias administrativas o es más adecuado que la Superintendencia de Seguridad Social destine parte de esos recursos a fortalecer la fiscalización de las licencias. Añadió que es una pregunta abierta como análisis del proyecto.

Aclaró que igualmente van a seguir en la línea de iniciar y fortalecer el proceso de fiscalización, que actualmente no se realiza de manera sistemática. Añadió que de los 51.000 profesionales de la salud que emiten licencias médicas, el 80% emiten 200 o menos licencias médicas al año. En el otro extremo, un 0,6% de esos profesionales emiten más de 1.600 licencias al

año, y hay 11 profesionales de la salud que emiten más de 5.000 licencias al año. Llamó a no subestimar ese número porque en términos de gasto ese 0.6% gasta más, un poco más del 9% del gasto en licencias médicas, es decir, 3 billones de pesos.

Por último, subrayó la importancia de considerar como uno de los objetivos de este proyecto de ley, el cuidar el instrumento de la seguridad social, focalizado no solo en un número de licencias médicas emitidas, sino que también con inteligencia de datos, que lleven a pesquisas de casos de emisión de licencias sin fundamento médico, siempre en pro del cuidado de esta herramienta de la seguridad social y la protección de las personas trabajadoras.

Enseguida, la **Presidenta del Colegio Médico de Chile, señora Anamaría Arriagada**, acompañó una presentación focalizándose en el servicio de salud que coordina y centraliza actividades de salud digital y elementos del fortalecimiento del FONASA. Al respecto, consideró que crear un servicio puede burocratizar de alguna manera un proceso y ser una estructura un poco rígida. Añadió que comprende que la verdadera meta de la digitalización es la interoperabilidad y la articulación digital de todo el territorio; por ello, llamó a discutir si el mejor instrumento será crear un servicio de salud, que tiene sin duda un anclaje territorial.

Sobre lo anterior, propuso buscar un elemento distinto que tenga un poco más de autonomía y sobre todo dar un salto para que esta estructura, que canalizará el impulso digital, tenga una dependencia directa del Subsecretario de Redes, pero vinculada con otros ministerios como Economía, Fomento y Turismo; Desarrollo Social y Familia; Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, a objeto de ser un bastión para la modernización del Estado.

Observó que, en el fortalecimiento de FONASA, se insiste en un gobierno corporativo, aunque indicó que los alcances que hizo el Director son importantes en términos de precisar cuánto se avanza en participación ciudadana.

Luego, estimó complejo dar la fiscalización de las licencias al FONASA, en el sentido que se transforma en quien paga y vigila, ya que eso genera un conflicto de interés claro, pudiendo haber una propensión de controlar el gasto.

Además, prosiguió, es difícil crear un nuevo sistema de contralores. Advirtió que se señaló que hay 11 profesionales que dan más de 5.000 licencias al año, sin embargo, estimó que en las cifras existen médicos que dan menos de 200 licencias, los cuales se encuentran bloqueados y multados, además sin un debido proceso, ya que se encuentran con páginas para reclamar que son absolutamente poco amigables, con horarios de atención que son tremendamente limitados y con criterios disímiles de fiscalización.

Agregó que los datos muestran que el 80% de los médicos otorga menos de 200 licencias al año. Advirtió que el sistema no está sirviendo para pesquisar a los grandes emisores, sino que está entorpeciendo la atención de un paciente, pues cuando un médico no puede dar licencia, se bloquea su capacidad de atender.

Con respecto al segundo prestador GES, le pareció positivo agilizar el trámite, pero asegurando instancias de participación para que las soluciones sean cercanas al domicilio y no se deje de extremar la posibilidad de que la misma red lo resuelva.

En relación a los incentivos a la productividad, apoyó que un servicio de salud pueda generar convenios a fin de mejorar la infraestructura. Compensa mucho la motivación de un equipo si pueden acceder, incluso sin mejorar su remuneración, a un equipo que les permita avanzar en lo que ellos saben hacer, modernizarse y dar mejor salud.

Estimó que puede haber una oportunidad para fortalecer que más médicos se inscriban en el FONASA, estableciendo convenios con prestadores que estén inscritos. Para alcanzar ese objetivo, consideró que debe haber una mayor apertura del FONASA para negociar juntos los aranceles, permitiendo que sean competitivos, impulsando a más doctores a ser prestadores en el Fondo y dar más incentivos, como una cierta preferencia al celebrar convenios.

Sostuvo que es razonable mejorar la productividad cambiando los incentivos. Sin embargo, aclaró que actualmente hay instrumentos en la ley que no se aplican bien, por ejemplo, el sistema de las asignaciones que dependen de resoluciones que los servicios no actualizan, lo cual produce desequilibrios entre hospitales dentro incluso de un mismo servicio.

Agregó que los incentivos son una manera concreta de mejorar la permanencia de especialistas, asegurar la mayor complejidad de los hospitales y garantizar que los médicos estén más jornadas, lo cual, si se hace paulatinamente con las herramientas que existen y fiscalizando su cumplimiento, mejorará el fortalecimiento de los hospitales y la permanencia médica.

Añadió que un hospital que está abierto más horas, con profesionales que están más incentivados, es mejor, además que disminuirá la lógica de contratos de honorarios o compras de servicios.

Seguidamente, la **Gerente General de la Asociación Gremial de Dispositivos Médicos de Chile, señora Gabriela Garnham**, exhibió un documento, destacando el avance hacia una regulación de dispositivos médicos que es muy ansiado por el sector, entendiendo el rol que ellos tienen en la salud de las personas.

Comentó que actualmente no hay una fiscalización, pues el único trámite que se requiere es un certificado de destinación aduanera, el cual se hace en línea, que no necesariamente se fiscaliza, porque no están las capacidades.

Explicó que un dispositivo médico que no es de calidad, puede alterar un diagnóstico o tratamiento y eso no se evalúa. Destacó que los dispositivos médicos son un mundo diverso y muy disperso, que van desde lentes, audífonos, hasta los dispositivos implantables, los grandes equipos, que se usan en la casa, en los hospitales o los consultorios.

Luego, se refirió a tres de los cinco ejes del proyecto de reforma, dado que los otros no son de su competencia, ellos son: el fortalecimiento del ISP, la creación del Servicio de Salud Digital y el rol de la CENABAST.

Respecto al fortalecimiento del ISP, consideró que el marco que se ofrece cumple con todos los estándares de una regulación moderna, flexible y los plazos son adecuados, en base a la experiencia internacional. Sin embargo, sostuvo que les preocupa el énfasis en la implementación, porque la ley puede estar bien orientada, pero si el ISP no tiene los recursos humanos capacitados y la plataforma tecnológica que se requiere, no va a dar abasto, lo que será un freno enorme para el acceso a la innovación tecnológica, que otros países ya han vivido.

En relación a la CENABAST, manifestó unos puntos de preocupación, en la discriminación que se puede producir hacia los proveedores. por ejemplo, en la compra internacional con pago por adelantado. Recordó que la CENABAST no tiene recursos propios, ya que gestiona los recursos desde el FONASA, los hospitales o los servicios de salud. Entonces se agrega un retraso al pago de proveedores versus salir a comprar al extranjero.

Sobre el rol de intermediador, manifestó que no han encontrado la definición jurídica del rol de intermediador y los derechos y los deberes que tiene, porque agrupar la compra tiene que tener cierta función más allá de juntar la demanda, por ejemplo, en relación a los pagos, no está claro cuál va a ser el rol de la CENABAST.

Agregó que, de los riesgos de la dependencia, hay un concepto clave en dispositivos médicos que es el ciclo de vida del mismo, ya que, si se comparan se debe asegurar que el ciclo de vida esté contemplado y se distingan aquellos que requieren mantención, los que requieren capacitación, aquellos que requieren complemento de otros dispositivos médicos, es decir, hay un conocimiento de por medio y esa experiencia actualmente no la tiene la CENABAST.

Respecto a la adjudicación múltiple, solicitó mayor información del procedimiento desde la mirada de los proveedores, los inventarios, cómo se va a manejar en ciertas emergencias y cuál será la diferencia con una adjudicación parcial, porque no está claro todavía cómo va a funcionar el mecanismo.

En cuanto al servicio de salud digital, entendiendo el rol de la telemedicina y su aporte para la equidad y el acceso a la salud, manifestó una duda sobre la doble función entre prestador y regulador, ya que se le dan atribuciones para ser el responsable de promover estándares éticos de seguridad y de interoperabilidad, pero a su vez, va a ser un prestador y eso no queda claro.

En general, se entiende que la figura está dividida entre redes asistenciales y la Secretaría de Salud Pública y en este caso, se concentra todo en una sola entidad.

A su vez, el **Honorable Senador señor Chahuán** manifestó la preocupación por la cantidad de dispositivos médicos que existen, aproximadamente 2 millones en el mundo, de los cuales no hay más de 10 reconocidos en el país y eso da cuenta de una dificultad. Añadió que se requieren capacidades distintas y entender que la regulación de los dispositivos médicos es clave, toda vez que, si uno de ellos no es adecuadamente probado, puede generar daños graves en las personas.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Gahona** se centró en dos aspectos: primero, lo relacionado con el gobierno corporativo del FONASA, entendiendo que el Ejecutivo no quiera innovar en el ámbito, siendo que una de las mejores experiencias en gobiernos corporativos, es lo que ha hecho la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), que pasó de una Superintendencia a un cuerpo colegiado.

Estimó que, por la relevancia, el presupuesto que maneja y lo importante que es para el país, FONASA debe tener un gobierno lo más distante posible de los ciclos políticos. Es cierto, el ADP selecciona a los mejores, pero la definición final es política. Agregó que la dificultad es que los procesos están cambiando con mucha frecuencia, ya que cambian los gobiernos, cambian los directores de servicios, los directores de hospitales y no hay una continuidad de la gestión en el largo plazo. Por ello, manifestó su preferencia por la existencia de un gobierno corporativo del FONASA, mucho más robusto, más colegiado y con mayor lejanía de los ciclos políticos.

En segundo término, manifestó que el proyecto tiene muchos aspectos a corregir, pues no se saca nada con tener este avance en el ámbito público, si en el privado no están los progresos que se requieren también.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** consultó por la concentración de las funciones de pago y revisión de licencias médicas en el FONASA, pues puede representar un conflicto de interés.

Sostuvo que tanto la Organización Mundial de la Salud, como la Organización Internacional del Trabajo, recomiendan que las funciones de fiscalización, evaluación médica y pago de subsidios estén separadas institucionalmente para evitar un potencial conflicto de interés. Añadió que, de aprobarse el proyecto como está, es fundamental que la SUSESO fiscalice más y mejor al FONASA.

A continuación, el **Honorable Senador señor Castro González**, consultó a la SUSESO y al FONASA, sobre la capacidad de fiscalización médica y de peritaje que va a tener el FONASA, pues será la puerta de entrada del sistema de licencias médicas.

Sobre lo anterior, preguntó qué peritaje médico va a tener el FONASA mediante el proyecto de ley, para darle la admisibilidad a la licencia médica; cómo van a cambiar los tiempos de autorización y los tiempos de pago; qué está sucediendo en la SUSESO con la verificación electrónica del sistema, ya que tiene un 98% de ocupación por esta vía, pero con dos empresas que capturan el mercado de licencias médicas.

Asimismo, requirió saber la forma en la que se está abordando el problema de médicos extranjeros que se registran en Chile y luego vuelven a su país, para desde allá emitir licencias médicas y de qué manera el traspaso hacia el FONASA cambia este tipo de detección de fraude.

También, consultó por la forma en la que el FONASA se hace cargo del eventual traspaso de funcionarios desde la COMPIN, en el ámbito de los derechos laborales.

Luego, preguntó al Colegio Médico, de qué manera se están abordando los procesos éticos respecto a aquellos grandes emisores en sospecha, particularmente, en el caso de la salud mental y complicaciones osteomusculares.

En otro orden de ideas, compartió la idea de que las asignaciones deben tener una modificación, pero también es pertinente que exista un cambio en el sistema de remuneración de los médicos en el sistema público, ya que esta es una parte del total del sueldo bruto o total de haberes que tiene un médico. Añadió que, actualmente, hay un fraccionamiento de horarios médicos en el sistema público muy grande, que hace que la minoría trabaje jornada completa y la mayoría tiene sistema de 33, 22 u 11 horas, razón por la cual los directivos tienen que comprar servicios por las tardes, vía honorarios a tarifas altas que, a su vez, genera que las personas desechan la contrata o la planta

para incrementar los ingresos a través de un contrato a honorario o de una compra de servicios, lo cual significa una distorsión de la carrera funcionaria.

A continuación, indicó que la gobernanza es un tema que se ha planteado transversalmente desde hace dos años. Lo anterior, prosiguió, implica contar con un comité directivo, no solamente un director, además, que tenga una sostenibilidad en el tiempo y que esté sometido a reglas, no sólo de ADP, sino que también a normas de gobernabilidad que traspasen los gobiernos.

Por último, respecto a los dispositivos médicos, consultó por las deudas, porque la Asociación de Proveedores de la Industria de la Salud se quejan sistemáticamente en la prensa de dineros que le deben desde el sistema público y deben esperar más de 300 días para que se realice el pago.

La **señora Ministra de Salud** respecto al tema del Servicio de Salud Digital, respondió que, en la actualidad, funciona el Hospital Digital, el cual entrega más de un millón de prestaciones anuales. Añadió que el Hospital Digital fue instaurado con el Ministro señor Santelices y está instalado dentro de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Al respecto, informó que ha sido mal evaluado desde el punto de vista de la institucionalidad, es decir, de la forma en que está organizado, pero muy bien evaluado desde el punto de vista de la resolutividad y de lo que significa para el futuro de la medicina.

Añadió que se está migrando hacia una medicina en la cual los pacientes serán cada vez más autónomos en relación a sus situaciones de salud, empujada por la inteligencia artificial, por el acceso a la democratización al conocimiento, pero todo ello, requiere del tutelaje y del acompañamiento de los médicos y también de la posibilidad de acceder a dispositivos médicos en forma autónoma, que de alguna forma apoyan lo que podría ser hasta un autodiagnóstico y una auto indicación de terapia, por lo cual, interesa que sea regulado.

Indicó que es anómalo que un prestador dependa del Ministerio de Salud, ya que nuestra cultura siempre ha diferenciado la administración de los establecimientos asistenciales del rol de la autoridad sanitaria y del papel de rectoría del Ministerio de Salud. Por lo tanto, añadió que el Hospital Digital debe insertarse en una institucionalidad que diga relación con la cultura organizacional, esto es, un servicio de salud que tendrá un director elegido por Alta Dirección Pública, solo que tendrá un alcance nacional en cuanto a la territorialidad.

A pesar que los mecanismos de Alta Dirección Pública a veces se tiñen de alcances políticos, afirmó que las evaluaciones han sostenido que la profesionalización y la elección de directivos ha empujado la eficiencia en el sistema de salud chileno.

Desde el punto de vista del ordenamiento, indicó que lo más regular es que esta entidad prestadora tenga una institucionalidad adecuada, a través de un servicio de salud, con todas las ventajas que ello implica. incluso que no depende de la Subsecretaría de Salud. Precisó que los servicios de salud se relacionan con la Subsecretaría de Redes, pero no dependen de ella, porque tienen autonomía y patrimonio propio.

Respecto a la consulta de si se trata de prestador o regulador, respondió que es prestador. Añadió que se puede conceder la capacidad de proponer normas, pero la facultad normativa siempre es del Ministerio, que mantiene el rol rector.

En cuanto a los gobiernos corporativos, sostuvo que entiende la presión por incorporar gobiernos corporativos, pero consideró que su análisis es diferente, dependiendo de la institución de la que se trate. Añadió que, en cambio, FONASA es el seguro público que administra beneficios sociales para las personas, por ello, al establecer un gobierno corporativo, propuesta que atrae ya que se vincula con mayor profesionalización y transparencia, hay un reparo con los fines para los cuales está creado el Fondo.

Argumentó que en el caso de los gobiernos corporativos puede existir conflicto con el objetivo de la empresa, porque tiene una visión más empresarial, en el sentido de salvaguardar el equilibrio financiero con respecto a los beneficios sociales. Expresó que, desde el punto de vista del diseño institucional, FONASA tiene cierta independencia, pero no es autónomo de los objetivos sanitarios y de la visión sanitaria que establece el Ministerio de Salud.

Por lo anterior, planteó que no le parece adecuado un gobierno corporativo que no dependa de un Ministerio de Salud, cuya autoridad está designada por un gobierno democráticamente electo y sujeto a fiscalización permanente, ya que relativiza a una entidad que se dedica a los beneficios del seguro de salud y a financiar a los prestadores de salud.

Por último, recalcó que la definición de las políticas de salud no corresponde a FONASA, sino que es un rol del Ministerio de Salud, además que le interesa que el Fondo responda a los objetivos sanitarios.

A continuación, la **Superintendenta de Seguridad Social** respondió, en relación a la estadística, que en el sitio web tienen publicado el tercer informe y que existe una sección especial de estadísticas interactivas que muestra la información anual de licencias médicas.

Respecto a los tiempos de autorización y pago, contestó que este proyecto de ley va a ser un aporte en homogenizar esos tiempos de autorización de licencias médicas, en el rol de contraloría médica y también de los procesos de su pago y del pago efectivo de los subsidios de incapacidad laboral, al estar centralizado en FONASA.

Agregó que han analizado la demora de cada sistema y observaron que los pronunciamientos de la COMPIN han mejorado sustancialmente durante los últimos tiempos. En cuanto a los pagos, prosiguió, muchas veces están relacionados a los ciclos presupuestarios, pero es un tema que se está ajustando.

Señaló que, como Superintendencia, a partir de diciembre, en las resoluciones que resuelven las reclamaciones remitidas a la persona que requirió, se adjunta además otra en lenguaje claro, a fin de entregar a la ciudadanía una explicación más clara, mostrando que la licencia médica que fue autorizada, se paga a más tardar en determinada fecha.

En cuanto a la verificación de las licencias médicas electrónicas, afirmó que están en un proceso de mejora de la fiscalización que realizan, respecto a los operadores de licencia médica electrónica, que son Imed y Medipass. Comentó que el año pasado emitieron una circular respecto de las acciones que deben que tomar, sobre todo mirado desde un punto de vista preventivo y de protección a los profesionales de la salud. Por ejemplo, instalaron el re enrolamiento preventivo, símil del usado en bancos cuando encuentra que hay alguna acción anómala, que bloquea la cuenta y llama a hacer de nuevo el proceso de seguridad. Están haciendo algo similar con algunos casos que se sospecha que puedo haber suplantación, para proteger al profesional de la salud.

En relación a la telemedicina, señaló que está normado y estimó que la nueva reforma a la ley N° 20.585 avanza en solicitar el requisito de tener el EUNACOM aprobado, restringiendo con ello la posibilidad de que médicos extranjeros lleguen al país solo a inscribirse y luego se vayan al exterior para seguir emitiendo o vendiendo licencias médicas. Precisó que también están viendo con los operadores la reportería de Dirección de Protocolo de Internet (IP) desde el extranjero, pues es fácil de enmascarar.

Por último, estimó que, si todo el proceso de contraloría médica se focaliza en el FONASA, ayudará a fortalecer esos avances.

A su vez, la **Presidenta del Colegio Médico**, indicó que pueden pasar al Comité de Ética a los grandes emisores, pero hasta el momento no les ha tocado ningún médico colegiado. A su vez, también tienen la limitación de la tuición ética, por lo tanto, si citan a un colega que no está colegiado no tiene ninguna obligación de presentarse.

Agradeció al regulador, a la COMPIN y a la SUCESO, que van a volver a explorar el decreto N° 7, que ordena actualizar el tema del reposo. Para ello, el COLMED tiene trabajando al departamento de políticas públicas y sistematizando lo que implica una buena práctica de la licencia médica.

Informó que el gremio está preocupado de tener un manual de buenas prácticas y participar en la discusión del reposo, a objeto de hacer que el otorgamiento de licencia sea una práctica más segura, más consciente, con límites, y llamó a discutir el subsidio de incapacidad laboral en su sentido más amplio. Observó que todos los temas deben ser tratados, por ejemplo, el pago del 100% de la remuneración, donde no hay un desembolso decreciente y estímulos para que las personas vuelvan a trabajar.

Finalmente, manifestó que actualmente tienen asignaciones que no funcionan, por ejemplo, un profesional puede subir un grado en la escala funcionaria y sin embargo el sueldo no aumenta, porque está sujeto a los recursos de los servicios, lo cual no incentive que los médicos estén 44 horas.

La **señora Garnham** aclaró que el tema de la deuda es una preocupación real, ya que están viviendo una situación extraordinaria.

El **Honorable Senador señor Chahuán** consultó por las medidas que se están tomando actualmente a propósito de la emisión de licencias médicas desde el extranjero.

La **señora Pamela Gana** comentó que cuando se logra identificar la emisión de una licencia médica desde el extranjero, opera lo establecido en la circular del año pasado, que es el re-enrolamiento preventivo presencial. Eso implica que el profesional de la salud que está en el extranjero vuelva nuevamente a Chile a enrolarse, haciéndolo más costoso.

El **Director Ejecutivo de la Asociación de Proveedores de la Industria de la Salud (APIS), señor Eduardo del Solar**, exhibió una presentación y señaló que la entidad que representa corresponde a los proveedores de la industria de la salud no farmacéutica. Añadió que APIS agrupa a más de 60 empresas —grandes, medianas y pequeñas— que abastecen más del 50% de los insumos que consume tanto la salud pública como la privada en el país.

En primer lugar, valoró positivamente que el proyecto de ley avance en la regulación de los dispositivos médicos, algo que consideran un paso necesario y esperado por el sector.

Respecto al rol de FONASA en el proyecto, y particularmente lo relativo a la Contraloría Médica, expresó su preocupación por la centralización del control de licencias médicas en dicho organismo, sin posibilidad de interposición de recursos administrativos. Consideró que esto podría generar inseguridad jurídica y falta de transparencia, tanto para los proveedores como para los usuarios, quienes podrían verse afectados por decisiones unilaterales, sin mecanismos de revisión.

Subrayó que es fundamental que FONASA implemente mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, para garantizar que las decisiones en esta materia sean justas y equitativas.

En relación con la compra centralizada por parte de FONASA, advirtió que esta medida podría llevar a un monopolio estatal, limitando la competencia entre proveedores y desincentivando la innovación en el sector.

Sobre los Acuerdos de Gestión Anuales, expresó que, si bien se presentan como un incentivo positivo —al permitir anticipar transferencias de recursos a los Servicios de Salud que cumplan con los objetivos—, en la práctica podrían ejercer una presión indebida sobre dichos servicios. Advirtió que estos objetivos podrían no ser siempre realistas o estar alineados con las necesidades locales, lo que afectaría negativamente la gestión.

Además, alertó sobre un posible impacto en la competencia, ya que la asignación de recursos basada en el cumplimiento de estos acuerdos podría favorecer a ciertos Servicios de Salud en desmedro de otros, generando desigualdades y afectando especialmente a pequeñas empresas proveedoras, con posibles consecuencias en la calidad de atención y en la seguridad del paciente.

En cuanto a la designación de oficio del segundo prestador GES, manifestó que facultar a FONASA para elegir prestadores podría limitar la libre elección de los usuarios y afectar la calidad del servicio, si no se asegura que el nuevo prestador cumple con los mismos estándares de calidad del originalmente seleccionado.

Al referirse a las nuevas atribuciones de CENABAST, recordó que existe una opinión de constitucionalidad al respecto, señalando que para que dicha entidad pueda actuar como proveedor de dispositivos médicos, es necesario que se apruebe una ley de quórum calificado que lo autorice de manera explícita.

Respecto a la regulación de dispositivos médicos y el rol del ISP como autoridad sanitaria, planteó su preocupación por la concentración de funciones regulatorias y fiscalizadoras en una misma entidad. Consideró que esta situación podría generar conflictos de interés y afectar la eficiencia del sistema, ya que el mismo organismo estaría encargado tanto de establecer las normas como de supervisar su cumplimiento, lo que podría influir indebidamente en una u otra función.

En relación con el registro sanitario obligatorio para la distribución y uso profesional de dispositivos médicos —según el riesgo y la notificación al ISP—, planteó la necesidad de reconocer regulaciones internacionales en el proceso. Señaló que este requisito impone una carga administrativa

significativa, que podría afectar negativamente la competitividad y capacidad de innovación, especialmente para las pequeñas y medianas empresas del sector.

Además, advirtió que, al no estar definidos aún los requisitos específicos del registro (que se establecerán mediante reglamento), se genera una situación de incertidumbre para los proveedores, dificultando la planificación e inversión.

En conclusión, a pesar de las observaciones señaladas, sostuvo que el proyecto de ley está bien orientado.

Por su parte, la **Vicepresidenta Ejecutiva de la Cámara de Innovación Farmacéutica (CIF), señora Mariela Formas** acompañó un documento y señaló que la organización representa aproximadamente el 90% de la oferta de medicamentos innovadores en el país. Además, indicó que el sector invierte cerca del 26% del total nacional en investigación y desarrollo (I+D), participa en el 95% de los ensayos clínicos que se realizan en Chile y emplea capital humano avanzado en una proporción 20 veces superior al promedio nacional, según mediciones de la OCDE.

Respecto del gasto en salud, mencionó que, si bien Chile alcanza un 10,2% del PIB, por sobre el promedio de la OCDE, el problema radica en la estructura de financiamiento, ya que casi el 35% del gasto proviene directamente del bolsillo de las personas; solo un 7% corresponde a seguros obligatorios (FONASA e ISAPRES), un 3% a seguros voluntarios, y un 5,4% es puramente estatal. Aunque se han realizado esfuerzos para ampliar coberturas, especialmente en los últimos años, consideró que aún resultan insuficientes.

Sobre el financiamiento de medicamentos, precisó que la situación es aún más crítica: un 62% del gasto total en medicamentos proviene del bolsillo de los pacientes; solo un 17% cuenta con cobertura estatal, otro 17% proviene de programas específicos como la ley Ricarte Soto, GES o el Programa Nacional de Inmunizaciones; y el resto se distribuye entre seguros privados (9%) y FONASA (9%). Añadió que, al comparar con países como España y Portugal —con niveles de gasto similares— la estructura es completamente inversa: entre un 64% y 80% del financiamiento es estatal, y el gasto de bolsillo se sitúa alrededor del 20%.

Luego, subrayó que en Chile los medicamentos y terapias innovadoras están disponibles, pero no cuentan con cobertura. Además, denunció que Chile presenta múltiples barreras para la inversión en I+D, como la continuidad perpetua del tratamiento, la inversión de la carga de la prueba —contraria al derecho civil— y plazos indefinidos para evaluar daños. Añadió que esto contradice regulaciones internacionales como las de Helsinki, haciendo que Chile pierda competitividad frente a países como Perú, Argentina y Colombia, que han facilitado la inversión en ensayos clínicos.

Sobre el proyecto de ley, afirmó que, considerando este contexto, el proyecto de ley en estudio representa un acierto, ya que legislaciones como esta pueden agilizar el sistema de salud.

Respecto a los ejes que conciernen a CIF, destacó: el fortalecimiento de FONASA, con tres áreas clave: asignaciones automáticas al segundo prestador, reformas a la COMPIN y mayor eficiencia en la compra a privados.

A su vez, expresó que la creación del Servicio Nacional de Salud Digital es una condición habilitante para implementar pagos por resultados y contratos de innovación, lo que facilitaría el acceso a terapias avanzadas.

Asimismo, remarcó la consolidación del rol de la CENABAST y a las oportunidades de mejora que se abren en este proyecto como condiciones habilitantes para cumplir sus objetivos.

Posteriormente, se refirió al fortalecimiento de FONASA. Detalló que actualmente, cada servicio de salud contrata de forma directa con prestadores privados, y que el proyecto propone que FONASA centralice obligatoriamente estas compras para toda la red pública.

Reconoció que la experiencia internacional evidencia ahorros y mayor eficiencia, pero advirtió que deben cumplirse ciertas condiciones habilitantes para evitar riesgos operativos y clínicos. Añadió que dichas condiciones habilitantes son: flexibilidad clínica y excepciones fundadas para la contratación directa; criterios de valor terapéutico, no solo de precio; evitar concentración de mercado, usar acuerdos de riesgo compartido (ARC) o compras basadas en valor, y definir qué prestaciones se licitan y cómo se licitan.

Sugirió que toda licitación pase por un sistema nacional de evaluación técnica (como ETESA para medicamentos), con base en criterios clínicos y sanitarios definidos por el Ministerio de Salud, para evitar rigideces y asegurar un uso eficiente y adaptado de los recursos.

El segundo aspecto importante a considerar en este punto, prosiguió, es que toda compra sea basada en la priorización que haga el Ministerio de Salud respecto de los servicios y la evidencia sanitaria para realizar la compra centralizada.

Planteó que lo anterior, va a asegurar que las decisiones de compra se basen en evidencia y necesidades sanitarias, evitando rigideces y promoviendo un uso eficiente y adaptado de los recursos.

Advirtió que priorizar únicamente el menor precio podría excluir terapias de alto valor clínico, afectando el acceso equitativo a la innovación.

Recomendó permitir excepciones clínicas fundadas (como enfermedades raras o falta de respuesta terapéutica), autorizadas técnicamente, para que los Servicios de Salud puedan contratar fuera de la licitación centralizada. Insistió que lo anterior permitiría mantener el acceso a tratamientos innovadores o poco frecuentes que no encajan en licitaciones estándar, asegurando equidad y respuesta clínica.

Sobre el riesgo de concentración del mercado, señaló que podría reducirse la diversidad terapéutica y dificultar la entrada de nuevas tecnologías. Propuso incluir criterios de adjudicación por valor terapéutico, considerando resultados clínicos, evidencia científica y cumplimiento regulatorio, fomentando así la competencia basada en calidad.

También destacó la ausencia de criterios explícitos de calidad y efectividad, y propuso habilitar legalmente el uso de acuerdos de riesgo compartido y compras basadas en resultados en salud, especialmente relevantes en áreas como oncología, enfermedades raras y terapias avanzadas. Esto permitiría, estimó, que el Estado pague por resultados, alineando gasto con impacto sanitario y reduciendo incertidumbre financiera.

En relación a la creación del Servicio Nacional de Salud Digital, valoró positivamente la creación de este servicio, considerando que el país está atrasado en esta materia. Indicó que su implementación debe incluir registros clínicos, terapéuticos y de seguimiento, fundamentales para evaluar resultados en salud y aplicar modelos de financiamiento innovadores. Sin estos registros, advirtió, las herramientas de gestión serán muy limitadas.

Subrayó que esta capacidad no solo fortalece la toma de decisiones clínicas y de política pública, sino que abre la puerta a modelos de financiamiento basados en resultados, como los acuerdos de riesgo compartido y el pago asociado al valor.

Por otro lado, acerca del rol de CENABAST, recordó que actualmente actúa como intermediario, pero con facultades limitadas para compras y pagos y, además, tiene escasa coordinación regulatoria con el ISP.

Al respecto, destacó que en el proyecto de ley se amplían sus atribuciones, pero deben considerarse cinco condiciones habilitantes:

1.- Criterios objetivos para adjudicación múltiple, como parte de la legislación, para que no se produzca una mala interpretación de las adjudicaciones y que favorezca a la libre competencia.

2.- Coordinación efectiva con ISP.

3.- Reglas claras para pagos anticipados con control fiscal, respecto a las compras internacionales.

4.- Incorporar facultad para modelos innovadores de compra como acuerdos de riesgo compartido, compras por valor y capacidad de negociación.

5.- Incorporar criterios de ética empresarial, en forma institucionalizada.

Como sugerencias adicionales, propuso:

1.- Establecer lineamientos técnicos objetivos para adjudicación múltiple, priorizando continuidad y calidad del abastecimiento, y asegurando la transparencia y legitimidad del proceso licitatorio.

2.- Incluir salvaguardas reglamentarias para pagos anticipados sin garantía, que aseguren trazabilidad y control, con el fin de asegurar el buen uso de los recursos públicos.

3.- Crear protocolos de interoperabilidad entre CENABAST e ISP, mediante resolución conjunta, para agilizar la gestión de compra y resguardar los compromisos internacionales.

4.- Incorporar una disposición legal que permita pilotos de compras innovadoras, como ARC.

5.- Incluir criterios de integridad y ética empresarial en las bases de las licitaciones públicas.

Finalmente, recalcó la importancia de las adjudicaciones múltiples como herramienta clave para la seguridad sanitaria, pero subrayó que su éxito depende de la incorporación de las condiciones habilitantes mencionadas.

A continuación, el **Subsecretario de Redes, señor Bernardo Martorell**, aclaró algunos aspectos mencionados, entre ellos el relacionado con la concentración de funciones en el ISP, lo que podría generar conflictos de interés con el Ministerio de Salud y su División de Políticas Públicas. Al respecto, afirmó que la función normativa, en el marco de este proyecto de ley, permanece siempre en el Ministerio de Salud, que será el encargado de elaborar el reglamento para la regulación de dispositivos médicos, siendo el ISP el órgano encargado de ejecutar dicho reglamento.

Respecto de las excepciones clínicas en el contexto de la compra centralizada por parte de FONASA, señaló que el proyecto de ley contempla diversas excepciones, por lo que dicho aspecto ya se encuentra abordado.

A continuación, el **Presidente de Clínicas de Chile, señor Javier Fuenzalida**, exhibió una presentación y señaló que la Asociación que representa agrupa a 49 prestadores. Informó que prácticamente todas las

clínicas del país forman parte de esta organización, atendiendo anualmente a aproximadamente 11 millones de personas. Añadió que este volumen incluye cerca de 850 mil intervenciones quirúrgicas, 80 millones de exámenes diagnósticos, 2,1 millones de días cama y 33,5 millones de atenciones de salud.

Enfatizó que estas clínicas representan una parte sustantiva en la resolución de los problemas de salud del país y que constituyen un componente integral del modelo sanitario nacional.

A continuación, presentó las observaciones del gremio respecto al proyecto de ley actualmente en estudio. En primer lugar, valoró la propuesta orientada al fortalecimiento de FONASA, ya que es indispensable. Sin embargo, señaló que existen ciertos aspectos que deberían incorporarse en el proyecto.

Uno de ellos, comentó, es la necesidad de establecer un gobierno corporativo independiente y autónomo, en consideración al volumen de recursos que administra el Fondo. Mencionó que existen referentes en el sector público, como el Banco Central y CODELCO, que pueden servir de modelo en esta materia.

Asimismo, propuso que FONASA cuente con un equipo técnico con capacidad vinculante para la toma de decisiones. Recordó que hace dos o tres años la inflación alcanzó un 13%, y que la Superintendencia de Salud estimó un aumento del 15% en los costos de salud, lo que se reflejó en una actualización equivalente de los aranceles de FONASA. Sin embargo, por la escasa autonomía del sistema, no existía claridad respecto a qué entidad correspondía recurrir para debatir esa decisión. Aclaró que, finalmente, el Fondo solo aumentó los aranceles en un 6,3%, debido a las restricciones impuestas por la Ley de Presupuestos y la DIPRES, que fijaron un formato y una regla fiscal sin espacio para deliberación.

En este sentido, planteó que debe existir un equipo técnico que respalde las decisiones que implemente el seguro, fortaleciendo así a FONASA como un verdadero seguro público, no meramente como un pagador.

Este fortalecimiento, añadió, debe ir acompañado de un presupuesto técnicamente determinado, autónomo y aplicable, que permita cierta flexibilidad respecto de la regla fiscal. La discusión de fondo, estimó, es que los aranceles deben reflejar los costos reales de la salud. Entonces, prosiguió, si la Superintendencia indica un aumento del 15% y el presupuesto solo permite un 6,3%, cualquier análisis estructural queda fuera del debate.

Posteriormente, abordó cuatro puntos adicionales: las licencias médicas, la adición automática del segundo prestador, la eficiencia en la

compra de servicios a privados, y las herramientas para incentivar la productividad.

En relación con las licencias médicas, consideró que el proyecto debería avanzar hacia una separación completa de esta función, con una institucionalidad autónoma. Indicó que las licencias representan una parte significativa del gasto en salud y también afectan sustancialmente los costos de las ISAPRES, lo que debiera ser objeto de atención. Propuso que tanto el seguro de salud público y privado, como el seguro de salud laboral y común, sean parte de una discusión más amplia que derive en la creación de una entidad autónoma que administre esta área con un sistema de control diferenciado.

Luego, sugirió considerar modelos internacionales, como el de Suecia, donde el pago de licencias médicas disminuye con el tiempo. En contraste, explicó, en Chile existe una carencia inicial seguida de un pago permanente.

Sobre el segundo prestador, señaló que el planteamiento es adecuado, siempre que se respete expresamente la decisión del paciente, aspecto que actualmente no está suficientemente explicitado. Recomendó avanzar en la interoperabilidad de los sistemas de información para una mejor implementación.

Afirmó que, para que esta figura funcione correctamente, es necesario incentivar adecuadamente a los prestadores para que se adhieran a los convenios, siendo esto clave para su éxito.

Respecto a las derivaciones, planteó que deben considerarse los traslados y estadías de los pacientes y sus acompañantes. La falta de estos apoyos, añadió, suele ser motivo de rechazo a las derivaciones, ya que muchas personas no tienen dónde alojarse ni con quién acudir.

En cuanto a la compra pública de servicios, abogó por su centralización, dado que permite aprovechar economías de escala y lograr mayor eficiencia.

Asimismo, expresó su acuerdo con la propuesta de digitalización y complementariedad de datos. Recalcó que esta norma debe aplicarse transversalmente, incluyendo tanto al sector público como al privado, con el fin de establecer valores comunes en la discusión y fortalecer la complementariedad entre ambos sectores.

En relación con el uso de dispositivos médicos, valoró positivamente que CENABAST contemple la compra centralizada e incluya a las clínicas. Destacó el caso de la pandemia como un ejemplo exitoso, en el cual las

clínicas fueron abastecidas por la Central, lo que generó eficiencia y mejores precios en las prestaciones.

Concluyó que todas las buenas ideas presentadas deben ir acompañadas del fortalecimiento institucional necesario, de modo que FONASA cuente con la dotación adecuada para hacerse cargo de las nuevas funciones que se le asignen.

El **Presidente de Isapres de Chile A.G., señor Gonzalo Arriagada**, acompañó una presentación y manifestó que en los últimos años el sector salud ha enfrentado desafíos inéditos, como la pandemia por Covid-19, que obligó a concentrar todos los esfuerzos disponibles para evitar miles de muertes; la crisis de las ISAPRES, que puso en riesgo la estabilidad del sistema de salud; las listas de espera, que aún afectan gravemente la atención de millones de personas; y la escandalosa malversación de recursos por el uso indebido de licencias médicas.

Estos desafíos, afirmó, han dado lugar a los siguientes consensos: el sistema de salud debe tener una estructura público-privada, tanto en su dimensión asistencial como previsional; es necesario mejorar la gestión de los recursos del sistema; se requiere una reforma del sistema de licencias médicas, y la Superintendencia de Salud debe contar con facultades suficientes para fiscalizar de manera equitativa tanto a FONASA como a las ISAPRES. No obstante, observó que, respecto a los objetivos de mejorar la gestión general del sector salud y reformar el sistema de licencias médicas, el proyecto de ley en discusión aún está al debe.

A continuación, presentó una serie de propuestas que deberían ser consideradas y las agrupó en torno a tres temas principales: las nuevas facultades de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, las atribuciones de FONASA en materia de licencias médicas y la designación automática de un segundo prestador para prestaciones GES.

En relación a las nuevas facultades de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, comentó que el proyecto establece que, con el objetivo de mejorar la productividad de la red asistencial, la Subsecretaría podrá definir e implementar un sistema nacional de registro y evaluación de la producción, de la calidad asistencial y de la satisfacción usuaria. Añadió que la iniciativa contempla que dicha Subsecretaría podrá dictar una resolución que establezca las normas para integrar la información necesaria para dicho monitoreo. Si bien valoró estos esfuerzos orientados a mejorar la productividad, la calidad y la satisfacción de los usuarios, advirtió que limitarse a generar información en estas materias podría ser insuficiente.

Por otra parte, señaló que declarar estas acciones como facultativas en el articulado del proyecto no parece acertado, estimando que deberían ser obligatorias.

Subrayó la importancia de que los resultados derivados de esta evaluación y registro sean públicos y se difundan oportunamente. Aunque, continuó, por sí sola la información no cambia la realidad, contar con datos sobre productividad y calidad permite conocer y comparar los desempeños de distintos servicios y hospitales, lo que resulta esencial para mejorar la gestión.

Propuso, además, que las evaluaciones se realicen con el mayor nivel de desagregación posible y que se cree una instancia de participación integrada por expertos y académicos, que colabore en definir qué, cómo y a quién se debe medir.

En segundo lugar, en cuanto a las nuevas atribuciones de FONASA en relación con las licencias médicas, explicó que el proyecto contempla que el Fondo cuente con una contraloría médica propia, facultada para evaluar o resolver licencias médicas por enfermedad o accidente común, en forma similar a lo que actualmente realiza el sistema de ISAPRES.

Si bien consideró adecuado que FONASA cuente con estas atribuciones, advirtió que el modelo de licencias médicas vigente está fuertemente cuestionado y requiere una transformación estructural. En este sentido, expresó que no hay consenso respecto a la creación de una contraloría médica dentro de FONASA, y que, en su lugar, se propone la creación de un organismo autónomo, con un nuevo enfoque institucional.

Expuso que el sistema actual ha sido ineficaz para combatir el fraude, y que además presenta elementos que perjudican a los trabajadores, como los procedimientos para calificar el origen de las enfermedades (laboral o común), evaluar invalidez o definir jubilaciones, entre otros, generando tensiones que los afectan directamente.

Destacó la importancia de revisar las instancias encargadas de resolver los conflictos relacionados con las licencias. Actualmente, explicó, los trabajadores pueden apelar si su licencia es rechazada o reducida; sin embargo, para que este mecanismo funcione, es esencial que las COMPIN actúen con unidad de criterio, lo que no ocurre en la práctica. Sugirió que el nuevo diseño contemple una instancia de resolución de conflictos más coordinada, con definiciones diagnósticas claras para determinar descansos razonables, aplicables de manera uniforme a nivel nacional.

Respecto al financiamiento de las licencias, observó que el sistema actual no incentiva la reinserción laboral, sino que, por el contrario, podría estimular la prolongación de las licencias.

Enfatizó que existe consenso respecto a la necesidad de crear una nueva institucionalidad autónoma e independiente, desvinculada de FONASA, ISAPRES o mutuales. Añadió que esta nueva entidad debería encargarse de

redefinir los criterios para otorgar licencias, incluyendo aspectos como períodos de carencia, la proporción del subsidio respecto al ingreso del trabajador, y si dicho subsidio debe mantenerse o disminuir con el tiempo.

Finalmente, abordó el tema de la designación automática de un segundo prestador en el contexto de las garantías explícitas en salud (GES), cuando los plazos de atención no se cumplen. Al respecto, recordó que existe un proyecto de ley en tramitación en la Cámara de Diputados que propone que la Superintendencia de Salud sea quien designe automáticamente al segundo prestador en esos casos. En contraste, comentó, en el Senado se ha planteado que dicha facultad debe recaer en FONASA o las ISAPRES, sin necesidad de que el afiliado interponga un reclamo.

Al respecto, manifestó su preferencia por el proyecto actualmente en discusión en el Senado, pero consideró fundamental que el texto legal incluya expresamente que la designación del nuevo prestador se realice con consulta al paciente.

Seguidamente, el **Honorable Senador señor Castro González** solicitó que se profundice con mayor detalle en el tema de la gobernanza de FONASA, considerando su rol estratégico en el sistema de salud y el volumen de recursos que administra.

En segundo lugar, planteó una inquietud relacionada con las deudas que FONASA mantiene con clínicas privadas, asunto que ha sido objeto de prolongadas controversias. Solicitó antecedentes específicos sobre el estado actual de dichas deudas y los mecanismos propuestos para su resolución en el marco del proyecto de ley.

En tercer término, abordó un tema que genera preocupación tanto en autoridades locales como en comunidades regionales: el traslado de pacientes a centros de diálisis y su cobertura por parte de FONASA. Subrayó que se trata de una necesidad urgente, especialmente para personas en zonas apartadas, que requieren apoyo integral para poder acceder oportunamente a sus tratamientos.

Finalmente, formuló una consulta sobre los puntos débiles en el ejercicio de la facultad de compra por parte de FONASA. Indicó que es importante distinguir entre la centralización de las compras, que se propone fortalecer en el proyecto de ley, y la compra descentralizada, que actualmente presenta un carácter múltiple, sin un control eficaz, y que estaría contribuyendo al incremento sostenido del endeudamiento en el sistema.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Flores** precisó que el proyecto de ley actualmente en discusión en la Cámara de Diputados, relativo a la designación automática de un segundo prestador, corresponde a una moción parlamentaria que fue declarada inicialmente inadmisible. Sin embargo, indicó

que, tras votarse su admisibilidad, la iniciativa fue derivada a la Comisión de Salud de dicha Corporación para su análisis. No obstante, advirtió que el proyecto no cuenta con el patrocinio del Ejecutivo, lo cual limita su viabilidad legislativa en el corto plazo.

A su vez, la **Honorable Senadora señora Órdenes** consultó respecto a la visión sobre la nueva estructura del gobierno corporativo autónomo, propuesta como parte de una nueva institucionalidad. En particular, solicitó precisiones sobre cómo se concibe esta estructura y el rol que cumpliría un equipo técnico con carácter vinculante en los procesos de toma de decisiones.

Asimismo, requirió antecedentes sobre cómo se abordarán los litigios asociados al sistema de licencias médicas, que actualmente afectan de forma negativa a los pacientes. Subrayó que el derecho a acceder a una licencia médica debería estar garantizado sin mayores obstáculos, de modo que las personas no enfrenten barreras indebidas en el ejercicio de ese derecho.

El **señor Javier Fuenzalida** señaló que, desde la perspectiva del gremio, consideran positiva la creación de un comité técnico con carácter vinculante. Indicó que sería necesario definir con claridad los temas que dicho comité abordaría, ya que las necesidades del sistema de salud son múltiples. Mencionó como ejemplo el caso del cáncer, una problemática urgente en la actualidad, que requiere una definición técnica sólida para enfocar adecuadamente los recursos en su atención.

Manifestó que sería conveniente contar con una contraparte técnica con la cual discutir este tipo de decisiones, especialmente en materias presupuestarias, que suelen ser complejas y requieren procesos de negociación. Planteó que este comité debería tener entre sus funciones la definición de prioridades en la asignación de recursos, así como la discusión y análisis de aranceles o costos de las prestaciones de salud, contribuyendo así a una planificación más eficiente y sustentable del sistema.

En relación con las compras, sostuvo que la centralización con establecimiento de escalas diferenciadas genera eficiencia en los precios, optimizando el uso de los recursos públicos.

Respecto a las deudas, reconoció que actualmente son elevadas, aunque responden a ciclos o temporalidades específicas. Indicó que, idealmente, los pagos a las clínicas deberían realizarse en un plazo de 30 días, considerando que aproximadamente el 50% de sus costos corresponde a remuneraciones del personal, lo que genera una alta presión financiera.

A continuación, valoró que la actual administración haya tomado conciencia de la deuda histórica acumulada durante la pandemia del Covid-19,

la cual, si bien se está pagando a valor nominal —con una pérdida aproximada del 35% respecto a su valor original—, ha comenzado a regularizarse. Destacó que se ha establecido un régimen de pago que ha mostrado avances en el último tiempo, permitiendo una mejor gestión de esas obligaciones pendientes.

En relación con las disputas que se generan en torno a la evaluación y resolución de las licencias médicas, el **señor Arriagada** señaló que se trata de un asunto complejo, ya que el sistema actual contempla tres instancias de revisión.

En primer lugar, explicó, están las contralorías médicas, que revisan las licencias de acuerdo con criterios clínicos y determinan si estas deben ser aprobadas, rechazadas o reducidas. Añadió que, en segunda instancia, cuando existe un litigio entre el trabajador y el sistema, la licencia es revisada por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), que aplica sus propios criterios y tiene la facultad de modificar la decisión inicial.

Expuso que, si la ISAPRE o el paciente no están conformes con la resolución adoptada por la COMPIN, existe una tercera instancia ante la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), que actúa como ente resolutivo final.

Por otro lado, explicó que, desde las ISAPRES, se procura mantener criterios lo más coordinados posible entre sus contralorías médicas. Sin embargo, advirtió que deben enfrentarse a criterios dispares provenientes de 20 o 30 COMPIN distintas, y que, a su vez, la SUSESO no necesariamente comparte los mismos lineamientos, lo que dificulta la coherencia en las decisiones.

En este contexto, estimó que para mejorar la gestión de los litigios es necesario realizar un trabajo técnico importante en la definición de criterios diagnósticos y en los procedimientos asociados, como la determinación de descansos adecuados según cada caso.

Por último, consideró que esta labor debería estar a cargo de la autoridad competente, posiblemente en el ámbito de la Superintendencia, e hizo un llamado a reforzar la capacitación y la coordinación entre los distintos niveles del sistema, con el fin de reducir la incertidumbre y los conflictos derivados del proceso de tramitación de licencias médicas.

A continuación, el **Presidente del Colegio de Cirujano Dentistas, señor Carlos Marchant** acompañó un documento y señaló que, si bien el proyecto de ley en estudio contiene diversos elementos positivos, también persisten errores estructurales que se han mantenido por más de 50 años en el sistema sanitario chileno.

En ese contexto, manifestó que la inclusión de la salud oral en esta iniciativa es prácticamente nula. Estimó que, si el objetivo del proyecto es fortalecer el sistema mediante un consenso transversal, ello no será posible sin una consideración explícita e inclusiva de todas las disciplinas de la salud. Advirtió que, al igual que los odontólogos, también se encuentran invisibilizados otros profesionales como kinesiólogos, fonoaudiólogos, matronas, enfermeras y psicólogos.

Subrayó que esta omisión resulta particularmente grave en el caso de los odontólogos, quienes son los únicos profesionales capacitados para diagnosticar patologías odontoestomatológicas. Por tanto, consideró que existe una parte importante del cuerpo humano que queda sin cobertura diagnóstica ni consideración alguna en el proyecto de ley.

Respecto a la relevancia de la salud oral, indicó que esta se relaciona directamente con procesos de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación, y con aspectos tan fundamentales como la dignidad y salud mental de las personas. Desde esa perspectiva, criticó el desconocimiento y omisión del Ministerio de Salud, especialmente en los últimos años, lo cual —a su juicio— ha dado lugar a acciones negligentes en el abordaje del tema.

Destacó que una adecuada atención en salud oral puede reducir hasta en un 50% el tiempo en cama de pacientes en unidades de cuidados intensivos, así como prevenir enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, patologías cardiovasculares y complicaciones diabéticas asociadas al control de la glucosa.

Advirtió que esta omisión histórica, que se arrastra desde la década de 1980, genera consecuencias administrativas importantes. Una vez aprobado un proyecto de ley que no menciona explícitamente la salud oral, continuó, el Ministerio de Salud se escuda en esa ausencia textual para excluirla de futuras gestiones y presupuestos, afectando gravemente su implementación.

Asimismo, hizo notar que, en el acápite dedicado a la salud digital, se hace mención únicamente al “médico cirujano”, lo cual deja fuera de esta política a los cirujanos dentistas, a pesar de que, en zonas extremas del país, la teleodontología resulta fundamental para apoyar tratamientos de otros especialistas, como trastornos temporomandibulares, patología bucomaxilofacial o incluso cirugías asistidas a distancia.

Puso como ejemplo los casos de Juan Fernández e Isla de Pascua, donde actualmente no se estaría cumpliendo adecuadamente con los estándares mínimos en salud oral. Por ello, propuso que todo el capítulo relativo a salud digital sea reformulado, para que se utilicen términos como “profesionales médicos” o, idealmente, “profesionales de la salud”.

En cuanto al uso de dispositivos médicos, consideró complejo que el proyecto pretenda regularlos sin haber consultado a la profesión que más los utiliza en el ámbito de la salud: la odontología. Indicó que el 99% de los procedimientos odontológicos involucra dispositivos médicos, por lo que su exclusión resulta inaceptable.

Por otro lado, señaló un tercer error identificado en la propuesta, relacionado con la fiscalización de licencias médicas por parte de las COMPIN. Indicó que faltan profesionales capacitados para revisar licencias emitidas por cirujano dentistas. Relató casos en que fiscalizadores, sin conocimiento del tipo de intervención realizada, han reducido o cuestionado licencias sin fundamento clínico. Si bien reconoció la necesidad de fiscalización, recalcó que quien revisa debe estar debidamente capacitado para comprender el cuadro clínico evaluado.

Respecto a la relación entre la odontología y CENABAST, expresó que su fortalecimiento podría ser aún mayor si se consideran insumos odontológicos. Como ejemplo, mencionó que, en tratamientos de conducto, si la Central gestionara insumos como los materiales tricálcicos o biocerámicos, se podrían reducir significativamente los costos de los tratamientos odontológicos a nivel nacional.

En relación con el segundo prestador, manifestó que, antes de avanzar en esa figura, es fundamental que la asociación público-privada contemple que los prestadores autorizados cuenten con profesionales de la salud debidamente contratados. Esto permitiría reducir la alta rotación de personal en clínicas privadas, factor que afecta directamente la calidad de las prestaciones.

Destacó que el 65% de la población chilena presenta problemas de salud oral que afectan su vida diaria, que el 85% de las personas mejora su interacción social tras un tratamiento odontológico, y que el 40% de la población no tiene acceso a cobertura odontológica, lo cual impacta negativamente en la autoestima, las relaciones sociales, la inserción laboral, la dignidad y la salud mental.

Finalmente, propuso la inclusión explícita de los profesionales de salud en el articulado del proyecto; la definición clara de una cobertura financiera específica para prestaciones odontológicas, y la participación activa del gremio odontológico en la formulación de mejoras al texto legal, con el objetivo de corregir las omisiones y errores señalados.

Seguidamente, el **Honorable Senador señor Castro González** solicitó que el Ejecutivo se pronuncie respecto a los puntos señalados como errores por el Colegio de Cirujano Dentistas, considerando que las principales causas de enfermedades están relacionadas con las caries y las enfermedades

gingivales, y que actualmente existe una importante falta de acceso a atención odontológica.

Asimismo, agregó que existe una reivindicación histórica que aún no ha sido resuelta: la incorporación de la atención odontológica en la modalidad de libre elección de FONASA. A diferencia de la atención médica, actualmente no existe un bono FONASA que permita a los pacientes acceder a servicios dentales a través de esta modalidad.

Por lo anterior, el **Honorable Senador señor Flores** destacó la importancia de avanzar hacia la universalidad y de mejorar los servicios de salud de manera integral.

El **Gerente General de Caja Los Andes, señor Tomás Zavala**, exhibió una presentación e indicó que representa a una institución con más de 70 años de historia, que cuenta con 4,3 millones de afiliados y más de 55 mil empresas adheridas. Se trata de una organización sin fines de lucro, cuyo propósito es contribuir al fortalecimiento del sistema de seguridad social en Chile.

Señaló que más del 90 % de los afiliados utiliza los beneficios, y que anualmente se pagan más de 3,2 millones de licencias médicas. A su juicio, el actual sistema de administración de licencias médicas presenta un problema estructural. Entre los principales desafíos, mencionó la sobrecarga institucional de la COMPIN, un desorden administrativo relevante y la desigualdad generada por la aplicación disímil de criterios, tanto entre aseguradoras como entre el sistema público y privado. A esto se suma la gran cantidad de recursos de FONASA destinados al pago de licencias médicas.

Como consecuencia, prosiguió, miles de trabajadores deben esperar por el pago de sus subsidios, mientras el sistema se va deslegitimando y pierde valiosos recursos fiscales.

Precisó que el núcleo operativo de la Caja se relaciona directamente con la gestión de licencias médicas. Refirió que el año 2024, lograron un plazo promedio de pago de 8,8 días: 5,5 días corresponden al tiempo de resolución de la COMPIN, y los 3,3 días restantes al tiempo de pago de la Caja. Esta cifra contrasta con los aproximadamente 30 días que puede tomar el proceso cuando es realizado exclusivamente por el sistema público.

Indicó, además, que el 97,4 % de las licencias médicas pagadas durante 2024 fueron gestionadas electrónicamente, lo que ha permitido operar con mayor eficiencia y menores costos.

Informó que Caja Los Andes representa el 67 % del total de licencias médicas pagadas por las cajas de compensación, es decir, dos tercios del total. Afirmó que, gracias a esta experiencia, saben lo que se requiere y están

dispuestos a aportar en la búsqueda de soluciones, ya que cuentan con conocimiento en el pago, procesamiento y los aspectos técnicos involucrados en esta labor.

Explicó que el subsidio por incapacidad laboral opera por dos vías: cuando una empresa tiene trabajadores afiliados a FONASA y está asociada a una caja de compensación, y cuando no lo está.

En este contexto, advirtió que el proyecto de ley propone rediseñar el sistema de licencias médicas, traspasando funciones clave desde la COMPIN hacia FONASA. Consideró que este rediseño podría generar una sobrecarga innecesaria para FONASA, lo que podría evitarse si se aprovecha la infraestructura y experiencia ya existente en las cajas. Observó que el proyecto no considera a actores clave, como las cajas de compensación, que tienen trayectoria en esta materia, y que además debilita el rol fiscalizador de la COMPIN.

Por lo anterior, expresó dudas sobre la capacidad del Fondo para asumir estas nuevas funciones sin afectar sus labores actuales. Subrayó que permitir que otras instituciones asuman el pago de licencias médicas podría liberar carga administrativa y optimizar el uso de recursos.

Propuso como solución concreta, y sin mayor costo fiscal, que la función de pago de todas las licencias médicas —independiente de la afiliación del beneficiario— sea traspasada a las cajas de compensación. Destacó que ello permitiría aprovechar su experiencia y mantener un servicio eficiente.

Agregó que este modelo podría implementarse mediante la licitación de la cartera de pago a una de las cajas, lo que permitiría que la COMPIN se concentre exclusivamente en su función contralora médica, sin participar del proceso de pago.

Destacó que todas las cajas de compensación son entidades sin fines de lucro, altamente reguladas por la Superintendencia de Seguridad Social, lo que refuerza su idoneidad para asumir esta función.

Finalmente, propuso tres medidas para viabilizar esta solución: modificar la ley N° 18.833, para permitir que las cajas de compensación paguen licencias médicas a personas no afiliadas, extendiendo así su actual ámbito de acción; reformar el DFL N.º 44, con el objetivo de automatizar cargos y reducir procesos manuales, mejorando la eficiencia, y llevar a cabo una licitación de la cartera de beneficiarios no afiliados, bajo criterios de eficiencia y transparencia.

A continuación, el **Vicepresidente Ejecutivo de ProSalud Chile A.G., señor Jean-Jacques Duhart**, acompañó un documento en el que presentó la visión de la organización respecto de algunos aspectos del

proyecto de ley en estudio, enfocándose particularmente en las nuevas facultades para adjudicaciones múltiples y en las competencias otorgadas al Instituto de Salud Pública (ISP) para fortalecer la regulación de dispositivos médicos.

Explicó que ProSalud es una asociación gremial creada hace cuatro años, durante la pandemia, que agrupa a cerca de 40 asociados, incluyendo empresas nacionales e internacionales, startups y centros de investigación vinculados al ámbito de la salud. Dentro de sus miembros, se encuentran actores relevantes en sectores como la industria farmacéutica, terapias avanzadas, y especialmente los principales productores mundiales de biosimilares con presencia en Chile.

Asimismo, la asociación incluye importantes proveedores del sistema público de salud en materia de medicamentos, empresas líderes en soluciones digitales para el sector, así como compañías especializadas en transporte, logística sanitaria y dispositivos médicos.

Indicó que el propósito que los une es promover el desarrollo de un polo de innovación colaborativa en el país, integrado por empresas y entidades tanto nacionales como internacionales, con foco en acelerar el ritmo de innovación en el sector salud, especialmente en el ámbito público.

Respecto del proyecto de ley, valoró positivamente las nuevas facultades que se proponen para la CENABAST en materia de adjudicaciones múltiples, señalando que ello responde a una tendencia internacional destinada a otorgar mayor flexibilidad y herramientas a las centrales de compra, permitiendo procesos de adquisiciones públicas más eficientes, eficaces y resilientes ante los desafíos que impone el contexto global actual.

Enfatizó que, a nivel internacional, ha aumentado la incertidumbre sobre la estabilidad de las cadenas globales de suministro, particularmente en el ámbito de la salud, lo que ha expuesto a los países a una creciente vulnerabilidad frente a interrupciones. Por ello, expresó que la sostenibilidad y la resiliencia de los sistemas de salud se han transformado en desafíos prioritarios para las políticas públicas, especialmente en lo referente a la adquisición de medicamentos y otros bienes esenciales, con el fin de garantizar el acceso y la continuidad del suministro. Lo que antes parecía asegurado, hoy ya no lo es.

En este contexto, destacó dos objetivos centrales: reducir el riesgo de interrupciones o quiebres de stock en medicamentos, y promover una mayor competencia y diversificación de proveedores. Ambos elementos, a su juicio, se refuerzan mutuamente.

Señaló que la experiencia internacional ha demostrado que la multi adjudicación es una herramienta útil para enfrentar estos desafíos. Añadió que

esta modalidad, ya implementada en diversos países, se ha incorporado progresivamente como parte del portafolio de mecanismos utilizados por entidades compradoras, y ha mostrado ventajas relevantes en la reducción del riesgo de quiebres de stock y en la promoción de la competencia. En particular, mencionó que la Comisión Europea, a través de su propuesta de ley sobre medicamentos críticos, ha recomendado incorporar la adjudicación múltiple como una herramienta clave para garantizar el abastecimiento de bienes esenciales en salud.

Por lo tanto, estimó que lo contemplado en el proyecto de ley va en la dirección correcta, al entregar nuevas herramientas a CENABAST para adoptar un enfoque más estratégico y con mayor capacidad de planificación, superando los límites de mecanismos que funcionan bien en contextos estables, pero que resultan ineficientes en escenarios dinámicos.

En relación con la regulación de dispositivos médicos, expresó también su respaldo a la iniciativa legal, señalando que se trata de una deuda pendiente de Chile, particularmente grave considerando que somos miembro de la OCDE y que, a diferencia de otros países de la región, aún no cuenta con un marco regulatorio específico para estos productos, a pesar de tener regulación para productos farmacéuticos.

Subrayó que los dispositivos médicos —como marcapasos o implantes oculares— son productos de alta complejidad y riesgo, cuya seguridad y eficacia deben estar garantizadas mediante certificación por parte de autoridades sanitarias.

Advirtió que la falta de regulación en esta materia representa un riesgo sanitario considerable para los pacientes y una distorsión económica, ya que genera competencia desleal contra los proveedores que cumplen con estándares de calidad, al no existir mecanismos claros para distinguir entre productos debidamente regulados y aquellos que no lo están.

Además, indicó que la ausencia de certificación oficial por parte del Estado constituye una barrera significativa para el emprendimiento y la innovación nacional en este ámbito, ya que impide que los desarrollos locales cuenten con la validación necesaria para escalar o internacionalizarse.

Por todo lo anterior, consideró que el fortalecimiento del rol del ISP, con nuevas facultades en materia de regulación de dispositivos médicos, es una medida urgente y necesaria, que permitirá al país alinearse con las mejores prácticas internacionales y proteger tanto la salud de las personas como el desarrollo de un ecosistema de innovación en salud.

Por su parte, la **Vicepresidenta Ejecutiva de la Cámara Nacional de Laboratorios, señora Claudia Papic**, acompañó un documento a su presentación y comentó que el gremio que representa agrupa a 19 laboratorios

farmacéuticos asociados y que, de acuerdo con información pública disponible, estos representan cerca del 28% de la oferta de medicamentos licitados y adjudicados por la CENABAST.

La Cámara cuenta con 24 plantas productivas, tanto en distintas regiones del país como en el extranjero. Estas instalaciones generan más de 4.000 empleos directos de alta calificación y más de 20.000 empleos indirectos. Añadió que sus asociados ofrecen una amplia gama de productos, incluyendo medicamentos alopáticos, fitofármacos, medicamentos naturales, dispositivos médicos y suplementos alimenticios, todos con un denominador común: calidad y seguridad, manteniendo al paciente como eje central de su quehacer.

Destacó que el rol de la industria es entregar oportunamente medicamentos seguros y de calidad a la población, contribuyendo así a la seguridad sanitaria del país.

Manifestó que la importancia de contar con una industria farmacéutica local está ampliamente documentada. Explicó que, como en cualquier mercado, los precios están determinados por la abundancia o escasez de productos: a mayor oferta, menor precio; a menor oferta, mayor precio. Por ello, ampliar el mercado y permitir el ingreso de nuevos actores no solo reduce precios, sino que también mejora la disponibilidad.

Reconoció que aumentar la cantidad de oferentes no está exento de controversias, especialmente cuando se incrementa la dependencia de importaciones, lo cual genera vulnerabilidad. Por el contrario, fortalecer la industria local permite mejorar la capacidad de respuesta y reforzar la seguridad sanitaria.

En relación con el proyecto de ley en discusión, señaló que la solución a los problemas actuales no pasa necesariamente por mayores regulaciones, sino por una gestión más eficiente. Recalcó la importancia de que las instituciones del Estado —como CENABAST y el ISP— cumplan oportunamente con sus mandatos, ya que muchas veces la industria se ve afectada por el incumplimiento de estos.

Indicó que el gremio entregó una minuta con recomendaciones específicas, en la cual se proponen mejoras a distintos aspectos del proyecto de ley, con el objetivo de asegurar que los organismos públicos cumplan adecuadamente con sus funciones, conforme a sus estatutos y al bienestar de la población.

Solicitó mayor transparencia en los procesos de abastecimiento de medicamentos, así como condiciones que permitan fortalecer a la industria nacional para que pueda abastecer en tiempo y forma a los organismos responsables de velar por la salud de la ciudadanía.

Advirtió que, en su forma actual, el proyecto podría dar lugar a prácticas anticompetitivas e incluso contener elementos de inconstitucionalidad, al establecer condiciones que discriminan al proveedor nacional. Mencionó, como ejemplo, que el proyecto propone reemplazar la frase “registrar, importar, adquirir, almacenar, distribuir, transportar, arrendar y vender esos productos”, por: “además de ejercer las facultades previstas en el literal a), solicitar ante el Instituto de Salud Pública el registro provisorio de los productos sanitarios en cuestión”. La sugerencia del gremio es agregar: “en igualdad de condiciones en tiempo y forma que cualquier solicitante del registro en Chile”.

Otro ejemplo citado es la disposición contenida en el número 14), letra b), que señala:

“En el ejercicio de sus facultades de importación, la Central podrá anticipar parte o el total del pago al proveedor sin necesidad de exigir una garantía por dicho anticipo, cuando así lo exija la práctica o costumbre del comercio internacional.”

Frente a ello, expresó su preocupación, señalando que anticipar pagos sin garantía es una condición irregular y anticompetitiva si no se otorgan las mismas condiciones a los proveedores nacionales. Cuestionó la razón por la cual se favorece a laboratorios internacionales, sin permitir que los locales accedan al mismo trato.

Finalmente, afirmó que es evidente que algo no está funcionando adecuadamente en el sistema y es necesario entender las razones. Observó que, a pesar de los señalamientos de la Contraloría General de la República, los organismos aludidos no han entregado respuestas satisfactorias sobre el incumplimiento de sus funciones.

Denunció que más de la mitad de las compras públicas se realizan por trato directo; que existen monopolios forzados debido al ahogamiento del mercado; y que se desperdician recursos en la adquisición de productos que terminan siendo destruidos, a pesar de que existe capacidad nacional para producirlos y entregarlos en tiempo y forma.

Concluyó señalando que el gremio que representa quiere ser parte activa de la solución. En esa línea, han impulsado iniciativas como la plataforma “MiMedicamento.cl”, puesta a disposición de la ciudadanía, y han trabajado con la Cámara de Comercio de Santiago en el combate contra la venta ilegal de medicamentos. Además, participan en el Consejo de la Sociedad Civil del ISP; colaboran con la Subsecretaría de Relaciones Económicas Internacionales en la Mesa de Consenso Ético; han contribuido a un Acuerdo de Producción Limpia para la disposición final de medicamentos en desuso; y han solicitado al ISP la conformación de una mesa de trabajo permanente y ágil.

Posteriormente, el **Presidente Nacional del Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile A.G., señor Jorge Cienfuegos**, exhibió una presentación y manifestó que el título del proyecto de ley no deja del todo clara su columna vertebral o eje central. Señaló que se trata de una iniciativa que aborda múltiples reformas, lo cual genera complejidad y puede diluir la visibilidad de temas particularmente relevantes incluidos en el articulado.

Valoró positivamente el avance que representa la incorporación de nuevas facultades para la CENABAST, especialmente aquellas orientadas a prevenir el desabastecimiento de medicamentos, lo que consideró un paso en la dirección correcta.

Respecto de la regulación de dispositivos médicos, sostuvo que, en caso de no prosperar el proyecto en su conjunto, sería fundamental comprometer el desglose de esa materia para su presentación como un proyecto de ley independiente. Subrayó la necesidad urgente y transversal de avanzar en esta área.

En cuanto a los medicamentos, valoró que el proyecto establezca listados de productos considerados prioritarios. Sin embargo, advirtió que actualmente existen múltiples listados —como el Formulario Nacional de Medicamentos, los correspondientes a programas como GES y Ricarte Soto, entre otros— que no están articulados entre sí. Mencionó que esta falta de coordinación dificulta tanto a las autoridades como a los distintos actores del sistema conocer de forma clara la demanda y cómo satisfacerla de manera eficiente.

Destacó como un avance la facultad otorgada a la Central para realizar múltiples licitaciones, herramienta que, a su juicio, permitirá enfrentar mejor los problemas de desabastecimiento.

En relación con el Servicio Nacional de Salud Digital, valoró su creación, pero advirtió que el proyecto no refuerza suficientemente elementos clave como la receta electrónica y la receta cheque electrónica. Añadió que contar con un servicio digital sin integrar debidamente estas herramientas podría representar un problema operativo relevante. Recordó que, al atender a pacientes en distintas regiones, lo lógico es que las prescripciones estén plenamente digitalizadas para facilitar su acceso y uso.

Además, hizo notar que existen importantes brechas para la implementación efectiva de este nuevo servicio, tales como la brecha digital, la aceptación por parte de prescriptores, dispensadores y el público en general, aspectos que deben ser abordados integralmente.

Finalmente, desde la perspectiva profesional, se refirió a las leyes N°s 19.664 y 15.076, que regulan el ejercicio de determinadas profesiones de la

salud. Observó que el proyecto menciona únicamente a los médicos cirujanos, pese a que remite a la ley N° 19.664, la cual incluye a cuatro profesiones sanitarias. En este sentido, propuso que se utilice directamente la referencia genérica a dicha ley, sin explicitar solo a los médicos cirujanos, lo que permitiría cerrar diversas brechas de reconocimiento profesional en el país.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó al Director de FONASA respecto de la nueva facultad que se le otorgará al Fondo para conocer, tramitar, pagar y periciar las licencias médicas. Indicó que se ha planteado que esta medida permitirá aliviar la carga de la COMPIN y, con ello, fortalecer su rol. En ese contexto, requirió saber cómo se concretará dicho fortalecimiento, considerando que se estima incorporar solo 55 funcionarios adicionales en un plazo de tres años, además del traspaso de 32 funcionarios desde la COMPIN a FONASA, mientras se tramitan cerca de 8 millones de licencias médicas al año.

Asimismo, solicitó conocer la posición del Ejecutivo respecto de la posibilidad de introducir modificaciones al artículo 111 del Estatuto Administrativo, referido al pago anticipado de licencias médicas a funcionarios públicos, y al artículo 509 del Código del Trabajo, que contempla sanciones para quienes emitan certificaciones médicas falsas. Observó que, a pesar de su existencia, estas sanciones no se han aplicado en la práctica.

Por último, consultó sobre el mecanismo que implementará FONASA para controlar el cumplimiento efectivo del reposo médico, considerando las graves irregularidades que se han conocido en esta materia.

Enseguida, la **Honorable Senadora señora Órdenes** observó que el representante de la Caja de Compensación Los Andes hizo alusión a una sobrecarga de la COMPIN y a la existencia de criterios dispares en la tramitación de licencias médicas. En ese sentido, solicitó precisar a qué criterios se refería y cómo se define o dimensiona dicha sobrecarga.

Asimismo, mencionó que se entregó información sobre los plazos promedio de pago de licencias médicas, indicando una diferencia significativa entre los datos expuestos: 9 días versus 30 días, según la experiencia de COMPIN. Consultó cómo explica FONASA esa diferencia y qué factores influyen en la disparidad de plazos.

Planteó también la inquietud sobre si los funcionarios que serían traspasados a FONASA serán suficientes para asumir esta nueva función y si el organismo contará con la capacidad necesaria para gestionar las licencias dentro de plazos más acotados.

Por otra parte, sostuvo que resulta relevante conocer la posición de CENABAST en relación con el mecanismo de adjudicación única frente a la propuesta de incorporar la adjudicación múltiple en los procesos de licitación

pública. Solicitó su opinión respecto de cuál de estos mecanismos resulta más eficaz para asegurar el suministro oportuno y eficiente de insumos de salud.

Finalmente, consultó cuál es el rol que desempeñan las industrias locales en el ámbito de los dispositivos médicos, particularmente en el contexto de los mecanismos de licitación pública y su participación en el abastecimiento del sistema de salud.

El **Director Nacional de FONASA, señor Camilo Cid** se refirió al sistema de licencias médicas y al escenario actual, en el cual se han evidenciado diversas falencias en el proceso. Señaló que, desde hace tiempo, se ha venido trabajando para abordar este problema, lo que se refleja en el proyecto de ley en estudio, el cual fue presentado incluso antes de conocerse el informe de la Contraloría General de la República. A su juicio, la propuesta legislativa recoge adecuadamente el cambio de enfoque de FONASA, pasando de una función centrada en el pago a una centrada en el financiamiento del sistema.

Explicó que actualmente el Fondo transfiere recursos a la Subsecretaría de Salud Pública para que la COMPIN realice los pagos periódicos correspondientes a los beneficiarios. Este procedimiento, prosiguió, cubre aproximadamente un 20 % del total de licencias médicas tramitadas por FONASA y el 80 % restante se canaliza a través de una glosa presupuestaria.

Aclaró que FONASA no autoriza licencias médicas, no realiza funciones de contraloría sobre ellas, ni modifica su duración. Aclaró que la licencia médica es un derecho de los asegurados del Fondo, que debe tratarse como parte del régimen de garantías y prestaciones disponibles, con el deber de resguardar el uso adecuado de los recursos públicos. Por ello, también intervienen en casos de denuncias.

Respecto a las inquietudes por la posible sobrecarga del Fondo derivada del cambio de funciones, enfatizó que el foco principal de la reforma no está en la función de pago, sino en fortalecer la contraloría médica. Detalló que actualmente FONASA cuenta con una dotación de 1.240 funcionarios, y que el proyecto contempla la incorporación de 87 nuevos cargos. Además, se implementará un plan de tecnologías de la información que incluye el uso intensivo de inteligencia artificial para la gestión de pagos y para apoyar el trabajo de contraloría médica.

Finalmente, recordó que la implementación del nuevo modelo será gradual, con una planificación de tres años y aplicación por etapas a nivel regional., por lo que la dotación prevista es adecuada para asumir los desafíos que implica este nuevo rol.

Luego, la **Honorable Senadora señora Órdenes** consultó sobre el número de licencias médicas que tramitan las cajas de compensación y FONASA, así como el costo asociado a la tramitación de cada licencia.

El **Honorable Senador señor Flores** consideró importante contar con cifras estandarizadas, ya que se mencionan rangos que van desde 5 millones hasta 8 millones de licencias anuales, y dicha diferencia resulta significativa para el análisis financiero.

El **Director de FONASA** respondió que las cifras indicadas corresponden a las reportadas. Explicó que las cajas de compensación pagan licencias de afiliados a FONASA, siendo el Fondo quien financia estas licencias médicas, lo que representa alrededor del 80 % del gasto total en licencias. Este mecanismo se financia a través de lo aprobado en la Ley de Presupuestos, equivalente, en promedio, al 3,5 % del 7 % de la cotización obligatoria de salud.

El otro sistema corresponde a la Subsecretaría de Salud Pública, que atiende a los trabajadores de empresas no afiliadas a cajas de compensación, aproximadamente el 20 % restante. En este caso, la COMPIN es responsable del pago directo de dichas licencias. En definitiva, el Fondo financia las licencias pagadas tanto por las cajas como por la COMPIN.

Respecto a la inquietud sobre si las nuevas atribuciones debilitan la función fiscalizadora de la COMPIN, el Director de FONASA sostuvo que, por el contrario, el proyecto permite concentrar las funciones de fiscalización en la COMPIN, separándolas de las tareas de financiamiento y pago, que pasarían a FONASA. Precisó que ello le permitirá a la COMPIN focalizar sus esfuerzos exclusivamente en la fiscalización.

En cuanto a las compras centralizadas propuestas, respondió que estas pueden realizarse mediante adjudicaciones múltiples, modalidad que también ha sido implementada con éxito en la compra de prestaciones.

El **asesor del Ministerio de Salud, señor Sergio Sánchez**, comentó que la implementación de compras múltiples facilitará la toma de decisiones por parte de la Central, asegurando que se eviten posibles problemas asociados a este mecanismo.

En relación al Instituto de Salud Pública (ISP), señaló que el proyecto de ley busca facilitar el registro de dispositivos médicos, dado que actualmente solo existen 11 dispositivos registrados, a pesar de que en la práctica se utilizan miles de dispositivos en la atención de salud de forma continua.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Castro González** solicitó al ISP que precise cómo será el modo de distribución y la cantidad

asignada de sensores no invasivos de glicemia destinados a niños con diabetes tipo 1.

La **abogada de la Fiscalía del Instituto de Salud Pública (ISP), señora Cintia Salamanca**, se centró en la regulación de dispositivos médicos y señaló que en Chile actualmente solo existen 11 dispositivos sujetos a control por parte del ISP. Explicó que, a nivel mundial, existen más de 2 millones de dispositivos médicos y más de 2 mil tipos diferentes, los cuales son transversales en cualquier sistema de salud.

Destacó que el apoyo es igualmente transversal en materia legislativa, con el objetivo de elevar los estándares regulatorios a nivel internacional, siguiendo criterios establecidos por las principales agencias regulatorias mundiales. Indicó que, según la clasificación de riesgo de cada dispositivo, estos deben contar con un registro sanitario para pasar al control del ISP, que es responsable de su autorización, supervisión y fiscalización.

Informó que recientemente se presentó un recurso de casación ante la Corte Suprema, en el cual se responsabilizó al ISP y al Ministerio de Salud por un dispositivo médico que no estaba bajo el control del ISP, lo que evidenció la necesidad imprescindible de ampliar y robustecer el control sobre estos productos. Añadió que están fortaleciendo el sistema electrónico para agilizar los procedimientos de registro y que el departamento de dispositivos médicos ha estado preparándose durante años para asumir esta responsabilidad.

Por otra parte, el **asesor legislativo del Ministerio de Salud, señor Cristián Miquel**, respondió a la consulta sobre el artículo 509 del Código del Trabajo —que remite al artículo 502 del Código Penal, referido a la falsificación de documentos—, aclarando que el problema central identificado tanto por el Gobierno como por la Contraloría General de la República no es la falsificación en sí, sino el mal uso de las licencias médicas y la falta de fundamentación médica adecuada para su otorgamiento.

Seguidamente, el **Gerente de la División de Asuntos Jurídicos y Corporativos de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), señor Cristóbal Cuadra**, acompañó un documento a su presentación y destacó que el proyecto de ley tiene como finalidad principal mejorar y modernizar el sistema nacional de servicios de salud. Señaló que una parte importante del mensaje del proyecto se refiere a la modalidad de cobertura complementaria (MCC), la cual es una demostración concreta de cómo, entre todas las instituciones públicas y privadas, es posible construir un sistema de salud más equitativo, poniendo a las personas en el centro y garantizando un acceso igualitario a una mejor atención.

En relación a lo anterior, compartió dos experiencias concretas implementadas por la ACHS en los últimos años. La primera corresponde a un

programa quirúrgico hospitalario para la reducción de listas de espera, y la segunda, a un proyecto ambulatorio que ofrece atenciones en traumatología y salud mental a precios equivalentes a FONASA nivel 1, es decir, el copago más bajo que puede pagar una persona dentro del sistema público. Ambas iniciativas cuentan con años de funcionamiento y han mostrado excelentes resultados.

Por su parte, la **Directora de Estudios de Gerencia de Asuntos Corporativos de la ACHS, señora Isabel Contrucci**, explicó la labor del sistema de mutualidades. Indicó que la ACHS es una institución sin fines de lucro, regulada como corporación de derecho privado conforme a la ley N° 16.644 y otros cuerpos legales.

Señaló que la función principal de la ACHS es entregar prestaciones médicas y de rehabilitación a los trabajadores del país, cubriendo en su totalidad y de manera gratuita los casos de enfermedades profesionales o accidentes laborales. Destacó que esta atención se financia íntegramente con las cotizaciones obligatorias de los trabajadores, sin copagos ni períodos de carencia, y que la priorización de las prestaciones se realiza en función de la necesidad clínica y criterios médicos, y no de la capacidad de pago del asegurado, constituyendo un seguro universal y solidario.

A continuación, el **Gerente de la División de Servicios de Salud de la ACHS, señor Ángel Vargas**, señaló que los principios rectores del seguro laboral y su administración han permitido desarrollar una experiencia positiva en salud.

Indicó que han trabajado especialmente en dos áreas relevantes para el sistema de salud nacional: las patologías musculoesqueléticas de origen no laboral y los problemas de salud mental, las cuales representan las listas de espera más extensas tanto en cantidad de personas como en tiempos de espera.

Comentó que desarrollaron un modelo de atención colaborativa que empodera a médicos de atención primaria en traumatología y a psicólogos en salud mental, quienes, apoyados de manera asincrónica por especialistas, pueden ofrecer una atención más resolutiva.

Precisó que han atendido a más de 400.000 personas afiliadas a FONASA nivel 1 en todo el país, en ambas áreas mencionadas.

Subrayó que el rol de los actores privados, complementando a la salud pública, es fundamental y consideró que el proyecto de ley en discusión reconoce esta importancia. Añadió que replicar este modelo colaborativo podría redistribuir un 10 % de las consultas de especialistas actualmente realizadas en el sector privado, lo que permitiría reducir las listas de espera en aproximadamente un 30 %.

En relación con las listas de espera quirúrgicas, recordó que hasta 2018 los prestadores privados no participaban en su resolución. Actualmente, prosiguió, la ACHS ha puesto a disposición más de 500 cupos anuales para atender estas listas y, en los últimos años, ha realizado cerca de 11.000 cirugías en este contexto.

Finalmente, el **señor Cristóbal Cuadra** consideró que el proyecto de ley es una buena iniciativa, pero adolece de una omisión importante: no reconoce ni protege legislativamente la participación de instituciones como las mutualidades en la prestación de salud común, a pesar de contar con la infraestructura y capacidades necesarias. Destacó que esta participación ha sido exitosa y se ha realizado a precios equivalentes a FONASA nivel 1, como fue ejemplificado en las experiencias previas.

El **Honorable Senador señor Castro González** aclaró que el proyecto de ley no hace referencia a la ley N° 16.744; por tanto, no se trata de una omisión, sino que el proyecto aborda ideas y ejes centrales que no provienen de dicha ley.

A su vez, el **Honorable Senador señor Chahuán** manifestó que el problema del sistema de salud es estructural y destacó que el sector privado, incluyendo las mutualidades, puede aportar significativamente a su mejora.

La **señora Ministra de Salud** valoró el reconocimiento del trabajo de complementariedad público-privada que este Gobierno ha impulsado, señalando que no solo se ha enfocado en la reducción de listas de espera, sino también en atender diversas necesidades de salud en áreas donde la ACHS tiene experiencia, principalmente en traumatología y, recientemente, en salud mental, enfermedad que está influida por el ámbito laboral.

A continuación, el **Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Las Américas, señor Osvaldo Artaza**, señaló que este proyecto de ley, si bien no aborda todos los aspectos, tiene la virtud de abrir puertas en temas sensibles del ámbito público, lo que permitirá brindar un mejor servicio a las personas.

Precisó que, durante años, se han planteado problemas relacionados con la productividad del sector público para aumentar la cantidad de servicios entregados a la población, con excepción del éxito alcanzado por el programa de centros regionales de cirugía, aunque estos dependen fuertemente de los ciclos políticos y de los liderazgos del momento.

Indicó que, al analizar las tendencias de largo plazo, se constata que desde los años 90 hasta la fecha, pese a que las transferencias hacia los hospitales públicos se han cuadruplicado, al medir la cantidad de cirugías,

egresos y atenciones de especialidad, existe un margen para mejorar la relación entre los aumentos de financiamiento y la actividad realizada.

Consideró importante que la Subsecretaría de Redes Asistenciales tenga el encargo de llevar un control riguroso de la producción del sector público, especialmente hospitalario, y propuso que dicha actividad tenga una obligación legal de transparencia ante la ciudadanía.

Afirmó que quienes tienen la llave para hacer más productivo el sistema son los médicos, y observó que las modificaciones a la ley médica actuales no incentivan a los profesionales a desarrollar mayor actividad. Por ello, consideró clave que este proyecto permita un replanteamiento de los incentivos en el sector.

Respecto a las licencias médicas, valoró la incorporación de una contraloría médica en el Fondo, lo que iguala sus capacidades con las de las ISAPRES. A futuro, esta medida facilitaría la posibilidad de contar con una institucionalidad unificada o una lógica común para el manejo de licencias médicas, posibilitando una reforma gradual para mejorar el sistema de salud del país.

Manifestó que dotar a FONASA de mayor capacidad para realizar compras inteligentes es una buena propuesta.

En cuanto al principal problema de la deuda hospitalaria, explicó que se relaciona con las compras directas realizadas por los servicios de salud. Señaló que en el sector público existen múltiples compradores, pero carecen de capacidades para negociar, economías de escala y equipos técnicos adecuados.

Respecto a la asignación del segundo prestador, estimó que la propuesta va en la dirección correcta, dado que actualmente esta gestión suele ser motivo de reclamos. Destacó que, con el proyecto, será FONASA quien tenga que garantizar y asumir un rol proactivo. Sin embargo, aclaró que es fundamental respetar la voluntad del usuario, lo cual el proyecto busca conservar.

Hizo referencia al desarrollo de la salud digital como un avance significativo y el futuro del sistema de salud. Consideró que mantener esta área bajo la administración del Ministerio de Salud no es práctico por diversas razones de gestión, pues ello limita su desarrollo constante.

Añadió que otros aspectos del proyecto, como la regulación de dispositivos médicos y las facultades otorgadas a CENABAST, son avances necesarios y coherentes con esta línea.

Celebró el proyecto de ley por su racionalidad, resaltando que ha sido construido buscando un punto de encuentro en temas de gran importancia para quienes trabajan en diferentes ámbitos para mejorar el servicio de salud.

El **señor Cristóbal Cuadra** sostuvo que sería pertinente incorporar en este proyecto de ley la posibilidad de que las mutualidades atiendan salud común. Comentó que el proyecto que tiene la ACHS para salud no laboral, que actualmente entrega prestaciones ambulatorias a precio FONASA nivel 1, se lleva a cabo en virtud de una autorización del Ministerio del Trabajo. Por ello, al plantear esta reforma estructural, llamó a considerar a la persona como un todo, sin distinguir entre salud laboral y salud personal.

Luego, el **Honorable Senador señor Flores** consultó si en alguna parte del proyecto está contemplado que las mutualidades deban atender a precio de costo.

El **señor Cuadra** respondió que, según la autorización del Ministerio del Trabajo que poseen, esto está establecido en el Decreto Supremo N° 33 y en el Decreto Ley N°1819, donde se señala expresamente que cuando las mutualidades realizan prestaciones de salud común, deben hacerlo a precio de costo, permitiéndoles así ofrecer precios equivalentes a los de FONASA nivel 1. Por ello, solicitaron que esta condición quede resguardada legalmente, para que la infraestructura ociosa o disponible pueda ser utilizada a precio de costo.

El **Director de FONASA** comentó que las iniciativas presentadas por la ACHS son altamente valoradas, tanto la posibilidad de que las personas accedan a menores copagos al utilizar la modalidad de libre elección a través de sus servicios —aprovechando economías de escala y niveles de eficiencia —, como la participación en las licitaciones de listas de espera.

Señaló que el objetivo no es solo que las mutualidades puedan participar mediante la libre elección, para lo cual tienen un convenio con el Fondo, sino que también tengan la posibilidad de postular a las licitaciones de FONASA, siendo esta posibilidad autorizada por la resolución del Ministerio del Trabajo, a través de la Superintendencia de Seguridad Social, que las reconoce como prestadores de enfermedades comunes.

Finalmente, destacó la importancia de la firma del convenio para participar en la Modalidad de Cobertura Complementaria, que amplía las opciones para que las personas accedan a prestaciones de calidad con menores copagos y mayor protección financiera.

El **Honorable Senador señor Gahona** manifestó su inquietud respecto a la dificultad que podría implicar legalizar la prestación de servicios de las mutualidades a precio de costo. Recordó que el sistema de mutualidad se financia con un 0,9% (y más) de la cotización del empleador,

correspondiente al seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

Señaló que este porcentaje fue fijado en 1968, y desde entonces el país ha avanzado significativamente en la gestión de accidentes laborales, gracias en gran parte a las campañas preventivas de las mutualidades. Por ello, consideró que tal vez el porcentaje debería ser menor, dado que las tasas de accidentabilidad han disminuido.

Por otro lado, destacó que las mutualidades, gracias a su eficiencia y calidad, han desarrollado infraestructura y capacidades adecuadas, por lo que estimó conveniente buscar mecanismos para utilizar estos recursos en la resolución de problemas como las listas de espera, invitando a revisar ambos aspectos.

Luego, consultó al Director de FONASA sobre cómo se podría corregir la participación en licitaciones, dado que las mutualidades pueden ofrecer precios más bajos que otros competidores al financiarse con ese 0,9%, mientras que los otros prestadores lo hacen con su capacidad de ofrecer servicios. Preguntó cómo se podría equilibrar esa diferencia en el punto de partida entre los distintos actores y corregir esa posible distorsión de mercado.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Castro González** consultó sobre la capacidad del Fondo para conocer, evaluar y resolver las licencias médicas por enfermedad o accidente común, y para calcular y pagar los subsidios de incapacidad laboral asociados. Manifestó inquietud respecto a cómo se garantizará la gestión eficiente de esta enorme tarea, evitando la creación de una nueva burocracia.

Reiteró que la dotación propuesta para FONASA parece insuficiente para gestionar la admisibilidad de cerca de 8 millones de licencias médicas anuales, así como para vigilar el cumplimiento del reposo.

Además, hizo referencia al artículo 11 transitorio, que plantea la posibilidad de establecer, mediante decreto presidencial, nuevas formas de asignaciones o bonos de estímulo. Coincidió en que adecuar incentivos y sanciones a los médicos es positivo, pero instó a estudiar esta medida con amplitud, sugiriendo que los pagos no deban ser por jornada, sino orientados a resultados o soluciones.

El **señor Osvaldo Artaza** consideró interesante lo planteado por el Senador Gahona, pero advirtió que la magnitud de las necesidades y la dimensión del FONASA implican una gran participación del sector privado, que supera ampliamente la capacidad pública.

En relación con lo señalado por el Senador Castro González, expresó el deseo de que los médicos sean remunerados por resultados o

impactos, no por tiempo dedicado. Sin embargo, planteó la duda sobre si existe la capacidad para implementar ese modelo, advirtiendo que, al buscar más, a veces se termina sin nada. Aun así, valoró que esta modificación abre una puerta hacia ese objetivo.

El **Director de FONASA** aclaró que el Fondo no adjudica licitaciones a un solo prestador, sino que realiza asignaciones multiprestacionales. Añadió que FONASA no tiene facultades para evaluar el poder de mercado o la competitividad entre las distintas instituciones o empresas que participan en las licitaciones, ya que las bases de licitación son enviadas a la Contraloría General de la República (CGR) para su autorización.

Informó que, conforme al proyecto de ley, FONASA incrementará sus capacidades de forma paulatina con la implementación de la contraloría médica, un proceso que se llevará a cabo gradualmente durante tres años y comenzará con una aplicación regional. Esta gradualidad permitirá asumir las nuevas responsabilidades de manera ordenada.

Respecto a la separación de funciones, explicó que, al despejarse las competencias de fiscalización, la revisión del cumplimiento del reposo médico continuará siendo realizada por la COMPIN de forma más eficiente.

Posteriormente, el **Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Bernardo Martorell**, respondió a la consulta sobre las facultades del Presidente de la República contempladas en el artículo 11 transitorio. Señaló que esta disposición forma parte del diseño legislativo que busca simplificar la propuesta.

Comentó que se evaluó la opción de incluir todo el diseño normativo directamente en el proyecto de ley, pero se optó por otorgar una facultad al Presidente para que, mediante un Decreto con Fuerza de Ley (DFL), pueda implementar el diseño previsto en el mensaje y las ideas matrices de la iniciativa.

El **señor Cristóbal Cuadra** explicó que en la última licitación su aporte consistió en ofrecer 4.500 cupos mensuales, de los cuales 500 corresponden al Hospital del Trabajador en la Región Metropolitana y 4.000 a las filiales, que son una red de clínicas distribuidas a nivel nacional. Añadió que dichas clínicas operan bajo un modelo de autofinanciamiento y con fines de lucro, a diferencia de la ACHS, lo que les permite reintegrar recursos al seguro laboral a través del retiro de dividendos.

Respecto al proyecto de salud no laboral que ejecutan mediante los centros de la ACHS, con autorización del Ministerio del Trabajo, señaló que la Fiscalía Nacional Económica analizó la participación de la ACHS en 190 mercados del país y concluyó que en ninguno de ellos la institución tiene la capacidad, a corto ni mediano plazo, de afectar la competencia. Esto se debe a

que el prestador público sigue siendo, por mucho, el actor más grande, dificultando cualquier afectación a la competencia.

Sobre la prima del seguro laboral, mencionó que ésta consta de un componente fijo del 0,9% y otro variable que ha disminuido en correlación con la reducción de la siniestralidad. Como Asociación, han planteado la necesidad de revisar este esquema, teniendo en cuenta que el seguro es solidario y que una eventual reducción del 0,9% podría perjudicar a las pequeñas empresas mientras beneficiaría a las grandes.

La **Directora Ejecutiva del Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud de la Universidad del Desarrollo, señora Paula Daza**, acompañó una presentación y señaló que el sistema de salud enfrenta una crisis sanitaria grave. Sin embargo, valoró que el proyecto de ley avanza en la modernización del sistema para mejorar la atención de los pacientes.

Sobre la productividad hospitalaria, indicó que los incentivos actuales son insuficientes y no existen consecuencias ante el bajo desempeño. Por ello, destacó la importancia de vincular el financiamiento a metas sanitarias específicas y a la eficiencia, con monitoreo público, para aportar transparencia y confianza.

Respecto a FONASA, consideró necesario fortalecer al Fondo y dotarlo de herramientas adicionales para que evolucione de ser solo una caja pagadora a un asegurador público autónomo, con foco en eficiencia y resultados.

En cuanto a salud digital, expresó preocupación por la creación de una nueva entidad sin interoperabilidad obligatoria, recomendando avanzar hacia una gobernanza robusta que incluya historia clínica compartida y protección de datos, para atender listas de espera, especialmente en zonas remotas.

Sobre la regulación de dispositivos médicos, consideró que legalizar atribuciones del ISP podría restringir el acceso, y propuso avanzar paralelamente en reglamentos que faciliten el acceso a tecnologías innovadoras con calidad y seguridad.

En relación con la Superintendencia de Salud, consideró que debe fortalecerse, ya que su Consejo Asesor carece de poder real. Sugirió mejorar sus atribuciones, fortalecer el perfil técnico del Consejo y hacer la supervisión más transparente.

Finalmente, realizó las siguientes recomendaciones:

1.- Transformar a FONASA en un asegurador autónomo con herramientas efectivas.

2.- Implementar un sistema nacional de incentivos y transparencia hospitalaria.

3.- Reforzar las capacidades digitales del Ministerio de Salud.

4.- Fortalecer la Superintendencia técnica con contrapesos y participación ciudadana.

Advirtió que las reformas actuales están fragmentadas, sin cronograma ni metas claras, por lo que propuso avanzar hacia una estrategia nacional de transformación con fases, hitos y monitoreo.

Concluyó que, aunque el proyecto de ley representa avances puntuales, no aborda de manera estructural las necesidades del sistema, y que el Congreso tiene la oportunidad de fortalecerlo. Para ello, prosiguió, se requiere una visión sistemática, con autonomía institucional y gobernanza moderna, para lograr un sistema de salud más oportuno, equitativo y centrado en las personas.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó a la señora Paula Daza sobre su opinión respecto al nuevo rol asignado a FONASA para el control de admisibilidad de las licencias médicas y su capacidad para asumir la responsabilidad del control del reposo.

La **señora Daza** respondió que el proyecto de ley avanza en un buen camino, pero consideró que existe una oportunidad para fortalecerlo, ya que no aborda las reformas estructurales necesarias para mejorar el acceso y la oportunidad en la atención de los pacientes.

En relación con el rol planteado para FONASA, sostuvo que el sistema de licencias médicas es mucho más complejo y que se requiere una reforma estructural. Señaló que trasladar la fiscalización al Fondo es un avance positivo, pero insuficiente para solucionar los problemas existentes.

Por último, afirmó que mientras no se reformen aspectos claves, como el sistema actual de pago del 100% de la remuneración durante la licencia, la duración y uso de las licencias médicas, y el fraude conocido en el sistema, será muy difícil reducir el problema solo con una mayor fiscalización. Destacó que esta fiscalización también debe orientarse hacia los usuarios.

El **Presidente de la Asociación Nacional de Profesionales y Técnicos de FONASA (ANPTUF), señor Felipe Tamayo**, acompañó una presentación en su exposición y señaló que la reforma actualmente en discusión plantea nuevos desafíos para los trabajadores del Fondo. En primer lugar, se refirió al traspaso de funciones relacionadas con el subsidio por incapacidad laboral —específicamente, la revisión, análisis y fiscalización de

licencias médicas— desde las COMPIN hacia FONASA, antes del otorgamiento del subsidio. Indicó que esta modificación tiene un carácter procedimental y busca avanzar hacia una mejora continua, superando la indefinición de competencias existente entre las COMPIN y FONASA.

Respecto a las compras estratégicas por parte del Fondo, indicó que la propuesta apunta a una mayor eficiencia, mejorando los precios y la oferta disponible.

En cuanto a las herramientas para incentivar la productividad, comentó que estas ya se están utilizando, aunque de forma limitada, al estar circunscritas a una glosa presupuestaria. Por ello, enfatizó la necesidad de su formalización. Asimismo, abordó una modificación relacionada con la activación del prestador GES, que hoy depende de un reclamo del usuario para poder operar.

Ante la interrogante sobre la capacidad del Fondo para asumir estas nuevas funciones, afirmó que FONASA ha demostrado, especialmente en los últimos años, estar a la altura de los desafíos. Como ejemplo, mencionó el reconocimiento del Fondo en el Premio Anual de Excelencia Institucional —otorgado a los tres mejores servicios públicos—, equiparándose con el Servicio de Impuestos Internos (SII).

Además, destacó los premios nacionales e internacionales recibidos recientemente, que reconocen la capacidad de innovación del servicio, como el desarrollo de un sistema de inteligencia artificial para agilizar la revisión de la Ley de Urgencias.

No obstante, reconoció que persisten ciertas brechas institucionales y laborales. En lo estructural, señaló que los grados de inicio y tope del DFL de planta han quedado rezagados respecto a otros servicios de la administración central del Estado, especialmente frente a los servicios de salud. También advirtió la existencia de diferencias en asignaciones adicionales que sí reciben otros servicios y que no están disponibles para los funcionarios de FONASA, como el bono de trato al usuario, la asignación de fortalecimiento y la de fiscalización. En este contexto, solicitó que la asignación de fortalecimiento sea equivalente a la contemplada en la ley N° 20.865, que otorga dicho beneficio a la autoridad sanitaria.

Finalmente, expresó que se está evaluando el traslado de algunos funcionarios de las COMPIN a FONASA, quienes no deberían ingresar con una renta inferior a la que perciben actualmente. Para equiparar ambas situaciones, propuso que esta asignación de fortalecimiento sea el mecanismo para igualar las remuneraciones.

Por su parte, la **Presidenta de la Asociación Nacional de Funcionarios de FONASA (ANAFF), señora Maribel González**, exhibió una

presentación e informó que su organización representa a todos los estamentos de la institución a nivel nacional.

Manifestó que los trabajadores del Fondo cumplen múltiples funciones: desde el pago de subsidios por incapacidad laboral hasta la atención en terreno, inscripción de prestadores en la Modalidad de Libre Elección (MLE), venta de programas, otorgamiento de préstamos médicos, atención GES, tramitación de la Ley de Urgencias, acreditación para la malla MLE, compra de medicamentos, asesoría en salud, compra de prestaciones y atención virtual, entre otras. Precisó que, en el año 2020, FONASA contaba con 1.222 funcionarios, y actualmente la dotación es de 1.273, lo que representa un aumento poco significativo.

Respecto a la modernización del sistema de salud, recordó que los funcionarios del Fondo siempre han sido flexibles ante los cambios, desde la implementación del bono electrónico hasta la creación del AUGE y la incorporación de las asesorías en salud. Agregó que, como trabajadores, siempre han estado dispuestos a asumir nuevos desafíos, y que este proyecto de ley no es la excepción. Por ello, expresó su respaldo a la reforma y coincidió en la necesidad de impulsar nuevas reformas estructurales, considerando que esta iniciativa representa un paso en esa dirección.

Agregó que, como organización, han contribuido históricamente al fortalecimiento del sistema de seguridad social, por lo que esperan que el proyecto contemple el apoyo financiero necesario para infraestructura, dotación y desarrollo digital.

En cuanto a los desafíos futuros, mencionó la necesidad de modificar el DFL N° 1, que presenta múltiples falencias e impide el desarrollo de una carrera funcionaria eficiente dentro de la institución. Añadió que las futuras reformas deben contemplar un aumento de la dotación, recursos para infraestructura y la incorporación del bono de trato al usuario.

Por último, en relación con el traspaso de funcionarios desde las COMPIN, consideró fundamental que éstos cuenten con un perfil flexible y que puedan ser claves en el proceso de transferencia de conocimientos, especialmente para quienes no conocen el sistema. Asimismo, pidió que se materialice el compromiso de asignación de fortalecimiento expresado por la señora Ministra de Salud.

El **Presidente de la Federación de Funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública (FENFUSSAP), señor Ernesto Rojas**, en su presentación señaló que representan a 19 asociaciones a lo largo del país, pertenecientes a las SEREMI de Salud en 15 regiones. Además, de ser parte de la mesa del sector público que cada año negocia con la autoridad.

En su intervención, enfatizó la necesidad de fortalecer la autoridad sanitaria dentro de las COMPIN, con el fin de garantizar la estabilidad de los funcionarios que fiscalizan licencias médicas. En la actualidad, dichos trabajadores son renovados anualmente, sin posibilidad de incorporarse a una carrera funcionaria. Indicó que el 97% del personal de la autoridad sanitaria se encuentra en calidad de contrata, y solo el 3% es titular.

Recalcó que desde la Federación, se plantea que no se debe desmantelar la estructura de las COMPIN ni de la autoridad sanitaria. En este sentido, hizo un llamado a fortalecer las SEREMI de Salud, con el objetivo de proteger adecuadamente la salud de la población.

A continuación, la **Directora Regional de la Federación Nacional de Funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública (FENFUSSAP), señora Jenifer Badillo**, centró su intervención en responder a diversas interrogantes planteadas por las autoridades en sesiones anteriores.

Explicó que, de los 933 trabajadores de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), quienes gestionan 49 trámites distintos, una parte importante se dedica a la atención de usuarios con afecciones médicas afiliados a FONASA e ISAPRE, empleadores del sector público y privado, personas en situación de discapacidad, escolares, bomberos, profesionales autorizados para emitir licencias médicas, cajas de compensación, entre otros. Todo ello con el fin de garantizar el acceso a beneficios sociales en materia de licencias médicas, fiscalizar el uso adecuado de recursos públicos y certificar estados de salud.

Precisó que las unidades de fiscalización de licencias médicas, a nivel nacional, realizan labores como: la revisión de denuncias por mal uso de licencias; la fiscalización a profesionales emisores, en el marco de la ley N° 20.585; la provisión de talonarios de licencias públicas y privadas; la fiscalización por suplantación de identidad y hurto de talonarios; y la investigación de organizaciones criminales vinculadas a la venta de licencias médicas y a la creación de empresas y contratos ficticios.

Además, se efectúan visitas domiciliarias para verificar el cumplimiento del reposo por parte de beneficiarios de FONASA y se coordinan peritajes médicos tanto con contralores de COMPIN como con especialistas externos, en áreas como traumatología y psiquiatría.

Indicó también que las COMPIN están a cargo del pago del subsidio por incapacidad laboral para aquellos trabajadores que no están afiliados a una caja de compensación, además de diversas gestiones propias de la realidad local de cada oficina regional.

Sobre las responsabilidades asociadas al uso adecuado de la licencia médica, señaló que las COMPIN dependen de las SEREMIS de Salud,

las cuales tienen el mandato de supervisar, coordinar y prestar apoyo técnico y administrativo a estas comisiones en todo el país.

Solicitó que, en el marco de esta revisión, se informe cuántos recursos han sido destinados por las SEREMIS para permitir a las COMPIN cumplir con sus funciones, cuántos vehículos han sido asignados a nivel nacional para realizar visitas de verificación de reposo, y de qué manera se ha fortalecido el equipo de fiscalización en el país.

Recordó que el deber de fiscalizar el ejercicio legítimo del derecho a licencia médica se encuentra establecido en el Decreto Supremo N° 3 de 1984, el cual también impone a los empleadores —tanto del sector público como privado— la obligación de controlar el cumplimiento de las licencias otorgadas y denunciar su eventual mal uso ante las COMPIN. Añadió que el correcto funcionamiento del sistema también exige responsabilidad por parte de los profesionales emisores y de los propios usuarios, quienes deben hacer un uso honesto de este beneficio social.

Advirtió que el problema es de carácter estructural y cultural, ya que involucra a múltiples agentes que inciden en la emisión, uso y fiscalización de las licencias médicas.

En relación con el uso de licencias médicas para viajar al extranjero, indicó que desde 2023 en regiones se recurría a la Policía de Investigaciones (PDI) para investigar este tipo de situaciones en las regiones.

Respecto a las facultades de fiscalización establecidas en el artículo 21 del DS N° 3, explicó que ellas no solo permiten el peritaje médico, la visita al trabajador y la solicitud de antecedentes al profesional emisor, sino también al empleador, así como cualquier otra medida que permita comprobar el uso legítimo del instrumento.

Sin embargo, lamentó que la normativa no establezca plazos obligatorios de respuesta por parte de los organismos requeridos. Esta omisión debilita la fiscalización, ya que muchas veces no se obtiene la información necesaria para detectar el fraude.

Informó que actualmente solo hay 61 funcionarios a nivel nacional dedicados a la fiscalización de más de 8 millones de licencias médicas emitidas en 2024. Además, más del 50% de estos funcionarios desempeñan funciones adicionales dentro de las COMPIN, lo que, junto con la reducción presupuestaria, impide mejorar los procesos y fortalecer el sistema.

Detalló que estos 61 funcionarios realizaron más de 12.000 visitas domiciliarias y cerca de 3.000 visitas por vínculo laboral para verificar la existencia real de empleadores y relaciones laborales que respaldan el pago de

subsidios. Asimismo, se efectuaron más de 2.000 fiscalizaciones a emisores de licencias médicas.

Pese al esfuerzo desplegado, reconoció que los resultados siguen siendo insuficientes frente al volumen de 8 millones de licencias tramitadas, lo que genera una evidente sobrecarga en los equipos y los expone a cuestionamientos públicos.

Como propuesta de mejora, sugirió: estandarizar procesos mediante un manual actualizado de trámites de las COMPIN; automatizar procedimientos administrativos e incorporar nuevas tecnologías; realizar estudios de desempeño e implementar indicadores de gestión; llevar a cabo capacitaciones efectivas; aumentar el presupuesto para fortalecer la fiscalización y la certificación de discapacidad; difundir masivamente la importancia del uso correcto de las licencias médicas; establecer interconexión entre organismos como FONASA, PDI, SII, COMPIN, SUSESO, Comisión Médica de Pensiones y el Registro Civil, que actualmente no operan en tiempo real.

En cuanto a la vulnerabilidad tecnológica, señaló que muchos procesos aún se registran en planillas Excel, lo que evidencia la necesidad urgente de modernización.

Subrayó la importancia de fortalecer las políticas públicas que permitan mejorar la fiscalización establecida en el artículo 21, letra e, del DS N° 3, el cual otorga amplias facultades, pero no contempla sanciones ni plazos obligatorios de respuesta para los organismos públicos y privados. Al respecto, hizo un llamado a ampliar, formalizar y fortalecer los equipos de fiscalización de las COMPIN, eliminando la sobrecarga que genera la duplicidad de funciones.

En relación con el traspaso de funciones hacia FONASA, expresó que esto implica una gran responsabilidad, considerando que deberán gestionarse más de 8 millones de licencias médicas al año.

Destacó que la unidad de subsidios no solo calcula los montos de licencias de trabajadores no afiliados a cajas de compensación, sino que también es clave en la detección de fraudes, revisando parámetros del DFL N° 44 de 1978 y directrices de la Superintendencia de Seguridad Social para garantizar el cumplimiento legal y resguardar el uso adecuado de recursos públicos.

Añadió que las contralorías y precontralorías médicas también juegan un rol fundamental en la fiscalización, revisando antecedentes médicos, solicitando visitas domiciliarias, realizando peritajes y entrevistas a emisores de licencias.

Respecto a las deficiencias del sistema, expresó que, si bien los funcionarios reconocen las mismas y están dispuestos a impulsar mejoras, el

traspaso de funciones críticas debe analizarse cuidadosamente. Agregó que el trabajo articulado de las distintas unidades de las COMPIN permite detectar fraudes, rechazar licencias irregulares y recuperar recursos públicos, por lo que cualquier modificación debe evaluarse con responsabilidad.

Por lo anteriormente expuesto, propuso que se incluya a los representantes de los trabajadores de la Subsecretaría de Salud Pública en el proceso de modernización de las COMPIN, a fin de aprovechar el conocimiento y experiencia que ellos tienen.

Por último, solicitó las siguientes medidas: regular las relaciones laborales; dotar de los recursos necesarios para cumplir con las funciones asignadas; fortalecer legalmente las facultades de fiscalización; establecer plazos y sanciones; implementar una estrategia comunicacional para educar a la población sobre el uso correcto de las licencias médicas; integrar a las federaciones en la discusión de los proyectos de ley que impacten la estabilidad y funciones laborales, y realizar un análisis de riesgos sobre el traspaso de funciones desde las COMPIN a FONASA y compartir sus resultados con las federaciones y las autoridades correspondientes.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Castro González** precisó que no han observado, ni por parte de la autoridad ni del Senado, una estrategia orientada al desmantelamiento de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN).

Sin embargo, señaló que el sistema actual ha evidenciado falencias importantes, particularmente en lo relativo a la admisibilidad de licencias médicas y a la vigilancia del cumplimiento del reposo. En este sentido, recordó que fue precisamente la Contraloría General de la República (CGR) la que, al detectar deficiencias, debió intervenir realizando un análisis y emitiendo el correspondiente informe, que ya ha sido difundido públicamente.

En segundo lugar, se refirió al nuevo escenario propuesto por el proyecto de ley en discusión, el cual plantea el traspaso al Fondo Nacional de Salud (FONASA) de las funciones relacionadas con la admisibilidad de licencias médicas, los peritajes, el control y la vigilancia del reposo. Al respecto, solicitó que los actores presentes se refirieran expresamente a este cambio estructural.

A su vez, la **Honorable Senadora señora Órdenes** solicitó que se clarifique la visión que tiene FONASA respecto al eventual traspaso de las funciones actualmente desempeñadas por las COMPIN. A su vez, pidió conocer cuál es la postura de las propias COMPIN frente a dicha propuesta.

La **Presidenta de la Federación de Asociaciones de Salud Pública (FEDASAP), señora Carmen Scaff**, acompañó una presentación e informó que su organización agrupa a funcionarios de las SEREMI de Salud del

país, al personal del nivel central del Ministerio de Salud, y a dos asociaciones del Instituto de Salud Pública (ISP).

Indicó que, tras realizar un análisis junto a los trabajadores, concluyeron que el proyecto de ley es inadecuado en los términos propuestos, ya que no releva ni visibiliza adecuadamente el trabajo que realizan los funcionarios de las COMPIN.

Señaló que la iniciativa se centra en el fortalecimiento del Fondo Nacional de Salud (FONASA), pero omite reconocer la labor técnica y fiscalizadora desempeñada por los trabajadores de las COMPIN y su rol clave dentro del sistema de salud.

A continuación, el **Vicepresidente Nacional de FEDASAP, señor Sebastián Godoy**, añadió que, como organización, les correspondió revisar el componente del proyecto relacionado con la regulación de dispositivos médicos, debido a que también representan a trabajadores del ISP. Indicó que sobre ese punto existe un apoyo transversal desde las asociaciones del Instituto, por lo que concentró su intervención en lo referido a la COMPIN.

Señaló que el proyecto plantea que existen ineficiencias administrativas, retrasos en los pagos y debilidades en la fiscalización. Sobre lo anterior, reconoció que hay dificultades reales, especialmente en la fiscalización de licencias médicas, pero recalcó que estas se originan principalmente en las condiciones institucionales de trabajo, que limitan el desempeño de las COMPIN y otras áreas del sistema. Añadió que se ha planteado que al retirar ciertas atribuciones a las COMPIN estas se verían "fortalecidas", lo cual calificó como una contradicción.

Desde la perspectiva del FONASA, prosiguió, se ha señalado que el objetivo del proyecto es mejorar la experiencia usuaria, basándose en una encuesta privada. No obstante, estimó que el propósito real es la contención del gasto del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). Agregó que esta preocupación fue respaldada también por el representante de Caja Los Andes, quien advirtió sobre la posible sobrecarga del Fondo, como consecuencia del traspaso de funciones, así como del debilitamiento de la capacidad fiscalizadora de las COMPIN.

Por su parte, recordó que la Presidenta del Colegio Médico planteó que es complejo que una misma entidad controle, fiscalice y pague licencias médicas. Advirtió que, de concretarse el traspaso de funciones al seguro público, este se transformaría en juez y parte.

Informó, además, que actualmente existen solo 113 contralores médicos en todo el país, lo que resulta insuficiente considerando el volumen de licencias médicas y el incremento sostenido en la cantidad de cotizantes de FONASA.

Respecto al tiempo promedio de tramitación de pagos, indicó que actualmente este se sitúa dentro de los 30 días desde el ingreso de la licencia hasta el pago efectivo. Advirtió que concentrar el proceso en FONASA podría dificultar aún más la gestión.

Añadió que diversos factores inciden en los retrasos de tramitación, como, por ejemplo, la certificación de discapacidad, que es la puerta de entrada a otros beneficios del sistema de protección social.

También suscribió la crítica sobre la ausencia de trabajo prelegislativo con los trabajadores y equipos técnicos de las COMPIN, indicando que no fueron debidamente considerados en la elaboración del proyecto.

Advirtió que el proyecto plantea otorgar a FONASA la totalidad de las atribuciones de registrar, analizar, resolver y sancionar licencias médicas, funciones que son actualmente parte esencial del mandato de las COMPIN.

Señaló que esta propuesta contraviene las recomendaciones de organismos internacionales como la OPS y la OMS, que promueven la separación de roles y funciones dentro de los sistemas de salud. Específicamente, abogan por separar la función aseguradora de la función fiscalizadora, incluso en el caso del subsidio por incapacidad laboral.

Recordó que actualmente FONASA realiza el pago de las licencias médicas, y que el proyecto le asignaría además la función de contraloría médica y la administración del SIL. Esto —dijo— replica el modelo de las ISAPRES, donde la misma entidad administra, controla y fiscaliza el uso del subsidio, lo que conlleva un sesgo hacia la racionalidad económica por sobre la perspectiva médica, de salud pública y de seguridad social.

De concretarse este traspaso, advirtió que podría instalarse un incentivo para recortar licencias médicas, afectando especialmente a los sectores más vulnerables de la población. Asimismo, observó que el traspaso de la dotación funcionaria desde las COMPIN sería un perjuicio adicional.

Como alternativa, propuso fortalecer la institucionalidad de las COMPIN con las siguientes medidas: mejorar sus competencias; aumentar su presupuesto, arreglar su infraestructura, reforzar su capacidad de gestión en terreno y avanzar hacia la incorporación de inteligencia artificial en la gestión electrónica de datos. Otra posibilidad —señaló— sería crear una gran contraloría médica nacional, capaz de abordar la complejidad y diversidad de casos que hoy enfrenta el sistema.

Luego, la **señora Carmen Scaff** reiteró que la postura de FEDASAP es mantener las atribuciones de las COMPIN bajo la Subsecretaría de Salud

Pública. Sostuvo que FONASA no está en condiciones de asumir la fiscalización de primera instancia, ya que no posee herramientas suficientes para verificar el vínculo laboral, el rol del empleador o la conducta del beneficiario durante el reposo. Advirtió que, como ha ocurrido en otros casos, probablemente se recurra a convenios para cumplir con las funciones.

Indicó que actualmente el 93% de las licencias médicas tramitadas en la COMPIN, incluyendo su pago, se procesan dentro de los plazos establecidos.

Comentó que entre 2024 y 2025 FONASA ha realizado reintegros a municipios, corporaciones y universidades por concepto de licencias médicas. Sin embargo, desde aproximadamente 2018, los reintegros no se han efectuado en su totalidad. Señaló que, según entendía, hasta hace unos meses la deuda alcanzaría un estimado cercano a los 3 mil billones de pesos.

La **Honorable Senadora señora Ximena Órdenes** llamó a evaluar si el traspaso de funciones entre organismos realmente mejora la eficiencia del sistema. Reconoció que algunos plantean que, al ser FONASA quien paga, también debería gestionar las licencias, pero advirtió que esta concentración de funciones debe ser cuidadosamente analizada.

Destacó que mejorar la eficiencia en la gestión de licencias médicas puede evitar recortes presupuestarios a nivel nacional, dado el alto costo asociado al uso indebido de este beneficio.

Reconoció que uno de los principales déficits del país es la fiscalización, no solo en salud, y enfatizó en la necesidad de incorporar nuevas tecnologías que permitan optimizar dichos procesos.

El **Honorable Senador señor Iván Flores** sostuvo que los problemas detectados en el sistema se deben a una insuficiente fiscalización. Afirmó que, si esta se hubiera aplicado de manera oportuna y rigurosa, no se habría producido el uso abusivo y masivo del instrumento de licencia médica.

La **señora Ministra de Salud** resaltó la importancia de considerar y escuchar la opinión de los gremios. En relación con los temas planteados, indicó que existen materias de carácter gremial que forman parte de un acuerdo de presentación ante la Dirección de Presupuestos. Aclaró que el compromiso del Ministerio es presentar dicha propuesta, pero no otorgar directamente las asignaciones, ya que esta atribución no le corresponde. Afirmó que han sido claros en señalar que existe una prelación en esa negociación.

Subrayó que, como Ministerio, reconocen el rol fundamental de la autoridad sanitaria, la cual protege la salud de la población, garantiza el acceso

a las atenciones, y cumple un papel relevante en la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias, en coordinación con las redes asistenciales.

Indicó que FONASA también tiene funciones importantes, las cuales buscan fortalecer con la propuesta presentada, con el objetivo de reforzar sus roles actuales.

Recordó que el proyecto de ley fue ingresado antes de que se conociera la compleja situación relacionada con licencias médicas, revelada por la Contraloría General de la República (CGR). No obstante, destacó que ya se había aprobado una ley relativa a los grandes emisores de licencias médicas. Añadió que el componente actual del proyecto, que propone trasladar la contraloría médica al Fondo y concentrar en la COMPIN los trámites de segunda instancia y la certificación de discapacidad —cuya demanda ha aumentado—, busca mejorar la eficiencia del sistema.

Enfatizó que, gracias al trabajo de la COMPIN, se han detectado casos de fraude, los cuales posteriormente fueron investigados con mayor profundidad por la CGR, entidad que posee atribuciones que no tiene el Ministerio de Salud para requerir acciones a otros servicios públicos.

Desde la perspectiva del Ejecutivo, sostuvo que lo que se propone en relación con el Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) constituye una mejora, ya que permitirá un uso más eficiente del recurso, la incorporación de mejores herramientas de control y un tratamiento más homogéneo en todo el país. A su vez, se busca fortalecer las capacidades de la COMPIN en certificación de discapacidad y en la revisión en segunda instancia, una vez que la contraloría médica sea traspasada a FONASA, lo que permitirá evitar la actual sobrecarga.

Por su parte, la **Subsecretaria de Salud Pública, señora Andrea Albagli**, planteó que es fundamental distinguir entre dos preguntas clave: la primera, si las acciones de control y fiscalización adoptadas por las distintas instituciones han sido suficientes para responder a las necesidades del Estado; y la segunda, cuál ha sido el desempeño de dichas instituciones en el ejercicio de sus funciones, considerando sus facultades y capacidades.

Sostuvo que esta distinción es crucial, ya que no necesariamente ambas preguntas tienen la misma respuesta. A su juicio, las acciones de control desplegadas por las distintas instituciones del Estado han sido insuficientes para abordar eficazmente el problema de las licencias médicas. Sin embargo, estimó incorrecto atribuir esa insuficiencia a un mal desempeño institucional.

Explicó que la COMPIN ha cumplido su función ejerciendo sus atribuciones al máximo de sus capacidades, e incluso ha innovado en mecanismos de fiscalización que antes no existían. Señaló que hay consenso

en la necesidad de fortalecer las capacidades institucionales para responder adecuadamente a las exigencias del sistema, y manifestó su desacuerdo con el uso de expresiones como “fracaso institucional” para referirse al trabajo de la COMPIN, pues considera que la evidencia muestra lo contrario.

Seguidamente, la **señora Daniela Sugg, investigadora adjunta de la Facultad de Administración y Economía de la Universidad Diego Portales**, en su presentación compartió el análisis y propuestas respecto del proyecto de ley en estudio, elaborado junto con las señoras Paula Benavides y Carolina Velasco.

Señaló que el sistema de salud chileno enfrenta múltiples desafíos y requiere cambios sustanciales, estando actualmente inmerso en un proceso dinámico de propuestas de reforma. Para su análisis, utilizaron el marco propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar el desempeño de sistemas de salud, revisando indicadores de salud, acceso, protección financiera y financiamiento, además de una revisión bibliográfica.

Este enfoque les permitió identificar la situación actual, las brechas existentes, y evaluar si la reforma propuesta contribuye efectivamente a reducir dichas brechas.

Respecto al Servicio Nacional de Salud Digital (SNSD), indicó que este avanza en la dirección correcta al separar el rol prestador del rol rector del Ministerio de Salud, lo que optimiza el uso de los recursos y permite avanzar hacia un sistema más moderno y ágil.

No obstante, sugirió precisar algunos aspectos del SNSD, como establecer definiciones claras, estándares de calidad y requisitos para los prestadores asociados. También propuso que se mantenga la rectoría y los estándares en manos del Ministerio de Salud, evaluar los recursos disponibles y la factibilidad financiera del proyecto.

Advirtió que toda institucionalidad nueva que implique creación de funciones, cargos o responsabilidades requiere un análisis detallado de la carga funcionaria y del perfil profesional necesario, para justificar —o no— los recursos asignados. Recomendó revisar el informe financiero, ya que considera que subestima los costos asociados al SNSD.

En cuanto a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, valoró los mensajes que refuerzan su rol rector y promueven la transparencia y la evaluación del desempeño, lo cual mejora la gobernanza del sistema.

En cuanto a aspectos a mejorar, propuso formalizar una unidad de estadísticas, definir el alcance, obligatoriedad e interoperabilidad de la información, e incorporar un panel de expertos para definir indicadores de productividad y desempeño. Además, avanzar en transparencia y resguardo de

la información. También planteó que esta Subsecretaría debe contar con un plan de desarrollo de la red a mediano plazo.

Respecto al Instituto de Salud Pública (ISP) y la CENABAST, señaló que el fortalecimiento del ISP en el ámbito de dispositivos médicos es urgente, ya que refuerza su rol regulador y fortalece a las SEREMIS. Valoró la ampliación de funciones de CENABAST y su rol en asegurar el abastecimiento, aunque recomendó explicitar el fortalecimiento institucional del ISP y las SEREMIS, ya que el proyecto no asigna recursos a estas entidades.

Sugirió definir claramente el concepto de “riesgo” en relación con dispositivos médicos, y establecer plazos exigibles para el ISP. Recordó que, al fijar tarifas, tanto ISP como CENABAST deben seguir procedimientos normativos, con métodos y comités que regulen el impacto de precios en el mercado.

Sobre FONASA, consideró adecuado fortalecer su rol en la compra estratégica de servicios, en especial en lo relativo a la designación del segundo prestador GES y la compra centralizada. Recomendó que esta planificación sea conocida por todos los actores del sistema y que forme parte del ciclo presupuestario. También sugirió establecer excepciones bien definidas y someterlas a aprobación formal por parte del Fondo.

Respecto a los acuerdos de gestión, señaló que estos ya existen y están normados, pero que es posible avanzar en un instrumento más robusto, con contenidos y procesos establecidos.

En el ámbito del GES, propuso definir un marco de derivación claro y eficiente, e incorporar incentivos para que el prestador principal resuelva los casos desde su propio establecimiento.

En cuanto a las licencias médicas, reconoció que el proyecto avanza en la mejora de la eficiencia del sistema y fortalece el rol del FONASA, aunque se requiere una mejor institucionalidad para asumir ese nuevo rol. Invitó también a evaluar a la COMPIN, ya que su estructura, funciones y desempeño no están del todo claros.

Sobre las normas del personal médico, destacó que se trata de un avance hacia la simplificación, pero consideró que falta un mayor análisis. Sugirió sistematizar y revisar todos los instrumentos de gestión aplicados tanto a personas como a instituciones.

Como conclusión, señaló que este es un momento clave para avanzar en una reforma estructural del sistema de salud, que presenta avances, pero también serias limitaciones en términos de eficiencia, equidad y sostenibilidad.

Entre los temas urgentes por abordar, destacó: la definición de un plan común de salud para los beneficiarios de FONASA, que sea explícito, exigible y sostenible, lo que involucra la evaluación de tecnologías sanitarias, tanto para el ingreso como para la exclusión de prestaciones del plan; propiciar una gobernanza moderna del FONASA con visión de largo plazo; mejoras en infraestructura y equipamiento de la red pública; revisión de los procesos de inversión, actualmente muy lentos; separación efectiva entre las funciones de prestación y rectoría; avanzar en reformas al Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) y la fiscalización de licencias médicas. Todo lo demás, sin olvidar el sistema privado de salud.

A continuación, el **Investigador del Centro Latinoamericano de Políticas Económicas y Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile, señor Álvaro Erazo**, exhibió una presentación. En primer lugar, consideró que la propuesta de ley establece aspectos importantes. Indicó que se trata de una reforma necesariamente gradual, cuyos plazos son acotados, y que debe evitarse la confusión que provocaría un exceso de detalle en el proyecto de ley, delegando ese nivel de especificidad a los reglamentos y atribuciones ministeriales.

Observó que se trata de una reforma que fortalece al FONASA, consolidándolo en su rol de seguro público. Además, incorpora el factor de productividad en la gestión de la red, con buenos indicadores, fortalece la salud digital, permite la interoperabilidad e instala institucionalmente los requerimientos acordes con los tiempos actuales. Sostuvo que esta reforma era esperada y que debe reconocerse como fruto de acuerdos parlamentarios alcanzados en el marco de la discusión de la denominada Ley Corta de ISAPRES.

Respecto al otorgamiento de nuevas herramientas de estímulo a la producción y al control, comentó que la idea es generar incentivos para los gestores y trabajadores de los servicios de salud, así como evaluar el desempeño de los hospitales de mayor complejidad, con el fin de mejorar su eficiencia y productividad.

Estimó que estos incentivos deben orientarse hacia los equipos clínicos y administrativos en unidades de producción (centros de responsabilidad), tales como pabellones quirúrgicos o el uso eficiente de camas hospitalarias. Añadió que el objetivo es que los criterios de productividad se establezcan como compromisos colectivos por centro de responsabilidad, identificando áreas con mayores dificultades de gestión.

Posteriormente, en cuanto a la institucionalización de la salud digital mediante la creación del nuevo Sistema de Salud Digital, comentó que este servicio considera etapas relevantes y que el proceso será incremental en la modernización del sistema. Añadió que, si el sistema logra masificarse de la

mano de redes adecuadas y una estructura tecnológica sólida, se podrán dar pasos fundamentales en materia de salud digital.

En cuanto al fortalecimiento del FONASA, señaló que la articulación y aprovechamiento de la red pública y privada están bien respaldados en el proyecto de ley. Además, destacó una mayor coordinación por parte del FONASA en la compra de servicios y la administración de convenios, evitando la duplicación de compras. También se avanza en lograr mayor efectividad y eficiencia en la gestión y control de las licencias médicas.

Respecto a las críticas sobre un posible conflicto de interés, por asumir el FONASA un rol de juez y parte, señaló que dicha afirmación no es correcta. Sostuvo que el Fondo está llamado a desempeñar un rol preponderante, fortaleciendo su responsabilidad como seguro público de salud.

Finalmente, indicó que la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), como autoridad técnica en el control de las instituciones que participan en el proceso de tramitación de licencias médicas, requiere una revisión más profunda si se pretende adoptar una mirada sistémica, ya que el fortalecimiento exclusivo del FONASA no será suficiente.

Señaló que es necesario realizar una evaluación exhaustiva del rol que ha desempeñado —y de las acciones pendientes— por parte de la SUSESO en materia de fiscalización.

Recordó que este proyecto de ley se relaciona directamente con la Ley Corta, la Ley del Sistema de Acceso Priorizado (SAP) y con la iniciativa del FONASA para implementar la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC). Por lo tanto, representa un conjunto de reformas que están contribuyendo de forma favorable a la salud de la población.

No obstante, advirtió que uno de los grandes desafíos del sistema sigue siendo el alto gasto de bolsillo. Afirmó que, en la medida en que exista una mayor eficiencia en el uso de los recursos públicos, especialmente en la capacidad resolutiva —como el copago cero y otras iniciativas—, se podrá avanzar hacia una disminución del gasto que las personas realizan en salud.

Seguidamente, el **Honorable Senador señor Castro González** consultó sobre el rol que el proyecto de ley le asigna al FONASA como entidad responsable de la admisibilidad de licencias médicas y la vigilancia del reposo, funciones nuevas en el contexto de los cambios legislativos introducidos por la última ley sobre grandes emisores de licencias médicas, y las modificaciones anunciadas por el Ejecutivo. Preguntó cómo enfrentaría el Fondo este nuevo escenario, considerando las exigencias de probidad, eficiencia y capacidad técnica para la fiscalización, a fin de mejorar el sistema actual de licencias médicas.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** mencionó que uno de los desafíos discutidos se relaciona con el Servicio Nacional de Salud Digital, especialmente en cuanto a su definición y alcance. Al respecto, preguntó si dicha definición sigue siendo ambigua y cuáles deberían ser las fronteras del sistema.

El **Honorable Senador señor Flores** solicitó a la señora Sugg profundizar en el desbalance detectado entre el contenido del proyecto de ley y el informe financiero. También pidió mayores antecedentes sobre la observación relativa a la centralización de compras por parte del FONASA y la duplicidad de estas compras. Finalmente, preguntó si el proyecto de ley sigue perpetuando el problema del alto gasto de bolsillo en salud.

La **señora Daniela Sugg**, en respuesta a la consulta sobre el Servicio de Salud Digital, respondió que el texto del proyecto de ley no deja del todo claros algunos roles vinculados a normas y estándares. Advirtió que esto podría llevar a pensar erróneamente que será el nuevo servicio quien proponga los estándares para toda la red asistencial en salud digital, tarea que, a su juicio, debería seguir bajo la rectoría del Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. En ese sentido, consideró que el conducto regular debe ser proponer estándares a través de la entidad rectora.

Asimismo, observó que el proyecto genera ambigüedad respecto a ciertas unidades de servicio, como la gestión de camas, que pasarían al nuevo Servicio de Salud Digital. Al respecto, señaló que se debe definir lo que estará a cargo del Servicio, porque hay funciones de coordinación nacional que pueden corresponder a rectoría.

En relación con el desbalance con el informe financiero, advirtió que este no explica la metodología ni los argumentos de cálculo utilizados. Citó como ejemplo el fortalecimiento del ISP, donde se incluyen cargos en el informe financiero, pero no se hace mención de ellos en el articulado del proyecto de ley. En el caso de CENABAST, se mencionan cinco cargos adicionales, sin que se explique la necesidad de dichos nuevos puestos.

Sobre las compras centralizadas del FONASA, consideró clave que estas, junto con los acuerdos de gestión, estén vinculadas al proceso de formulación presupuestaria. De lo contrario —señaló—, solo se estaría anclando la planificación a lo ya asignado, sin propiciar un verdadero diálogo presupuestario.

Concluyó que se debe precisar qué comprará FONASA de manera centralizada y por qué, más allá del factor precio.

Complementando la respuesta anterior, la **Directora de Estudios del Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPS) de la Universidad San Sebastián, señora Carolina Velasco**, se refirió al tema de las licencias

médicas. Indicó que la sugerencia apunta a fortalecer la institucionalidad necesaria para abordar las funciones de fiscalización, las cuales actualmente no están dentro del rol del FONASA. Añadió que, si bien están en manos de la COMPIN, es poco conocida. Comentó que intentaron obtener información detallada sobre la cantidad de funcionarios, las funciones y los cargos de la COMPIN, sin éxito.

Sostuvo que, por una parte, sería importante comprender mejor el funcionamiento interno de las COMPIN, evaluar su desempeño, y sobre esa base, dotar al FONASA de una institucionalidad adecuada para asumir funciones de fiscalización médica.

Respecto al eventual traspaso de funciones al Fondo, considerando que este tiene mayores incentivos para controlar el gasto, estimó que dicho traspaso sería adecuado, siempre y cuando se cuente con una evaluación previa y con una institucionalidad clara que permita ejercer eficazmente la labor de contraloría médica inicial.

Explicó que este proyecto de ley se complementa con otro que está próximo a ser ingresado y que se orienta específicamente a las funciones de contraloría médica. En este contexto, todo lo relacionado con la duración de los reposos y de las licencias debería estar normado por el Ministerio de Salud. Esto, a su juicio, permitiría ejercer un control más efectivo sobre el primer uso de licencias médicas, tal como ocurre en el sistema de ISAPRES, disminuyendo el riesgo de decisiones poco objetivas. Por ello, recalcó que se requiere contar con estándares definidos para todas las enfermedades.

El **señor Álvaro Erazo**, en respuesta a la consulta formulada sobre el gasto de bolsillo, señaló que este constituye un desafío persistente para quienes trabajan en el sector salud y en políticas públicas. Valoró el avance que ha significado el "copago cero", indicando que va en la dirección correcta. Sin embargo, advirtió que la incorporación de una modalidad de cobertura complementaria, en un escenario de presión financiera, podría aumentar el gasto de bolsillo. Por lo tanto, subrayó que mejorar la oferta pública de salud sigue siendo un imperativo.

La **Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera**, se refirió al ámbito de la salud digital. Indicó que el nuevo Servicio de Salud Digital tendrá la facultad de proponer normativas en lo relativo a la prestación de servicios médicos. No obstante, recalcó que la función de rectoría sigue estando radicada en la Subsecretaría de Salud Pública.

En relación con las compras públicas, recordó que durante el presente año el FONASA ya cuenta con un adelanto presupuestario, establecido mediante una glosa, que anticipa algunos aspectos del proyecto de ley actualmente en discusión.

Añadió que, dentro de las medidas de gestión incorporadas en esa glosa, se encuentra la fijación de bandas arancelarias para la compra de servicios por hora de prestadores, lo cual busca un uso más eficiente de los recursos. Por esta razón, afirmó que no se observa duplicidad de compras, dado que esta medida ya se está implementando durante este año.

Sobre la vigilancia del reposo en licencias médicas, reiteró que esa función continuará siendo ejercida por la COMPIN y no será transferida al FONASA.

La **Subsecretaria de Salud Pública, señora Andrea Albagli**, abordó la situación de recursos humanos en las COMPIN. Informó que actualmente cuentan con 933 funcionarios distribuidos en 29 COMPIN, las cuales realizan 36 tipos distintos de trámites, siendo la tramitación de licencias médicas uno de ellos.

Señaló además que la COMPIN ha implementado nuevas tecnologías, tanto en la gestión de licencias médicas como en los procesos de fiscalización asociados.

Por su parte, el **Director del FONASA, señor Camilo Cid**, indicó que el proyecto de ley busca cerrar el ciclo del financiamiento de licencias médicas desde el punto de vista del Fondo, haciéndolo más eficiente y efectivo. Esto implica no solo pagar las licencias, sino también contar con una contraloría médica que autorice o modifique su otorgamiento. En ese sentido, sostuvo que las medidas propuestas apuntan a mejorar todo el proceso en su conjunto.

Sobre el gasto de bolsillo, mencionó que aproximadamente 900.000 personas provenientes del sistema ISAPRE han ingresado al FONASA. Estas personas, al utilizar la Modalidad de Libre Elección (MLE), han generado un mayor gasto de bolsillo debido a la falta de cobertura financiera, especialmente en el ámbito hospitalario.

A nivel global, prosiguió, aunque este efecto fue parcialmente compensado por el copago cero en los beneficiarios antiguos del Fondo, se ha observado un aumento del gasto de bolsillo a nivel país, lo que ha incrementado su proporción en el gasto total en salud.

En ese contexto, indicó que se busca atenuar este fenómeno a través de la Modalidad de Cobertura Complementaria, que ofrece una mayor cobertura financiera para quienes utilizan la MLE. La reducción del copago propuesta por esta modalidad sería significativa, lo que permitiría mitigar el aumento del gasto de bolsillo observado.

A continuación, la **Secretaria del Sindicato de Funcionarios Profesionales del Ministerio de Salud (FUNPRO MINSAL), señora Nataly**

Cortínez, acompañó una presentación e informó que el sindicato que representa está conformado por trabajadores a honorarios de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, quienes se desempeñan en diversos programas de Salud Digital, tales como Salud Responde, Línea de Prevención del Suicidio, Saludablemente y Atención a Funcionarios.

Consideró que el proyecto de ley en discusión, en materia de salud digital, constituye una oportunidad histórica para modernizar la salud pública, beneficiando a miles de personas mediante la reducción de brechas de acceso, la mejora en la oportunidad, calidad y continuidad de la atención, y la disminución de los tiempos de espera. Destacó que esta transformación puede consolidar un modelo innovador que garantice el derecho a la salud en todo el territorio nacional.

Sin embargo, advirtió con preocupación que esta modernización no contempla la regularización laboral de quienes actualmente sostienen operativamente estos servicios bajo la modalidad de honorarios, construyendo así un avance estructural sobre una base de inestabilidad laboral.

Sostuvo que regularizar la situación contractual de los trabajadores que representa es un acto de justicia. Afirmó que estos profesionales llevan años cumpliendo funciones permanentes con mínima protección laboral, y que fortalecer su situación no solo es una decisión ética, sino también eficiente para el Estado y beneficiosa para la población.

Luego, el **Director del Sindicato de Funcionarios Profesionales del Ministerio de Salud, señor Matías Córdova**, formuló observaciones al proyecto de ley, orientadas a asegurar la continuidad y calidad de la atención digital, a través del establecimiento de estándares adecuados en el empleo público.

Indicó que, entre los artículos primero a quinto transitorio, se describe la arquitectura del nuevo Servicio de Salud Digital. En particular, en el numeral 6) del artículo primero transitorio, se define el mecanismo de ingreso al nuevo servicio, estableciendo que solo serán traspasados los funcionarios de planta y a contrata provenientes de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública.

Advirtió que esta disposición excluye al personal a honorarios, quienes actualmente sostienen operativamente la salud digital, lo cual constituye, a su juicio, una exclusión institucional. Señaló que en el texto legal no se reconoce su experiencia ni antigüedad, ni se contempla un mecanismo de integración a la planta o contrata, como un proceso de encasillamiento u otra vía formal de incorporación.

Además, manifestó que no queda claro qué ocurrirá con los trabajadores a honorarios ni cómo la institucionalidad abordará el uso irregular que históricamente se ha hecho de esta modalidad de contratación.

En ese contexto, como sindicato propusieron que se incorpore en el numeral 6) del artículo primero transitorio, un párrafo que reconozca la trayectoria del personal a honorarios y asegure su inclusión en los procesos de ingreso a contrata o planta.

Asimismo, sugirió modificar la facultad del director del nuevo servicio para celebrar convenios a honorarios, estableciendo expresamente que las funciones asistenciales permanentes deben ser desempeñadas por funcionarios de planta o contrata. Propuso que el uso de la modalidad a honorarios se limite exclusivamente a funciones excepcionales, para prevenir su utilización indebida.

Rechazó el argumento habitual de que no existen recursos públicos para regularizar estas situaciones, señalando que mantener la actual condición genera costos más elevados para el sistema. Mencionó entre ellos la alta rotación de personal, la pérdida de capital humano, la necesidad de capacitaciones reiteradas y el debilitamiento de la relación entre los equipos y los pacientes.

Concluyó señalando que invertir en condiciones laborales dignas no debe considerarse un gasto, sino una garantía de eficiencia, calidad y sostenibilidad. Además, recordó que la Contraloría General de la República ha sido clara en señalar que las funciones permanentes no pueden ser ejercidas por personal contratado a honorarios.

El **Honorable Senador señor Flores** subrayó que históricamente no ha existido voluntad política, por parte de ningún gobierno, para corregir situaciones como las descritas. Señaló que un trabajador a honorarios puede desempeñar exactamente las mismas funciones que uno de planta, pero sin la responsabilidad administrativa correspondiente, lo que genera una precariedad tanto para el trabajador como para el propio servicio público.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** consultó qué aspectos del nuevo Servicio de Salud Digital debieran ser relevados y cuáles corregidos, desde la experiencia actual.

La **señora Nataly Cortínez**, respondió que uno de los elementos prioritarios a mejorar es que el actual programa se transforme efectivamente en un servicio de salud, institucionalizando sus funciones. Explicó que actualmente depende de una glosa presupuestaria dentro de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Informó que Hospital Digital cuenta con más de 45 especialidades médicas, entre las cuales se encuentran las líneas de atención que representa el sindicato, las cuales entregan orientación en salud a través de llamadas telefónicas. Añadió que es pertinente que se institucionalice de mejor forma el trabajo remoto, y que se facilite la contratación de profesionales desde regiones.

Finalmente, indicó que los programas orientados a salud mental deberían contar con una mayor capacidad técnica para resolver adecuadamente la gran cantidad de casos que se reciben diariamente.

El **ex Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich**, exhibió una presentación y expresó que el país está enfrentando una reforma de salud de gran importancia, aunque estructurada por capítulos y no como una reforma integral. Señaló que esta arquitectura legislativa tiene ciertas ventajas, pero también múltiples desventajas.

Comentó que recientemente se generó una alarma a raíz del informe de la Comisión Presidencial para la Medición de la Pobreza, el cual concluyó que Chile es un país extraordinariamente pobre, ya que uno de cada cinco chilenos vive bajo la línea de pobreza.

Indicó que, al aplicar la nueva metodología de medición a los informes CASEN del año 1990, se observa que en 2022 un 23,5% de la población se encontraría bajo el umbral de la pobreza, y que un quinto de la población presenta una situación de fragilidad extrema, es decir, condiciones tan precarias que un evento menor de salud —como un resfrío— puede llevarlos a la pobreza debido a la falta de cobertura de seguridad social.

Precisó que, con esta nueva metodología, la medición del componente salud en la CASEN 2022 revela que un 12,2% de la población está bajo la línea de pobreza, comparado con el 4,8% que arrojaba el informe con la metodología anterior. Esto muestra un aumento considerable de la incidencia de la salud en la pobreza multidimensional.

Señaló que la Comisión Presidencial propuso nuevos indicadores que permiten comprender con mayor precisión el impacto de la salud en la pobreza. En ese sentido, destacó que la dimensión salud representa un 26% de la contribución total a la pobreza, cifra que refleja el impacto de la falta de acceso y de tratamientos oportunos. Frente a este escenario, afirmó que la reforma a la salud presenta urgencias que no están siendo abordadas con la profundidad y radicalidad que exige la población.

Sostuvo que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) debe cumplir un rol clave como instrumento de equidad y transferencia de valor, permitiendo que las personas en situación de pobreza accedan efectivamente al cuidado y atención gratuita. No obstante, manifestó su preocupación por los efectos del

copago cero en los hospitales públicos para quienes tienen capacidad de pago, ya que esto puede generar un incentivo al sobreuso. Asimismo, calificó de regresivo el acceso universal y gratuito a la atención primaria para quienes podrían contribuir parcialmente a su financiamiento.

Respecto al proyecto de ley en estudio, consideró que existe una oportunidad para abordar el tema de las licencias médicas y el gasto que generan, siendo FONASA el principal financiador. Recordó que cerca del 80% de las licencias médicas se pagan con cargo a impuestos generales. Sin embargo, criticó que el proyecto no ofrece una visión integral sobre esta materia y consideró poco pertinente transferir la administración y control financiero de las licencias desde la COMPIN a FONASA, señalando que esta medida representa “más de lo mismo”.

Calificó el presupuesto asignado a dicha transferencia como "irrisorio", insuficiente para controlar eficazmente lo requerido, e insistió en que FONASA no debería asumir el manejo de las licencias médicas, ya que ello generaría conflictos de interés y afectaría su prestigio como seguro público.

Propuso, en cambio, la creación de una nueva institucionalidad dependiente de la SUSESO, que concentre todos los subsidios de incapacidad laboral —licencias comunes, maternales y laborales— en un fondo único.

Sobre la propuesta de certificación de insumos médicos, criticó que actualmente el ISP solo certifica un número muy reducido de dispositivos (alrededor de siete). Consideró que la institucionalidad es precaria y que el proyecto subestima la envergadura de este desafío. Sostuvo que se debe adoptar al menos la norma ISO 13485:2016, aceptada internacionalmente.

Advirtió que tampoco se prevé un control efectivo sobre el impulso del complejo industrial-médico, cuya influencia promueve tecnologías innecesarias, como —a su juicio— ocurre con la cirugía robótica. Al respecto, recomendó implementar evaluaciones de costo-efectividad y costo-utilidad.

Sobre la figura del “segundo prestador” en caso de pérdida de garantía de oportunidad, afirmó que la redacción actual deja excesiva discrecionalidad al seguro al utilizar la palabra “podrá” en lugar de establecer un mandato claro con “deberá”.

Lamentó que no se fortalezca el gobierno de FONASA, planteando la necesidad de un órgano colegiado y de que su director sea ratificado por el Senado.

Criticó además que la autoridad de los directores de servicio se vea debilitada con el traspaso de atribuciones al FONASA, especialmente en lo relativo a la licitación y otras gestiones. Reclamó que esto constituye un

retroceso en la descentralización lograda desde 2005, restringiendo la autonomía de quienes mejor conocen las capacidades de sus redes locales.

Sobre el componente de salud digital del proyecto, lo consideró obsoleto, con una mirada que —según expresó— corresponde a hace 50 años, sin conexión con las tecnologías actuales.

Finalmente, enfatizó que toda reforma en salud debe centrarse en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS), como eje clave de la prevención y curación. Planteó que debe impulsarse una red público-privada, con un programa común, mínimo copago (salvo para beneficiarios de FONASA A), y que toda atención hospitalaria debe ser financiada mediante mecanismos basados en resultados.

Por su parte, el **ex Superintendente de Salud, señor Manuel Inostroza**, acompañó una presentación y comenzó contextualizando el momento sanitario actual, marcado por el envejecimiento de la población, la transición epidemiológica y el aumento sostenido en la demanda por servicios de salud.

Advirtió que, si no se enfrentan adecuadamente los desafíos acumulados, surgirán dos fenómenos principales: un aumento inevitable del gasto público en salud y un creciente nivel de insatisfacción ciudadana, lo que implica una pérdida de valor del sistema, independientemente de los mayores recursos invertidos.

Destacó que el Gobierno ha impulsado medidas como el copago cero en la red pública, aunque indicó que su impacto presupuestario ha sido acotado (alrededor de $21.000 millones), debido a que en la práctica no se cobraba a los usuarios.

Mencionó también la tramitación de la Ley Corta de ISAPRE ya aprobada, una primera licitación bajo la modalidad de cobertura complementaria, el envío de un proyecto para eliminar preexistencias, el fortalecimiento de la SUSESO, la propuesta sobre subsidio por incapacidad laboral, y el actual proyecto en discusión.

Desde una perspectiva optimista, consideró que existen más puntos de acuerdo que de disenso, lo que permitiría avanzar hacia un sistema mixto con mayor regulación común entre el sector público y privado, tanto en el aseguramiento como en la prestación.

Respecto al fortalecimiento del FONASA, expresó su preocupación por la transferencia de funciones como la contraloría médica y el pago del SIL. Señaló que esto conlleva el riesgo de “isaprizar” al FONASA, al incorporar en él los mismos conflictos de interés que históricamente se le han criticado a las ISAPRES, particularmente, los pagos y la aprobación de licencias médicas.

En relación con el segundo prestador GES, cuestionó la redacción que utiliza la palabra “podrá” en lugar de “deberá”, ya que ello no garantiza la automaticidad en la activación del prestador alternativo.

Sobre la eficiencia en la compra a privados, sintetizó el espíritu del articulado en la frase: “si FONASA compra, nadie más compra”. Planteó dudas respecto de las excepciones que permiten al Ministro o Ministra de Salud autorizar otras compras, lo cual podría tornar inoperante la norma.

Respecto al control de productividad, criticó su ubicación en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, por representar una situación de juez y parte, en la que tendría que autodenunciarse en caso de incumplimientos. Propuso trasladar esa responsabilidad al FONASA, junto con el rediseño del sistema de incentivos al personal, ya que es el Fondo quien debe velar por la productividad, los costos y la eficiencia en la compra pública.

En resumen, propuso que el tema de las licencias médicas se trate en un proyecto específico sobre el SIL. Recomendó reemplazar la palabra “podrá” por “deberá” en el artículo sobre segundo prestador GES, y eliminar las excepciones ministeriales en la compra del FONASA.

Sugirió también mayor control del Fondo sobre la atención primaria, incluyendo la definición de criterios del per cápita y su fiscalización a nivel municipal. Planteó avanzar hacia una compra más inteligente, mecanismos de contención de costos técnicos, mayor interoperabilidad digital y un arancel único. También reiteró que FONASA esté dirigido por un órgano de gobierno corporativo y autónomo.

En cuanto al nuevo servicio de salud digital, llamó a evitar la confusión entre funciones de rectoría y prestación, recomendando crear una nueva gobernanza para las redes asistenciales. Destacó la necesidad de separar claramente las funciones de rectoría en innovación tecnológica, equipamiento y farmacología, proponiendo que estas queden radicadas en el Ministerio de Salud o en una nueva entidad autónoma de evaluación tecnológica (ETESA).

Respecto a los dispositivos médicos, sugirió lo siguiente para fortalecer el ISP: evaluar la dotación necesaria del organismo; establecer plazos y sanciones claras, y crear un comité externo para valorar aranceles, garantizando transparencia y valores razonables.

Sobre CENABAST, recomendó establecer con claridad quién será el responsable del control de cumplimiento de metas e indicadores, idealmente un comité de expertos que rinda cuentas ante el Congreso Nacional.

El **Senador señor Castro González** consultó al Director del FONASA sobre cómo enfrentará el Fondo las nuevas funciones que se le asignan en el proyecto de ley, especialmente en la administración y control de licencias médicas y otros procesos.

El **Senador señor Gahona** solicitó aclarar la necesidad de mantener dos instancias de apelación en el proceso de licencias médicas, concretamente la COMPIN y la SUSESO.

En relación a licencias médicas, consultó sobre la recaudación que actualmente tienen las mutuales en términos porcentuales y su eficiencia en la gestión de esos recursos.

Planteó si sería más razonable que la administración del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) se financie con dichos ingresos, dado que las mutuales cuentan con recursos mayores a lo que se utiliza actualmente.

Preguntó a los expositores si consideran factible que las mutuales puedan administrar el SIL.

La **Senadora señora Órdenes** subrayó la importancia de la Atención Primaria de Salud (APS) como eje fundamental del sistema, y señaló que el proyecto de ley contiene poco sobre este tema. Por ello, consultó si los expositores incorporarían aspectos relacionados con la APS en la reforma.

Solicitó una explicación más detallada sobre la crítica relativa al centralismo en las compras realizadas por FONASA y las posibles excepciones que la autoridad sanitaria podría establecer.

Consideró pertinente abrir un espacio de conversación sobre la creación de una nueva institucionalidad en materia de licencias médicas y la posible redefinición de los enfoques actuales.

En la siguiente sesión, el **Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Bernardo Martorell**, acompañó un documento y dio respuesta a las observaciones formuladas por los expositores.

Señaló que la reflexión que acompañó la elaboración del proyecto de ley consideró una mirada crítica sobre tres grandes ámbitos que impactan el sistema de salud: la centralización y descentralización, la separación de funciones, y el fortalecimiento de las políticas públicas.

Respecto de la crítica al Servicio Nacional de Salud Digital propuesto —que se consideró como una visión obsoleta—, indicó que el proyecto aborda diversas materias vinculadas a la salud digital, sin obstaculizar avances en otras áreas, como la incorporación de inteligencia artificial en el sistema.

Explicó que el proyecto busca establecer una diferenciación entre el rol rector y el rol prestador del sistema de salud, mediante una institucionalidad más robusta e independiente de la Subsecretaría, configurándolo como un servicio con competencia nacional.

El segundo planteamiento aludió a la eficiencia en las compras realizadas a prestadores privados. Se observó que los servicios de salud no podrían adquirir prestaciones que actualmente compra FONASA, salvo en las excepciones reguladas por el propio cuerpo legal. Ante ello, respondió que dichas excepciones son acotadas y se definen conforme a una lista elaborada por FONASA, basada en el proceso presupuestario del año anterior.

Asimismo, recordó que se planteó la crítica de que esta normativa implicaría un retorno al centralismo y un retroceso en el fortalecimiento de los servicios de salud. En respuesta, reiteró que se trata de una compra limitada, correspondiente a una lista específica de prestaciones que, en su totalidad, se proveen desde el sector privado.

Agregó que esta medida permite dotar al Fondo de un rol análogo al de la CENABAST, con capacidad de compra centralizada y las ventajas asociadas a ese poder de negociación. Aclaró que ello no implica una disminución en las facultades de los servicios de salud, los cuales podrán continuar adquiriendo todas aquellas prestaciones que no compre el Fondo, e incluso las mismas, en caso de obtener mejores condiciones económicas.

Otro de los temas planteados se refirió al segundo prestador automático para las garantías explícitas en salud (GES), mecanismo que se activa de oficio cuando existe riesgo de incumplimiento de la garantía de oportunidad. En este sentido, informó que dicho procedimiento no requiere un reclamo previo del beneficiario. La observación, prosiguió, giró en torno al uso del verbo rector “puede”, señalándose que debiese establecerse como “debe” —esto es, que FONASA esté obligado a designar automáticamente un segundo prestador. Al respecto, explicó que el proyecto busca resguardar la voluntad del beneficiario de decidir dónde desea atenderse, considerando que muchas personas prefieren esperar para ser atendidas por su prestador inicial.

El cuarto punto de crítica estuvo relacionado con la capacidad de gestión del sistema sobre los servicios de salud. Indicó que existen diversos mecanismos de control desde el nivel central, entre los que destacan los compromisos de gestión (COMGES), la evaluación de los establecimientos autogestionados en red, y el sistema de Alta Dirección Pública (ADP).

Añadió que el proyecto propone asignar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales la evaluación de la productividad de los servicios de salud. Frente a la crítica de que ello implicaría que la Subsecretaría actúe como juez y parte, sostuvo que los servicios de salud son autónomos tanto en lo

presupuestario como en lo institucional, configurando así un modelo descentralizado. En ese marco, la función de la Subsecretaría es precisamente la de fiscalizar que dichos servicios cumplan con sus responsabilidades.

En cuanto a la regulación de dispositivos médicos, se planteó que la propuesta es insuficiente por no contemplar la norma ISO 13485:2016, relativa a los sistemas de gestión de calidad para este tipo de productos. Al respecto, aclaró que no corresponde a un texto legislativo incorporar normas ISO específicas, ya que estas se actualizan de manera continua. No obstante, explicó que el proyecto recoge un modelo de regulación que permitirá pasar de los 10 dispositivos actualmente regulados a más de 10.000 tipos distintos.

Finalmente, indicó que también se abordaron otras materias, como la capacidad del FONASA para desempeñar un rol efectivo en el pronunciamiento del SIL en primera instancia. En este sentido, señaló que el proyecto libera recursos de las COMPIN para destinarlos a funciones de fiscalización, además de asignarles competencias en la revisión de licencias médicas y en la certificación de discapacidad, como principales trámites asociados.

Por su parte, el **ex Superintendente de Salud, señor Manuel Inostroza**, afirmó que, si se le solicitara una opinión general sobre el proyecto de ley, otorgaría su aprobación. Añadió que los comentarios vertidos tienen como propósito contribuir al perfeccionamiento de una iniciativa que, si bien avanza en la dirección correcta, considera aún insuficiente frente a los desafíos actuales del sistema de salud.

A continuación, respondió a las consultas previamente formuladas. En relación con la tensión entre centralización y descentralización, sostuvo que ambas pueden coexistir, e incluso avanzar en direcciones opuestas de manera complementaria. Puso como ejemplo la centralización de compras a través de CENABAST, destacando que, bajo ciertos estándares, puede implicar una optimización significativa y un uso más eficiente de los recursos públicos.

Desde esa perspectiva, estimó que la concentración de la compra de prestaciones por parte del Fondo, como gran seguro público, constituye una medida acertada. Sin perjuicio de ello, señaló que pueden adoptarse decisiones en paralelo para profundizar la descentralización en otras áreas, tales como la gestión de personal, el diseño organizacional y otras materias funcionales a la capacidad de respuesta de los servicios de salud ante la demanda generada por las compras centralizadas del Fondo. En ese sentido, opinó que ambas lógicas pueden desarrollarse simultáneamente.

Asimismo, manifestó su apoyo a mantener la excepción que permite autorizar compras directas por parte de un servicio de salud, cuando su director logra condiciones más favorables que las obtenidas a través de la compra centralizada realizada por FONASA. Sin embargo, expresó su desacuerdo con

la excepción sujeta a autorización de la autoridad ministerial, argumentando que la función rectora del Ministerio debe mantenerse separada tanto de la función de compra como de la provisión de servicios. Consideró que tal intervención introduce un componente político en una decisión que debiera estar basada exclusivamente en criterios técnicos.

Respecto de la Alta Dirección Pública (ADP), coincidió con la percepción de deterioro del sistema de selección. Indicó que, al menos en el sector salud, la experiencia acumulada de más de 17 años demuestra que la lógica de confianza política ha ido desplazando a la del mérito, lo que se refleja en la alta rotación de directores de servicios de salud. En ese sentido, planteó la necesidad de reformar el sistema.

Frente a las dudas relativas al control y fiscalización institucional, y al riesgo de que el Fondo se transforme en juez y parte, sostuvo que la mayor parte de la discusión sobre licencias médicas no corresponde al ámbito de los seguros, sino que se encuentra radicada en los sistemas de seguridad social vinculados al Ministerio del Trabajo, completamente separados del sistema de salud. Por ello, opinó que no corresponde que el Fondo asuma tales funciones.

Manifestó no comprender por qué el marco de incentivos de FONASA habría de resultar más eficaz que el actualmente vigente en una institucionalidad especializada como la COMPIN. En su opinión, ello hace dudar de que el cambio propuesto tenga un impacto sustantivo.

En relación con la gobernanza corporativa del FONASA, reiteró que, dado el incremento de atribuciones contemplado en el proyecto, se debería avanzar hacia una gestión colegiada en lugar de una conducción unipersonal.

Consultado respecto de las mutuales, respondió que no hay que confundirlas con las cajas de compensación. Observó que el proyecto de ley nada dice en cuanto al rol de estas últimas como intermediarias financieras en el pago de licencias médicas, función que, a su juicio, no agrega valor al proceso y genera una innecesaria burocracia que debiera ser revisada.

Explicó que las cajas de compensación reciben recursos del Estado, provenientes del presupuesto fiscal, los que son depositados en sus cuentas corrientes, generando intereses y realizando así una gestión financiera. Agregó que estas instituciones se han convertido en eficientes pagadores dentro de un modelo mal regulado, que incluso puede facilitar el pago de licencias médicas fraudulentas, al carecer de facultades suficientes para fiscalizar adecuadamente el sistema.

En cuanto a las mutuales, señaló que, en enfermedades laborales —particularmente las relacionadas con salud mental o patologías musculoesqueléticas—, no siempre es posible establecer una distinción clara entre causas comunes y causas laborales. Por tanto, indicó que resulta difícil

determinar si corresponde aplicar el subsidio por incapacidad laboral común o aquel financiado por las mutuales.

Agregó que esa separación ya no se justifica, pero reconoció que su eliminación requeriría una reforma de mayor envergadura, que excede el objeto del proyecto en discusión. Propuso que las mutuales pasen a constituirse como seguros complementarios o alternativos a FONASA e ISAPRES, compitiendo en una lógica de multiseguros. Asimismo, los prestadores asociados a ellas debieran competir en igualdad de condiciones con los prestadores públicos y privados, sin beneficiarse de subsidios cruzados que les permiten ofrecer prestaciones de salud común con recursos provenientes del seguro laboral, cuando no fueron diseñadas para ello.

En respuesta a la inquietud relativa a la atención primaria de salud, contestó que su observación apuntaba a una omisión en el proyecto. Recordó que, en un trabajo previo, se había alcanzado consenso en cuanto a dotar a FONASA de facultades para controlar la atención primaria, particularmente en lo relativo a la definición y control de su financiamiento. En cambio, el modelo actual reduce al Fondo a un mero pagador de decisiones adoptadas fuera de su ámbito de acción. En ese sentido, consideró que esta atribución debiera ser incorporada en la propuesta.

En segundo término, planteó la necesidad de discutir el plan de beneficios, con miras a fortalecer el financiamiento en promoción y prevención. Citó como ejemplo el examen de medicina preventiva, que no ha sido actualizado desde su definición en el año 2004.

Finalmente, respecto de la compra de prestaciones a prestadores privados por decisión de la autoridad, indicó que históricamente esta modalidad no ha representado más del 3% al 4% del presupuesto público del FONASA.

Seguidamente, el **ex Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich,** reiteró que la pobreza en Chile reviste una gravedad considerable y que el acceso a la salud constituye uno de los principales determinantes de dicha condición. En ese contexto, sostuvo que los colegisladores deben tomar plena conciencia de la relevancia de este vínculo, así como del potencial que tiene FONASA, junto con el sistema público de salud, para contribuir —ya sea mediante transferencias directas o a través del cuidado sanitario— a atenuar el impacto que la salud tiene en la reproducción de la pobreza.

En relación con las declaraciones del Subsecretario de Redes Asistenciales, señaló que existe una distancia significativa entre la declaración de intenciones formulada por la autoridad y lo que efectivamente establece el texto del proyecto. Particularmente, en lo relativo a la contratación de proveedores de servicios de telemedicina, estimó que el rol rector del Ministerio de Salud debiera ser mucho más amplio de lo que se contempla en la propuesta legal.

En cuanto a la compra centralizada por parte de FONASA, reconoció la existencia de excepciones, pero advirtió que, en la práctica, durante el presente año, la Ley de Presupuestos incorporó una glosa que ya le otorga vigencia plena a esta facultad. Es decir, prosiguió, el Fondo cuenta actualmente con la potestad de adquirir todas las prestaciones a través de un decreto publicado en el Diario Oficial durante los primeros días de enero. Señaló que el listado de prestaciones consideradas como licitadas por el Fondo es extenso, dejando un margen muy limitado para compras externas.

Advirtió, además, que existen sanciones aplicables a los directores de servicios de salud que efectúen adquisiciones por fuera de ese listado, estableciéndose incluso responsabilidad personal. En ese sentido, hizo un llamado a considerar mecanismos que permitan a los servicios de salud —especialmente en regiones, donde están directamente encargados de responder a las necesidades sanitarias de la población— contar con mayor flexibilidad para brindar una atención efectiva.

Sobre la regulación de dispositivos médicos, indicó que el marco normativo de la Organización Mundial de la Salud es de carácter general, aplicable a nivel global, pero que resulta inadecuado para la realidad chilena. A su juicio, dicho enfoque se encuentra completamente obsoleto. Propuso que la legislación nacional debiera establecer una categorización de insumos críticos, medianos y leves, y que, mediante reglamento, se precise cuáles corresponden a cada grupo. En particular, subrayó que, tratándose de insumos críticos —como un respirador o un marcapasos—, que pueden representar la diferencia entre la vida y la muerte, su regulación debe estar claramente definida en la ley. Recalcó que en este aspecto se requiere una revisión sustantiva.

Finalmente, manifestó su desacuerdo con la propuesta de que FONASA asuma la administración, fiscalización y arbitraje del sistema de licencias médicas, pues implicaría una carga de riesgo institucional y de imagen pública innecesaria para el Fondo. Coincidió con lo expresado por el señor Inostroza, en cuanto a que esta función debiera ser asumida por una institucionalidad distinta, que concentre la gestión de todas las licencias médicas, operando bajo protocolos y mecanismos claramente definidos, y que se desvincule tanto de las COMPIN como de FONASA.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó al Subsecretario de Redes Asistenciales respecto de las atribuciones que la Subsecretaría de Redes dejaría de ejercer y que pasarían a manos de FONASA, particularmente en lo relativo a la compra de prestaciones y a la relación con los prestadores del sistema.

En otro ámbito, se refirió al tema de las licencias médicas, señalando que el proyecto otorga al Fondo un poder significativo, al conferirle facultades para conocer, evaluar y resolver licencias médicas —ya sea por

enfermedad común, medicina preventiva o pre y postnatal—, además de efectuar su pago, función que consideró acertadamente asignada, dado que ya la realiza en la actualidad.

Frente a ello, consultó cómo se operativizará esta transferencia de nuevas atribuciones al Fondo, considerando que actualmente no cuenta con una contraloría médica. En ese contexto, preguntó si no sería una mejor alternativa que las COMPIN mantuvieran sus funciones en materia de admisibilidad y tramitación de licencias médicas, limitando otras funciones que actualmente tienen asignadas.

Solicitó también información respecto del nivel de preparación del FONASA para asumir la gestión de la calificación de licencias médicas, y cómo se integrará y ordenará la normativa vigente en el sistema, particularmente en lo concerniente a la articulación entre FONASA, las COMPIN y la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).

Observó, además, que el informe financiero del proyecto señala que para efectos del pago del subsidio por incapacidad laboral y de licencias médicas, se contempla una contratación progresiva de 55 cargos, de los cuales 32 corresponderían a personal traspasado desde las COMPIN. En ese marco, consultó si esta carga laboral podrá ser efectivamente asumida por el Fondo con solo 55 funcionarios y con un presupuesto limitado.

El **Director del FONASA**, en su presentación, aclaró las prestaciones comprendidas en la centralización establecida en la glosa presupuestaria actual, mencionada previamente por el señor Mañalich. Sobre lo anterior, informó que son aproximadamente 50 prestaciones, cuyo listado se repite por región, y destacó que no se incluye ninguna prestación GES dentro de este conjunto.

Señaló que el objetivo es que lo actualmente establecido en una glosa presupuestaria se transforme en una norma de carácter permanente, situación que también aplica a la compra del segundo prestador.

En relación con este último punto, indicó que la exigencia de un plazo máximo de dos días para que FONASA pueda derivar al segundo prestador, ante el incumplimiento o retraso en la garantía de oportunidad, constituye una garantía efectiva. Reiteró que se ha trabajado en mecanismos para concretar la derivación sin que sea necesario un reclamo previo por parte del beneficiario.

A continuación, aclaró algunos aspectos vinculados a las licencias médicas. Manifestó que el proyecto de ley busca cerrar el círculo del financiamiento, y recalcó que un elemento central de la propuesta es la creación de una contraloría médica robusta al interior de FONASA. Añadió que

se solicitan cerca de 90 cargos para esta finalidad, y que la implementación se llevará a cabo de manera gradual en un plazo de tres años.

En materia de gobernanza del Fondo, advirtió que se emplea la institucionalidad más avanzada que existe en el país, representada por la Alta Dirección Pública (ADP). Por otra parte, destacó la relevancia de la institucionalidad financiera y presupuestaria de FONASA, la cual opera sobre la base de un presupuesto anual que limita la posibilidad de desviaciones. Asimismo, señaló que el Fondo está sujeto a la fiscalización de la Contraloría General de la República (CGR), la Dirección de Presupuestos (DIPRES) y el Ministerio de Hacienda. Finalmente, subrayó que la supervisión sanitaria corresponde al rol rector del Ministerio de Salud, que define lo que debe financiarse.

En otro orden, informó que FONASA realiza importantes derivaciones al sector privado. Detalló que durante el presente año se han efectuado 53.000 derivaciones al sector privado, de las cuales un 28,9% corresponden a reclamos GES, mientras que un porcentaje aún mayor son derivaciones GES automáticas, no requeridas por reclamo, que se realizan de oficio y que, a través del proyecto de ley, se busca consolidar como una práctica permanente.

Seguidamente, presentó cifras relacionadas con las derivaciones no GES del presente año, las cuales suman 18.000. De ellas, se han realizado 8.000 y aproximadamente la mitad fueron rechazadas. Explicó que los motivos de rechazo son diversos, incluyendo un 10% aproximado de pacientes que prefieren no ser derivados y optan por recibir la prestación en su hospital habitual. Otro porcentaje relevante corresponde a pacientes que deciden no someterse a la cirugía en ese momento, por ejemplo, porque han comenzado a trabajar y no pueden acceder a una licencia médica recién ingresados.

Respecto de la influencia de la pobreza en la salud, indicó que las medidas implementadas para reducir los gastos de bolsillo mediante la gratuidad, con copago cero, apuntan a mitigar este problema.

Recordó que hace algunos años aproximadamente el 14% de las familias chilenas sufrían gastos catastróficos en salud, y que el 2,1% de ellas caía en situación de pobreza debido a estos gastos. Esto significa que, por efectuar copagos, estas familias se veían empujadas a la pobreza, según estadísticas internacionales que miden los avances hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la OMS y el Banco Mundial. Destacó que estas fueron las razones que motivaron la implementación del copago cero, logrando así la gratuidad en el sistema de salud y estableciendo modalidades de cobertura complementaria que permitirán reducir aún más los copagos.

A continuación, el **Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Bernardo Martorell,** se refirió a la propuesta de incorporación de una

contraloría médica en FONASA para el pronunciamiento de licencias médicas en primera instancia. Destacó como antecedente el oficio remitido por la Contralora General de la República a la Cámara de Diputados, en el cual se respalda este proyecto de ley y otorga una señal clara de atribuir mayores facultades al Fondo en materia de fiscalización de licencias médicas.

En cuanto a otro tema objeto de debate, relativo a los dispositivos médicos y las críticas basadas en el modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud, señaló que dicho estándar no es exclusivo de esa entidad, ya que también cuenta con el respaldo del Foro Internacional de Reguladores de Dispositivos Médicos, conformado por las agencias regulatorias más relevantes a nivel global, tales como la FDA en Estados Unidos, Health Canada, la EMA de la Unión Europea, así como las agencias de Japón, China, Australia, Singapur, Brasil y Suiza, las cuales sustentan el modelo regulatorio incorporado en el proyecto de ley en análisis.

Por su parte, la **Superintendenta (S) de Seguridad Social, señora Patricia Soto**, en su presentación, se refirió al traspaso de funciones relacionadas con la tramitación y el pago de licencias médicas desde la COMPIN hacia FONASA. Al respecto, precisó el flujo general de las licencias médicas en tres hitos fundamentales: emisión, tramitación y pronunciamiento. Añadió que se ha señalado en reiteradas ocasiones que el mapa institucional de las entidades involucradas en el proceso completo de las licencias médicas es complejo, lo que obedece a la naturaleza multidimensional del instrumento, que abarca aspectos sanitarios, laborales y previsionales.

Posteriormente, se pronunció respecto al contenido del proyecto de ley y su impacto en el proceso de licencias médicas, en caso de aprobarse la iniciativa. Destacó que el nuevo actor que ingresaría al proceso es FONASA, que asumiría el rol de contraloría médica, encargándose de conocer y analizar todas las licencias médicas, así como de calcular y efectuar su pago. Por su parte, la COMPIN se mantendría como segunda instancia, y la SUSESO continuaría desempeñándose como tercera instancia.

Precisó que, conforme al proyecto, queda claramente establecido que FONASA conocerá y resolverá las licencias médicas en primera instancia. Sin embargo, los rechazos que emita el Fondo deberán ser derivados a la COMPIN, por lo que los usuarios no podrán presentar recursos jerárquicos ni de reposición ante FONASA.

Recalcó que no está claro si será obligación del Fondo remitir los rechazos a la COMPIN correspondiente o si recaerá en el trabajador la carga de acudir a la COMPIN para interponer el reclamo. Actualmente, el artículo 3° de la ley N° 20.585 dispone que todas las licencias médicas rechazadas por una ISAPRE pasan automáticamente a la COMPIN; sin embargo, en el proyecto en análisis no queda explícito que los rechazos emitidos por FONASA

sean derivados automáticamente a la COMPIN, lo que podría generar una desigualdad de condiciones entre cotizantes de ISAPRE y de FONASA.

En relación con el traspaso de funciones desde la COMPIN hacia FONASA, indicó que se busca concentrar en este último las atribuciones de contraloría médica, subsidios y pagos, con el propósito de simplificar el sistema. Este traspaso permitiría fortalecer la eficiencia del control, facilitando la detección temprana de irregularidades en la concesión de licencias médicas y, de esta manera, liberar recursos para la atención de salud.

Observó que, al asumir FONASA la primera instancia, también podrá ejercer el control establecido en la ley N° 20.585, pudiendo solicitar los antecedentes que estime necesarios para la revisión de la emisión de licencias, lo cual consideró adecuado. No obstante, advirtió que la COMPIN no perderá sus facultades, que seguirá manteniendo en virtud del artículo 2° de la mencionada ley, al igual que la SUSESO, que conservará sus atribuciones en materia de investigación conforme al artículo 5°.

Respecto a los ajustes normativos propuestos al DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, la ley N° 20.585 y la ley N° 18.418, señaló que existe un vacío relevante: el reglamento que actualmente rige las licencias médicas en Chile es el D.S. N° 3 de 1984, del Ministerio de Salud, el cual no está contemplado en el proyecto. Añadió que dicho decreto establece que, en el caso de afiliados a FONASA, la COMPIN competente es la del lugar donde el trabajador presta servicios, mientras que, para los afiliados a ISAPRE, corresponde la ISAPRE contratante. Esto reviste especial importancia para definir criterios de aplicación en materia de licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral. Destacó que la COMPIN ha realizado un trabajo significativo en este ámbito, ya que la SUSESO define los criterios regulatorios, y la COMPIN los aplica. Por ello, la contraloría médica de FONASA deberá estudiar y revisar dichos criterios para asegurar la correcta aplicación de la normativa vigente en seguridad social.

En cuanto a las nuevas funciones del Fondo, las definió con claridad: conocer, evaluar, resolver, liquidar y pagar licencias médicas. Respecto a los recursos de apelación, señaló que el proyecto establece expresamente que ningún trabajador podrá apelar ante FONASA el rechazo de una licencia médica.

Reiteró la importancia de que los rechazos de licencias médicas emitidos por FONASA sean comunicados a la COMPIN respectiva, dado que no todos los trabajadores seguirán la vía administrativa establecida, y muchos podrían desconocer que el trámite de reclamo ha sido trasladado a la COMPIN. Actualmente, cuando la COMPIN rechaza una licencia, el trabajador puede presentar una reposición ante esa misma entidad; si el rechazo persiste, puede acudir a la SUSESO con un recurso de reposición y, adicionalmente, interponer un recurso de revisión extraordinaria conforme a la ley N° 19.880. Finalmente,

si no obtiene una resolución favorable, puede recurrir a la vía judicial mediante un recurso de protección ante la Corte de Apelaciones correspondiente.

Sobre las funciones de FONASA en materia de pronunciamiento, puntualizó que la autoridad técnica de control de las instituciones previsionales es la SUSESO, por lo que FONASA pasaría a ser fiscalizado por dicha entidad, tanto en relación con los pronunciamientos sobre licencias médicas como en el cumplimiento de las normativas relativas al cálculo de subsidios por incapacidad laboral, en particular para trabajadores dependientes del sector privado.

Además, indicó que FONASA asumiría las funciones de liquidación y pago de licencias médicas, por lo que estaría sometido a fiscalización en materia de subsidios. En cuanto a las reclamaciones, la SUSESO continuaría conociendo y resolviendo las que se presenten.

Comentó que, en años anteriores, la SUSESO revertía el 50% de las reclamaciones que provenían de la COMPIN, cifra que actualmente ha disminuido al 30%. Hizo un llamado a que este porcentaje continúe disminuyendo a través del tiempo, mediante la homogeneización de criterios entre FONASA, COMPIN y SUSESO.

Finalmente, ofreció una visión propositiva del proyecto de ley, destacando que resulta positivo que no se afecten las facultades de la SUSESO como autoridad de control en materia de licencias médicas, ni el rol de las cajas de compensación en cuanto a liquidación, cálculo y pago de subsidios. Precisó que el subsidio que calculará y pagará el Fondo corresponderá a trabajadores que no están afiliados a cajas de compensación, manteniéndose sin cambios el resto de las modalidades.

Se percibe que FONASA cuenta con las capacidades para asumir el rol de liquidación y pago del subsidio por incapacidad laboral de aquellos trabajadores no afiliados a cajas. No visualizó inconvenientes en que el Fondo asuma también el rol de pagador de los subsidios maternales, función que actualmente realiza la COMPIN.

Recordó que los subsidios maternales incluyen licencias médicas pre y postnatales, así como licencias por enfermedad grave de hijos menores de un año, que no se financian con cargo al 7% de salud, sino con fondos estatales. Afirmó que se espera que FONASA, en su calidad de administrador de fondos, ejerza un control eficiente en esta materia.

Por último, mencionó algunos aspectos que requieren revisión en el proyecto. En primer lugar, observó que el texto establece que la contraloría médica de FONASA se pronunciará sobre licencias médicas tipo 1 (accidentes o enfermedad común), tipo 2 (medicina preventiva), tipo 3 (licencias maternales pre y postnatales) y tipo 7 (patologías del embarazo), pero omitió las licencias

tipo 4, que corresponden a enfermedades graves por hijo menor de un año. Señaló que, de no incluirse expresamente, FONASA no tendrá facultad para pronunciarse sobre estas últimas.

Asimismo, consideró necesario que el proyecto contemple las licencias médicas incorporadas por la ley N° 21.063, destinadas a menores de 18 años con enfermedades contempladas en dicha norma, como aquellos que requieren trasplantes o padecen enfermedades terminales. Añadió que, actualmente, estas licencias son revisadas por la COMPIN Nacional, con un plazo de respuesta de cuatro días, pero el proyecto no establece si dicha competencia se mantendrá en la COMPIN Nacional o pasará a la contraloría médica de FONASA, cuestión que requiere resolución.

En cuanto a las disposiciones transitorias sobre el traspaso de funcionarios desde la COMPIN hacia FONASA, indicó que se contempla el traslado de 40 funcionarios no médicos, por lo que consideró importante definir con claridad quiénes serán transferidos para evitar impactos negativos en la atención a los usuarios.

Como reflexión final, valoró que el proyecto permite focalizar las acciones de control en el uso adecuado del derecho y en la verificación del cumplimiento de requisitos. Destacó la mantención del rol de la COMPIN como segunda instancia y de la SUSESO como última instancia. Sin embargo, advirtió que es fundamental evitar la pérdida de conocimiento y experiencia de la COMPIN como autoridad sanitaria, así como abordar el posible impacto que podría tener un aumento en el rechazo de licencias médicas en el sistema de reclamaciones.

El **Honorable Senador señor Chahuán** sostuvo que existía una oportunidad para haber impulsado una gran reforma en el sistema de salud; sin embargo, observó que el proyecto no presenta una buena arquitectura normativa, pues profundiza los problemas existentes.

Consultó quién asumirá la responsabilidad de la vigilancia del cumplimiento del reposo médico. Asimismo, advirtió que, dado que se traspasan funcionarios desde la COMPIN que no son médicos, surge la inquietud sobre cómo se garantizará un control adecuado y riguroso del cumplimiento de las licencias médicas.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Castro González** señaló que la reflexión realizada parte de la duda razonable sobre la conveniencia de otorgar estas nuevas facultades al FONASA. Consultó cómo asumirá el Fondo estas nuevas atribuciones, considerando que el texto no modifica el D.S. N° 3, que es la norma vigente que faculta a la COMPIN y a la SUSESO para ejercer dichas funciones.

Recalcó la observación formulada por la Superintendenta respecto a la omisión en el texto del mecanismo de reclamo en segunda instancia para los casos en que el Fondo rechace una licencia médica, lo que generaría una situación de desigualdad entre los afiliados a FONASA y los afiliados a ISAPRES, ya que, en estos últimos casos, el rechazo se envía automáticamente a la COMPIN. Advirtió, además, que el texto establece que FONASA no recibirá recurso alguno, otorgándole pleno poder de resolución sin posibilidad de apelación contra sus decisiones.

Luego, preguntó si existirán contralorías médicas en todas estas instituciones, dado que actualmente ya operan en la COMPIN y en la SUSESO, y ahora se sumaría otra en FONASA, cuestionando la eficiencia de mantener tres contralorías médicas en estas entidades.

Finalmente, interpeló a la SUSESO, como reguladora de los emisores, sobre el nivel de detección de situaciones relacionadas con grandes emisores que otorgan licencias médicas de forma excesiva. Además, propuso que se legisle para prohibir la emisión de licencias médicas desde el extranjero.

En relación con la contraloría médica, el **Director Nacional de FONASA, señor Camilo Cid,** señaló que las modificaciones propuestas se circunscriben a una parte específica de los beneficiarios cotizantes del Fondo, particularmente aquellos que no cuentan con caja de compensación, lo que representa aproximadamente el 20% del total del presupuesto destinado a licencias médicas.

En segundo lugar, sostuvo que la contraloría médica resulta necesaria para aprobar las licencias y asegurar la adecuación de los permisos, tareas que no podrían llevarse a cabo sin dicha unidad.

Respecto a la mención del D.S. N° 3, precisó que se trata de un reglamento que establece los detalles para el otorgamiento de licencias. Aclaró que en el artículo séptimo transitorio del proyecto de ley se contempla la modificación de los reglamentos respectivos, por lo que dicha actualización está prevista.

En cuanto a la falta de explicitación sobre la derivación automática a la COMPIN de la solicitud de licencia en caso de rechazo por parte del Fondo, sostuvo que este aspecto puede ser considerado durante la discusión particular del proyecto, aclarando que de ningún modo se pretende limitar las posibilidades de reclamación.

Sobre la ausencia de posibilidad de apelación ante el Fondo, explicó que la razón es administrativa, orientada a reducir la burocracia y permitir que sean la COMPIN y la SUSESO quienes resuelvan las materias que van más allá de la mera aprobación de licencias. No obstante, manifestó disposición para debatir estos puntos.

Finalmente, expresó que este proyecto de ley no obstaculiza la presentación de iniciativas futuras que impliquen cambios estructurales mayores.

A su vez, la **Honorable Senadora señora Órdenes** manifestó que el déficit existente en el Estado radica en su rol fiscalizador, y en ese sentido, es necesario realizar una apuesta más agresiva, comprendiendo que se trata de una discusión de carácter presupuestario.

El **Subsecretario de Redes Asistenciales** mencionó que el uso del poder institucional de FONASA para el pronunciamiento de licencias médicas en primera instancia generará una oportunidad de eficiencia en el uso de los recursos y en la administración de este instrumento de seguridad social. Asimismo, visualizó que la COMPIN asumirá un giro más específico, enfocándose en la certificación de la enfermedad.

Recalcó la importancia de comprender el rol principal de cada una de las instituciones involucradas: FONASA, encargado de la revisión en primera instancia, y las COMPIN, que cuentan con una experiencia desarrollada a lo largo de muchos años, concentrándose en certificar la enfermedad o la discapacidad, función que, con la propuesta, se asignaría con mayor especificidad a dicho organismo.

Respecto a la crítica sobre la existencia de tres contralorías médicas, manifestó su disposición a revisar la ubicación adecuada de estas instancias en el proceso de fiscalización, considerando que debe existir una autoridad con mayor capacidad y fortaleza para fiscalizar el cumplimiento del reposo médico.

El **Honorable Senador señor Chahuán** adelantó que votará favorablemente, aunque con todas las prevenciones manifestadas durante la discusión. Hizo un llamado a trabajar en las indicaciones, reconociendo que esta es una oportunidad para transformar la arquitectura del sistema de salud y permitir una reforma estructural que establezca un plan garantizado universal. El objetivo es que dicho plan sirva como modelo tanto para los afiliados de FONASA como para los de ISAPRE, poniendo fin a la existencia de una salud de primera y de segunda categoría.

Expresó que ha respaldado la modernización del Fondo, así como la modalidad de cobertura complementaria y las condiciones de igualdad en el acceso a la salud. Afirmó que este proyecto representa un instrumento efectivo para disminuir la pobreza en el país.

El **Honorable Senador señor Castro González** subrayó que este proyecto de ley aborda cinco instituciones, de las cuales está de acuerdo con cuatro. Sin embargo, manifestó su reparo respecto a las atribuciones que se le

otorgan al Fondo, en particular en materia de compra y en el traspaso de la admisibilidad de las licencias médicas. No obstante, aclaró que votará a favor, con la esperanza de que se realicen las enmiendas necesarias para mejorar los aspectos relacionados con las licencias médicas.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** destacó que existe una oportunidad que no debe desaprovecharse para llevar a cabo una reforma de salud que no se realiza desde hace dos décadas. Coincidió en que, si bien existen reparos y dudas en los detalles, estos pueden superarse; asimismo, planteó que es posible ir más allá de lo que presenta el Ejecutivo.

El **Honorable Senador señor Flores** comentó que votará a favor, pues actualmente la salud pública constituye una de las principales necesidades de la comunidad. Agregó que toda mejora en este ámbito es bienvenida.

- Votación en general.

- Puesto en votación el proyecto de ley, en general, fue aprobado por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Honorable Senadora señora Órdenes y Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán y Flores.

- - -

TEXTO DEL PROYECTO

En mérito de los acuerdos precedentemente expuestos, la Comisión de Salud tiene el honor de proponer a la Sala la aprobación, en general, del siguiente proyecto de ley:

PROYECTO DE LEY:

“Artículo 1º.- Introdúcense, al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, las siguientes modificaciones:

1) Modifícase el artículo 8° en el siguiente sentido:

a) Reemplázase, en el literal b), la coma y la letra “y” final por un punto y coma.

b) Reemplázase, en el literal c) el punto final por la expresión “, y”.

c) Agrégase, a continuación del literal c), el siguiente literal d), nuevo:

“d) Mantener un control de la productividad de la Red Asistencial de los Servicios de Salud a efecto de evaluar la política sanitaria del país y mejorar su implementación. Para estos efectos, la Subsecretaría de Redes Asistenciales podrá definir e implementar un sistema nacional de registro y evaluación de producción, calidad asistencial y satisfacción usuaria. La Subsecretaría dictará una resolución que contendrá las normas que permitan integrar la información necesaria para monitorear y evaluar la productividad de la Red Asistencial.”.

2) Incorpórase, en el inciso primero del artículo 16, el siguiente numeral 17, nuevo:

“17. Uno con competencia nacional: Servicio Nacional de Salud Digital.”.

3) Intercálase, en el artículo 17, a continuación del inciso primero, el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando el actual a ser tercero:

“La Red Asistencial del Servicio Nacional de Salud Digital estará integrada únicamente por los establecimientos asistenciales que formen parte de este, conforme se prevea en el reglamento del artículo 24, sin perjuicio de las atribuciones de este servicio en materia de atención de derivaciones y suscripción de convenios conforme al artículo 2º de la presente ley.”.

4) Intercálase, en el inciso primero del artículo 18, entre las palabras “Salud” y “se”, la frase “, salvo la del Servicio Nacional de Salud Digital,”.

5) Modifícase el artículo 19 en el siguiente sentido:

a) Reemplázase, en el inciso único, la palabra “Los” por la siguiente frase ““Sin perjuicio de lo previsto en el inciso siguiente, los”.

b) Incorpórase, a continuación del inciso único que ha pasado a ser primero, los siguientes incisos segundo y tercero, nuevos:

“El Servicio Nacional de Salud Digital tendrá como función fortalecer la Red Asistencial del Sistema, proveyendo servicios y sistemas, sin perjuicio de articular, gestionar y desarrollar su propia Red Asistencial digital para la ejecución de acciones de salud.

Dicho servicio, adicionalmente, tendrá a su cargo el desarrollo, coordinación y seguimiento del ecosistema de salud digital del país. Además, el

Servicio Nacional de Salud Digital asesorará y propondrá al Ministerio de Salud los estándares tecnológicos, de seguridad e interoperabilidad, además de las actualizaciones al modelo de salud digital.”.

6) Sustitúyese el inciso segundo del artículo 21 por el siguiente:

“En el caso de tener establecimientos del nivel primario en su red de atención, el Director del Servicio de Salud deberá velar especialmente por fortalecer su capacidad resolutiva.”.

7) Agrégase, en el artículo 23, a continuación del literal t) del inciso único que pasa a ser inciso primero, los siguientes incisos segundo y tercero, nuevos:

“El Director del Servicio Nacional de Salud Digital no tendrá las funciones o atribuciones señaladas en los literales p) y q) de este artículo.

Adicionalmente, el Director del Servicio Nacional de Salud Digital podrá celebrar convenios con personas naturales con la debida calificación técnica y experiencia, que permitan cumplir con los objetivos y mandatos que la ley le encomienda a este organismo, cuyos servicios sean requeridos en forma ocasional y transitoria o en forma habitual, en ámbitos tales como telemedicina asincrónica, telemedicina sincrónica, teleinforme, orientación en salud, monitoreo de pacientes, herramientas tecnológicas, contactabilidad o derivación de paciente crítico, entre otros. Los servicios profesionales así convenidos serán retribuidos mediante honorarios, que se pactarán con cada profesional por el Director del Servicio Nacional de Salud Digital. Los profesionales contratados bajo esta modalidad se regirán únicamente por las reglas que establezca el contrato respectivo y no les serán aplicables las normas estatutarias que rijan para los funcionarios o profesionales funcionarios. Los efectos de esta clase de convenios se someterán a la legislación común.”.

8) Incorporáse, a continuación del artículo 23, el siguiente artículo 23 bis, nuevo:

“Artículo 23 bis.- Los médicos cirujanos regidos por la ley N° 19.664 o por la ley N° 15.076 que se desempeñen en el Servicio Nacional de Salud Digital podrán ser contratados o nombrados para realizar sus labores fuera de las dependencias institucionales, mediante la utilización de medios informáticos dispuestos por dicho Servicio.

El Director del Servicio Nacional de Salud Digital, podrá contratar o nombrar bajo la modalidad señalada en el inciso anterior, hasta el número máximo de médicos cirujanos que anualmente fije la respectiva Ley de Presupuestos del Sector Público.

El personal señalado en el inciso primero deberá suscribir un convenio con el Servicio, mediante el cual se obligarán a ejercer sus funciones bajo la modalidad dispuesta en él, y cumplir con los protocolos de seguridad. A dichos funcionarios no les será aplicable el artículo 43 de la ley N° 19.664 u otra norma de igual naturaleza.

El Servicio deberá implementar un sistema remoto de registro horario de la jornada ordinaria de trabajo para efectos de aplicar la modalidad dispuesta en este artículo.

El Servicio deberá respetar el derecho al tiempo de desconexión de aquellos médicos cirujanos a que se refiere el inciso primero, el que será regulado mediante resolución dictada por el Director del Servicio.

Un decreto supremo expedido por el Ministerio de Salud bajo la fórmula “Por Orden del Presidente de la República” y suscrito también por el Ministro de Hacienda, determinará las áreas o funciones que podrán realizarse bajo la modalidad dispuesta por este artículo, los mecanismos y la periodicidad en que se asignarán las tareas, los mecanismos y periodicidad para la rendición de cuentas de las labores encomendadas; los protocolos de seguridad y medidas de control jerárquico que aseguren el correcto desempeño de la función pública, y los contenidos mínimos del convenio señalado en el inciso tercero de este artículo. Dicho decreto supremo deberá ser dictado cada tres años.

Sin perjuicio de las causales de cesación en el cargo a que se encuentren afectos los médicos cirujanos señaladas en el inciso primero, además cesarán en funciones por las siguientes causales:

a.- Incumplimiento del convenio señalado en el inciso tercero.

b.- Disminución del número de las atenciones clínicas que el médico cirujano deba realizar fundada en los compromisos de gestión suscritos entre el Subsecretario de Redes Asistencial y el Director del Servicio de Salud Digital.

El Director del Servicio Nacional de Salud Digital, para aplicar la causal de la letra a) señalada en el inciso anterior, deberá efectuar previamente una breve investigación, a fin de que se acredite la ocurrencia de los hechos que configuran el motivo del cese de funciones y se oiga al afectado. El Director del Servicio, deberá comunicarlo por escrito al funcionario, personalmente o por carta certificada enviada al domicilio registrado en la institución o mediante lo dispuesto en el inciso final del artículo 46 de la ley N° 19.880, expresando la causal invocada y los hechos en que se funda. Esta comunicación deberá practicarse, a lo menos, tres días hábiles antes a la fecha de separación del funcionario.

En el caso de la causal de la letra b), el Director del Servicio deberá comunicarlo por escrito al funcionario, personalmente o por carta certificada enviada al domicilio registrado en la institución o mediante lo dispuesto en el inciso final del artículo 46 de la ley N° 19.880, expresando la causal invocada y los hechos en que se funda. Esta comunicación deberá practicarse con, a lo menos, treinta días hábiles de anticipación.

El error u omisión en que se incurra con ocasión en la comunicación, señalada en los incisos octavo y noveno no invalidará el término de la relación laboral.

El Servicio deberá informar mediante oficio, durante el mes de marzo de cada año, a la Dirección de Presupuestos y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la evaluación del año inmediatamente anterior de la aplicación de la modalidad dispuesta en este artículo, incluyendo resultados y medios de verificación.

El Servicio Nacional de Salud Digital deberá mantener a disposición permanente del público, a través de su sitio electrónico, los antecedentes actualizados, al menos una vez al mes, de los funcionarios que estén afectos a la modalidad regulada en este artículo, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 7 del artículo primero de la ley Nº 20.285.”.

9) Modifícase el artículo 25 en el siguiente sentido:

a) Intercálase, en el inciso primero, entre la expresión “Servicio de Salud” y la palabra “existirá”, la frase “, con excepción del Servicio Nacional de Salud Digital,”.

b) Incorpórase, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso tercero, nuevo:

“El Director del Servicio Nacional de Salud Digital podrá participar en los Consejos Integrados de Redes Asistenciales locales, cuando lo considere necesario para asegurar la adecuada integración de las tecnologías digitales en la Red Asistencial, monitorear la implementación de estrategias digitales o coordinar acciones específicas en el ámbito de la salud digital.”.

10) Modifícase el inciso primero del artículo 50 en el siguiente sentido:

a) Agrégase, en el literal b), a continuación del párrafo sexto, los siguientes párrafos séptimo, octavo, noveno, décimo, undécimo, duodécimo y décimo tercero, nuevos:

“Para el cumplimiento de la Modalidad de Atención Institucional, los Servicios de Salud, incluidos los Establecimientos de Autogestión en Red y los

establecimientos creados por los decretos con fuerza de ley N° 30 y Nº 31, del Ministerio de Salud, de 2001, no podrán celebrar contratos para la compra de aquellas prestaciones que hayan sido previamente adquiridas por el Fondo Nacional de Salud y que se encuentren individualizadas en una resolución exenta del trámite de toma de razón que el Fondo dictará para estos efectos. Esta prohibición regirá a partir de la publicación de la referida resolución, o sus modificaciones, en el Diario Oficial y no será aplicable a aquellas licitaciones que se encuentren adjudicadas con anterioridad a esa fecha.

Esta resolución, además de indicar las prestaciones afectas a esta prohibición, deberá señalar los contratos celebrados por el Fondo Nacional de Salud para su adquisición, y el territorio en el que tendrán aplicación.

El Fondo podrá actualizar dicha resolución para incorporar otras prestaciones, modificar las incluidas, y siempre deberá hacerlo cuando los contratos detallados pierdan vigencia por cualquier causa. Los Servicios de Salud y establecimientos deberán considerar la resolución del Fondo al elaborar su Plan Anual de Compras, según lo dispuesto en el artículo 12 de la ley N° 19.886.

La infracción a la prohibición señalada en los párrafos precedentes generará responsabilidad administrativa. Asimismo, la inobservancia de esta prohibición implicará la nulidad de los contratos que celebren los mencionados Servicios y establecimientos, materia que será de competencia del Tribunal de Contratación Pública, según dispone el artículo 24 N° 4 de la ley N° 19.886.

Los Servicios de Salud y establecimientos en sus procesos de compra de prestaciones de salud, estarán obligados a revisar la resolución del Fondo para verificar si la adquisición se encuentra afecta a la prohibición señalada. Excepcionalmente, los Servicios y establecimientos podrán celebrar contratos para la compra de las prestaciones a las que refiere el párrafo séptimo, en los siguientes casos:

i) Cuando estimen que obtendrán condiciones más ventajosas en cuanto al precio de las prestaciones contratadas por el Fondo Nacional de Salud, lo que deberá constar en el informe técnico y económico que realicen de conformidad al 35 bis de la ley N° 19.886, si es que procediere, y en la resolución que aprueba las bases de licitación o contrato respectivo.

ii) Cuando tales adquisiciones resulten estrictamente necesarias para resguardar la continuidad asistencial de uno o más pacientes a cargo del organismo, lo que deberá ser calificado y autorizado mediante resolución fundada del Director del Servicio o establecimiento, e informado a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y al Fondo Nacional de Salud.

iii) Cuando el Ministro o Ministra de Salud autorice, mediante resolución fundada, a un Servicio de Salud o establecimiento específico, la compra de prestaciones sujetas a la prohibición.

Los contratos para la adquisición de prestaciones celebrados o adjudicados por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Autogestión en Red y los establecimientos creados por los decretos con fuerza de ley N° 30 y Nº 31, del Ministerio de Salud, de 2001, con anterioridad a que una determinada prestación esté incluida en la resolución del Fondo Nacional de Salud regulada en el párrafo séptimo y siguientes de este literal mantendrán su vigencia. Con todo, estos contratos no podrán ser renovados ni prorrogados, salvo que concurra alguna de las excepciones previstas en el párrafo anterior.

En ningún caso esta prohibición inhibe a los Servicios de Salud a celebrar contratos o convenios con entidades públicas o privadas para que se incorporen a la red asistencial correspondiente, al amparo del decreto con fuerza de ley Nº 36, del Ministerio de Salud, de 1980.”.

b) Incorpórase, a continuación del literal d), el siguiente literal e), nuevo, readecuándose el orden de los literales siguientes:

“e) Conocer, evaluar y resolver las licencias médicas por enfermedad o accidente común, por prórroga de medicina preventiva, por patologías del embarazo, y por licencias de descanso pre y post natal, de las personas afiliadas al Régimen de Prestaciones de Salud que establece el Libro II de esta ley. La resolución de la licencia podrá implicar su autorización, modificación o rechazo.

Asimismo, deberá calcular y pagar los subsidios de incapacidad laboral a que las licencias médicas den lugar, cuando corresponda, en conformidad al decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que fija normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado, y demás normas legales y reglamentarias aplicables.

En contra de las resoluciones que emita el Fondo en ejercicio de las competencias a que se refiere esta letra no procederá recurso de reposición ni jerárquico y solo se podrá recurrir ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez respectiva, sin perjuicio de la competencia de la Superintendencia de Seguridad Social sobre la materia;”.

c) Reemplázase, en el actual literal h) que ha pasado a ser i), la coma y la letra “y” final por un punto y coma.

d) Intercálese, a continuación del actual literal h) que ha pasado a ser i), el siguiente literal j), nuevo, pasando el actual literal i) a ser k):

“j) Celebrar acuerdos de gestión anuales y con cada Servicio de Salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales a efectos de establecer objetivos y metas sanitarias. Estos acuerdos deberán incluir los niveles de producción, su valoración y los procedimientos y demás condiciones para la ejecución de los planes y programas que se convengan.

Los acuerdos podrán ser suscritos a contar de la fecha de publicación en el Diario Oficial de la respectiva ley de Presupuestos del Sector Público y hasta el 31 de diciembre de cada año. Una copia del acuerdo deberá ser remitida a la Dirección de Presupuestos dentro de los cinco días siguientes a la fecha de su suscripción. Cualquier modificación a dichos acuerdos, deberá informarse a la Dirección de Presupuestos en el mismo plazo, remitiendo copia del convenio modificatorio.

Cada acuerdo y sus modificaciones deberán ajustarse al presupuesto autorizado y no podrán, en caso alguno, considerar modificaciones presupuestarias que no estén totalmente tramitadas.

El Fondo Nacional de Salud estará autorizado para anticipar transferencias de recursos a los Servicios de Salud con los cuales haya celebrado un acuerdo, hasta por el monto consignado en los acuerdos de gestión vigente. El Fondo Nacional de Salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales deberán informar a la Dirección de Presupuestos al menos trimestralmente, mediante un portal electrónico, y a más tardar sesenta días después del término del trimestre respectivo, sobre la ejecución de los acuerdos antes señalados, indicando la actividad comprometida y realizada, los costos incurridos, la actividad valorizada y los recursos transferidos.

Cada año, la Ley de Presupuestos del Sector Público podrá contemplar recursos a fin de que puedan ser destinados al financiamiento de equipamiento de aquellos Servicios de Salud que cumplan con su acuerdo de gestión, y”.

11) Reemplázase, en el literal g) del artículo 61, la expresión “Proponer al Ministerio de Salud para su aprobación,” por la expresión “Aprobar las prestaciones y fijar”.

12) Modifícase el artículo 70 en el siguiente sentido:

a) Modifícase el literal a) en el siguiente sentido:

i) Intercálase, en el párrafo primero, entre la palabra “instrumental” y la conjunción “y”, la expresión “, equipamiento, dispositivos médicos, alimentos asociados a programas ministeriales”.

ii) Intercálase, en el párrafo segundo, entre la expresión “adquirir,” y la palabra “almacenar”, la frase “intermediar la adquisición,”.

iii) Reemplázase el párrafo tercero por el siguiente:

“La Central estará obligada a publicar y a mantener actualizados, en su portal institucional electrónico, los precios de los productos que adquiera mediante procesos de compra o intermediación.”.

b) Reemplázase, en el literal b), el punto y coma por un punto aparte.

c) Reemplázase, en el literal c), la coma y la letra “y” final por un punto aparte.

d) Reemplázase, en el literal e) la frase “registrar, importar, adquirir, almacenar, distribuir, transportar, arrendar y vender esos productos” por la siguiente “, además de ejercer las facultades previstas en el literal a), solicitar ante el Instituto de Salud Pública el registro provisorio de los productos sanitarios en cuestión”.

e) Agrégase, a continuación del literal e), el siguiente literal f), nuevo:

“f) Solicitar al Instituto de Salud Pública el registro sanitario de los productos que importe con ocasión de haber sido estos declarados como prioritarios por resolución del Ministerio de Salud, cuando exista desabastecimiento o inaccesibilidad de los mismos”.

13) Intercálase, en el inciso segundo del artículo 70 bis, entre la expresión “establecimientos del Sistema” y el punto seguido, la frase “, o, si las circunstancias debidamente calificadas por resolución de la Central así lo ameritan, podrá realizar procesos de adquisición exclusivos para farmacias, almacenes farmacéuticos privados o establecimientos de salud sin fines de lucro”.

14) Modifícase el artículo 70 ter en el siguiente sentido:

a) Suprímese, en el inciso segundo, la expresión “por la autoridad sanitaria”.

b) Agrégase, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso tercero, nuevo:

“En el ejercicio de sus facultades de importación, la Central podrá anticipar parte o el total del pago al proveedor sin necesidad de exigir una garantía por dicho anticipo, cuando así lo exija la práctica o costumbre del comercio internacional. Los organismos, entidades, y establecimientos que formen parte del Sistema que hayan requerido dicha importación estarán

facultados para proveer a la Central de los fondos necesarios para realizar el referido anticipo.”.

15) Incorpórase, a continuación del artículo 70 ter, el siguiente artículo 70 ter A, nuevo:

“Artículo 70 ter A.- Para el adecuado cumplimiento de sus funciones, la Central realizará las adquisiciones conforme a las normas contenidas en la ley N°19.886, ley de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios, y su reglamento. En estas adquisiciones, la Central podrá adjudicar el suministro de un mismo producto o bien a distintos proveedores en una misma licitación, siempre que los productos o bienes contratados sean susceptibles de utilización o aprovechamiento por separado y constituyan una unidad funcional, o que así lo exija la naturaleza del contrato.

Las bases de licitación de la modalidad regulada en este artículo especificarán como se adjudicará el suministro entre los diversos oferentes, pudiendo establecer límites en la cantidad de suministro que un mismo oferente pueda adjudicarse, para promover la diversidad de proveedores o garantizar la continuidad del suministro. Asimismo, establecerán cómo se distribuirá la demanda de estos bienes o productos entre los diversos proveedores.

La adjudicación deberá respetar los principios de igualdad de los oferentes, estricta sujeción a las bases y el equilibrio económico del contrato, y los adjudicatarios serán aquellos que, en conjunto, presenten las propuestas más ventajosas, de acuerdo con los criterios de evaluación definidos en las bases de la licitación.”.

16) Reemplázase, en el artículo 151, la frase “respectivo Servicio de Salud” por “Fondo Nacional de Salud”.

Artículo 2º.- Introdúcense, al artículo 3° de la ley N° 20.585 sobre otorgamiento y uso de licencias médicas, las siguientes modificaciones:

1) Intercálase, en el inciso primero, entre la coma y la expresión “las Instituciones de Salud Previsional”, la frase “el Fondo Nacional de Salud y”.

2) Modifícase el inciso segundo en el siguiente sentido:

a) Intercálase, entre las expresiones “requeridos,” y “la Institución de Salud Previsional”, la frase “el Fondo Nacional de Salud o”.

b) Reemplázase, la palabra “podrá” por “podrán”.

Artículo 3º.- Introdúcense, a la ley N° 18.418, traspasa al fondo único de prestaciones familiares y subsidios de cesantía, el financiamiento de los subsidios de reposo maternal, las siguientes modificaciones:

1) Reemplázase, en el inciso tercero del artículo 1°, el guarismo “182” por “196”, y la frase “respectivo Servicio de Salud” por “el Fondo Nacional de Salud”.

2) Reemplázase, en el inciso primero del artículo 2°, la frase “respectivo Servicio de Salud” por “Fondo Nacional de Salud”.

Artículo 4º.- Agrégase, en el inciso segundo del artículo 29 de la ley N° 19.966, establece un régimen de garantías en salud, a continuación del punto final que pasa a ser seguido, el siguiente párrafo nuevo:

"De configurarse esta última hipótesis, el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional respectiva siempre podrá designar un segundo prestador de oficio, sin necesidad de mediar reclamo por parte de la persona beneficiaria.”.

Artículo 5º.- Introdúcense, al Código Sanitario, las siguientes modificaciones:

1) Reemplázase el artículo 111 por el siguiente:

“Artículo 111.- El Instituto de Salud Pública de Chile es la autoridad sanitaria encargada del control de los dispositivos médicos en todo el territorio nacional, según las normas de este Código, así como de fiscalizar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias que rigen sobre la materia. En el ejercicio de sus funciones de control y fiscalización, podrá requerir a las distintas Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país la ejecución de determinadas actividades en sus respectivos territorios, de acuerdo con la planificación que al efecto se establezca entre la Subsecretaría de Salud Pública y el Instituto.

En el ejercicio de sus funciones, le corresponderá al Instituto de Salud Pública:

1) El registro sanitario o el control de la notificación de los dispositivos médicos, según la clase de riesgo que dicho Instituto establezca para cada producto.

2) La autorización, el control y la fiscalización de las entidades certificadoras de la conformidad de la calidad de los dispositivos médicos.

3) El control y fiscalización de la calidad, seguridad y desempeño de los dispositivos médicos, que correspondan de acuerdo con su uso previsto y riesgo asociado.

4) La inscripción, control, vigilancia y fiscalización de los importadores, fabricantes y distribuidores de dispositivos médicos, y entidades que realicen servicio técnico de los mismos.

5) Control y fiscalización de los establecimientos que realizan reproceso y reuso de dispositivos médicos.

6) Otorgar el certificado de destinación aduanera y la autorización de uso y disposición de los dispositivos médicos.

A las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud les corresponderá:

a) Gestionar las solicitudes que le encomiende el Instituto de Salud Pública de Chile para el desarrollo de sus programas de fiscalización y vigilancia respecto de la distribución, almacenamiento y calidad de los dispositivos médicos, en la forma señalada en el inciso primero. Sin perjuicio de lo anterior, en caso de urgencia justificada, el Instituto impartirá las instrucciones, sin más trámite, informando de ello a la Subsecretaría de Salud Pública.

Las infracciones que detecte en el ejercicio de esta competencia deberá ponerlas en conocimiento del Instituto de Salud Pública de Chile, para la debida coordinación a efectos de la tramitación del respectivo sumario sanitario, conforme a lo dispuesto en el Libro Décimo de este Código.

c) Proceder, en el ejercicio de las atribuciones señaladas precedentemente, conforme a lo dispuesto en los artículos 159 y 178. El acta que levante el fiscalizador de la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva iniciará de oficio el sumario sanitario, conforme al artículo 163, el que podrá ser substanciado por dicha Secretaría, o directamente por el Instituto de Salud Pública, según corresponda. A solicitud del respectivo fiscal, un funcionario de la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva podrá realizar las diligencias que aquél determine, tales como declaraciones o visitas de inspección.

Mediante resolución del Ministerio de Salud, se aprobará la planificación que al efecto se establezca entre la Subsecretaría de Salud Pública y el Instituto.”.

2) Agréganse, a continuación del artículo 111, los siguientes artículos 111 bis, 111 ter, 111 quáter, 111 quinquies, 111 sexies, 111 septies, 111 octies, 111 nonies y 111 decies, nuevos, del siguiente tenor:

“Artículo 111 bis.- Se entenderá por dispositivo médico cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, equipo, artefacto, implante,

reactivo para uso in vitro, software, material u otro artículo similar o relacionado, que cumpla con las siguientes condiciones copulativas:

1) Que no se trate de las sustancias descritas en los artículos 95 inciso primero, 102 y 106 de este Código.

2) Que no logre su acción principal en el cuerpo humano por mecanismos farmacológicos, inmunológicos o metabólicos, aunque pueda ser ayudado en su función por tales mecanismos.

3) Que su uso previsto en los seres humanos, individual o combinadamente, se refiera a uno o más de los siguientes fines declarados por el fabricante:

a) Diagnóstico, prevención, monitoreo, tratamiento, alivio o cura de una enfermedad.

b) Diagnóstico, monitoreo, tratamiento, alivio, cura o compensación de un daño o lesión.

c) Investigación, reemplazo, modificación o soporte de un proceso anatómico o fisiológico.

d) Soporte o mantenimiento de la vida.

e) Control de la concepción.

f) Desinfección de dispositivo médico.

g) Suministro de información para propósitos médicos o diagnósticos a través de un examen in vitro de especímenes derivados del cuerpo humano.

Artículo 111 ter.- Ningún dispositivo médico podrá ser distribuido o utilizado profesionalmente en el país sin registro sanitario previo otorgado por el Instituto de Salud Pública de Chile o sin la notificación previa a ese servicio, según corresponda a su clase de riesgo.

Un reglamento expedido por decreto supremo del Ministerio de Salud determinará los criterios conforme a los cuales los dispositivos médicos se clasificarán por parte del Instituto, de acuerdo con el riesgo que implique su uso previsto declarado por el fabricante, características técnicas o su desempeño. Esta clasificación determinará el mecanismo de control que resulte aplicable a cada clase de producto, así como las restricciones que puedan establecerse para su entrega o expendio.

Sin perjuicio de lo anterior, el Instituto podrá otorgar la autorización especial para uso provisional para investigación clínica, conforme a lo dispuesto en el Título V de este Libro. Asimismo, podrá autorizar provisionalmente el uso, venta o distribución de dispositivos médicos sin registro sanitario previo, en alguno de los casos señalados en el inciso primero del artículo 99 de este Código y para exposiciones o demostraciones, en las que el producto exhibido no sea destinado a su uso en pacientes.

Los dispositivos médicos destinados exclusivamente a la exportación deberán efectuar el procedimiento de notificación del dispositivo médico ante el Instituto.

Los requisitos específicos para otorgar el registro sanitario de dispositivos médicos serán determinados en el reglamento señalado en el inciso segundo, el cual deberá contemplar los principios esenciales de calidad, seguridad y desempeño.

Artículo 111 quáter.- El Instituto será responsable por los dispositivos médicos defectuosos, conforme a las reglas establecidas en el Título III de la ley Nº19.966, que establece un régimen de garantías en salud, solo cuando se acredite la falta de servicio en el proceso de autorización o registro del respectivo producto.

Artículo 111 quinquies.- El Instituto podrá establecer el requerimiento de una certificación de conformidad para dispositivos médicos que impliquen un riesgo moderado o alto para la salud pública, mediante una resolución fundada. Las certificaciones deberán realizarse en servicios, instituciones, laboratorios o establecimientos que cuenten con autorización sanitaria, otorgada por el Instituto de Salud Pública de Chile.

Asimismo, el Instituto podrá reconocer las certificaciones realizadas en el extranjero por organismos certificadores de dispositivos médicos que cuenten con acreditación vigente por un ente acreditador reconocido internacionalmente.

El Instituto de Salud Pública de Chile será la autoridad sanitaria encargada de controlar, vigilar y fiscalizar a las entidades que realicen la referida certificación de conformidad.

Artículo 111 sexies.- Se prohíbe la fabricación, importación, tenencia, distribución y transferencia, a cualquier título, de dispositivos médicos falsificados, adulterados, alterados o contaminados.

Cualquiera de las autoridades sanitarias a las que se alude en el artículo 5° de este Código, que detecte la existencia de dispositivos médicos que revistan algunas de las condiciones indicadas, estará facultada para su

inmediato decomiso, cualquiera sea el sitio o establecimiento en el que se encuentren.

En el caso de que dicha detección sea realizada por una Secretaría Regional Ministerial de Salud, se procederá conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 111.

Artículo 111 septies.- La destinación aduanera de cualquier dispositivo médico que se importe, se sujetará a las disposiciones de la ley Nº18.164, y su uso y disposición deberán ser autorizados por el Instituto de Salud Pública de Chile. El costo de las certificaciones será de cargo de las personas naturales o jurídicas que las soliciten.

Artículo 111 octies.- El Instituto, mediante resolución y basándose en necesidades de protección de la salud pública, podrá modificar la clasificación de riesgo de un dispositivo médico, en concordancia con lo establecido en el reglamento señalado en el inciso segundo del artículo 111 ter.

Artículo 111 nonies.- Los establecimientos que elaboren dispositivos médicos a medida deberán inscribirse en el Instituto de Salud Pública. Dicha inscripción hará las veces de autorización de distribución o uso de los productos que ahí se elaboren, para efectos de lo dispuesto en el artículo 111 ter. Con todo, en caso de detectarse riesgo inminente para la salud, se procederá de conformidad con lo dispuesto en el artículo 178 de este Código.

Artículo 111 decies.- El Instituto, mediante resolución, determinará los documentos o instrumentos necesarios para la importación, internación, exportación, producción o elaboración a medida, cumplimiento de buenas prácticas de manufactura, almacenamiento, distribución y transporte, expendio, organismos certificadores, laboratorios externos de control de calidad, tecnovigilancia, vigilancia post comercialización, trazabilidad, condiciones para su uso y mantenimiento, investigación clínica, así como la publicidad, promoción e información profesional que se haga de los dispositivos médicos.

Asimismo, el Instituto publicará en el Diario Oficial la resolución que establezca la nomenclatura de dispositivos médicos para su uso en el país.

Con todo, para la debida aplicación de los principios de reconocimiento y de confianza, la resolución establecerá los documentos o antecedentes que podrán omitirse para el registro sanitario cuando el producto ha sido autorizado por una autoridad reguladora de referencia internacional que determine el Instituto.”.

3) Derógase el artículo 125.

4) Reemplázase en todos los artículos del Código la expresión “elementos de uso médico” o “elemento de uso médico” por “dispositivos médicos” o “dispositivo médico”, según corresponda.

Artículo 6º.- Agrégase, al artículo 1° del decreto con fuerza de ley N° 1, de 1989, del Ministerio de Salud, que determina materias que requieren autorización sanitaria expresa, los siguientes numerales 47, 48 y 49, nuevos:

“47.- Registro de dispositivos médicos y sus modificaciones, así como autorizaciones provisionales o especiales de uso.

48.- Establecimientos de producción, distribución, certificación y verificación de la conformidad y mantenimiento de la calidad de los mismos, y sus modificaciones.

49.- Textos y publicidad de dispositivos médicos, en los casos que la reglamentación permita su realización.”.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero transitorio.- Facúltase al Presidente o Presidenta de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la publicación de esta ley en el Diario Oficial, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también serán suscritos por el Ministro de Hacienda, establezca las normas necesarias para regular las siguientes materias:

1) Fijar la planta de personal del Servicio Nacional de Salud Digital, además dictar las normas necesarias para la adecuada estructuración y operación de las plantas que fije. En especial, podrá establecer el número de cargos para cada grado y planta; los requisitos generales y específicos para el ingreso y promoción de dichos cargos; sus denominaciones y los niveles jerárquicos, para efectos de la aplicación de lo dispuesto en el Título VI de la ley N° 19.882 y en el artículo 8º del decreto con fuerza de ley Nº 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley Nº18.834, sobre Estatuto Administrativo. En el ejercicio de esta facultad podrá crear, suprimir y transformar cargos.

Asimismo, podrá determinar las normas necesarias para la aplicación de las remuneraciones variables en su aplicación transitoria.

Del mismo modo, podrá fijar la planta en horas semanales y/o cargos del Servicio Nacional de Salud Digital de la ley N° 19.664 y de la ley N° 15.076.

2) Determinar la fecha de entrada en funcionamiento del Servicio Nacional de Salud Digital, la cual podrá contemplar un periodo de implementación y uno a contar del cual entrará en operaciones.

3) Determinar el número de cargos que se proveerán de acuerdo con las normas señaladas en el artículo siguiente, pudiendo establecer la gradualidad en la cual se llevará a efecto.

4) Además, podrá establecer las normas de encasillamiento de la planta que fije y la fecha de entrada en vigencia de los encasillamientos del personal que practique.

5) Establecer las fechas de entrada en vigencia de las plantas que fijen.

6) Disponer, sin solución de continuidad, el traspaso de funcionarios y funcionarias titulares de planta y del personal a contrata, desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Subsecretaría de Salud Pública, al Servicio Nacional de Salud Digital, según corresponda. Asimismo, dispondrá, sin solución de continuidad, el traspaso de funcionarias y funcionarios desde la Subsecretaría de Salud Pública al Fondo Nacional de Salud.

El traspaso del personal de planta y a contrata, y de los cargos que sirven, se efectuará en el mismo grado y en la misma calidad jurídica que tenían a la fecha de traspaso. En el respectivo decreto con fuerza de ley, que fije las plantas de personal se determinará la forma en que se realizará el traspaso correspondiente y el número de funcionarios o funcionarias que serán traspasados, por estamento y calidad jurídica, pudiéndose establecer, además, el plazo y gradualidad en que se llevará a cabo este proceso.

La individualización del personal traspasado se realizará a través de decretos expedidos bajo la fórmula “Por orden del Presidente de la República”, por intermedio del Ministerio de Salud.

A contar de la fecha del traspaso, el cargo del que era titular la o el funcionario traspasado se entenderá suprimido de pleno derecho en la planta de la institución de origen y se creará en la institución a que sea traspasado. Del mismo modo, la dotación máxima de personal se disminuirá en el número de funcionarias y funcionarios traspasados y se incrementará en la institución a la cual se traspasan. Conjuntamente con el traspaso del personal se traspasarán los recursos presupuestarios que se liberen por este hecho.

7) Determinar la dotación máxima del personal del Servicio Nacional de Salud Digital, a cuyo respecto no regirá la limitación establecida en el inciso segundo del artículo 10 del decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado

de la ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo. Además, podrá determinar la dotación máxima de personal de la ley N° 19.664 y de la ley N° 15.076.

Asimismo, a los funcionarios o funcionarias a contrata en servicio a la fecha de entrada en vigencia del o de los respectivos decretos con fuerza de ley que sean traspasados de conformidad al numeral 6) y aquellos cuyos contratos se prorroguen en las mismas condiciones, no les serán exigibles los requisitos que se establezcan en los decretos con fuerza de ley correspondientes o que rijan en la institución a la cual fueron traspasados, según corresponda. Tampoco, para efectos del traspaso, a los funcionarios y funcionarias titulares de un cargo de planta que sean traspasados, les serán exigibles los requisitos que rijan en la institución a la cual sean traspasados.

8) El uso de las facultades señaladas en este artículo quedará sujeto a las siguientes restricciones respecto del personal al que afecte:

a) No podrá tener como consecuencia ni podrá ser considerado como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral del personal traspasado.

b) No podrá significar pérdida del empleo, cesación de funciones, disminución de remuneraciones ni modificación de derechos previsionales del personal traspasado. Tampoco podrá importar cambio de la residencia habitual de los funcionarios o funcionarias fuera de la región en que estén prestando servicios, salvo con su consentimiento.

c) Respecto del personal que en el momento del encasillamiento sea titular de un cargo de planta, cualquier diferencia de remuneraciones deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que se absorberá por los futuros mejoramientos de remuneraciones, excepto los derivados de reajustes generales que se otorguen a los trabajadores y trabajadoras del sector público. Dicha planilla mantendrá la misma imponibilidad que aquella de las remuneraciones que compensa. Además, a la planilla suplementaria se le aplicará el reajuste general antes indicado.

d) Los funcionarios o funcionarias traspasados conservarán la asignación de antigüedad que tengan reconocida, como también el tiempo computable para dicho reconocimiento.

Artículo segundo transitorio.- La primera provisión de los cargos del Servicio Nacional de Salud Digital que se establezcan de conformidad al numeral 3) del artículo anterior, se sujetará las siguientes reglas:

1) Los cargos de las plantas de profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares se proveerán previo concurso interno.

En estos concursos sólo podrán participar las y los funcionarios a contrata asimilados a las plantas respectivas que hayan sido traspasados al Servicio Nacional de Salud Digital de acuerdo con el artículo anterior, que cumplan las siguientes condiciones o requisitos:

a) Que se hayan desempeñado en calidad de contrata sin solución de continuidad durante, al menos, cinco años en alguna de las Subsecretarías del Ministerio de Salud, a la fecha de la postulación.

b) Que se encuentren calificados en Lista 1, de distinción, o Lista 2, buena y que cumplan con los requisitos del cargo respectivo.

2) Las y los funcionarios sólo podrán postular al mismo grado y estamento al que se encontraban asimilados al 31 de enero del año 2025, en alguna de las Subsecretarías del Ministerio de Salud.

3) La provisión de cargos se efectuará en orden decreciente de acuerdo con el puntaje obtenido por las y los postulantes. En caso de producirse empate, las y los funcionarios serán designados conforme al resultado de la última calificación obtenida y, en el evento de mantenerse esta igualdad, decidirá el Director o Directora del Servicio.

4) En lo no previsto en el presente artículo, estos concursos se regularán, en lo que sea pertinente, por las normas del Párrafo 1º del Título II del decreto con fuerza de ley Nº 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley Nº18.834, sobre Estatuto Administrativo.

Artículo tercero transitorio.- El Servicio Nacional de Salud Digital será el continuador legal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la Subsecretaría de Salud Pública, particular sobre los derechos y obligaciones relacionados con la ejecución de convenios, de contratos de suministro y prestación de servicios, de los actos relacionados con los bienes, servicios y activos tangibles e intangibles, así como de las respectivas garantías y, en general, de cualquier otro acto jurídico o administrativo referido a materias de su competencia.

En consecuencia, el Servicio Nacional de Salud Digital adquirirá la titularidad de los contratos con terceros que se hayan celebrado para la provisión de bienes o servicios, que se encuentren vigentes a la época del inicio de su funcionamiento.

Mediante resolución de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la Subsecretaría de Salud Pública, según corresponda, se individualizarán los contratos vigentes que haya suscrito, cuya continuidad será de cargo del Servicio Nacional de Salud Digital conforme al inciso anterior.

Artículo cuarto transitorio.- En tanto no se constituyan el o los servicios de bienestar del Servicio Nacional de Salud Digital, sus funcionarios y funcionarias traspasado conforme al artículo primero transitorio, podrán continuar afiliados a los servicios de bienestar de la Subsecretaría de Redes Asistenciales o de la Subsecretaría de Salud Pública, según corresponda.

Los funcionarios y funcionarias de las Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la Subsecretaría de Salud Pública, que sean traspasados al Servicio Nacional de Salud Digital, podrán conservar su afiliación a las asociaciones de funcionarios de las señaladas entidades, hasta que el Servicio Nacional de Salud Digital cuente con una asociación de funcionarios constituida en virtud de la ley N° 19.296. Con todo, transcurridos dos años contados desde la entrada en operaciones el Servicio Nacional de Salud Digital, cesará por el solo ministerio de la ley la afiliación de las y los funcionarios a las asociaciones de la institución de origen.

Artículo quinto transitorio.- El Presidente o Presidenta de la República, mediante decreto expedido por intermedio del Ministerio de Hacienda, conformará el primer presupuesto del Servicio Nacional de Salud Digital, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las partidas, capítulos, programas, ítems, asignaciones y glosas presupuestarias que sean pertinentes para la aplicación de la presente ley.

Artículo sexto transitorio.- El decreto supremo a que se refiere el artículo 23 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, incorporado en virtud del numeral 8 del artículo 1° de la presente ley, deberá dictarse en el plazo de treinta días contados desde la publicación en el Diario Oficial del último decreto con fuerza de ley al o los que alude el artículo primero transitorio de esta ley.

Artículo séptimo transitorio.- En el plazo de nueve meses desde la publicación de esta ley, el Ministerio de Salud deberá adecuar los reglamentos necesarios para el debido ejercicio por parte del Fondo Nacional de Salud de la función establecida en el artículo 50, letra e), que por la presente ley se incorpora al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo octavo transitorio.- Las modificaciones introducidas al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud al literal e) del artículo 50 y al artículo 151; las modificaciones introducidas al artículo 3° de la ley N° 20.585 sobre otorgamiento y uso de licencias médicas; y las modificaciones introducidas a la ley N° 18.418, por la presente ley, entrarán en vigencia con la gradualidad que se indica a continuación:

1) Respecto a las licencias médicas tramitadas en las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez de las regiones de Arica y Parinacota, de Tarapacá, de Antofagasta, de Atacama, de los Ríos, de Aysén y Magallanes, así como respecto a las tramitadas en las subcomisiones Malleco, Cautín,

Osorno, Llanquihue - Palena y Chiloé: el primer día del décimo tercer mes desde la publicación de los reglamentos.

2) Respecto a las licencias médicas tramitadas en las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez de las regiones de Coquimbo, del Maule, así como respecto a las tramitadas en las subcomisiones de Valparaíso, Viña Del Mar, Llay-Llay, Curicó, Hospital Chillán, Arauco, Concepción -Talcahuano y Biobío: el primer día del décimo noveno mes desde la publicación de los reglamentos.

3) Respecto a las licencias médicas tramitadas en las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez de la Región de O'Higgins, y de Licencia Médica Electrónica, así como respecto a las tramitadas en las subcomisiones Metropolitana Oriente, Metropolitana Sur, Metropolitana Norte, Metropolitana Sur Oriente, Metropolitana Poniente: el primer día del vigésimo quinto mes desde la publicación de los reglamentos.

Las licencias médicas de las categorías indicadas en el literal e) del artículo 50 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud que hayan sido ingresadas a tramitación antes de la vigencia de estas normas deberán ser resueltas por la Comisión de Medicina Preventiva correspondiente. El cálculo y pago de los subsidios a que estas licencias den origen corresponderá a la mencionada Comisión o a la Caja de Compensación de Asignación Familiar a la que estuviera afiliada la persona beneficiaria, según corresponda.

Artículo noveno transitorio.- El reglamento que se dicte para regular las disposiciones contenidas en el Título IV del Libro IV del Código Sanitario, será dictado en el plazo de dieciocho meses. Dicho reglamento entrará en vigencia luego de cinco años de publicado en el Diario Oficial, con las siguientes excepciones:

1) Las disposiciones contenidas en el numeral 4) del artículo 111 del Código Sanitario, comenzarán a regir al cabo de 12 meses contados desde la publicación del reglamento.

2) Las disposiciones contenidas en el numeral 1) del artículo 111 del Código Sanitario, comenzarán a regir en la forma que se expresa a continuación:

a) Respecto de los dispositivos médicos de riesgo moderado a alto y riesgo alto, entrarán en vigor una vez publicado el reglamento, otorgándose un plazo de hasta 36 meses a las personas naturales o jurídicas que fabriquen o comercialicen estos productos para el cumplimiento íntegro de las obligaciones derivadas del registro sanitario. El mismo plazo regirá para los dispositivos médicos de diagnóstico in vitro de alto riesgo para la salud pública.

b) Respecto de los dispositivos médicos de riesgo bajo y de riesgo bajo a moderado, entrarán en vigor una vez publicado el reglamento, otorgándose un plazo de hasta cinco años a las personas naturales o jurídicas que fabriquen o comercialicen estos productos para el cumplimiento íntegro de las obligaciones derivadas del registro sanitario o notificación. El mismo plazo regirá para los dispositivos médicos de diagnóstico in vitro de bajo riesgo para la salud pública.

Artículo décimo transitorio.- Auméntase la dotación máxima de personal de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud en 5 cupos.

Artículo undécimo transitorio.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año, contado desde la publicación de esta ley, a través de uno o más decretos con fuerza de ley, que serán expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, y suscritos además por el Ministro de Hacienda, modifique la bonificación por desempeño colectivo contemplada en la letra d) del artículo 28 y en el artículo 37 de la ley N° 19.664. Además, suprimirá la bonificación por desempeño individual, establecida en la letra c) del artículo 28 y el artículo 36, ambos de la ley N° 19.664. Asimismo, modificará la asignación contemplada en el artículo 12 de la ley N° 20.707.

En el ejercicio de esta facultad el Presidente de la República podrá fijar las características de las asignaciones antes señaladas, las condiciones para acceder a las mismas, los procedimientos para su determinación, los mecanismos para su adecuado control y evaluación, y todas las normas necesarias para su otorgamiento. Además, podrá establecer las normas para su aplicación transitoria. También establecerá la fecha en que entrarán en vigencias las modificaciones y supresiones que se realicen de acuerdo al inciso primero.

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

- - -

ACORDADO

Acordado en sesiones celebradas los días **11 de marzo de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danús

(Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González; Francisco Chahuán Chahuán (Alejandro Kusanovic Glusevic), y Sergio Gahona Salazar; **18 de marzo de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Sergio Gahona Salazar (Presidente Accidental); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, y Francisco Chahuán Chahuán (Alejandro Kusanovic Glusevic); **25 de marzo de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente Accidental); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán (Alejandro Kusanovic Glusevic), y Sergio Gahona Salazar; **22 de abril de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente Accidental); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar; **5 de mayo de 2025,** con asistencia de los Honorables Senadores señores Iván Flores García (Presidente); Juan Luis Castro González; Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar; **13 de mayo de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Iván Flores García (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señor Juan Luis Castro González; **3 de junio de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Iván Flores García (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señor Juan Luis Castro González; **10 de junio de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Iván Flores García (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González; Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar; **16 de junio de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Iván Flores García (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señor Juan Luis Castro González; **1 de julio de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Iván Flores García (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González; Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar; **7 de julio de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Iván Flores García (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González; Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar; **8 de julio de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Iván Flores García (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar; **14 de julio de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Iván Flores García (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, y Francisco Chahuán Chahuán, y **15 de julio de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Iván Flores García (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, y Francisco Chahuán Chahuán.

Sala de la Comisión, a 23 de julio de 2025.

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL, 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).

I. OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN: Cumplir con los compromisos pendientes de la ley N° 21.674. En particular, modernizar y mejorar el Sistema de Salud en su conjunto. Dentro de sus objetivos específicos se comprende el fortalecimiento del Fondo Nacional de Salud y de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, la creación del Servicio Nacional de Salud Digital, una nueva regulación para los dispositivos médicos, la consolidación del rol de la Central Nacional de Abastecimiento y el estímulo y control de productividad.

II. ACUERDOS: aprobado en general por unanimidad (4x0).

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: consta de seis artículos permanentes y de doce disposiciones transitorias.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: El artículo 1° numeral 10, letra a), permanente del proyecto de ley tiene el carácter de norma de ley orgánico constitucional, en virtud de lo dispuesto en el artículo 19, número 18°, de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 77 de la misma Carta Fundamental, por incidir en materias de organización y atribuciones de los tribunales de justicia.

Los artículos 1° numeral 10, letra b); 2° y 3° permanentes, y el artículo octavo transitorio del proyecto de ley tienen el carácter de normas de rango de quórum calificado, en virtud de lo dispuesto en el artículo 19, número 18°, de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66, inciso segundo, de la misma Carta Fundamental, por incidir en materias de seguridad social.

V. URGENCIA: “Suma”.

VI. ORIGEN E INICIATIVA: Senado. Mensaje de Su Excelencia el señor Presidente de la República.

VII TRÁMITE CONSTITUCIONAL: primero.
VIII. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 31 de enero de 2025.

IX. TRÁMITE REGLAMENTARIO: primer informe, en general.

X. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:
- Código Sanitario.

- Ley N° 20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas.

- Ley N° 18.418, traspasa al fondo único de prestaciones familiares y subsidios de cesantía, el financiamiento de los subsidios de reposo maternal.

- Ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.

- Ley N° 19.882, que regula nueva política de personal a los funcionarios públicos que indica.

- Ley N° 19.664, que establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud y modifica la ley N° 15.076.

- Ley N° 19.296, que establece normas sobre asociaciones de funcionarios de la administración del Estado.

- Ley N° 20.707, que establece los incentivos remuneracionales que indica, a favor de los profesionales de los servicios de salud que señala.

- DFL N° 1, del Ministerio de Salud, de 2005, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.

- DFL N° 1, del Ministerio de Salud, de 1989, que determina materias que requieren autorización sanitaria expresa.

- DFL N° 1, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 15.076.

- DFL N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley Nº 18.834, sobre Estatuto Administrativo.

Valparaíso, a 23 de julio de 2025.

JULIO CÁMARA OYARZO
Abogado Secretario Accidental de la Comisión
(Documento firmado electrónicamente)

ÍNDICE

OBJETIVOS DEL PROYECTO.....1
CONSTANCIAS.....2
NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL.....2
CONSULTA EXCMA. CORTE SUPREMA.....2
ASISTENCIA.....3
ANTECEDENTES DE HECHO.....6
ASPECTOS CENTRALES DEL DEBATE.....8
DISCUSIÓN EN GENERAL.....9
TEXTO DEL PROYECTO.....121
PROYECTO DE LEY:.....121
ACORDADO.....142
RESUMEN EJECUTIVO.....144