INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que fortalece la Superintendencia de Salud y modifica normas que indica.

BOLETÍN Nº 17.397-11.

Objetivo(s) / 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, en segundo trámite constitucional, iniciado en mensaje de S.E. el Presidente de la República, con urgencia calificada de “simple”.

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

Se hace presente que, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 36 del Reglamento de la Corporación, la Comisión discutió solo en general esta iniciativa de ley, la que resultó aprobada por la unanimidad sus integrantes (5x0).

- - -

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Modernizar y fortalecer el rol regulador de la Superintendencia de Salud, mediante una reestructuración institucional orientada a mejorar su eficiencia y eficacia, para lo cual se crea un órgano colegiado de carácter técnico que la apoya en la toma de decisiones, a la vez que se amplían las facultades interpretativas y fiscalizadoras de la Intendencia de Prestadores de Salud-equiparándolas con las de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud-, corrigiendo las asimetrías en la resolución de controversias entre prestadores y pacientes.

Asimismo, se perfeccionan los mecanismos de protección de los derechos de las personas en el ámbito sanitario y se moderniza el sistema de acreditación de prestadores, asegurando estándares de calidad a través de una

supervisión continua y la aplicación de sanciones proporcionales a los infractores.

La iniciativa también crea el Consejo de la Superintendencia de Salud; amplía las facultades de la Intendencia de Prestadores de Salud; mejora la resolución de controversias, incluyendo el arbitraje; moderniza el régimen sancionatorio para privados; crea un régimen sancionatorio para los hospitales públicos (en este caso la sanción va dirigida al director a cargo del tema); moderniza el sistema de acreditación; aporta en transparencia y difusión; perfecciona el sistema de reclamos y la ampliación de plazos y se disponen nuevas sanciones por incumplimiento en materia del GES.

- - -

CONSTANCIAS

- Normas de quórum especial: Sí tiene.

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

- - -

NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL

El artículo 109 bis, incorporado por el numeral 3) del artículo 1, del proyecto de ley, tiene el carácter de norma de rango orgánico constitucional, en virtud de lo dispuesto en el artículo 38, en relación con el artículo 66, inciso segundo, de la Constitución Política de la República, al crear el Consejo de la Superintendencia de Salud.

El artículo 109 septies, incorporado por el numeral 3) del artículo 1, es una norma orgánica constitucional en consideración al inciso tercero del artículo 8° en concordancia con el inciso segundo del artículo 66, ambas de la Constitución Política de la República, por cuanto obliga a los integrantes de Consejo de la Superintendencia de Salud a efectuar una declaración de intereses y patrimonio, en conformidad con lo indicado en los capítulos 1 y 2 del título II de la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, normas que a su vez revisten rango orgánico constitucional

Los incisos segundo y quinto del artículo 127 bis, incorporado por el numeral 26, ambos del artículo 1 del proyecto de ley, revisten el carácter orgánico constitucional, en virtud del artículo 77 de la Carta Fundamental, y el artículo 16 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, toda vez que inciden en la organización o atribuciones de los tribunales de justicia.

- - -

CONSULTA EXCMA. CORTE SUPREMA

Se hace presente que la Cámara de Diputados envió un oficio solicitando el parecer de la Excelentísima Corte Suprema respecto del artículo 127 bis, en lo pertinente incorporado por el numeral 26 del artículo 1 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 N° 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° 265-2025, de 21 de noviembre de 2025, del cual se dio cuenta en la Sala del Senado el 24 de noviembre 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 de Comunicaciones, señora Maritza Labraña, y los Asesores, señora Andrea Fernández, y señores Cristian Miquel, Julio Muñoz, Manuel Nájera, Manuel Pérez y Héctor Reyes.

De la Superintendencia de Salud: el Superintendente, señor Víctor Torres; la Jefa de Gabinete, señora Ximena Gutiérrez; la Asesora, señora Natalia Castillo y la periodista, señora Emma Barraza.

De la Superintendencia de Seguridad Social: la Superintendenta, señora Andrea Soto; el Intendente, señor Luis Díaz y la Fiscal, señora Patricia Soto.

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

Del Colegio Médico de Chile A.G.: la Presidenta, señora Anamaría Arriagada; la Jefa de Gabinete, señora Bárbara Palma; el Abogado Jefe, señor Adelio Misseroni y el Jefe de Prensa, señor Marcos Santis.

De Clínicas de Chile: el Presidente del Directorio, señor Javier Fuenzalida; el Fiscal, señor Juan Pablo Pomés y el Asesor Comunicacional, señor Oscar Delbene.

De la Pontificia Universidad Católica de Chile: La Profesora Adjunta del Departamento de Salud del Adulto y Senescente, señora Lorena Camus.

De la Universidad Central de Chile: el Coordinador de la Unidad de Humanización de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, señor Sebastían Pavlovic.

De la Universidad del Desarrollo: la Directora Ejecutiva del Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud, señora Paula Daza y la Investigadora, señora Camila Skewes.

De la Universidad Andrés Bello: el Profesor Asociado de la Facultad de Medicina, señor Manuel Inostroza.

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

De la Biblioteca del Congreso Nacional: el Investigador, señor Eduardo Goldstein.

- Otros (Asesores):

De la oficina del Senador Juan Luis Castro: la Jefa de Gabinete, señora Meggy López, los Asesores señoras Catalina Alegría y Teresita Fabres y señor Arturo León.

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

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

De la oficina del Senador Francisco Chahuán: señores Carlos Huerta y Marcelo Sanhueza.

De la oficina del Senador Sergio Gahona: señor Benjamín Rug.

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

Del Comité PPD: señora Paulin Silva y señor Gabriel Muñoz.

Del Comité DC: señor Mauricio Burgos.

Del Comité UDI: señora Cristina Pinochet.

Del Comité RN: señor Octavio Tapia.

- - -

ANTECEDENTES DE HECHO

Para el debido estudio de este proyecto de ley, se ha tenido en consideración el Mensaje de Su Excelencia el señor Presidente de la República

- - -

ASPECTOS CENTRALES DEL DEBATE

- Fortalecimiento de la labor de la Superintendencia, especialmente de la Intendencia de Prestadores de Salud.

-Creación del Consejo de la Superintendencia de Salud.

-Reforzamiento de las facultades interpretativas, los mecanismos de protección de los derechos de los pacientes, los procesos de resolución de controversias, incluyendo el arbitraje, y la fiscalización de entidades acreditadoras.

- Actualización de la Gobernanza institucional.

- Debilidades de la ley N° 20.584, de Derechos y Deberes de los Paciente.

- Limitaciones del marco legal vigente en cuanto a la capacidad del ente regulador para sancionar efectivamente el incumplimiento de la normativa en salud.

- Necesidad de auditorías clínicas independientes: esenciales para la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios.

- Difusión de los derechos de las personas en el ámbito de la salud.

-Modernización del régimen sancionatorio para privados y establecimiento de un régimen sancionatorio para los hospitales públicos.

-Fortalecimiento de la regulación del sistema de acreditación y entidades acreditadoras.

- - -

DISCUSIÓN EN GENERAL[1]

Al iniciar el estudio del proyecto de ley en informe, la Comisión recibió en audiencia al **Superintendente de Salud, señor Víctor Torres,** quien realizó una presentación que contiene los principales antecedentes de esta iniciativa legal, cuyo objeto es fortalecer a la Superintendencia de Salud. Recordó que la misma es fruto del compromiso que adquirió el Gobierno durante la discusión de la ley Nº 21.674, conocida como la Ley Corta de Isapres.

Señaló que la importancia de esta iniciativa de ley dice relación con actualizar las atribuciones de la Superintendencia de Salud y recordó que han pasado trece años desde la dictación de la ley N° 20.584, sobre derechos y deberes de los pacientes, y las atribuciones entre la Intendencia de Prestadores de Salud y la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud no han sido simétricas entre sí, lo que ha conducido a una situación de menor protección de los pacientes, principalmente frente a los prestadores de salud.

Connotó que las sanciones actuales son muy bajas y no logran generar disuasión de los prestadores infractores.

Agregó que los prestadores públicos que también van a quedar bajo la fiscalización de la Superintendencia, actualmente solo enfrentan sumarios administrativos y no hay ningún tipo de multa que sea efectiva, por lo que hay pocos elementos para estimular un cambio de conducta.

Por su parte, el mecanismo de arbitraje solamente existe para la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, por tanto, las controversias entre las personas y las aseguradoras (FONASA e Isapres) son los únicos casos que la Superintendencia puede resolver por esta vía, no así cuando hay divergencias entre pacientes y prestadores.

---

[1] 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/2025-12-09/063138.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-12-15/063538.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-12-16/062826.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-12-17/065837.html

Explicó que actualmente la única alternativa que tienen las personas para resolver estas diferencias es recurrir ante los tribunales de justicia, lo que encarece el sistema.

Añadió que las auditorías clínicas se realizan por médicos que forman parte del servicio de salud y habitualmente son del mismo prestador que está siendo auditado. Esta situación no debiera ser así y con acuerdo con el Ministerio de Salud se estableció que, bajo solicitud de esta Cartera, la auditoría clínica la tiene que realizar un tercero, que en este caso, es la Superintendencia de Salud, para poder así asegurar la independencia y transparencia necesarias para este tipo procesos.

Dentro de los objetivos principales del proyecto de ley mencionó:

1.- El fortalecimiento institucional, que permite optimizar la estructura y el funcionamiento de la Superintendencia de Salud.

2.- Mejor resguardo de los derechos de las personas, mejorando herramientas para hacer efectivo el ejercicio de sus derechos.

3.- Modernización del sistema de acreditación para su actualización en materia de calidad asistencial.

A continuación, hizo referencia a los propósitos a largo plazo, manifestó que el interés es consolidar el rol fiscalizador de la Superintendencia como ente fiscalizador dentro del sistema sanitario; liderar la defensa de los derechos de los usuarios, tanto en cobertura financiera como en prestaciones de salud, y modernizar los mecanismos de regulación, fiscalización y sanción.

Respecto a la institucionalidad, específicamente, lo relacionado con la gobernanza organizacional, recordó que este tema fue un requerimiento expreso de esta Comisión de Salud durante la discusión de la Ley Corta de Izares. Expresó que, en el análisis institucional, si se quiere avanzar en autonomía se ha considerado disponer un reordenamiento distinto, con un Consejo ejecutivo y no tan solo directivo, como ocurre, por ejemplo, en la Comisión para el Mercado Financiero.

Sin embargo, comprendió que esta es una modificación a mediano o largo plazo porque tiene varios efectos, tanto de recursos, como de funcionamiento interno, lo que podría significar un problema, no obstante, ello, se puede dar un primer paso hacia la creación de un órgano colegiado, en la línea de un consejo asesor que ha sido la salida alternativa razonable por el momento.

Sobre la protección insuficiente de los derechos de los pacientes, mencionó la falta de especificidad de sanciones para el incumplimiento de la ley

N° 20.584, donde la Superintendencia carece de potestad para interpretar la ley o establecer normas de cumplimiento general.

Destacó la posibilidad de especificar de mejor manera las faltas al citado ordenamiento, que son bastante genéricas y difíciles de resolver por la vía del recurso administrativo, que es la única forma de resolución con la que se cuenta en la actualidad.

Comentó que, en este contexto, hay una baja resolutividad de los mecanismos de solución de controversias; las sanciones son insuficientes para disuadir a los prestadores infractores; los plazos son limitados para que los usuarios presenten reclamos, luego de los cuales los prestadores tienen 15 días para responder y si las personas están insatisfechas con la respuesta, tienen solamente 5 días para presentar el reclamo respectivo.

Por otra parte, el sistema de reclamación no incluye a los prestadores individuales de salud. Señaló que comprende la complejidad de avanzar en esta materia, por lo cual no se ha incluido en el presente proyecto de ley, de tal forma que sigue siendo parte de las materias que resuelven los tribunales de justicia.

Respecto de la difusión de derechos y transparencia, reseñó que en el sistema sanitario existe una asimetría grande de información entre las personas y el sistema, ya sea la aseguradora o el prestador. Por lo tanto, estimó que la Superintendencia debe jugar un rol en este ámbito, sobre todo desde el punto de vista de entregar información a la ciudadanía que les permita conocer mejor sus derechos y la manera de resolver sus controversias.

En cuanto al sistema de acreditación, acotó, hay algunas deficiencias que aún existen, como el proceso de registro de entidades acreditadoras, el proceso de acreditación mismo y la continuidad de cumplimiento de los estándares.

Además, agregó que hay un desafío grande porque desde el año 2022 que se comenzó a acreditar la atención primaria en salud, la cual, hasta esa fecha, solo se acreditaba de manera voluntaria. Actualmente, en forma progresiva, se han ido incorporando por decreto GES distintos prestadores de la atención primaria, lo que va en la dirección correcta, sobre todo desde el punto de vista de la implementación de la Atención Primaria de Salud Universal (APS-U).

En cuanto al régimen sancionatorio de entidades acreditadoras, hizo presente que se incluyen sanciones para personas naturales responsables de las entidades acreditadoras, así como también se exige una garantía para que estos organismos, si en algún momento incumplen con su proceso de acreditación, puedan rescatar esos recursos, muchas veces difíciles de recuperar.

En resumen, en materia de propuestas, el proyecto de ley crea el Consejo de la Superintendencia de Salud; amplía las facultades de la Intendencia de Prestadores; mejora la resolución de controversias, incluyendo el arbitraje; moderniza el régimen sancionatorio para privados; crea un régimen sancionatorio para los hospitales públicos (en este caso la sanción va dirigida al director a cargo del tema); moderniza el sistema de acreditación; aporta en transparencia y difusión; perfecciona el sistema de reclamos y la ampliación de plazos y se disponen nuevas sanciones por incumplimiento en materia del GES.

Dentro de los contenidos más específicos del proyecto, mencionó que contiene cuatro artículos que modifican distintos cuerpos legales: El DFL N° 1 del Ministerio de Salud; la ley N° 20.584; la ley N°19.966, que establece el régimen GES, y la ley N° 20.850, más conocida como Ley Ricarte Soto. A su vez, contiene seis artículos transitorios.

Explicó que el Consejo de la Superintendencia se compone como un órgano colegiado técnico de cinco miembros participando también el Superintendente como presidente del mismo; se designan por Alta Dirección Pública (ADP) y los consejeros tiene una duración de seis años que son intercalados.

Dentro de sus funciones está la aprobación del plan estratégico; la emisión de informes técnicos, y el monitoreo de objetivos, entre otras tareas.

En el ámbito de la ampliación de facultades de la Intendencia de Prestadores de Salud, indicó que se le otorga atribuciones interpretativas de la ley y reglamentos dentro de su ámbito. Con ello se le permite dictar instrucciones generales y órdenes particulares, y requerir información de todo tipo a los prestadores, incluyendo datos financieros.

Sin embargo, resaltó que carecen de la potestad de supervigilar cumplimientos de indicadores, como ocurre con las ISAPRES, pero pueden requerir esta información.

Se faculta a la Superintendencia de Salud a realizar auditorías clínicas, y se amplían sus atribuciones fiscalizadoras y sancionatorias de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes.

En el ámbito de la resolución de controversias, precisó que se faculta al Intendente y al prestador como árbitro-arbitrador, al igual que el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales; y se permite adoptar medidas provisionales durante el procedimiento. Añadió que en la actualidad muchas personas acuden al sistema judicial para requerir una orden de no innovar, a diferencia de la vía administrativa ante la Superintendencia.

Aseveró que estas medidas provisionales permitirían suspender el procedimiento hasta que la Superintendencia pueda resolver una controversia, lo que da mayor tranquilidad a las personas durante el proceso.

Por otra parte, se fortalece el sistema de reclamos y respuestas ante los prestadores y se amplía el plazo de los usuarios para presentar reclamos ante la Superintendencia.

Dentro de las nuevas sanciones para garantizar los derechos del GES, mencionó:

1.- Sanción por no informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud sobre pacientes con condición de salud garantizada que implique urgencia habitual o secuela funcional grave, lo que permitirá dar un seguimiento oportuno de los casos más críticos.

2.- Sanción por no informar a las personas que son beneficiarias del GES.

Sostuvo que el impacto esperado con estas medidas es que las personas puedan conocer sus derechos y exigirlos, porque los pacientes informados acceden a una atención más oportuna y con mejores resultados en salud.

Añadió que el problema actual es que las sanciones vigentes son bajas y no logran modificar la conducta de los prestadores. Para los prestadores públicos, actualmente la única consecuencia es la solicitud o requerimiento del Superintendente al Ministro o Ministra de la realización de un sumario administrativo que puede o no realizarse, lo que genera muchas veces impunidad y desprotección de los usuarios del sistema público.

La solución propuesta para el sistema privado consiste en uniformar el procedimiento sancionatorio, dando mayor certeza jurídica a todos los actores, incluidos los regulados.

Además, se aumentan las multas para fortalecer la capacidad disuasiva ante incumplimientos legales. Se establecen también criterios objetivos de gravedad para determinar montos en las sanciones.

A continuación, se refirió a las soluciones que se presentan para el sector público:

1.- Se crea un nuevo régimen sancionatorio que recae fundamentalmente sobre los directivos responsables y no sobre la institución, lo que apunta a impulsar un cambio conductual.

2.- Tipos de sanciones: en primer lugar, se dispone una amonestación por escrito y luego una multa que va entre el 10% al 50% de la remuneración mensual respectiva.

3.- Se establece una norma común de plazo de prescripción de 5 años para las infracciones, otorgando un periodo razonable para investigar y sancionar.

En el ámbito de la modernización del sistema de acreditación, afirmó que se flexibiliza la determinación de plazo y aranceles, facultando a requerir una nueva evaluación si no se mantienen los estándares; permite suspender la participación de entidades acreditadoras hasta por un año por incumplimiento; incorpora el requisito de garantía para entidades acreditadoras infractoras, y faculta a sancionar directamente al responsable de dichas entidades.

Prosiguió detallando que, en el ámbito de transparencia y difusión, que permite reducir la simetría de información del sistema, el proyecto de ley aborda las siguientes medidas:

1.- Se faculta difundir deberes y derechos de la ciudadanía, de manera de que la Superintendencia pueda realizar campañas y entregar materiales a la ciudadanía para que conozcan sus derechos y cómo hacerlos valer.

2.- Se crea un registro nacional de sanciones de acceso público, donde cualquier persona podrá consultar los prestadores que han sido sancionados y cuáles han sido los motivos. Las sanciones van a permanecer visibles durante un plazo de cinco años.

3.- Se señala la obligatoriedad de contar con un encargado de calidad para todos los prestadores institucionales.

4.- Se dispone de una orientación para el caso de presuntas negligencias médicas, donde el rol de la Superintendencia es otorgar la posibilidad de que las personas puedan tener acceso a un mediador, siempre y cuando sea en el sistema privado, lo que es costeado por las personas. En el caso de que sea un prestador público, el Consejo de Defensa del Estado es el que lleva las mediaciones. Sin embargo, connotó que el organismo fiscalizador que representa puede jugar un rol más activo para las personas frente a estos casos.

5.- Se instaura información pública sobre prestadores y auditorías con clínicas externas independientes.

Respecto a las disposiciones transitorias, detalló lo siguiente:

-La ley entrará en vigencia a contar de seis meses desde su publicación en el Diario Oficial. Dentro de los seis meses siguientes a la publicación, el Ministerio de Salud deberá adecuar los reglamentos respectivos.

-Los consejeros serán nombrados en una primera oportunidad por el Presidenta de la República en un plazo de tres meses, una vez que entre en vigencia la ley.

-Se disuelve el Consejo Consultivo de la ley N° 21.074, Ley Corta de Isapres, que actualmente permanece en un estado particular porque ya terminaron sus sesiones, sin embargo, si es que alguna ISAPRE incumple con el plan dentro de los 13 años proyectados, la Superintendencia tiene la potestad de intervenir y hacer un nuevo plan, lo cual debe ser consultado al referido consejo. Estimó que la situación se puede resolver traspasándolo a un consejo permanente.

Indicó que esta ley será aplicable a los procedimientos sancionatorios que se inician con posterioridad a su entrada en vigencia.

Respecto al mayor gasto fiscal que implique la entrada en vigencia de esa ley, acotó que, en su primer año, será de cargo del presupuesto vigente del Ministerio de Salud, pudiendo suplementarse mediante el Tesoro Público y, para los años posteriores a través de la Ley de Presupuestos de la Nación.

En conclusión, manifestó que se generan avances institucionales que permiten perfeccionar el sistema; se fortalece el rol regulador, fiscalizador, sancionador y gestor de la calidad en salud de la Superintendencia; se crea el Consejo de la Superintendencia; se logra la homologación de facultades entre ambas intendencias, generando un sistema más coherente, equilibrado y con mejores potestades para defender los derechos de las personas, no solo con los aseguradores, sino que en el tránsito completo dentro del sistema sanitario; se permite dar cumplimiento a los compromisos legales, como la mencionada Ley Corta de ISAPRES; se genera un impacto directo en la población y de los usuarios del sistema porque implica una mayor protección efectiva de sus derechos; se abre una vía de acceso a la justicia en salud, sin necesidad de tener que contratar abogados ni afrontar las costas judiciales, a través de un arbitraje de un órgano especializado; y, finalmente, los ciudadanos podrán contar con información transparente y oficial para tomar decisiones en el ámbito de su atención en salud.

El **Honorable Senador señor Castro González** dio a conocer sus inquietudes respecto de la iniciativa en estudio, en primer lugar, indicó que se ha criticado la falta de presencia de la Superintendencia en materias públicas, en materia de conflictos que hay en los hospitales con sus prestadores, médicos, funcionarios y el establecimiento, entre otros.

Agregó que las personas muchas veces se encuentran con la dificultad de reclamar sin saber dónde acudir por problemas que detectan en un hospital, como la burocracia o la calidad del trato al usuario. Consultó por el rol que la Superintendencia tendrá en este ámbito.

En segundo lugar, preguntó por el rol que tendrá la Superintendencia de Salud en el sistema privado, respecto a los graves conflictos que ha habido entre prestadores y clínicas o centros médicos, como la falta de servicio en los traslados de pacientes por problemas de logística en la atención.

En tercer lugar, en el rubro de la identificación de los prestadores y de los médicos que cuentan con un registro nacional y sistemas electrónicos de emisión de licencias médicas, requirió saber si ambas Superintendencias, la de Salud y la de Seguridad Social, se conectarán mejor con estas nuevas prerrogativas intercambiando información relevante sobre esta materia.

El **Honorable Senador señor Gahona** consultó por las atribuciones del Consejo Directivo, que parecerían ser débiles, siendo la única facultad relevante la de aprobar el plan estratégico. Requirió saber si está contemplada la posibilidad de ampliar estas facultades, como por ejemplo, la de tener responsabilidad en los procesos disciplinarios.

Por otra parte, solicitó aclarar el costo fiscal y la forma de realizar la contratación del personal especializado para asumir estas nuevas atribuciones.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** pidió antecedentes de los aranceles que pagan los prestadores a las entidades acreditadoras, que actualmente están fijados por un reglamento y el proyecto de ley propone que éstos puedan ser modificados por el ministro o ministra, dado que es difícil cambiarlos reglamentariamente, máxime si se requiere celeridad cuando existen cambios en los estándares de acreditación, por ejemplo, cuando un hospital cambia de complejidad. Consultó si ¿hay alguna razón por la cual esta potestad queda radicada en el Ministerio de Salud?

Por otra parte, preguntó sobre el tiempo que tardan en revisar los informes de las entidades acreditadoras para que un establecimiento reciba su acreditación, porque hay reclamos respecto de estos plazos. El proyecto de ley menciona que, mediante instrucciones de carácter general, la Intendencia de Prestadores de Salud definirá los plazos de los procedimientos de acreditación.

Requirió saber si la Intendencia referida va a definir sus plazos o éstos se van a establecer para las entidades acreditadoras.

El **Superintendente de Salud, señor Víctor Torres,** comentó, sobre la falta de presencia de la Superintendencia de Salud en materias públicas, sobre todo en el ámbito de los prestadores, que la iniciativa en estudio permitirá interpretar la ley y los reglamentos por lo que se podrán emitir instrucciones

generales y órdenes particulares, incluso, a los establecimientos del sistema público en el ámbito que corresponda, como la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes; eventualmente, en materia de la calidad asistencial también se podrá fiscalizar y sancionar. Recordó que las sanciones serán dirigidas a los directivos, de tal manera que pueda haber un efecto disuasivo y de modificación de conductas.

En lo relativo a los prestadores y clínicas, acotó que en este plano hay una complejidad porque tomando el caso de la Clínica Las Condes, en lo que se refiere a contratos entre privados, la Superintendencia no tiene atribuciones; sin embargo, hay elementos que sí se podrían analizar para tener más potestad, como el acceso a las fichas clínicas.

Añadió que, respecto a los procesos que tienen un efecto sobre la salud de las personas, como los problemas de traslado de pacientes a solicitud del Ministerio de Salud, las auditorías clínicas serán efectuadas por la Superintendencia, no por los servicios o los prestadores, como ocurre actualmente.

En el ámbito de las auditorías clínicas, reseñó que el proyecto de ley no contempla contratar un staff de médicos por ser insostenible presupuestariamente, pero tienen la posibilidad de contratar, en el caso de una auditoría, a determinados especialistas para realizar el informe.

Respecto al Registro Nacional de Prestadores Individuales y la georreferenciación, informó que han avanzado en un convenio con la PDI para contar con la información de médicos que estén en Chile y aquellos que salieron del país. Enfatizó que existe un vínculo con la Superintendencia de Seguridad Social, recordando que en la ley de licencias médicas se contempla que las sanciones que la SUSESO establezca para médicos infractores serán informadas a la Superintendencia de Salud para ser incorporadas en el Registro Nacional de Prestadores Individuales.

Sobre el Consejo Consultivo, hizo notar que la mirada a largo plazo es avanzar hacia un Consejo Ejecutivo, como ocurre en el caso de la SUSESO, pero también hay un sentido de realidad política y económica, que impide un avance mayor en la actualidad en este ámbito.

Sin embargo, precisó que es relevante en una primera instancia abrir la institución hacia una experiencia de organismo colegiado y posteriormente ir evaluando la mayor autonomía y eventualmente un consejo con más atribuciones.

Respecto a las consultas formuladas por la Honorable Senadora señora Órdenes sobre los aranceles dispuestos por reglamentos, explicó que el Ministerio de Salud es el organismo rector en esta materia, lo que es adecuado

y que la Superintendencia no tiene atribución de rectoría respecto de materias como la elaboración de reglamentos.

En cuanto al tiempo de revisión de informes, mencionó que desde el año 2022 se presentó una sobrecarga mayor al ingresar al sistema de acreditación la atención primaria de salud, lo que tuvo un impacto sobre los tiempos de revisión porque los funcionarios encargados eran los mismos, sin embargo, esta situación se debería resolver pronto.

Aclaró que los plazos son para las entidades acreditadoras, para que puedan responder.

Finalmente, sobre la consulta en materia de presupuesto, señaló que el mayor gasto fiscal que irroga la iniciativa en el primer presupuesto, se imputará al del Ministerio de Salud y, eventualmente, al del Tesoro Público; en los años siguientes, se imputará al presupuesto de la Superintendencia de Salud.

Además, aclaró que este proyecto de ley establece gradualidad, son 24 nuevos funcionarios que se van a contratar en cuatro años. Asimismo, se establecen seis meses para su entrada en vigencia, para evitar un impacto sobre el presupuesto.

El **Honorable Senador señor Flores** recordó que en el debate legislativo de la Ley Corta de Isapres, la Corte Suprema señaló que ocupaba más del 80% de sus recursos en resolver controversias entre clientes y prestadores, y la discusión que se dio en ese momento en cuanto a otorgar más atribuciones a la Superintendencia de Salud fue absolutamente necesaria.

El **Presidente de la Asociación de Clínicas, señor Javier Fuenzalida,** efectuó una presentación e indicó que el referido gremio asocia al 97% de las clínicas privadas, las cuales efectúan 1.200.000 intervenciones quirúrgicas al año, 85.000 exámenes de diagnósticos, 34 millones de atenciones médicas y 2,2 millones de días camas, entre otras atenciones.

Connotó que el gremio aportó casi el 40% de las camas clínicas en pandemia e informó que en este sector prestador trabajan alrededor de 285.000 trabajadores.

Estimó conveniente la presente iniciativa legal que apunta a fortalecer la Superintendencia de Salud, no obstante, efectuarán algunas observaciones en cuanto al supra poder otorgado al referido órgano fiscalizador.

En particular, se refirió al Consejo Asesor, y sugirió definir de mejor forma el objeto de las materias a fiscalizar, dejándolas preestablecidas.

Mencionó que su asociación maneja información sensible por lo que debería haber limitaciones formales respecto a ciertos datos en la definición de las fiscalizaciones, como lo relativo a balances y estados de resultados.

Un tercer aspecto aludido radicó en que la fiscalización debería ser similar para el mundo privado y público, para que no haya una doble mirada.

El **Fiscal de la Asociación de Clínicas de Chile, señor Juan Pablo Pomés,** manifestó que la iniciativa permitiría que la Superintendencia quedara con un exceso de facultades que podría generar cierto grado de discrecionalidad.

La primera, es la facultad interpretativa de la ley, la cual no es una atribución estricta, y si bien es cierto que algunos servicios del Estado la tienen, ésta siempre está dirigida a un fin determinado.

El proyecto de ley, acotó, genera la posibilidad de interpretar de manera amplia, especialmente en materia de fiscalización, la posibilidad de dictar normas complementarias a la legislación vigente e interpretarlas cuando se trate de materias de control, lo que sin lugar a dudas puede generar problemas de arbitrariedad. Además, se entrega al órgano que fiscaliza la función de determinar las normas de carácter general que luego va a controlar.

Precisó que no se trata de normas dictadas por el legislador que después la Superintendencia va a fiscalizar, sino que, muchas veces, dicho órgano podrá determinar esa normativa e interpretarla al momento de fiscalizar. Estimó que esta situación es delicada, además de considerar un régimen de multas altas.

Aclaró que las multas fluctúan, aproximadamente, desde las 1.000 UTM, y en materia de procesos de acreditación pueden llegar a 10.000 UTM. El grueso de las multas está entre las 2.000 UTM y, en caso de reincidencia, se duplican, lo que podría generar problemas económicos para los actores medianos del sector.

Enseguida, se faculta a la Superintendencia para difundir a la ciudadanía los procesos de fiscalización y aplicación de sanciones, para lo cual se crea un registro nacional de carácter público. Por ende, además de la fiscalización, aplicación de multas altas, existe una suerte de castigo que es la denostación pública.

Opinó que el prestador sancionado va a quedar expuesto durante un periodo en un registro público, lo cual, a su entender, vulneraría ciertas garantías constitucionales, tales como el debido proceso y el derecho a ejercer libremente una actividad económica.

En este mismo sentido, connotó que el D.F.L. N° 1, del Ministerio de Salud, faculta a la Superintendencia para que en los procesos de fiscalización

pueda requerir información necesaria para el cumplimiento de su función, quedando en evidencia la amplitud de la misma; no obstante, en el proyecto de ley, el referido órgano controlador va a tener facultades que van mucho más allá del cumplimiento de su función pudiendo solicitar datos financieros, jurídicos, administrativos, relativos al giro, sobre la actividad comercial, asistencial, cartera, de prestación, precios, aranceles, modalidad de pagos, convenios, contratos, etcétera.

Planteó la pregunta, todo ello ¿con qué fin? ¿cuál es la necesidad de esta amplitud? Consideró que en este punto nuevamente se infringe el derecho constitucional de ejercer libremente una actividad económica.

Sumado a lo anterior, reseñó que se dispone de una nueva facultad para la Superintendencia, que es la de transformarse en Tribunal de la República y ejercer jurisdicción, algo que está estrictamente entregado al Poder Judicial. Al respecto, connotó que la salud en Chile está estrictamente regulada por diversos cuerpos legales que detalló.

Aseveró que los órganos llamados a tutelar el cumplimiento de esta legislación son los tribunales de justicia, que son los llamados a resolver conflictos conforme a la ley; sin embargo, la iniciativa permite que la Superintendencia pueda resolver materias de su competencia como árbitro-arbitrador.

Explicó que el arbitraje es una institución contemplada en el Código Orgánico de los Tribunales, en que se establece que solo las partes mayores de edad pueden designar árbitro, especialmente el árbitro-arbitrador, disponiendo dos tipos de árbitros: el arbitrador y el de derecho.

Reseñó que el árbitro de derecho falla igual que un tribunal ordinario, conforme a la ley; en cambio, el árbitro arbitrador es un tipo de tribunal muy especial que resuelve en conformidad a la equidad y la prudencia, por lo que no está obligado a respetar la legislación vigente, lo cual es delicado en materia de salud cuando existe abundante legislación que regula el sector.

Destacó que la Superintendencia, ejerciendo esta función jurisdiccional, va a poder obviar la ley, y estimó que este es un aspecto que debiera revisarse. En el mismo sentido, hizo presente que se permite que dicho órgano pueda adoptar medidas provisionales en los procedimientos que incoa.

Agregó que las medidas provisionales están reguladas en la ley N° 19.880, sobre procedimientos administrativos. Citó como ejemplo de medida provisional la suspensión de funciones de un prestador privado de salud, lo que es bastante complejo o, en su reemplazo, otras medidas intrusivas y complejas. Por ello, manifestó que debería acotarse esta facultad.

En cuanto al régimen de multas, insistió sobre el cuantioso monto de las mismas, que se aumentan hasta 20.000 UTM, por lo que llamó también a revisar esta materia.

Por último, anunció que lo anteriormente señalado afectaría la garantía del artículo 19, número 3), de la Constitución Política de la República, referida al debido proceso, por cuanto se le otorga a la Superintendencia de Salud la facultad de actuar como árbitro-arbitrador, y se dispone que el mismo órgano va a fijar las reglas del procedimiento del juicio, obviando normas como la apertura de un periodo de prueba.

Asimismo, se establece que todas las resoluciones de la Superintendencia pasan a tener el carácter de título ejecutivo generando un efecto de cosa juzgada, por cuanto hace aplicable el artículo 174 del Código de Procesal Civil. Connotó que la cosa juzgada es la fuerza obligatoria que tienen las sentencias judiciales, lo cual se transfiere al referido órgano fiscalizador, por lo que llamó a revisar esta materia.

La **Presidente del Colegio Médico de Chile A.G., señora Anamaría Arriagada,** acompañó una presentación en la que se refirió a lo positivo de la iniciativa en cuanto a fortalecer a la Superintendencia de Salud, abordar el tema de la transparencia hacia los usuarios, disponer sanciones y las fallas de acreditación de los prestadores, entre otros temas.

Planteó la situación cuando un prestador institucional pierde la acreditación frente al GES y qué es lo que podría ocurrir con esos pacientes usuarios en el caso de que fuera un prestador cerrado. Opinó que en la medida que se fortalecen las capacidades y las posibilidades de sanción de la Superintendencia, debería dejarse establecida esta situación.

Expresó que existen insuficiencias para enfrentar los reclamos de los usuarios por falta de cumplimiento de la ley N° 20.584, sobre derechos y deberes de los pacientes, y también, la resolución insuficiente o parcial de las auditorías clínicas.

Estimó necesario disponer de indicadores que permitan monitorear el resultado de estas medidas. Explicó que, si este proyecto de ley avanza, habría que ver qué pasa con el número de reclamos, con las sanciones dictadas, con el cumplimiento de normas, con la reiteración de un incumplimiento y cómo finalizan las auditorías. Consideró que sería conveniente levantar indicadores en ese sentido.

En cuanto a las premisas del proyecto de ley, mencionó las siguientes:

- Se establece en esta nueva normativa, en el artículo 37 de la ley N° 20.584, sobre de Derechos y Deberes de las Personas en Relación a las

Acciones Vinculadas a la Atención de Salud, que los usuarios pueden presentar denuncias sobre acciones de prestadores individuales ante la Superintendencia de Salud, que vulneren el mencionado cuerpo normativo, como el derecho a la privacidad, la confidencialidad, el resguardo de la ficha, la información, el consentimiento informado y el acompañamiento del buen morir, entre otros.

Estimó que aquí puede haber un riesgo de superposición de facultades de la Superintendencia con aquellas que hoy día se otorgan por la Constitución Política de la República a los colegios profesionales o a los tribunales ordinarios.

Hizo referencia al artículo 19, N° 16, inciso cuarto, de la Carta Fundamental y planteó que si un prestador infringe la ley N° 20.584, ya referida, por ejemplo, al enviar una fotografía de un paciente sin su autorización en un WhatsApp, para plantear una duda de diagnóstico, se expone y vulnera la privacidad y la confidencialidad de la persona. El paciente podría efectuar un reclamo contra el médico involucrado para efectos de instaurar el proceso respetivo y de ser sancionado, se publicaría esa transgresión grave en el nuevo registro, por cinco años.

Destacó que la mencionada infracción es una falta grave, que se puede corregir, mediante otros mecanismos, como pedir disculpas.

Hizo presente que el Registro Nacional de Sanciones tendrá anotaciones de acceso público por un período de cinco años, por tanto, bien podría repararse la infracción cometida, no obstante lo cual, el infractor seguiría formando parte del citado registro.

Reiteró la compleja superposición de funciones con elementos que van en la ley de derechos y deberes de los pacientes, y su desacuerdo con la tendencia del legislador a establecer registros públicos por procesos administrativos con resultados adversos.

Acotó que, lo anterior no ocurre en nuestro ordenamiento penal, salvo excepciones. En cuanto a la corrección de la falta indicó que, si bien se publicará la fecha del acto administrativo que la verifique, esto no implica necesariamente el retiro del profesional del registro ni el resarcimiento del daño reputaciones que pueda existir.

Explicó que no existe claridad respecto de este nuevo registro y que como Colegio Médico no estarían de acuerdo con que este tipo de medidas funcionen para modificar cierto tipo de conductas.

Celebró la creación del Consejo de la Superintendencia de Salud, sin embrago le pareció insuficiente el plazo de seis meses, luego del cese en el Consejo, para que sus integrantes puedan ocupar cargos tan importantes como

director, gerente, administrador o ejecutivo principal de una institución de salud previsional.

Sugirió modificar el plazo referido, disponiendo el mismo lapso de dos años para asumir un cargo en el Consejo y para la salida del mismo, para efectos de probidad y de evitar conflictos de interés.

Con respecto al artículo 121 de la iniciativa, en el caso de prestadores individuales de salud, se les podrá sancionar, además, con suspensión de hasta 180 días de su inscripción en el registro. Sin embargo, no existe claridad en cuanto a qué casos se aplicaría esta sanción adicional.

Añadió que tampoco existe claridad respecto a la vía de impugnar resoluciones de la Superintendencia de Salud, si ésta va a ser fortalecida. Precisó que en estos procesos no entran los tribunales ordinarios y estimó que este es un camino que debería contemplarse para controversias entre pacientes y prestadores de salud que sean resueltas por la Superintendencia.

Puso de relieve que les preocupa la indeterminación del ámbito de fiscalización de los prestadores individuales. Quedó claramente establecido que éstos no podrían participar de auditorías clínicas, a menos que las instruya el Ministerio de Salud y van a entrar dentro de la práctica clínica. Sin embargo, hay temas como los que implican derechos y deberes de los pacientes que sí tienen que ver con la práctica clínica.

Manifestó estar disponible para apoyar esta iniciativa, con otros colegios profesionales, para poder avanzar en lo que respecta a la tuición ética.

El abogado asesor del Colegio Médico, señor Adelio Misseroni, expresó que la agrupación que representa coincide plenamente con lo señalado por la Asociación de Clínicas sobre el aumento del derecho administrativo sancionador, falta de principios propios del debido proceso y precaria tipificación de faltas, entre otras materias; en segundo lugar, en cuanto a las controversias entre pacientes y prestadores, precisó que no aparece claramente señalada la posibilidad de impugnar dichas resoluciones ante los tribunales ordinarios de justicia. Asimismo, se disponen facultades de árbitro arbitrador para el superintendente, y la posibilidad de apelar y de interponer reposición ante ésta autoridad, sin indicar el tipo de procedimiento aplicable y sin otorgar la posibilidad de recurrir ante los tribunales ordinarios, lo que daría mayor garantía de un órgano imparcial sujeto al debido proceso para poder revisar las resoluciones de dicho órgano fiscalizador.

El **Honorable Senador señor Castro González** preguntó sobre los conflictos comerciales entre médicos o prestadores y sus centros clínicos, como lo ocurrido con la Clínica Las Condes, que tuvo problemas graves que redundaron en la pérdida de atenciones y fugas de médicos, hechos en los cuales tuvo escaso margen de acción la Superintendencia, y planteó ¿qué se

hace en estas situaciones con los conflictos laborales que tienen las clínicas con sus trabajadores, como sucedió en el caso de la derivación de una menor que no pudo ir a un centro de alto nivel y tuvo que ser trasladada a la ciudad de Arica y murió en el camino.

Consultó qué ocurre cuando hay fallos laborales que impiden recibir a pacientes derivados a un centro hospitalario, y qué función cumpliría, en estos casos, la Superintendencia; ¿cómo actúa dicho organismo en el ámbito público, sobre todo ante la falta de servicio? Hizo presente que este es un tema que va aparejado a una demanda judicial, pero hoy la gente al reclamar de falta de servicio acude a un diario o a un concejal, transformándose su problema en una verdadera peregrinación.

Planteó de qué forma entra en esta nueva escena la Superintendencia con su facultad para a arbitrar y estar más cerca de la ciudadanía frente a este tipo de dilemas.

Mencionó, por otra parte, que en los conflictos hospitalarios los distintos sectores reclaman de cierta desigualdad, más cargada hacia lo privado, en tanto que el sector público que atiende a un sinnúmero de personas necesita una entidad donde puedan acudir estas personas, sin intermediación, por sobre las autoridades locales que muchas veces actúan tardíamente o difieren o simplemente no se colocan en el escenario de resolver un conflicto que afecta la calidad de atención.

Prosiguió preguntando ¿cómo entra en todas esas dimensiones la Superintendencia en esta equidad público-privada, donde se entiende como un organismo que está por sobre los seguros y que logra impartir cierta justicia no siendo un tribunal?

Connotó que la Superintendencia revisa los procedimientos de toda naturaleza de los millones de personas que están en los centros prestadores.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** solicitó escuchar al Ejecutivo sobre el tema de las facultades de la Superintendencia, puesto que los invitados han planteado consultas y discrepancias con el proyecto de ley, respecto a estas nuevas atribuciones.

Requirió antecedentes estadísticos sobre los indicadores sobre los que se deberían trabajar para abordar esta iniciativa, porque cuando se habla de controversias entre pacientes y prestadores el ordenamiento jurídico señala que en el caso de los prestadores privados los interesados deberán someterse a un procedimiento de mediación.

Precisó que hay mediadores acreditados por la Superintendencia y entiende que los pacientes deben costear su intervención.

Consultó ¿cuántas mediaciones se realizan?, ¿cuántas de ellas se resuelven bajo ese mecanismo?, ¿cuántos casos se espera que la Superintendencia pueda resolver en su nuevo rol de árbitro arbitrador?

La **señora Ministra de Salud** respondió que, efectivamente, las observaciones que hacen las Clínicas de Chile no son distintas a las discutidas durante la tramitación de esta iniciativa en la Cámara de Diputados. Connotó que, si se analizan las estadísticas de causas de muerte en los países desarrollados se puede apreciar que el efecto de la atención de salud es una de las primeras causas de muerte, y resulta que se está avanzando en un sistema de salud que está atendiendo a gente cada vez más envejecida, lo cual tiene consecuencias en la atención de salud.

Destacó que las garantías de la calidad de la atención no acompañan el dinamismo de la atención de salud de las personas, sino que han quedado detenidas en lo que es la acreditación de los prestadores, pero no avanzan hacia los procesos clínicos y generan vulneraciones o eventos que no han sido suficientemente corregidos. El tema de la auditoría médica es un elemento de calidad de la atención, más que un tema sancionatorio, tiene que ver con la calidad de las prestaciones médicas.

Consultó qué es lo que la Superintendencia de Prestadores de Salud va a acreditar desde el punto de vista de lo que se hace en la acreditación de prestadores, y si tiene certificado de especialista.

Efectivamente, hay ciertas circunstancias en las que se ven problemas en la atención médica y que llegan a situaciones que requieren una investigación que permite mejorar el ciclo de la atención del paciente, más allá del tema de la fiscalización. En lo punitivo, planteó cuál es la garantía que tienen en la actualidad las personas cuando existe un proceso en el que el mismo servicio de salud, que debería pagar si es que se detecta alguna irregularidad, es el que tiene que realizar la investigación en forma independiente.

Reseñó que tener una Superintendencia genera mayor independencia y otorga garantías a las personas de no tener que recurrir a la justicia frente a situaciones que les afectan.

El **señor Superintendente de Salud** subrayó que lo que buscan a través de este proyecto de ley es poder darles mayores garantías a las personas para un acceso oportuno a las atenciones, que es la misión de la Superintendencia y, para ello, es fundamental poder homologar al menos las atribuciones que tienen la Superintendencia de Fondos y la Superintendencia de Prestadores de Salud.

Connotó que hay materias que no innovan respecto de la experiencia o atribuciones que ya tiene la Superintendencia como institución, pero que, sin embargo, están básicamente otorgadas en un ámbito de la facultad de la

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud. Por lo tanto, se genera el problema que para poder resolver controversias de cobertura, si se tiene la posibilidad de solucionarlas, se pueden dar instrucciones de carácter general, pero no en el caso de los prestadores.

En este contexto, se genera un menor poder para resolver situaciones que también viven las personas y que van más allá de la mera acción de cobertura, por lo tanto, eso requiere aumentar las facultades fiscalizadoras de la Superintendencia.

En el caso del Consejo Asesor, expresó que se consideró la incorporación de personas con experiencia en prestadores, cumpliendo con los requisitos que establece el proyecto de ley. En el ámbito de las auditorías clínicas, explicó que las mismas no son una facultad derivada ya que es el Ministerio de Salud el que instruye la auditoría clínica respectiva, por lo que no existe un problema de que la Superintendencia disponga normas en estos casos para posteriormente efectuar la auditoría correspondiente.

Recalcó que esa es una materia que le corresponde al Ministerio de Salud en su rol de rector; la Superintendencia ejecuta la fiscalización como un tercero que de alguna forma u otra garantiza imparcialidad en el proceso que se está investigando.

Sobre la duda del deber de confidencialidad, reseñó que la Superintendencia de Salud maneja información sensible del mercado en el ámbito de los seguros de las Isapres y se somete a un estricto control de manejo de datos, fundamentalmente por el impacto que pueden tener estos antecedentes en decisiones comerciales y en el mercado. De hecho, recordó que en la discusión de la ley corta de Isapres, varias veces se omitió cierta información explicitando el impacto económico que ésta podría tener en materia comercial.

Destacó que, en el ámbito de la facultad interpretativa de la ley, que posee la Superintendencia de Salud en relación con las ISAPRES, permite dar certezas de la fiscalización. Preciso que dicha entidad no hace reglamentos, los cuales son una atribución del Ministerio de Salud, pero muchas veces la normativa les permite poder cumplir con la inspección y darle certeza al fiscalizado de qué cosas son las que se van a controlar. Es más, la instrucción que se realiza también cumple con la posibilidad de ser revisada por los recursos de reposición, jerárquico o en los tribunales de justicia.

Luego, se refirió al régimen de multas y señaló que este tema fue tratado en el primer trámite constitucional en la Cámara de Diputados, e indicó que a la Superintendencia le interesa más que multar, es tener un cambio conductual con sanciones disuasivas. Agregó que tienen la experiencia de clínicas que, a pesar de ser sancionadas, y de reclamar ante el Tribunal Constitucional, siguen manteniendo la conducta infractora, lo que es grave.

Añadió que para que las multas sean disuasivas deben ser importantes, y connotó que en su aplicación se consideran nuevos elementos como, por ejemplo, la capacidad económica del prestador.

En cuanto a las clínicas de menor tamaño, explicó que se tendría en cuenta esta condición dentro de los elementos propios para poder establecer una multa, cuestión que actualmente no existe, incorporándose así elementos más objetivos.

Sobre la publicidad de sanciones, manifestó que la misma no tiene por objeto la denostación pública del sancionado, sino que más bien de entregarle a la ciudadanía información.

Planteó que hay un rol de la Superintendencia de hacerse cargo de la asimetría de información para que la ciudadanía en su derecho constitucional de optar entre un prestador y otro, tenga los datos a la vista, resguardando algunos aspectos como el establecer claramente cuándo fue subsanado el problema detectado.

Por otra parte, en cuanto al juicio arbitral aludido por los expositores, reseñó que en la actualidad la Superintendencia actúa como árbitro arbitrador, por ello, no es una novedad desde el punto de vista de las atribuciones que posee este organismo, pero sí lo es respecto de los prestadores, esa es la única diferencia.

Informó que durante los treinta años que lleva la Superintendencia de Salud ejerciendo este rol, no han tenido problemas significativos, puesto que existe un procedimiento establecido, con recursos de reposición y de apelación de primera instancia, que es el intendente respectivo, y luego una segunda instancia que es el Superintendente; finalmente, es posible recurrir a los tribunales de justicia.

Indicó que esta función permite entregar a las personas, en esta relación asimétrica que existe entre el paciente y el prestador, mayores posibilidades de defenderse sin tener que acudir al pago de un abogado para recurrir a los tribunales de justicia, con los costos asociados. Aseveró que se ha visto, por ejemplo, en situaciones con las ISAPRES, donde efectivamente la posibilidad de resolver estos casos ha permitido cumplir con elementos fundamentales. Hay problemas de las personas en estas controversias que van más allá de lo que establece la ley; sin embargo, nunca se puede fallar fuera del ordenamiento jurídico, lo cual se debe tener muy claro.

Añadió que hay muchos principios que se verían conculcados si la Superintendencia aplicara la ley de manera estricta, lo que ha ocurrido en determinadas situaciones. Mencionó el caso de la paciente señora Martina Vera, quien autorizó dar a conocer su situación, en que el Estado de Chile perdió en la Corte Interamericana de Derechos Humanos y fue la Superintendencia de Salud

la única instancia nacional que le dio el favor, situación que posteriormente revirtió la Corte Suprema.

Destacó que gracias a esta facultad se han podido resolver situaciones de salud que son importantes en el ámbito de las coberturas y hoy día también debería abarcar a las atenciones en los prestadores.

Sobre las medidas provisionales, señaló que éstas no pretenden suspender el funcionamiento del sistema, caso en el cual hay una atribución de la Seremi. Hizo notar que las citadas medidas tienen que ver con pacientes que tienen problemas de cobros y mientras se está en esta controversia que, incluso, puede no ser con las clínicas, sino por problemas de coberturas con las ISAPRES, y en la medida en que éstas no se resuelven, la clínica cobra. Por lo tanto, se presenta un problema mayor frente a esto, ya que los afectados recurren a los tribunales de justicia para obtener una orden de no innovar.

Opinó que esta facultad resolutiva permitiría solucionar la referida situación y, evidentemente, hacerla mucho más coherente. Insistió que esta controversia podría ser con el prestador y también con las ISAPRES.

En cuanto al planteamiento del Colegio Médico, relativo a la duda planteada en el ámbito de la violación de los derechos y deberes en relación con el ejercicio clínico o el juicio deontológico, indicó que esta es una materia que actualmente existe, porque cuando llega un reclamo a la Superintendencia, en la admisibilidad respectiva, se determina si éste corresponde a una infracción a la ley de derechos y deberes del paciente o debe ir a una mediación.

Puso de relieve que hoy se efectúa esa selección, por lo que no habría a su entender, un problema. No obstante, si el problema es una complicación del ámbito de la negligencia médica o del ejercicio profesional, operaría el sistema, tal como lo hace ahora.

Destacó que no hay modificación en este proyecto de ley, respecto de ese ámbito reseñado, puesto que es una cuestión que va más allá de lo que hoy se podría aspirar. Añadió que ha existido durante el último tiempo una gran cantidad de leyes que han terminado interpretando partes de la ley de derechos y deberes de los pacientes.

Aclaró que existe una multiplicidad de normativas sobre situaciones que perfectamente podrían haber sido resueltas por la vía administrativa en la medida en que la Superintendencia pudiera haber tenido esa potestad interpretativa. Por lo tanto, expresó que éste es un elemento fundamental, y en cuanto al juicio antológico, la Superintendencia no posee ningún tipo de atribución, en cambio sí las tendría el Colegio Médico, en el caso que el médico sea colegiado.

En relación al comentario del abogado del Colegio Médico, en cuanto a un excesivo aumento en la fiscalización administrativa, dijo que es la Superintendencia el organismo administrativo imparcial, porque no defiende los intereses del Estado, sino que la relación entre las personas, los seguros, y los prestadores de salud. Por lo tanto, funciona como un ente que es imparcial.

Subrayó que la Corte Suprema reconoció esta situación a propósito de la discusión de la adecuación precio-base, respecto de las primeras verificaciones obligadas.

Finalmente, en cuanto a los dichos del Honorable Senador señor Castro González, connotó que este proyecto de ley no se hace cargo de problemas laborales que podrían existir en una clínica aun cuando puedan tener un impacto sanitario; tampoco de fallos laborales que impiden un traslado, eso no es materia de este proyecto de ley.

Sobre la falta de servicios, precisó que es un tema que analizan los tribunales de justicia, y respecto de la desigualdad de la atención público-privada, hizo una diferencia porque el GES tiene plazos determinados para la atención oportuna, y en este caso la Superintendencia posee la potestad para poder intervenir.

Finalmente, en lo mencionado por la Honorable Senadora señora Órdenes, en cuanto al prestador privado, reseñó que la Superintendencia nombra u otorga estos mediadores que son privados, los cuales son pagados por las partes, y si el prestador es público el asunto se deriva al Consejo de Defensa del Estado.

El **Honorable Senador señor Flores** hizo notar que lo primero es mejorar la relación institucional con quienes buscan recuperar su salud, y luego, se debe tener un escenario claro respecto a los derechos y los deberes de cada cual; lo tercero, es resolver un problema de los cobros indebidos donde la Corte Suprema tiene más del 80% de los casos relacionados con las divergencias que hay entre los pacientes y los prestadores.

Hoy día el sistema de administración de justicia concentra estos problemas, y opinó que se pueden buscar ajustes por la vía de la regulación administrativa.

La **Presidente del Colegio Médico de Chile A.G., señora Anamaría Arriagada,** puso énfasis en el tema del registro, agregando que el tema de seguridad en salud se ha equiparado bastante con la industria aeronáutica, ya que ambos sectores manejan principios vitales. Insistió en que publicar una falta y su sanción no es algo que sirva para que las pacientes puedan tomar decisiones, máxime si se considera que en ciertos lugares se enfrentan variadas dificultades, como la permanencia de los médicos. Añadió que se debe tener presente que esta reglamentación regula el sector público y privado de salud.

Concluyó que la referida vía no necesariamente aportará a construir una mejor práctica médica, reseñó que el Colegio Médico no celebra el establecimiento de registros públicos, sobre todo porque podría existir una sanción penal que no aparecer en ninguna parte y, sin embargo, asomar en un registro público por una infracción de la ley de derechos y de deberes de los pacientes, lo cual no sería proporcional.

La **Superintendenta de Seguridad Social, señora Andrea Soto,** señaló que el proyecto de ley les permite referirse a las licencias médicas que es una de las principales prestaciones sociales que se entregan a los trabajadores y trabajadoras del país, permitiendo recuperar la salud de las personas y la justificación por no asistir a sus labores.

Comentó que es importante fortalecer esta prestación social, siendo relevante haber contado en este último año con información de profesionales individuales y de instituciones de salud, además de la posibilidad de limitar la emisión de licencias sin fundamento médico. La posibilidad de sancionar a los grandes emisores ha sido un logro que ha ido rebajando la emisión de estos permisos.

Planteó que a la SUSESO le gustaría tener acceso por ley a la información que la Superintendencia de Salud obtenga para poder fortalecer la prestación social.

El **Intendente de Beneficios Sociales de la SUSESO, señor Luis Díaz,** destacó elementos esenciales en el proyecto de ley. El primero, tiene que ver con el fortalecimiento de la fiscalización de los prestadores institucionales. Explicó que en la emisión de licencias médicas, en general, concurren prestadores individuales e institucionales. La parte de los prestadores individuales está de alguna forma fiscalizada a través del Registro Nacional de Prestadores Individuales y esta información es la que dispone la Superintendencia de Seguridad Social para desarrollar su labor de investigar a profesionales emisores con o sin fundamento médico en la emisión de licencias y, por lo tanto, hay una relación con el referido Registro.

Sin embargo, se debe fortalecer la fiscalización en la emisión por parte de los prestadores institucionales porque dependiendo del tipo de institución de salud varían los estándares de exigencias.

Añadió que, para controlar la emisión de licencias médicas del extranjero, los prestadores institucionales son determinantes. Actualmente, se puede emitir una licencia médica desde el extranjero por un prestador individual que esté habilitado para emitir en Chile, siempre que esa licencia médica se emita a través de un prestador institucional domiciliado en Chile.

La fiscalización de prestadores institucionales es un elemento central y lo recoge el proyecto de ley, siendo valorado por la SUSESO porque ayudará a realizar el trabajo de mejor manera.

El segundo elemento que comentó, es el fortalecimiento del Registro Nacional de Prestadores Individuales, siendo relevante la información y la actualización de los datos con uno de los elementos que se tiene a la vista a la hora de permitir la emisión de licencias médicas.

Consideró que se debe transitar a la interoperabilidad de los datos para la emisión correcta de licencias médicas y controlar el debido pago del subsidio de incapacidad laboral. Afirmó que, al fortalecer los procesos de fiscalización se protege el instrumento y el derecho de los trabajadores.

La **Superintendenta de Seguridad Social, señora Andrea Soto,** recordó que a partir de mayo del año 2026, los facultativos que no cuenten con el EUNACOM no podrán emitir licencias médicas, por lo tanto, también es una información que debería constar en el registro de médicos. A su vez, indicó que las licencias son emitidas por los médicos autorizados por EUNACOM, y también por matronas y dentistas, por lo cual llamó a ampliar ese Registro de profesionales.

El **Honorable Senador señor Castro González** solicitó precisar el rol fiscalizador que tiene la Superintendencia de Seguridad Social con los prestadores médicos, respecto al registro en cuanto a la controversia de las licencias médicas.

Precisó que hay algunos casos en los que han sido objeto de control por parte de la SUSESO, que es el organismo que tiene la tuición de fiscalización del emisor. Consultó de qué manera la propuesta legislativa logra hacer un camino de mayor interacción entre los diversos organismos y se potencian las dos Superintendencias complementando sus roles.

El **ex Superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic** efectuó una presentación en la que precisó sus contenidos generales en cuanto a que la iniciativa representa un esquema de fortalecimiento institucional que tiene por objetivo la protección de derechos y la modernización del sistema de acreditación optimizando la estructura y el liderazgo de la Superintendencia, fortaleciendo los mecanismos de protección de derechos mejorando el sistema de calidad.

Consideró importante la evolución natural de la Superintendencia de Salud y recordó que el sistema privado se originó en dictadura mediante un sistema de aseguramiento privado sin una supervisión de un organismo técnico especializado, sino que a través de un departamento dentro del FONASA, durante los primeros 10 años de existencia del sistema de ISAPRES. Posteriormente, en el año 1990 se aprobó una ley que creó la Superintendencia

de ISAPRES, la cual, quince años después, pasó a ser Superintendencia de Salud organizada en torno a dos intendencias.

Bajo este nuevo esquema de la Superintendencia de Salud, hay ciertos ámbitos en los cuales el regulador interviene sobre el sistema de salud. Por un lado, a través de la facultad de interpretar normas, regula de alguna manera impartiendo instrucciones e interpretando el contenido de la ley y, por otro lado, fiscaliza.

Un tercer ámbito que ha sido creciente en el funcionamiento de la Superintendencia, es la resolución de controversias entre personas y prestadores o seguros y el cuarto rol, más característico de la Intendencia de Prestadores de Salud, es la administración del sistema de calidad con las normativas que emanan desde el Ministerio de Salud. La Superintendencia administra el sistema de registro y el sistema de acreditación.

Este crecimiento ha planteado ciertos desafíos pendientes que justifican la necesidad de discutir sobre un fortalecimiento de la Superintendencia de Salud, como el gran ente regulador encargado de los conflictos que tienen las personas que involucran no solamente a una contraparte, sino que a dos, el prestador y el pagador.

Ello, sumado a que el ámbito de la prestación de salud originalmente estaba estuvo desregulado, por lo que ha habido una intervención legislativa creciente en el ámbito de la prestación, siendo el hito más relevante la ley N° 20.584, de derechos y deberes de las personas en su atención de salud, más otras leyes que han comenzado a regular esta actividad.

A continuación, destacó los aspectos clave en el proyecto de ley que fortalecen a la Superintendencia de Salud:

- La facultad interpretativa y normativa para impartir instrucciones generales.

- El desarrollo de auditorías clínicas a petición del Ministerio de Salud.

- El robustecimiento del rol en la resolución de controversias en conflictos entre usuarios y prestadores, como árbitro arbitrador.

En cuanto a la facultad interpretativa, aclaró que ésta consiste en dar una respuesta más ágil a los problemas sin esperar leyes o reglamentos, homologando el poder que tiene la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, terminando con la asimetría existente, pero esto genera cierta incertidumbre jurídica y dudas sobre la pertinencia técnica y sobre la transparencia en la priorización de los aspectos que hay que resolver.

Afirmó que la Superintendencia tiene una brecha que desarrollar en materia de capacidad para emitir normativas. Comentó que el nivel de desarrollo histórico y técnico de ambas Intendencias, no es el mismo.

Reseño que ante esta situación surge la pregunta de si resulta razonable hacer la homologación, porque de alguna manera en el sistema de aseguramiento privado tiene sentido una intervención más fuerte porque son recursos de la seguridad social, siendo obligatorio para las personas cotizar y los administradores privados actúan dentro de la lógica de la seguridad social.

Por otro lado, se podría plantear que lo que hacen los seguros es canalizar estos flujos de recursos hacia los prestadores, por lo tanto, no se puede hacer una separación completa y parece razonable ampliar las facultades de intervención de la autoridad.

A su vez, planteó la pregunta sobre los ámbitos que son relevantes para que se aplique la homologación. ¿Será para todo el marco jurídico o solo con aquello que tenga que ver con los dilemas que surgen a partir de las coberturas y de los conflictos en materia de acceso?, puesto que, tal vez, podría no ser necesario realizar una homologación completa.

Respecto a los aspectos técnicos, la pregunta es saber qué sucede con el rol regulador del Ministerio de Salud, ente que está facultado por ley para regular al sistema de salud.

En el caso de las autoridades independientes, si bien, en principio, parece correcto porque hay que avanzar en profesionalizar el desarrollo de autoridades clínicas independientes, surge la pregunta sobre la capacidad operativa técnica, que incluso la ley en algún sentido lo reconoce, diciendo que puede pedir funcionarios en comisión de servicio para este efecto.

Estimó que el punto fundamental que surge del proyecto de ley tiene que ver con que la acreditación y el sistema de calidad, desde hace más de 25 años, cambiaron el foco tradicionalmente punitivo de la infracción de reglamentos, de errores o de eventos adversos.

Recordó que el sistema de calidad busca un cumplimiento preventivo que contempla un reporte voluntario de eventos adversos lo que se relaciona con la generación de confianzas institucionales que puede generar un cambio de incentivo y es importante que el sistema avance en fomentar el cumplimiento más que promover la vía punitiva; manifestó que es clave reconocer que la actividad asistencial es crecientemente compleja.

En relación con las funciones de árbitro-arbitrador, como un mecanismo alternativo de resolución de controversias, planteó que fallar en prudencia y equidad puede ser aplicado como un arma de doble filo. Por una parte, da flexibilidad para resolver ciertos conflictos, pero resta predictibilidad y

podría ser percibido como subjetivo si es que no logra fundamentarse adecuadamente.

Por otro lado, llamó a no confundir aquello que tiene que ver con resolución de conflictos entre usuarios y prestadores o seguros, y la resolución de reclamos o la fiscalización, que siempre debería resolverse conforme a derecho.

Destacó que al plantear el avance en el sistema de arbitraje, no se observa la misma convicción en materia de mediación, que es un mecanismo no adversarial, que ha tenido, en general, un camino positivo para el sistema en los últimos 20 años y en el cual todavía subsisten aspectos que afectan los derechos de los beneficiarios, por ejemplo, que los usuarios del sistema público que son atendidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile o, incluso, las corporaciones municipales de atención primaria de salud, o que son derivados por el sistema a prestadores privados, no acceden en las mismas condiciones de un mecanismo de mediación administrado gratuitamente por el Consejo de Defensa del Estado. Ese tipo de diferencias no solamente habría que terminarlas, sino que convendría revisar el sistema de mediación completo.

En relación con el aumento de las multas, hizo notar que el objetivo es que éstas no sean consideradas como un simple costo de hacer negocios, sino que tengan un efecto disuasivo. No obstante, en el caso de los prestadores intermedios y grandes, cualquier multa importante puede llegar a ser expropiatoria y generar algún tipo de inviabilidad en la continuación operacional, lo cual terminaría siendo una consecuencia peor de lo que se busca corregir.

Lo anterior, acotó, se vincula al tema de la falta de desarrollo de criterios objetivos, de confianza en el regulador y que existe un riesgo de arbitrariedad que genere problemas de viabilidad en los actores.

En relación al registro público de sanciones, opinó que, en principio, aporta transparencia, reduce la simetría informativa y genera un potente incentivo reputacional. Sin embargo, estimó que no es razonable poner el énfasis solo en las sanciones o en los errores, sino que se necesita una mirada más integral, siendo relevante avanzar en una transparencia respecto de indicadores generales que incluyen, por ejemplo, las tasas.

En cuanto al sistema sancionatorio, reseñó que parece adecuado hacer una revisión en este aspecto y recomendó revisar la existencia de recursos que solo dilatan la resolución final del caso y que no aportan demasiado, por ejemplo, el recurso de reposición o los recursos jerárquicos. En tal sentido, sería interesante que la Superintendencia pudiera informar el número de resoluciones que son revertidas por la vía del recurso de reposición o por la vía del recurso jerárquico.

Planteó que quizás habría que pensar en un sistema de resolución de una instancia, reconociendo que la sanción no debería ser considerada una meta a cumplir por parte de la autoridad, sino que un instrumento para el cumplimiento de la norma.

Enseguida, se refirió a las diferencias que se establecen en materia de sanciones para el sector privado y el sector público.

Sostuvo que se entiende la lógica de aumentar las multas en relación con el sector privado, pero respecto del sector público hay un problema de todo organismo público que fiscaliza a otro, que tiene que ver con la imposibilidad técnica, jurídica y política de aplicar las mismas sanciones.

Explicó que, lo anterior, genera una suerte de impunidad en el presupuesto institucional, puesto que no tiene mucho sentido privar a los hospitales públicos de recursos que son escasos, lo que, además, implicaría multarse a sí mismos; sin embargo, se acaba cualquier incentivo económico institucional en el sector privado, mientras los hospitales reciben el presupuesto completo, aun cuando estén en grave incumplimiento.

En relación con los directivos públicos, enfatizó que el proyecto de ley pone énfasis en estos cargos y no en los problemas sistémicos que tienen los hospitales, sin reconocer la complejidad del sistema, además de ser otro elemento que podría disuadir la provisión de esos cargos, donde hay mucha rotación y donde cada vez cuesta más obtener profesionales de buen nivel para la amplia red de establecimientos.

Por último, el hecho de que las formas de sanción para ambos sectores sean distintas, genera una percepción y, en la práctica, los niveles de cumplimiento y de protección de derechos son sustancialmente distintos.

Connotó que la mayoría de la población está en el sistema público y es ahí donde no parece fortalecerse la protección de derechos, poniéndose la atención en el sector privado cuyos usuarios, en general, tiene más herramientas para actuar frente a una situación de vulneración.

A continuación, compartió algunos comentarios finales respecto a la gobernanza.

-Se mantiene y profundiza la diferenciación entre Intendencias. Recordó que en la Cámara de Diputados la señora Paula Benavides mostró el modelo de la Comisión de Mercado Financiero, organizado en base a funciones. Opinó que no tendría mucho sentido que en las dos intendencias haya un modelo parecido, sino que se debería pensar en superar esa división para hablar de una organización por funciones.

-El diseño que se propone de gobierno unipersonal con un consejo asesor, si bien es un avance, estimó que aún se mantiene la duda sobre la carga política de los nombramientos. La pregunta que se plantea es cuántos modelos de organismos regulatorios existirán en materia de fiscalización.

-En cuanto a los roles, no se resuelve cuál será la gran función de la Superintendencia y, además, se le agregan otras tareas adicionales que pueden contribuir a una confusión en su funcionamiento.

En general, sostuvo que se trata de un proyecto de ley técnicamente complejo y de enormes consecuencias para el sector de la salud. Observó que hay aspectos relevantes que no han sido abordados y que están diagnosticados, como el tema de la mediación, incluyendo la discriminación por tipo prestador; en el registro y publicidad de los resultados de salud; las sanciones; la gobernanza y la duda sobre la capacidad real de la nueva institucionalidad para hacerse cargo de todo lo que significarían las nuevas atribuciones.

Consideró que se necesita una reflexión más profunda en materia de acreditación y calidad, determinando el sentido que tiene el sistema de calidad, y estimó que sería un retroceso volver a la idea de lo punitivo.

Sugirió convocar una instancia de trabajo técnica, transversal y participativa, que analice, con tiempo suficiente, los contenidos y alcances del proyecto de ley, además de revisar el informe financiero para saber si efectivamente toda esta modernización tiene su correlato en el fortalecimiento de su capacidad de respuesta.

Finalmente, declaró que es parte del directorio de una ISAPRE y lo que ha opinado en la esta presentación es a título personal.

La **Profesora Adjunta del Departamento de Salud del Adulto y Senescente de la PUC, señora Lorena Camus,** compartió una presentación focalizada en el ámbito técnico desde la perspectiva de la calidad y seguridad asistencial, que es el resultado de una asesoría técnica que hicieron a la Superintendencia de Salud en el proceso de transición al Sistema Universal de Salud, en el marco de un convenio del Ministerio de Salud como consultores del Banco Mundial.

Añadió que el análisis que realizaron contiene conclusiones del equipo experto que trabajó y que no necesariamente representa la visión del Banco Mundial.

A continuación, se focalizó en los elementos técnicos desde la perspectiva de la calidad y seguridad asistencial. Mencionó que del trabajo realizado colaboraron en observar los lineamientos que tenía la Superintendencia desde la perspectiva de su rol en los ámbitos de regulación, control y supervigilancia. Por otra parte, se enfocaron en revisar aspectos

relacionados con elementos técnicos que pudiesen apoyar una mirada desde la perspectiva del control y fiscalización, utilizando ciertos indicadores y herramientas disponibles en el sistema de salud.

Destacó algunos antecedentes importantes a tener presentes para relevar la importancia que tiene una Superintendencia de Salud, especialmente, en cuanto a la calidad. Indicó que múltiples entidades internacionales han confirmado que la entrega de servicios de mala calidad está frenando el progreso del sistema de salud en todos los niveles de ingresos.

En segundo lugar, desde el punto de vista del impacto, sostuvo que uno de cada cuatro pacientes es afectado y se produce una cantidad importante de millones de eventos adversos debido a una atención poco segura. Esto impacta en una tasa de mortalidad significativa, de acuerdo a lo que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual ha dispuesto un plan de acción mundial para la seguridad del paciente como una prioridad, especialmente, en aquellos países que quieren avanzar hacia un sistema universal de salud.

Desde la perspectiva de los costos, señaló que solo los errores de medicación a nivel mundial impactan en una cantidad de 42.000 millones de dólares anuales.

Otro elemento que es importante a considerar, es la existencia de amplias variaciones entre los precios de los servicios que se entregan y los procedimientos y la relación con la calidad otorgada.

Hay evidencia que demuestra que no necesariamente a mayor precio se asegura mayor calidad de la atención, tanto desde el punto de vista de la seguridad asistencial como la experiencia del usuario.

De los reclamos resueltos por la Intendencia de Prestadores de Salud, informó que el 96% corresponde a la ley de derechos y deberes de los pacientes, en solicitudes y reclamos por atención oportuna, por información financiera, transparencia, por datos clínicos, por trato y seguridad asistencial, según antecedentes del año 2023.

Sostuvo que entre un 20% y un 40% de los recursos del sistema y de los hospitales, en particular, se pierden por ineficiencias, debilidad en el control y regulación y hasta el 15% del gasto hospitalario puede utilizarse y resolver errores en la seguridad asistencial.

Precisó que la combinación de mecanismos de pagos que distribuyen el riesgo entre los principales agentes (asegurador con el prestador), promueven la calidad, la transparencia y la eficiencia, en particular, el sistema implementado en nuestro país denominado Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD).

Mencionó que se focalizaron en dos elementos para efectos de dar ideas asociadas al incremento de las potestades de la Superintendencia de Salud.

1.- En el diagnóstico situacional analizaron el rol regulador y fiscalizador de la Superintendencia en el marco actual; se identificaron las brechas que existían y algunos puntos críticos importantes para contribuir a la definición y estrategias de alcance de la nueva potestad requerida.

2.- Desde el punto de vista técnico, se entregaron lineamientos estratégicos para evaluar la usabilidad del sistema GRD, como herramienta tecnológica, a fin de fortalecer el sistema de información y funcionamiento. Es decir, promover con información a la generación de indicadores orientados al objetivo que sería la fiscalización y la regulación.

3.- Se realizó una instalación de capacidades y competencias de los equipos profesionales y se propuso el diseño de una matriz de riesgo con indicadores orientados a fortalecer y a mirar la seguridad asistencial y los costos basados en esta matriz.

Dentro de los resultados, mencionó la asimetría normativa en materia de potestades en el control y fiscalización de la Superintendencia, sobre las instituciones de salud profesional y el Fondo Nacional de Salud, en comparación con los prestadores institucionales individuales, públicos y privados.

A su vez, se detectó una asimetría de potestades jurisdiccionales entre la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales y la de Prestadores de Salud.

Consideró que es relevante tener presente y evidenciar la brecha de transparencia respecto al acceso y disponibilidad de información por parte de la ciudadanía. Tomando en consideración el objetivo de fortalecer la toma de decisiones informada de los usuarios cuando requieren tomar una resolución del punto de vista financiero y de la calidad de servicio.

Resaltó que hay un desafío demográfico en cuanto al envejecimiento de la población y reflexionó sobre la falta de injerencia de la Superintendencia en la fiscalización y control de establecimientos de estadía de adultos mayores.

Si bien es cierto que hay una fiscalización y control de parte de la SEREMI de Salud cuando se requiere la autorización sanitaria para los referidos establecimientos, en términos de los derechos de los pacientes en cuanto a la calidad, seguridad y trato que allí se otorgan, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) no tiene atribuciones.

Añadió que actualmente la Superintendencia cuenta con competencias y potestades suficientes para el modelamiento e implementación

de la herramienta tecnológica de un sistema que le permitiría utilizar ciertos indicadores objetivos disponibles.

Destacó que cuando se refiere a ciertos indicadores, el Ministerio de Salud, a través de su página de transparencia activa, publica todos los datos mensuales por hospital, los cuales no están sistematizados.

Por su parte, la página electrónica del FONASA también tiene disponibles datos abiertos donde están publicadas las bases encriptadas, de todos los datos de los hospitales y del tipo de tratamientos que resuelven.

En resumen, cuando se habla de transparencia, actualmente está la información publicada como dato abierto en el ámbito del sector público, por hospital, los cuales se podrían utilizar para potenciar ciertos indicadores basados en esta matriz de riesgo.

Al revisar la situación de otros países, señaló que los roles de las entidades reguladoras sólidas fiscalizan y supervisan la calidad de la seguridad, la atención médica y la experiencia de las personas. Es decir, hay una variabilidad amplia desde la perspectiva de la gobernanza en los distintos países para profundizar en el ámbito de lo que se regula y lo que se fiscaliza en una agencia o en una Superintendencia.

A continuación, hizo referencia a las recomendaciones observadas: En cuanto al fortalecimiento de la Intendencia de Prestadores de Salud, la revisión de la materia orgánica, funciones y atribuciones, concluyó que era evidente otorgar la potestad jurisdiccional a la Intendencia de Prestadores de Salud para resolver controversias en calidad de árbitro arbitrador, focalizado en la prudencia y equidad.

A su vez, llegaron a la convicción de la necesidad de reforzar la potestad sancionatoria hacia prestadores públicos y privados frente a los incumplimientos detectados.

Por otra parte, se incorporaron algunas sugerencias normativas para dotar de potestad jurisdiccional a la Intendencia de Prestadores de Salud; eliminar la prohibición sobre información de fichas clínicas e incorporar el mecanismo de pago por paquete.

Otras recomendaciones que efectuaron, fue la incorporación de la gestión del riesgo en la Superintendencia por medio de la identificación de indicadores claves de desempeño y una matriz de riesgo para fortalecer su rol de fiscalización y protección a los derechos de los usuarios, como también mejorar los resultados de los procesos de acreditación.

Sostuvo que se sabe que los procesos de acreditación impactan en la calidad, y que la calidad y la seguridad asistencial impactan fuertemente

cuando los propios proveedores incorporan esta cultura en sus equipos de trabajo.

Manifestó que el último elemento es potenciar la transparencia y la imagen de la Superintendencia de Salud como ente regulador, a través de la transparencia en el portal ciudadano y el observatorio, potenciando con ello la educación y el empoderamiento de los usuarios en sus derechos y en la toma de decisiones informadas.

Finalmente, dio a conocer las conclusiones del equipo de trabajo, indicando que observaron que existe amplio consenso en distintos comités que se han constituido en los últimos dos años para hacer el análisis de la mejora del sistema de salud, en la necesidad de otorgar mayores competencias y recursos a la Superintendencia para regular y supervigilar con mecanismos normativos y dar transparencia a los usuarios.

En segundo lugar, la complementariedad que aportan los indicadores basados en la métrica de GRD, junto a los indicadores que ya existen y que son utilizados por la Superintendencia, deben ser incorporados en una matriz de riesgo que permita apreciar de manera integral este ámbito para focalizar claramente la fiscalización de prestadores y de aseguradores y, en consecuencia, debería impactar con mayor fuerza en sus resultados.

Aseguró que contar con una matriz de riesgo y conocer la información disponible, permitiría generar y evaluar resultados del desempeño de la red de prestadores asociada a la aseguradora, por ejemplo, saber cómo se están comportando los segundos prestadores. Señaló que se han establecido las bases para la implementación de una herramienta tecnológica adecuada para ello.

El **Superintendente de Salud** respondió las consultas relacionadas con la fiscalización de la SUSESO en materia de licencias médicas. Precisó que el fortalecimiento que plantea esta normativa ayuda a un trabajo coordinado que ya existe con la SUSESO, el cual se puede mejorar respetando el principio de coordinación de los servicios públicos.

Se debe considerar, a propósito de la modificación legal, que actualmente la entidad que dirige tiene publicada la certificación del EUNACOM. Lo que no tienen publicado son los casos en los que no existe la obligatoriedad de dicho examen para ejercer la profesión, que corresponden a aquellos médicos titulados antes del año 2009, lo que la ley de licencias médicas igualmente lo estableció.

Respecto al rol regulador del Ministerio de Salud y su rectoría, éste existe y se fortalece y la Subsecretaría de Salud complementará esta labor.

En relación a las auditorías independientes con capacidad operativa y técnica, manifestó que no han planteado la creación de una nueva estructura de auditorías, porque entienden que estos procesos se incoan a solicitud del Ministerio y, por tanto, se verifican en casos puntuales de connotación pública y que requieren ser investigados por la Superintendencia de Salud por dos razones: porque es un tercero independiente que no es parte de la red que está siendo auditada y por su impacto en la calidad asistencial.

Por otro lado, la actividad asistencial es compleja y por esa misma razón, la Superintendencia no interviene en materia de ejercicio profesional, sino más bien en el cumplimiento de la normativa vigente, con más atribuciones, como la ley de derechos y deberes de los pacientes; con esta capacidad interpretativa la Superintendencia evitaría el trabajo legislativo que se ha generado para aprobar leyes que especifican materias de la mencionada ley.

Respecto a las multas dispuestas, consideró que ayudarán a generar un cambio conductual, más que sancionatorio, pudiendo ser disuasivas.

Sobre el Registro Público de Sanciones, estimó que es una buena idea incluir indicadores generales, cuya modificación no requiere ley. Explicó que este proyecto de ley permite solicitar toda la información que se requiera a los prestadores, de tal manera que se pueden establecer indicadores que estén a disposición de la ciudadanía.

Respecto al comentario de los recursos administrativos que dilatarían una resolución de un conflicto y que no aportarían a la protección de derechos, afirmó que las personas y las entidades reguladas deben tener el máximo de posibilidades de poder cumplir dentro del régimen administrativo.

Sobre la gobernanza, reiteró que a futuro se debería apuntar hacia una agencia independiente. Efectivamente, en otros países hay casos de agencias que tienen mayores potestades e independencia y, en ese caso, se justifica avanzar en un gobierno corporativo distinto con carácter ejecutivo, donde los miembros estén a cargo de distintas instancias.

Informó que se han realizado esfuerzos para hacer mucho más eficiente el sistema, por ejemplo, se está creando la unidad de admisibilidad única entre ambas intendencias, que permitirá disminuir de manera importante los tiempos de respuesta a los reclamos.

La ex Subsecretaria de Salud Pública, señora Paula Daza, efectuó una presentación en la que recordó que en el año 2023, le solicitaron realizar propuestas para el Comité de Reformas, ocasión en la que se planteó la importancia del fortalecimiento de la Superintendencia de Salud.

Expuso sobre algunas fortalezas, los riesgos a considerar y finalmente, sus conclusiones sobre la presente iniciativa de ley.

En primer lugar, mencionó que el proyecto de ley busca fortalecer la fiscalización, la transparencia y los derechos de las personas, ampliando el alcance de la Superintendencia de Salud a más actores del sistema, exigiendo la publicación de información relevante para que los usuarios puedan tomar decisiones más informadas en un sistema de salud que es complejo, mixto y con asimetrías de información.

No obstante, consideró que el diseño institucional y regulatorio es fundamental. Un fortalecimiento que está mal calibrado puede derivar en incertidumbres normativas y en una sobrecarga administrativa.

En materia de fortalezas, destacó la transparencia y el empoderamiento de los usuarios, que es un tema relevante en salud y muchas veces las decisiones no son tomadas con toda la información necesaria.

La ampliación de las entidades a fiscalizar también es un aspecto positivo y, por último, destacó el refuerzo del rol del Estado como garante de los usuarios.

Sin embargo, reseñó que es importante aclarar ciertos ámbitos dentro del proyecto de ley, entre otros, el Consejo, la transparencia, la expansión de la normativa, requerimientos, registro público y la concentración de funciones.

Con respecto al primer tema, recordó que se planteó en su oportunidad, el tener un Consejo independiente de la Superintendencia, como un órgano legitimado de contrapeso real. Señaló que la experiencia comparada de otros organismos reguladores, como la Comisión del Mercado Financiero, basan su legitimidad en su autonomía técnica y política.

Hizo presente que como el Consejo va a ser nombrado por el Presidente de turno, no tendrá la independencia política que requiere un órgano técnico de esta naturaleza, en relación a la Superintendencia de Salud, y llamó a considerar un Consejo más independiente que permita que la aprobación del plan estratégico, la evaluación de la fiscalización y la emisión de informes técnicos puedan ser realizados con una mirada estructural y a largo plazo.

En cuanto al segundo tema de la transparencia, sostuvo que es importante analizar cuáles serán los diseños de los indicadores para que éstos no afecten la innovación, la atención de los casos complejos y que apunten a un enfoque informativo más que punitivo.

Enfatizó que el Consejo técnico va a tener un rol importante en el diseño de estos indicadores que probablemente irán cambiando en el tiempo, lo que es un asunto importante de considerar.

El tercer elemento es la expansión del regulador que pasará de fiscalizar a diseñar políticas públicas. El llamado es a que esto no se convierta

en circulares e instrucciones obligatorias que muchas veces generan incertidumbre regulatoria.

Resaltó la importancia de la innovación en la salud y afirmó que el emprendimiento requiere reglas estables, proporcionales y predecibles.

En cuanto al cuarto punto, relacionado con la información, indicó que es importante que la información no desincentive los modelos innovadores y que sea una mayor carga para los prestadores pequeños.

Es sabido que en muchas ocasiones los prestadores públicos están con una sobrecarga de trabajo y que si se les da un mayor trabajo administrativo puede limitar de alguna manera el desempeño de la labor clínica que es la más importante. Por ello, propuso que el requerimiento de información sea paulatino, progresivo y realizado de acuerdo a los distintos modelos de atención que existen en Chile.

En relación al quinto punto, respecto al registro, connotó que es relevante evitar el daño a la reputación de un prestador, actualmente las personas no tienen la posibilidad de elegir entre los prestadores públicos, puesto que éstos son asignados en función de la residencia del usuario, por lo tanto, si determinados prestadores públicos tienen indicadores negativos, hay que tener cautela de no poner en riesgo la atención de los pacientes de ese lugar.

Reseñó que es fundamental la transparencia y que es conveniente que de alguna manera haya competencia entre los prestadores, pero advirtió que esto debe realizarse con precaución, particularmente con los prestadores públicos, donde las personas no tienen opción de decidir.

En los casos de malos indicadores, sin duda es necesario apoyar a los establecimientos y realizar un seguimiento.

En cuanto a la confusión de los roles, subrayó que es importante la función de fiscalizar y de arbitrar. Actualmente, la Superintendencia tiene un papel fiscalizador y ahora va a arbitrar. Recordó que el arbitraje fue planteado, en su oportunidad, para las personas más vulnerables para que contaran con un mecanismo imparcial que garantizara un debido proceso que genere confianza en la institución y que no se ponga en duda desde el punto de vista político.

Concluyó que se requiere una reforma moderna que proteja la competencia y el emprendimiento diseñada sobre la transparencia como herramienta informativa, sin que sea punitiva, acotando la discrecionalidad normativa.

Destacó que el Estado debe proteger a las personas, para lo cual se requiere innovación, reglas claras para la calidad y la competencia y libertad de elección.

El ex Superintendente, señor Manuel Inostroza compartió una presentación mediante la cual se refirió a los tres ejes del proyecto de ley: fortalecimiento institucional, para optimizar la estrategia de funcionamiento de la Superintendencia de Salud; mayor resguardo de los derechos de las personas en materia de salud, y la modernización del sistema de acreditación de prestadores.

Respecto al fortalecimiento institucional de la Superintendencia, graficó resumidamente la importancia de la creación de un Consejo asesor y el fortalecimiento de la Intendencia de Prestadores de Salud.

Manifestó que si con las actuales facultades se cuestiona la independencia de la Superintendencia de Salud para ejercer su rol con plena autonomía, es mucho más preocupante aún que con las mayores atribuciones que le otorga este proyecto de ley no se avance en forma más decidida en un modelo como el de la Comisión para el Mercado Financiero, con una real gobernanza más autónoma para garantizar los derechos de la población, especialmente del FONASA, que representan más del 86% de los chilenos del sistema.

Argumentó que cuando fue Superintendente, por razones políticas y no técnicas, en varias ocasiones se le pidió la renuncia al cargo, solo por el hecho de ejercer sus potestades fiscalizadoras en el sistema público de salud, tanto en FONASA como en prestadores públicos. Relató que el Ministerio de Salud de la época no entendía este rol fiscalizador, sino que lo tomaba como una amenaza política y no técnica.

Consideró que se debe establecer una real autonomía para la Superintendencia de Salud, de lo contrario, fue partidario de no otorgarle nuevas facultades.

Propuso fortalecer el Consejo con mayores atribuciones e independencia del gobierno de turno, con una presidencia rotatoria bianual, definida por el propio Consejo, con un rol vinculante en las definiciones estratégicas de la Superintendencia. El que pasa a tomar el control de la gestión debe ser el Consejo y no una autoridad unipersonal designada por el Presidente de la República en el gobierno de turno.

En cuanto al rol de dictar las normas de carácter general, acotó que esta facultad es propia de este Consejo con sus potestades; sugirió que el nombramiento de este órgano sea en tiempos diferenciados de manera de permitir la intertemporalidad de sus miembros y que éstos no dependan del mismo proceso o instancia política para su nombramiento, considerando, además, la ratificación del Congreso Nacional para fortalecer la independencia del ente propuesto.

Expresó su acuerdo de buscar la ampliación de las funciones y facultades de la Intendencia de Prestadores de Salud. Afirmó que esta es una oportunidad para reorganizar las funciones que actualmente ejerce y para poner el foco en las personas y en los pacientes.

En segundo lugar, mencionó que se debe tener presente la actual capacidad de respuesta de los reclamos de los beneficiarios. Actualmente, en algunos casos, hay demoras que superan los dos años y si la resolución de controversias en materias de salud no es oportuna pierde todo efecto.

Reseñó que si se van a agregar una mayor cantidad de respuestas de reclamos, capacidades y atribuciones, se debe sincerar si actualmente la Superintendencia, con las atribuciones que tiene, está cumpliendo con este rol en tiempo y forma.

En cuanto a la primera consideración, propuso que la organización de la Superintendencia no se base en relación a los entes regulados, que hoy tiene una Intendencia de Fondos y Seguros de Salud y una Intendencia de Prestadores de Salud. Sugirió poner énfasis en las funciones que se ejercen en cuanto a regulación, fiscalización y de respuesta ante las demandas de los pacientes. Llamó a revisar este aspecto aprovechando el mayor fortalecimiento de algunas de las atribuciones de la Superintendencia.

La segunda propuesta es sincerar el informe financiero con una metodología que permita garantizar el cumplimiento de las actuales y nuevas atribuciones con estándares de calidad razonables. Puso en duda de que con 25 personas adicionales se puedan asumir todas estas tareas.

Respecto al segundo aspecto, relativo al resguardo de los derechos de las personas en materia de salud, indicó que se describen de manera correcta las ideas del fortalecimiento de estos roles de la Superintendencia de Salud.

Manifestó que sus consideraciones son básicamente para mejorar la gobernanza y transparencia de la Superintendencia, así como poner el foco en el desarrollo y en los derechos de las personas. Para lograr este objetivo, hizo notar que se requiere poner énfasis en los pacientes y prestadores que se vinculan con el FONASA, y estimó que la Superintendencia sigue teniendo debilidades respecto al rol que ejerce en el sector público.

Para ello, propuso incorporar una nueva orientación desde la perspectiva de la calidad y la negligencia médica, que justifiquen la introducción de la facultad de solicitar auditorías clínicas con prescripción excepcional, no tan masivas, para resolver estos temas.

En relación al fortalecimiento del desarrollo de la mediación como solución alternativa de controversias, comentó que el proyecto de ley omite potenciar esta capacidad como una alternativa no adversarial de resolución, la

que se debería expandir a todo orden de conflictos, lo que ayudaría a evitar una excesiva tramitación de reclamos en la Superintendencia de Salud y su eventual judicialización en tribunales.

Recomendó otorgar una orientación global a los beneficiarios del FONASA para lograr que sea la entidad fiscalizadora efectiva de todo el sistema, homologando su rol frente a las Isapres, el FONASA y las personas.

Puso de relieve que gran parte de lo que está contemplado en el artículo 134 del régimen de prestaciones en salud está quedando fuera del ámbito de regulación y fiscalización de la Superintendencia de Salud y este proyecto no corrige esa situación.

Indicó que en esa dirección hay que incluir las sanciones pecuniarias a los entes públicos, porque la señal de equidad regulatoria es muy importante y queda la posibilidad de que si un hospital o ente público no ejerce su rol, también tiene un efecto pecuniario importante.

Manifestó no estar de acuerdo con la pena de suspensión de cargos públicos, por cuanto se pone en entredicho la facultad de nombramiento de algunos puestos directivos por parte del Presidente de la República o de los ministros, por el sistema de Alta Dirección Pública. Estimó más oportuna la sanción remuneracional, que la pérdida de bonos de desempeño.

Por otra parte, expresó que se debe ser más explícito en la facultad de construir indicadores de desempeño de los prestadores, de calidad, de tiempos de atención, de costos promedio, de pago con proveedores, entre otros. Lo mismo, en cuanto a los indicadores de desempeño de los seguros, pago al día con proveedores, cobertura promedio y su evolución.

Respecto al último tema, señaló que en la modernización del sistema de acreditación de prestadores están resumidos los factores que van en la correcta dirección del fortalecimiento de esta función, sin embargo, se requiere un mayor foco en los resultados.

Estimó que también hay un avance, pero aún insuficiente, en materia de información sistematizada y pública sobre la calidad de los prestadores.

Propuso la creación de un registro público de prestadores que amplíe la información, no solo a sanciones, sino que también respecto de antecedentes de acreditación, de indicadores de resultados clínicos, entre otros, para que efectivamente los pacientes se vean más empoderados al momento de tomar sus decisiones y puedan saber cómo los están atendiendo, tanto en el sector público como en el privado.

Estimó adecuado ampliar el concepto de calidad, incluyendo otros indicadores que precisan ser monitoreados por la Superintendencia y que deben evolucionar hacia lo que hoy requiere el sistema de salud.

Añadió que es oportuno establecer con claridad la obligación de entregar información para todos los registros por parte de los prestadores y evaluar las razones de la no acreditación con informes que sean públicos que den cuenta de las principales brechas y, eventualmente, de problemas de financiamiento, sobre todo en el sistema público, generando estadísticas públicas sobre brechas de acreditación de prestadores.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó explicitar lo relacionado con los niveles de independencia y de autonomía que debería tener este Consejo.

En segundo lugar, consultó por la triple asociatividad: función fiscalizadora, regulatoria y de mediación de la Superintendencia. Cómo se daría el equilibrio para que no se confundan estas tres dimensiones.

Por último, planteó de qué manera los usuarios del sistema de salud perciben que pueden recurrir a la Superintendencia de Salud como una instancia que controla el conjunto del sistema de manera globalizada, que está cerca de la ciudadanía para ejercer su reclamo en el ámbito competente y que de alguna manera haga una homologación en función de las personas.

La Honorable Senadora señora Órdenes señaló que la tendencia de la autonomía del Consejo es un elemento en el que se debe avanzar.

Requirió antecedentes de la efectividad de las mediaciones y su efecto en la disminución de la judicialización de casos.

Respecto del Registro Público de Sanciones, preguntó por las variables que consideran los expositores que se deberían incorporar para permitir un conocimiento pleno de éste por parte de los usuarios.

El ex Superintendente de Salud, señor Manuel Inostroza, en relación al tema del rol de la Superintendencia en cuanto a la cobertura de los beneficios, recordó que en el proyecto de ley que creó la Superintendencia de Salud se estableció el plan de beneficios GES o AUGE, pero no para el resto del plan de beneficios de FONASA.

La Superintendencia de Salud actual no tiene facultades para regular la devolución de los excesos de FONASA a los beneficiarios. Sostuvo que si se va a regular y a otorgar más potestades a la Superintendencia de Salud respecto a todo el sistema, se tendría que aplicar este rol regulador y fiscalizador no solo al plan de beneficios del sistema ISAPRE, como en la actualidad, sino que también al de los beneficiarios de FONASA.

Para ello, propuso explicitar que todos los beneficios del plan de FONASA estarán efectivamente cubiertos bajo esta nueva ley y que serán objeto de reclamos, sanciones y de regulación, por parte de la Superintendencia, corrigiendo de esta forma un problema de origen.

Respecto al tema de la mediación, indicó que la única facultad que tiene la Superintendencia respecto a esta atribución, es en relación a los problemas que tienen los usuarios, beneficiarios de FONASA o de Isapres, con algún prestador privado, ya que la mediación con prestadores públicos lo resuelve y lo administra el Consejo de Defensa del Estado.

Aconsejó que en las facultades de resolución de conflictos de los usuarios con el sistema de salud, se explicite de mejor manera el rol de la mediación, lo que permitiría contemplar a este mecanismo de solución de controversias de FONASA o Isapres con los prestadores para así garantizar la ley de derechos y deberes de los pacientes.

La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera, recordó que el foco de este proyecto de ley está centrado en el derecho de las personas, especialmente las más vulnerables, para que conozcan de manera transparente los mecanismos de acceso a la salud, además de hacer una homologación de las atribuciones entre la Intendencia de Seguros de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud, porque la primera posee el rol de árbitro-arbitrador y tiene la posibilidad de requerir información a los seguros, atribución que no tiene la Intendencia de Prestadores de Salud.

Estos mecanismos estás pensados en mejorar la calidad asistencial, que es un imperativo.

Respecto a la consulta sobre los niveles de autonomía del Consejo y su designación, consideró que es importante establecer que el proyecto propone la designación a través de la Alta Dirección Pública, y que solo hay una situación que permite al Presidente de la República a nombrar a los primeros consejeros. que es la necesaria para que comience a funcionar la institucionalidad.

Hay aspectos mencionados por los expositores en los que está de acuerdo con los riesgos planteados, no obstante, expresó que no es adecuado que el proyecto de ley sea tan indicativo al punto de hacerlo rígido y que se requiera un cambio de ley posterior.

El Superintendente de Salud manifestó que institucionalmente entiende que a futuro la Superintendencia podrá avanzar hacia un nivel de mayor de autonomía, no solo en el Consejo, sino que también como entidad reguladora. Para eso, acotó, hay que generar un paso previo y esta iniciativa de ley es un avance en esta materia, por cuanto no existe la capacidad suficiente como para hacer un cambio tan sustantivo en poco tiempo.

Recalcó que la transparencia tiene un objeto informativo más que punitivo, para que las personas puedan considerar elementos de juicio para ejercer su derecho constitucional de elegir libre e informadamente.

Sostuvo que se ha considerado la posibilidad de ampliar la información que contenga el Registro Público de Prestadores, lo que no requiere una modificación legislativa, ya que esta iniciativa otorga la posibilidad de pedir cualquier información con el objeto de elaborar información pública.

Sobre la incertidumbre regulatoria planteada por la señora Daza, expresó su impresión en contra de esta apreciación. Estimó que cuando existen leyes que son amplias, pero se tiene la posibilidad de que un ente administrativo pueda interpretar la ley y el reglamento establecido por el Ministerio mediante instrucciones generales, se pueden clarificar perfectamente las materias a fiscalizar.

En cuanto al requerimiento de información, opinó que la idea no es desincentivar la innovación ni afectar a los prestadores, sino que contar con los elementos para elaborar, por ejemplo, parámetros como los que aquí se han establecido.

Respecto a la consulta de la concentración de funciones, aclaró que la Superintendencia ya tiene ambas funciones y una gran experiencia en el ámbito del arbitraje, pero básicamente en los seguros de FONASA e Isapres. El objetivo, recordó, es que las personas tengan la misma posibilidad de resolver algunas materias por esta vía arbitral.

El Honorable Senador señor Flores recordó que el proyecto en estudio moderniza la Superintendencia de Salud en tiempos presentes y que respecto a los desafíos futuros aún queda camino por recorrer por cuanto la salud va a seguir siendo un problema nacional.

Con el fin de perfeccionar el proyecto de ley, sugirió que la Mesa Técnica de Trabajo se aboque a analizar los aportes y puntos de discrepancias expuestos en las audiencias realizadas, incorporando en su integración al profesional de la Biblioteca del Congreso Nacional, al Ejecutivo y a diversos expertos, de manera de sistematizar la información que se ha recibido.

La propuesta del Presidente fue acordada unánimemente por los integrantes de la Comisión de Salud.

-Votación en general y fundamento de voto.

El Honorable Senador señor Chahuán, al fundamentar su voto favorable, señaló que la presente iniciativa se trata de una reforma necesaria pero que se deben efectuar modificaciones sustantivas durante su discusión en particular.

El Honorable Senador señor Castro González sostuvo que el presente proyecto de ley es una larga aspiración en el sector de la salud, tal como lo ha planteado la señora Ministra y el Superintendente de Salud, y consideró que con las mejoras que se han realizado, más algunos ajustes que se pueden incorporar en la discusión en particular, tendrá un buen resultado.

La Honorable Senadora señora Órdenes precisó que se debe otorgar un sentido de urgencia a este proyecto de ley, el cual se ha materializado luego de dos décadas de la creación de la Superintendencia de Salud, destacando que el objeto primordial de la iniciativa está centrado en las personas.

El Honorable Senador señor Flores expresó que tiene en sus manos la posibilidad de tener una Superintendencia de Salud fortalecida con muchas más atribuciones, pero también con un sentido de la realidad actual.

- Puesto en votación el proyecto de ley, en general, fue aprobado por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Honorables senadores señores Castro González, Chahuán, Flores, Gahona y señora Órdenes.

- - -

TEXTO DEL PROYECTO

A continuación, se transcribe literalmente el texto del proyecto de ley despachado por la Cámara de Diputados, y que la Comisión de Salud propone aprobar en general:

- - -

PROYECTO DE LEY:

"Artículo 1.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el 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:

1. Reemplázase el párrafo segundo del numeral 12 del artículo 4° por los siguientes párrafos segundo y tercero, pasando el actual párrafo tercero a ser cuarto:

"Un reglamento del Ministerio de Salud establecerá el sistema de acreditación, la entidad o entidades acreditadoras, públicas o privadas, o su

forma de selección; los requisitos que deberán cumplir; las atribuciones del organismo acreditador en relación con los resultados de la evaluación; la periodicidad de la acreditación; las características del registro público de prestadores acreditados, nacional y regional, que deberá mantener la Superintendencia de Salud; y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso. Mediante instrucciones de carácter general, la Intendencia de Prestadores de Salud definirá los plazos de los procedimientos de acreditación. A su vez, mediante resolución de la Ministra o del Ministro de Salud se definirán los aranceles que deberán pagar los prestadores, las entidades acreditadoras y los profesionales que rindan el examen para ser evaluadores de una entidad autorizada.

Previo al inicio de un proceso de acreditación, las entidades acreditadoras deberán entregar una garantía equivalente al arancel que corresponda a dicho proceso. La Superintendencia, a través de la Intendencia de Prestadores de Salud, regulará la garantía, su mantenimiento, custodia, actualización y liquidación en caso de insolvencia o cancelación de la autorización.”.

2. En el artículo 107:

a) Reemplázase el inciso tercero por los siguientes incisos tercero y cuarto, nuevos, pasando el actual inciso cuarto a ser quinto:

“Igualmente, en el ámbito de su competencia, le corresponderá a la Superintendencia la fiscalización de todos los prestadores de salud, así como de las entidades acreditadoras y certificadoras de especialidades autorizadas por el Ministerio de Salud y demás personas o instituciones que señale la ley.

Del mismo modo, le corresponderá difundir aquellas materias de su competencia, a efectos de promover el mejor conocimiento de los derechos y deberes de las personas en salud y los mecanismos vigentes para su ejercicio.”.

b) Agrégase, a continuación del actual inciso cuarto, que ha pasado a ser quinto, el siguiente inciso sexto, nuevo:

“En el cumplimiento de sus funciones la Superintendencia deberá recabar información pública de las Instituciones de Salud Previsional, del Fondo Nacional de Salud, de los prestadores públicos y privados, y de las instituciones acreditadoras, y mantenerla disponible en su sitio web, con el objeto de promover el ejercicio de los derechos de los ciudadanos. Para tal efecto, la Superintendencia deberá mantener información estadística sobre las siguientes materias:

a) Los reclamos presentados ante la Superintendencia de Salud contra las isapres y el Fondo Nacional de Salud, prestadores, públicos o privados, y entidades acreditadoras.

b) Las sanciones administrativas aplicadas por la Superintendencia de Salud en los últimos cinco años contra las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, y los prestadores, públicos o privados, y las entidades acreditadoras.

c) El tiempo de espera para recibir prestaciones de salud por parte de los prestadores institucionales. Para estos efectos, la Superintendencia deberá coordinarse con el Ministerio de Salud a fin de facilitar el acceso a los datos que sobre esta materia levante dicha cartera de Estado.

d) Los indicadores o comparadores de precios de prestaciones de salud.

e) Las encuestas de satisfacción de usuarios, si las hay.”.

3. Intercálase, a continuación del artículo 109, el siguiente Párrafo 3°, nuevo:

“Párrafo 3°
Del Consejo de la Superintendencia de Salud

Artículo 109 bis.- Créase el Consejo de carácter técnico denominado “Consejo de la Superintendencia de Salud”, en adelante e indistintamente “el Consejo”, el que ejercerá las atribuciones y cumplirá las funciones que ésta y otras leyes le encomienden.

El Consejo estará constituido por cinco miembros; el Superintendente de Salud, quien lo presidirá, y cuatro consejeras y consejeros nombrados por el Presidente de la República previo proceso de selección aplicable a los altos directivos públicos de primer nivel jerárquico, de conformidad con el párrafo 3º, del Título VI, de la ley Nº 19.882. El Presidente de la República deberá nombrarlos en igual número de hombres y mujeres.

Las consejeras y los consejeros nombrados por el Presidente de la República serán personas de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en medicina, derecho, economía o salud pública o en administración o gestión de instituciones de salud.

Las consejeras y los consejeros durarán seis años en sus cargos y podrán ser designados por un nuevo periodo de acuerdo con el procedimiento señalado en el inciso segundo.

Las consejeras y los consejeros, a excepción del Superintendente, tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a doce unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de cuarenta y ocho sesiones al año.

Para sesionar el Consejo requerirá un quórum mínimo de tres integrantes. En caso de ausencia del Superintendente, podrá asistir en su representación un funcionario o una funcionaria de la Superintendencia que éste designe.

En las sesiones las consejeras y los consejeros tendrán derecho a voz y voto. El Consejo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes. En caso de producirse empate, el Superintendente o quien lo subrogue tendrá voto dirimente. De los acuerdos que adopte el Consejo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría.

El Consejo contará con una secretaría ejecutiva a cargo de un funcionario o una funcionaria a quien le corresponderá actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y formular la propuesta de acta de cada una de las sesiones. Tendrá además las funciones que sean necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo.

Artículo 109 ter.- Corresponderá al Consejo:

1. Aprobar el plan estratégico de la Superintendencia de Salud presentado por el Superintendente. El plan tendrá una vigencia de 6 años y establecerá los objetivos generales, directrices y estrategias en materias de regulación, fiscalización, sanciones, calidad asistencial y protección de derechos de las personas respecto de los sujetos supervigilados. El plan deberá contener, a lo menos, un diagnóstico de las materias de competencia de la Superintendencia de Salud, sus objetivos estratégicos por áreas y materias; orientaciones y ejes de acción dirigidos a su cumplimiento.

2. Monitorear el cumplimiento del Plan Estratégico de la Superintendencia de Salud mediante un informe anual presentado al Superintendente.

3. Emitir informes técnicos en materias de competencia de la Superintendencia de Salud a solicitud del Superintendente.

4. Proponer al Superintendente la elaboración de informes técnicos en materias propias de la Superintendencia, con la finalidad de realizar propuestas de mejoras al quehacer de ésta.

5. Emitir observaciones a los informes técnicos y a la planificación de estudios que se elaboren por o a petición de la Superintendencia de Salud.

6. Aprobar la propuesta de cuenta pública anual de la gestión del Superintendente, señalada en el numeral 8) del artículo 109.

7. Realizar revisiones periódicas de los indicadores de gestión institucional y desempeño del personal de la Superintendencia y aportar recomendaciones para su optimización.

8. Colaborar en el desarrollo de metodologías y herramientas que mejoren los procesos de fiscalización y supervisión.

9. Contribuir al diseño de planes de formación y capacitación para el personal, y fortalecer las capacidades técnicas institucionales.

El Consejo dictará un reglamento interno de funcionamiento, que contemplará especialmente la regulación de los procesos y sus plazos.

Artículo 109 quater.- Corresponderá al Superintendente, o a quien lo subrogue en su calidad de Presidente del Consejo:

1. Ejecutar y dar cumplimiento a los acuerdos adoptados por el Consejo.

2. Citar a las sesiones del Consejo, presidirlas y establecer la tabla de materias a ser tratadas en ellas.

3. Informar al Consejo, en forma periódica y cuando alguno de sus miembros lo requiera, sobre la ejecución de los planes o estrategias dictadas por el mismo Consejo o la Superintendencia, y darle cuenta sobre el funcionamiento y desarrollo de la institución.

4. Enviar mensualmente a quienes integran el Consejo una relación de los acuerdos cumplidos o por cumplir.

Artículo 109 quinquies.- Serán causales de cesación en el cargo de consejero o consejera:

1. La expiración del plazo de nombramiento.

2. La renuncia aceptada por el Presidente o la Presidenta de la República.

3. Fallecimiento.

4. Incurrir en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad contempladas en el artículo siguiente.

5. Incapacidad física o psíquica sobreviniente que le impida el desempeño del cargo.

6. Incumplimiento grave de sus funciones y deberes. Se entenderá como incumplimiento grave, entre otras, la inasistencia injustificada a dos sesiones consecutivas o a cuatro sesiones del Consejo, durante un mismo año calendario, actuar negligentemente en el ejercicio de sus funciones y entorpecer con ello el adecuado cumplimiento del objeto del Consejo.

7. Incurrir en una infracción grave al deber de probidad. Se entenderá como infracción grave, entre otras, intervenir y votar acuerdos que incidan en operaciones de los sujetos regulados o realizar conductas que impliquen un abuso de su calidad de consejero o consejera, con el objeto de obtener para sí o para terceros, beneficios directos o indirectos; proporcionar datos inexactos o que omitan inexcusablemente información relevante en la declaración jurada sobre su estado de situación patrimonial, las actividades profesionales y económicas en que participen.

Respecto de las causales de los numerales 1, 2, 3 y 4, la consejera o el consejero cesará de pleno derecho en su cargo, lo que deberá comunicarse de inmediato al Consejo y a la Presidenta o el Presidente de la República, de conformidad con lo establecido en el reglamento del inciso final del artículo 109 ter.

Respecto de las causales señaladas en los numerales 5, 6 y 7, la consejera o el consejero quedará suspendido de su cargo durante el proceso de verificación de la causal respectiva por parte del Consejo. El Consejo convocará a sesión especialmente para tal efecto, de acuerdo con lo establecido en el reglamento al que se refiere el inciso final del artículo 109 ter. Si se verifica alguna de dichas causales, la consejera o el consejero será removido de su cargo por el Presidente de la República.

En caso de vacancia del cargo de consejero o consejera, quien lo reemplace será nombrado conforme al inciso segundo del artículo 109 bis y lo ejercerá por el tiempo que reste para completar el período del reemplazado. Mientras subsista la vacancia, el quórum de funcionamiento y acuerdos será por mayoría simple de las consejeras y los consejeros en ejercicio.

Artículo 109 sexies.- La calidad de consejero o consejera será incompatible con:

1. El cargo de diputado o diputada; senador o senadora; ministro o ministra del Tribunal Constitucional; ministro o ministra de la Corte Suprema; consejero o consejera del Banco Central; Fiscal Nacional del Ministerio Público; Contralor o Contralora General de la República, Subcontralor o Subcontralora General de la República y los cargos del alto mando de las Fuerzas Armadas y de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública.

2. El cargo de ministro o ministra de Estado; subsecretario o subsecretaria; jefe o jefa superior de un servicio público; secretario o secretaria

regional ministerial; delegado o delegada presidencial regional o provincial; gobernador o gobernadora regional y consejero o consejera regional; alcalde o alcaldesa y concejal o concejala; miembro del escalafón primario del Poder Judicial; secretario o secretaria y relator o relatora del Tribunal Constitucional; fiscal del Ministerio Público; miembro del Tribunal Calificador de Elecciones y su secretario-relator o secretaria-relatora; miembro de los demás tribunales creados por ley; defensor o defensora de la Defensoría Penal Pública; integrante del Consejo Directivo del Servicio Electoral; miembro del Tribunal Calificador de Elecciones; consejero o consejera del Consejo de Defensa del Estado; miembro de los órganos ejecutivos de algún partido político a nivel nacional o regional; candidato o candidata a elección popular y dirigente de asociación gremial o sindical.

3. Los cargos de exclusiva confianza comprendidos dentro del número 10 del artículo 32 de la Constitución Política de la República.

4. Los cargos que se desempeñen sobre la base de honorarios y que asesoren directamente a las autoridades comprendidas en el artículo 38 bis de la Constitución Política de la República.

Adicionalmente, no podrán ser designados ni podrán desempeñarse como consejeros o consejeras:

a) Las personas que hayan sido condenadas por delito que merezca la pena aflictiva o inhabilitación perpetua para desempeñar cargos y oficios públicos, por delitos de prevaricación, cohecho y, en general, aquellos cometidos en ejercicio de la función pública, violencia intrafamiliar constitutiva de delito conforme a la ley N° 20.066 y, en general, quienes se encuentren inhabilitados para el ejercicio de la función pública de conformidad con el literal f) del artículo 12 de la ley Nº 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda.

b) Las personas que hayan cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente o por medida disciplinaria, salvo que hayan transcurrido más de cinco años desde la fecha de expiración de funciones.

c) Las personas que tengan dependencia de sustancias o drogas estupefacientes o sicotrópicas cuya venta no se encuentre autorizada por la ley, a menos que se justifique su consumo por un tratamiento médico.

d) Las personas que, en los últimos dos años hayan ocupado los cargos de director, gerente, administrador, o ejecutivo principal de una Institución de Salud Previsional, de un prestador institucional de salud, de una entidad acreditadora o de una entidad certificadora de especialidades autorizadas por el Ministerio de Salud. Estas prohibiciones también se aplicarán a las personas

cuyos cónyuges, convivientes civiles, o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, hayan ocupado dichos cargos, en el mismo periodo.

e) Las personas que, directa o indirectamente, tengan más del 10% de participación, acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerzan control en una Institución Previsional de Salud, en un prestador institucional de salud, en una entidad acreditadora o en una entidad certificadora de especialidad autorizada por el Ministerio de Salud. Estas prohibiciones también se aplicarán a las personas cuyos cónyuges, convivientes civiles, o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, se encuentren en las hipótesis antedichas.

f) Las personas que, en los últimos dos años, directa o indirectamente, hayan prestado servicios de asesoría a una Institución de Salud Previsional, a un prestador institucional de salud, a una entidad acreditadora o a una entidad certificadora de especialidades autorizada por el Ministerio de Salud, o hayan sido gestores de intereses de éstas, por sí o por terceras personas o sociedades.

g) Las personas que desempeñen funciones o presten servicios, cualquiera sea su naturaleza o modalidad de contratación, al Ministerio de Salud o a sus servicios dependientes o relacionados, sin perjuicio de la excepción respecto de los prestadores individuales de salud a que hace referencia el inciso siguiente.

h) Las personas que se encuentren incorporadas en el Registro Nacional de Deudores de Pensiones de Alimentos de acuerdo con lo establecido en la ley N° 14.908 sobre Abandono de Familia y Pago de Pensiones Alimenticias, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el artículo 7 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2000, del Ministerio de Justicia.

No se considerarán comprendidos en las letras f) y g) del inciso segundo, a las personas que quienes se desempeñen como prestadores individuales de salud, aun si presta sus servicios en las dependencias de un prestador institucional, ni tampoco a quienes ejerzan labores docentes en el marco de dichas entidades.

Aquellas personas designadas como consejeros o consejeras deberán presentar al momento de asumir en sus funciones una declaración jurada para acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente ley y la circunstancia de no encontrarse afectas a las incompatibilidades e inhabilidades a las que se refiere este artículo.

Adicionalmente, desde que asuman el cargo, y hasta seis meses después de su cesación en él, los miembros y exmiembros del Consejo no podrán ocupar los cargos de director, gerente, administrador, o ejecutivo principal, ni adquirir, directa o indirectamente, participación en la propiedad de

una Institución de Salud Previsional, de un prestador institucional de salud privado, de una entidad acreditadora o de una entidad certificadora de especialidades autorizada por el Ministerio de Salud, así como tampoco podrán prestarles asesorías o actuar como gestores de sus intereses, directa o indirectamente, sea de forma gratuita o remunerada, salvo las excepciones a que hace referencia el inciso tercero.

Las prohibiciones de que trata este artículo se extienden a aquellas empresas que formen parte del mismo grupo empresarial en los términos del artículo 96 de la ley Nº 18.045.

Artículo 109 septies.- Quienes integren el Consejo deberán efectuar una declaración de intereses y patrimonio en conformidad con lo indicado en los capítulos 1 y 2 del título II de la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses.

Los consejeros o consejeras deberán informar inmediatamente al Presidente de todo hecho, cualquiera sea su naturaleza, que les reste imparcialidad en sus decisiones o acuerdos y deberán abstenerse en el acto, de conocer del asunto respecto del cual se configure la causal. No se considerará tener interés económico personal si la persona o alguno de sus parientes se encuentra afiliado al Fondo Nacional de Salud o a una Institución Previsional de Salud, así como que ésta o aquellos reciban prestaciones de salud de un prestador institucional de salud.

Incurrirá en la causal de cesación prevista en el numeral 7 del artículo 109 quinquies el consejero o consejera que incluya datos inexactos u omita inexcusablemente información relevante en las declaraciones a que se refieren el inciso primero y el inciso cuarto del artículo anterior o que actúe en asuntos respecto de los cuales se encuentra inhabilitado, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo de este artículo.

A los consejeros o consejeras les serán aplicables, en el ejercicio de sus funciones, las normas de probidad contenidas en las disposiciones del Título III de la ley N° 18.575, orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el decreto con fuerza de ley N°1-19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia y estarán afectos al principio de abstención contenido en el artículo 12 de la ley N° 19.880.

Respecto de sanciones penales, quienes integren el Consejo serán considerados empleados públicos de conformidad con lo establecido en el artículo 260 del Código Penal, y les serán aplicables las normas respecto de delitos cometidos por funcionarios públicos en el desempeño de sus cargos.

Artículo 109 octies.- Los integrantes del consejo consultivo no podrán emitir públicamente opinión sobre asuntos de la Superintendencia de Salud.”.

4. Intercálase a continuación del artículo 110 el siguiente artículo 110 bis:

“Artículo 110 bis: Las instrucciones y resoluciones que emanen de la Superintendencia serán obligatorias y deberán ser sistematizadas, de modo de facilitar el acceso y conocimiento de ellas por parte de los sujetos sometidos a su fiscalización.

La Superintendencia deberá publicar en su sitio web un registro de fácil acceso y comprensión con todas las obligaciones que en virtud de la normativa les sean aplicables a los sujetos sometidos a su fiscalización.”.

5. Elimínanse los artículos 111, 112 y 113.

6. Agrégase a continuación del artículo 116, el siguiente artículo 116 bis:

“Artículo 116 bis.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional que incurran en alguna infracción a los derechos y obligaciones establecidos en esta ley, o en incumplimiento de las instrucciones, órdenes y resoluciones que dicte la Superintendencia, y la aplicación de las sanciones correspondientes, se sujetarán a las normas establecidas en el Título V de este Capítulo.

Las infracciones sancionadas conforme a la presente ley cometidas por el Fondo o una Institución de Salud Previsional serán determinadas por la Superintendencia de Salud, sin perjuicio de las demás responsabilidades legales, civiles o penales que pudieran corresponderles, así como de la responsabilidad administrativa, civil o penal en que puedan incurrir sus funcionarios, representantes o empleados.”.

7. Reemplázase el epígrafe del Título IV por el siguiente:

“De la Intendencia de Prestadores de Salud y de la fiscalización de los prestadores de salud y entidades acreditadoras y certificadoras de especialidades autorizadas por el Ministerio de Salud.

Párrafo 1° Normas Generales”.

8. Sustitúyese el artículo 121 por el siguiente:

“Artículo 121.- Para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, así como de las entidades acreditadoras y certificadoras de especialidades autorizadas por el Ministerio de Salud, le corresponderá a la Superintendencia las siguientes funciones y atribuciones que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:

1. Interpretar administrativamente en materias de su competencia las leyes, reglamentos y demás normas que los rigen.

2. Velar por el debido cumplimiento de las leyes, reglamentos e instrucciones emitidas por la Intendencia de Prestadores, como de las demás normas que los regulen, en las materias en que las leyes le asignen competencia.

En particular, deberá fiscalizar el cumplimiento por parte de los prestadores de salud de las prohibiciones establecidas en los artículos 134 bis; 141, incisos penúltimo y final; 141 bis; 173, incisos séptimo y octavo, y 173 bis, y sancionar su infracción.

Para efectos de dar cumplimiento a lo señalado en este numeral, la Superintendencia deberá implementar un sistema de atención continuo y expedito para recibir y resolver los reclamos que sobre estas materias se formulen.

3. Instruir los procesos sancionatorios cuando no se dé cumplimiento a lo señalado en el numeral 2, e imponer las sanciones que procedan conforme a la ley, sin perjuicio de las facultades que puedan corresponder a otros organismos fiscalizadores.

4. Dictar las instrucciones de carácter general y órdenes particulares que permitan facilitar la interpretación, aplicación y fiscalización de las normas de su competencia.

5. Elaborar y difundir periódicamente información que permita a la ciudadanía conocer el resultado de los procesos de fiscalización y de sanciones, y cualquier otra que, en el marco de su competencia, determine y estime pertinente publicar, para el mejor ejercicio de los derechos de la población.

6. Requerir a las personas o entidades fiscalizadas toda clase de información necesaria para el cumplimiento de sus fines, ya sea financiera, jurídica, administrativa relativa a su giro, actividad comercial y/o asistencial, así como todos aquellos datos necesarios para el mismo fin, tales como su cartera de prestaciones y precios, aranceles y modalidades de pago, convenios o contratos que celebren con fines prestacionales, convenios con las utilidades resultantes de tales actividades y los demás antecedentes a que se refiere el artículo 126. Los requerimientos de información deberán sujetarse a los

principios de objetividad, razonabilidad, no discriminación arbitraria y proporcionalidad.

7. Efectuar estudios, índices, estadísticas e informes relacionados con todos los procesos y materias de su competencia relacionadas con las acreditaciones efectuadas a los prestadores institucionales y las certificaciones de los prestadores individuales. Asimismo, informará sobre las sanciones que aplique y los procesos de acreditación o reacreditación que se encuentren en curso.

8. Ejercer, de acuerdo con las leyes, el reglamento y las normas emitidas por el Ministerio de Salud, las funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud.

9. Autorizar a las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud en conformidad con el reglamento y las instrucciones de general aplicación que dicte al efecto.

10. Designar aleatoriamente a la entidad acreditadora que desarrollará el proceso de acreditación.

11. Fiscalizar a los prestadores institucionales acreditados en la mantención del cumplimiento de los estándares de acreditación.

12. Mantener un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales, con indicación de los que se encuentren acreditados, y de las entidades acreditadoras, conforme al reglamento correspondiente y a las instrucciones de general aplicación.

13. Mantener registros nacionales y regionales actualizados de los prestadores individuales de salud, de sus especialidades y subespecialidades, si las tuvieran, y de las entidades certificadoras, todo ello conforme a las leyes, al reglamento correspondiente y a las instrucciones de general aplicación.

14. Mantener un registro público de prestadores de salud sancionados por la Intendencia de Prestadores en las materias de su competencia, organizado conforme a las instrucciones de general aplicación.

15. Requerir de las entidades y organismos que conforman la Administración del Estado, la información y colaboración que sea pertinente para el mejor desarrollo de las funciones y atribuciones que este Capítulo y el Libro III le asignan.

16. Conocer los reclamos que presenten los beneficiarios a que se refieren los Libros II y III, respecto de la acreditación y certificación de los prestadores de salud, tanto públicos como privados.

La Intendencia de Prestadores de Salud no será competente para pronunciarse sobre el manejo clínico individual de casos, sin perjuicio de la facultad de la Superintendencia de realizar auditorías clínicas a solicitud del Ministerio de Salud de conformidad con el numeral 18.

17. Recibir, responder y, en su caso, derivar las consultas y demás presentaciones formuladas por las personas respecto de los prestadores de salud institucionales e individuales, públicos y privados, en materias de su competencia. Asimismo, deberá conocer, tramitar y resolver las denuncias y reclamos conforme a la normativa vigente.

Cuando a través de sus canales de comunicación con la ciudadanía la Superintendencia reciba reclamos o denuncias por eventuales negligencias médicas, deberá orientar e informar al reclamante sobre sus derechos en el caso en cuestión y, si corresponde, derivar a la institución competente, sin perjuicio de la prohibición establecida en el párrafo segundo del numeral anterior.

18. Realizar auditorías clínicas a los prestadores institucionales de salud previo requerimiento del Ministerio de Salud, según las normas técnicas emitidas por dicha cartera. Para cumplir con estas auditorías, la Superintendencia podrá solicitar a los Servicios de Salud profesionales funcionarios en comisión de servicio.

19. Otorgar apostillas en conformidad a lo establecido en la Convención de La Haya que Suprime la Exigencia de Legalización de Documentos Públicos Extranjeros, en los documentos en que consten las firmas de las autoridades del Ministerio de Salud o de algún profesional del área de la salud que acredite el estado de salud de una persona o le prescriba algún tratamiento o medicación.

20. Realizar las demás funciones que la ley y los reglamentos le asignen.

Las interpretaciones, instrucciones de carácter general y órdenes particulares dictadas en conformidad a este artículo serán impugnables conforme a las normas establecidas en esta ley.

Los instrumentos regulatorios utilizados por la Superintendencia en la labor de fiscalización serán iguales para los establecimientos públicos y privados, de acuerdo con la normativa vigente.”.

9. Intercálase luego del artículo 121, el siguiente artículo 121 A:

“Artículo 121 A.- Las acciones de fiscalización propenderán a que no se impida con ellas el normal desarrollo de las actividades de los sujetos

fiscalizados, quienes deberán otorgar todas las facilidades que sean requeridas por los referidos funcionarios.

La Superintendencia deberá procurar que los procesos de fiscalización que lleve a cabo se coordinen con aquellos que, en el ejercicio de sus competencias, realicen los diversos órganos de la Administración del Estado, de manera de evitar distraer indebidamente la labor de los sujetos fiscalizados.”.

10. Intercálase a continuación del artículo 121 A el siguiente Párrafo 2°, nuevo:

“Párrafo 2°
De la responsabilidad, las infracciones y las sanciones aplicables a los prestadores de salud

Artículo 121 bis.- La aplicación de las sanciones correspondientes a los prestadores de salud que incurran en alguna infracción a los derechos y obligaciones establecidos en esta ley y en su reglamento, o incumplan las instrucciones, órdenes y resoluciones que dicte la Superintendencia, se sujetará a las normas establecidas en este párrafo y al Título V de este Capítulo.

Las infracciones sancionadas conforme a esta ley en las que incurran los prestadores de salud serán determinadas por la Superintendencia de Salud, sin perjuicio de las demás responsabilidades legales, civiles o penales que puedan corresponderles, así como la responsabilidad administrativa, civil o penal en que puedan incurrir sus funcionarios, representantes o empleados.

Artículo 121 ter.- El incumplimiento a las instrucciones generales impartidas por la Intendencia de Prestadores de Salud será sancionado, de acuerdo a los criterios señalados en el artículo 125 bis, con multa de veinte hasta mil unidades tributarias mensuales.

Si la infracción consiste en el incumplimiento de una resolución firme dictada de conformidad con la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, la multa podrá ascender hasta dos mil unidades tributarias mensuales.

Artículo 121 quater.- La infracción a lo dispuesto en los artículos 134 bis; 141, incisos penúltimo y final; 141 bis; 173, incisos séptimo y octavo, y 173 bis será sancionada, de acuerdo a los criterios señalados en el artículo 125 bis, con multa de veinte hasta dos mil unidades tributarias mensuales.

Artículo 121 quinquies.- A los prestadores sancionados, sean ellos individuales o institucionales, públicos o privados, se les incorporará en el registro del artículo 121 sexies.

En el caso de prestadores individuales de salud se les podrá sancionar, además, con suspensión de hasta ciento ochenta días de su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud.

Artículo 121 sexies.- Créase el Registro Nacional de Sanciones, administrado por la Intendencia de Prestadores de Salud. El registro será llevado en formato electrónico, tendrá carácter público y su acceso será gratuito.

En él se deberán consignar a los prestadores de salud institucionales e individuales, públicos o privados sancionados por infringir los derechos y obligaciones establecidos en esta ley, y la sanción impuesta.

Las anotaciones en el registro serán de acceso público por el período de cinco años, a contar de la fecha en que el acto administrativo que sancione al prestador se encuentre firme. Del mismo modo, se anotará en el registro la fecha del acto administrativo que consigne la verificación que el prestador ha corregido la conducta infraccional por la cual fue sancionado y ha ejecutado las medidas ordenadas por la autoridad en la resolución que sanciona dicha infracción.

Artículo 121 septies.- La omisión de respuesta, el responder en forma manifiestamente incompleta o evasiva, o fuera de plazo a las solicitudes de información realizadas por la Intendencia de conformidad al numeral 6 del artículo 121 será sancionado, de acuerdo con los criterios señalados en el artículo 125 bis con amonestación o con multa de hasta 100 unidades tributarias mensuales.

Artículo 121 octies.- Siempre que se constate que el prestador institucional de salud que haya solicitado ser evaluado en un procedimiento de acreditación, incurre en engaños de cualquier clase o en omisiones fraudulentas para alterar el resultado de las evaluaciones, u obstruye, de cualquier forma, el normal y debido desarrollo del procedimiento o las evaluaciones, la Intendencia de Prestadores de Salud podrá ordenar la suspensión del procedimiento de acreditación y, tras el correspondiente sumario, lo podrá declarar terminado y ordenar el pago de la cuota del arancel que se encuentre pendiente, así como imponer una multa al prestador infractor de diez a mil unidades tributarias mensuales en el caso de los prestadores privados. Respecto a los prestadores de salud públicos se aplicará lo dispuesto en el Párrafo 2° del Título V.”.

11. En el artículo 122:

a) Intercálase en el inciso primero, entre las expresiones “prestador institucional” y “si verificare”, la siguiente frase: “, bajo apercibimiento de retirar o suspender su acreditación vigente,”.

b) Agrégase a continuación del inciso primero el siguiente inciso segundo, nuevo, readecuándose el orden correlativo de los incisos siguientes:

“En caso de no convenir un plan de ajuste y corrección, cumplirlo tardíamente o incumplirlo, el apercibimiento podrá hacerse efectivo, con el objeto de evitar daño a la salud de las personas, si el prestador institucional no solicita la nueva evaluación dentro de los dos meses siguientes a la notificación del acto administrativo que así lo ordene.”.

c) Intercálase, en el actual inciso tercero que ha pasado a ser cuarto, entre la palabra “funcionar” y el punto final, la siguiente frase “, previa instrucción del correspondiente sumario sanitario”.

12. Agrégase, a continuación de artículo 122, el siguiente artículo 122 bis:

“Artículo 122 bis.- El prestador institucional que solicite ser evaluado en un procedimiento de acreditación deberá actuar siempre de buena fe, cumplir la normativa que lo rige y proporcionar oportunamente la información que la Intendencia de Prestadores de Salud requiera al efecto, así como, en su oportunidad, proporcionar a las entidades acreditadoras la información fidedigna que les requieran y otorgarles las facilidades que necesiten para efectuar debidamente sus evaluaciones.”.

13. Intercálase, a continuación del artículo 122 bis, el siguiente Párrafo 3°, nuevo:

“Párrafo 3°
De las controversias entre los pacientes y los prestadores de salud

Artículo 122 ter.- La Superintendencia, a través del Intendente de Prestadores de Salud, quien actuará en calidad de árbitro arbitrador, podrá resolver las controversias que surjan entre los prestadores de salud y los pacientes, que sean puestas en su conocimiento, en todas las materias que la ley le atribuya competencia.

El Intendente no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta función y las partes podrán actuar por sí o por mandatario.

La Superintendencia, a través de normas de general aplicación, regulará el procedimiento que deberá observarse en la tramitación de las controversias y deberá velar porque se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados, la facultad del reclamante de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes. En el procedimiento se establecerá, a lo menos, que el árbitro oirá a los interesados, recibirá y agregará los instrumentos que se le presenten, practicará las

diligencias que estime necesarias para el conocimiento de los hechos y fallará en el sentido que la prudencia y la equidad le dicten.

Una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, el intendente por sí o por un funcionario que designe, podrá citar al afectado y al prestador o a quien lo represente a una audiencia de conciliación, en la cual, obrará como amigable componedor y ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto. Las opiniones que emita no lo inhabilitarán para seguir conociendo de la causa.

Artículo 122 quater.- En contra de lo resuelto por el Intendente de Prestadores de Salud en su calidad de árbitro arbitrador, podrá deducirse recurso de reposición ante la misma autoridad, el que deberá interponerse dentro del plazo fatal de diez días hábiles, contado desde la fecha de la notificación de la sentencia arbitral.

El Intendente deberá dar traslado del recurso a la otra parte, por el término de cinco días hábiles.

Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, el Intendente deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de treinta días hábiles.

Artículo 122 quinquies.- Resuelto por el Intendente el recurso de reposición, el afectado podrá recurrir ante el Superintendente, dentro de los diez días hábiles siguientes a su notificación, para que se pronuncie en calidad de árbitro arbitrador.

El Superintendente deberá dar traslado del recurso a la otra parte, por el término de cinco días hábiles.

Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, el Superintendente deberá pronunciarse sobre el recurso en el plazo de treinta días hábiles.

Con todo, el Superintendente podrá declarar inadmisible la apelación, si ésta se limita a reiterar los argumentos esgrimidos en la reposición de que trata el artículo anterior.”.

14. Agrégase, a continuación del artículo 122 quinquies, el siguiente epígrafe, nuevo:

“Párrafo 4°
De la responsabilidad y las sanciones aplicables a las entidades acreditadoras y certificadoras de especialidades autorizadas por el Ministerio de Salud”.

15. Agrégase a continuación del epígrafe del Párrafo 4° el siguiente artículo 122 sexies:

"Artículo 122 sexies.- Las entidades acreditadoras deberán dar estricto cumplimiento a las instrucciones que emita la Intendencia de Prestadores de Salud en el marco de la fiscalización de los procesos de evaluación que ejecuten, especialmente las relativas a los informes de acreditación.

El Intendente de Prestadores deberá iniciar el procedimiento administrativo respectivo cada vez que tome conocimiento que un procedimiento de acreditación se está llevando a efecto con grave infracción a las normas que lo rigen. En caso de acreditar la infracción, por resolución fundada, se pondrá término al procedimiento y/o se ordenará el pago, la devolución o la retención de los aranceles, según corresponda. De no cumplir con lo ordenado por el Intendente se procederá al cobro de la garantía. En el marco de dicho procedimiento, el Intendente podrá decretar por resolución fundada la medida provisoria de suspensión del procedimiento de acreditación de conformidad con el artículo 32 de la ley N° 19.880.".

16. En el artículo 123:

a) Reemplázase en el numeral 2 la expresión "1.000 unidades de fomento" por "600 unidades tributarias mensuales".

b) Agrégase, a continuación del numeral 2, el siguiente numeral 3, nuevo, readecuándose el orden de los numerales siguientes:

"3.- Suspensión de su facultad de ejecutar evaluaciones hasta por un año. Dentro de ese término, y con el fin de levantar la suspensión decretada, la Intendencia de Prestadores de Salud podrá fijar el plazo máximo dentro del cual la entidad deberá acreditar que han subsanado las infracciones que motivaron la suspensión y que se encuentra en condiciones de funcionar adecuadamente;".

c) Agrégase, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso tercero, nuevo:

"Dentro del procedimiento administrativo en que se sancione a una entidad acreditadora por infracción a las normas que la regulan, el Intendente deberá examinar las responsabilidades individuales que hayan tenido en ella los directivos de la entidad, sus representantes, así como sus directores técnicos o sus profesionales evaluadores, y, en caso de constatarse éstas, serán sancionados con censura, multa de hasta quince unidades tributarias mensuales o su inhabilidad para ejercer tales cargos o funciones en cualquier entidad acreditadora por un período de hasta dos años.".

17. Intercálase a continuación de la expresión “Título V De las normas comunes a ambas intendencias”, el siguiente epígrafe, nuevo:

“Párrafo 1°
De las normas comunes de las infracciones y sus sanciones”

18. Reemplázase el artículo 125 por el siguiente:

“Artículo 125.- En caso de incumplimiento por parte de organismos públicos del Régimen General de Garantías en Salud o de las instrucciones o dictámenes emitidos por la Superintendencia en uso de sus atribuciones legales, se aplicarán las sanciones y el procedimiento previsto en el Párrafo 2° del presente título. Si se trata de instituciones de salud privadas se aplicará una multa de hasta 1.000 unidades tributarias mensuales, conforme al procedimiento previsto en el Párrafo 4° del presente título.”.

19. Agrégase a continuación del artículo 125 los siguientes artículos 125 bis, 125 ter y 125 quater:

“Artículo 125 bis.- Para la determinación del monto de las multas señaladas en esta ley, la Superintendencia deberá aplicar prudencialmente los siguientes criterios:

a) La gravedad de la conducta, basada en el daño o peligro ocasionado en el contexto en que se produce la conducta, la existencia de instrucciones para su acometimiento, y las acciones destinadas a obstaculizar la labor de fiscalización de la Intendencia por parte del infractor.

b) Si la conducta implica afectación de derechos de niños, niñas y adolescentes en materia de competencia de la Superintendencia.

c) El beneficio económico obtenido con motivo de la infracción, en caso de que lo hubiese.

d) El tamaño o la capacidad económica del infractor.

e) La previsibilidad de su acaecimiento.

f) Las sanciones aplicadas con anterioridad por la Superintendencia en las mismas circunstancias.

En caso de que una conducta dé origen a dos o más infracciones, o cuando una infracción sea el medio para cometer otra, se impondrá la multa, correspondiente a la sanción de la infracción más grave. En caso de que se

verifiquen dos o más conductas infraccionales, independientes entre sí, se acumularán las sanciones correspondientes a cada una de ellas.

Las multas deberán ser pagadas en la Tesorería General de la República, a través de los medios presenciales o digitales que ella disponga, dentro del plazo de diez días hábiles contado desde que la resolución de la Superintendencia se encuentre firme. El comprobante de pago correspondiente deberá ser presentado a la Superintendencia dentro del plazo de tres días hábiles contado desde que se hubiere efectuado el pago.

Artículo 125 ter.- En caso de reincidencia dentro del período de doce meses contado desde el acto administrativo que impuso la multa, o desde que quede firme la resolución judicial que la confirma, según sea el caso, se aplicará una multa desde dos hasta cuatro veces el monto de la multa impuesta por la infracción anterior cometida.

Artículo 125 quater.- Las acciones para perseguir la responsabilidad por las infracciones previstas en esta ley prescriben en el plazo de cinco años, contado desde la ocurrencia del hecho que originó la infracción.

En caso de infracciones continuadas, el plazo de prescripción de las referidas acciones se contará desde el día en que la infracción haya cesado.

Se interrumpe la prescripción con la notificación del inicio del procedimiento administrativo correspondiente.

Las sanciones que se impongan por una infracción a la presente ley prescriben en el plazo de tres años, contado desde la fecha en que la resolución que impone la sanción quede ejecutoriada.”.

20. Intercálase a continuación del artículo 125 quáter el siguiente Párrafo 2°, nuevo:

“Párrafo 2°
De la responsabilidad y sanciones de los organismos públicos

Artículo 125 quinquies.- El Director del Fondo Nacional de Salud deberá velar por que el Fondo realice sus actividades con el debido cumplimiento de las leyes, reglamentos, las instrucciones emitidas por la Superintendencia de Salud y demás normas que las regulen, en las materias que las leyes le asignen competencia. La misma obligación tendrán en los prestadores públicos, con independencia a si integran la red asistencial de los Servicios de Salud, sus directores y las jefaturas dependientes del establecimiento o de la red de establecimientos al cual este pertenezca.

Las infracciones a los derechos y obligaciones en que pueda incurrir el Fondo Nacional de Salud y los prestadores públicos serán sancionadas con amonestación o multa de diez a cincuenta por ciento de la remuneración mensual del jefe o director sancionado. Con todo, en el caso de los establecimientos autogestionados en red, establecimientos dependientes de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública o Fuerzas Armadas de Chile, o dependientes de universidades estatales reconocidas por el Estado, la sanción se aplicará al director del establecimiento. Asimismo, en el caso de establecimientos de atención primaria de salud, la sanción se impondrá al director del Departamento de Salud Municipal o de la Corporación Municipal, según corresponda.

La sanción se determinará en consideración a los criterios establecidos en los literales a), b) y e) del artículo 125 bis. Si el Fondo o el prestador público persiste en la infracción, se le aplicará al directivo infractor, según corresponda, el duplo de la sanción originalmente impuesta y la suspensión en el cargo por un lapso de hasta treinta días contado desde la notificación del acto que ordena la suspensión. La suspensión se regirá por el artículo 124 la ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el decreto con fuerza de ley Nº 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda.

Las infracciones en que incurra el Fondo y los prestadores públicos serán determinadas por la Superintendencia de acuerdo con el procedimiento establecido en el artículo 127.

Configurada la infracción, las sanciones administrativas señaladas en este artículo serán aplicadas por la Superintendencia.

Artículo 125 sexies.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, si en el procedimiento administrativo correspondiente se determina que existen responsabilidades individuales de uno o más funcionarios del prestador público o perteneciente a una entidad estatal que no forma parte de las redes asistenciales de los Servicios de Salud, o de establecimientos de salud municipal, el superior jerárquico respectivo deberá iniciar investigación sumaria para determinar las responsabilidades de dichos funcionarios o lo hará en el procedimiento administrativo ya iniciado, en su caso. Las sanciones a los funcionarios infractores serán determinadas conforme a lo dispuesto en en la ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo.”.

21. Intercálase, a continuación del artículo 125 sexies, el siguiente epígrafe, nuevo:

“Párrafo 3°
De las facultades comunes de las Intendencias para cumplir con sus funciones y atribuciones”.

22. Intercálase en el inciso tercero del artículo 126, entre las expresiones “instituciones de salud previsional” y “la ejecución”, la siguiente frase “, a las personas o entidades fiscalizadas”.

23. Agrégase a continuación del artículo 126, el siguiente artículo 126 bis:

“Artículo 126 bis.- Los hechos que se consignen en las actas e informes que los funcionarios fiscalizadores de la Superintendencia elaboren en el ejercicio de sus funciones de control de la presente ley gozarán de una presunción legal de veracidad.

Los instrumentos regulatorios utilizados en la labor de fiscalización, por parte de la Superintendencia, serán iguales para los establecimientos públicos y privados, de acuerdo con la normativa vigente.”.

24. Intercálase a continuación del artículo 126 bis el siguiente epígrafe:

“Párrafo 4°
De las normas comunes de los procedimientos ante las Intendencias”.

25. En el artículo 127:

a) Reemplázase el encabezado del inciso tercero, por el siguiente: “El procedimiento sancionatorio será instruido por la Superintendencia, conforme a las siguientes reglas:”.

b) Reemplázanse los numerales 1, 2, 3 y 4 por los siguientes:

“1. La Superintendencia podrá iniciar un procedimiento sancionatorio, de oficio o a petición de parte, como resultado de un proceso de fiscalización o a consecuencia de una solicitud presentada por un interesado, en virtud del procedimiento establecido en la ley N° 19.880.

2. La Superintendencia deberá presentar una formulación de cargos en contra del presunto infractor en que describa los hechos que configuran la infracción, las obligaciones incumplidas o vulneradas por la institución, las normas legales infringidas y cualquier otro antecedente que sirva para sustentar la formulación.

3. El presunto infractor tendrá un plazo de quince días hábiles para presentar sus descargos contado desde la notificación del oficio de formulación de cargos. En esa oportunidad, deberá acompañar los antecedentes que estime

pertinentes para desacreditar los hechos imputados. Junto con los descargos, deberá fijar una dirección de correo electrónico a través de la cual se realizarán todas las demás comunicaciones y notificaciones.

4. Recibidos los descargos o transcurrido el plazo otorgado para ello, la Superintendencia podrá abrir un término probatorio no superior a treinta ni inferior a diez días hábiles contado desde que se dicte el oficio que así lo disponga, en el caso que existan hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos.”.

c) Agréganse, a continuación del numeral 4, los siguientes numerales 5, 6, 7, 8, 9 y 10:

“5. La Superintendencia dará lugar a las medidas o diligencias probatorias que solicite el presunto infractor en sus descargos, siempre que sean pertinentes y necesarias. En caso de rechazarlas, deberá fundar su resolución.

6. Los hechos investigados y la responsabilidad del presunto infractor podrán acreditarse mediante cualquier medio de prueba admisible en derecho, los que se apreciarán de acuerdo con las reglas de la sana crítica.

7. La Superintendencia tendrá amplias facultades para solicitar antecedentes o informes que contribuyan a su resolución.

8.- La resolución que ponga fin al procedimiento sancionatorio debe ser fundada y resolver todas las cuestiones planteadas en el expediente, se pronunciará sobre cada una de las alegaciones y defensas formuladas por el presunto infractor y contendrá la declaración de haberse configurado el incumplimiento o vulneración de los derechos y obligaciones establecidos en esta ley o su absolución, según corresponda.

9. La resolución que establezca el incumplimiento o vulneración a los derechos y obligaciones de esta ley y aplique la sanción correspondiente deberá indicar los recursos administrativos y judiciales que procedan en su contra en conformidad con esta ley, como asimismo, los órganos ante los que deben presentarse y los plazos para su interposición.

10. La resolución de la Superintendencia que resuelve el procedimiento por infracción de ley será reclamable conforme al artículo 127 bis.”.

g) Agrégase, el siguiente inciso cuarto, nuevo:

“Respecto de los prestadores de salud, en caso de infracción a lo dispuesto en los artículos 134 bis; 141, incisos penúltimo y final; 141 bis; 173, incisos séptimo y octavo, y 173 bis, la Superintendencia, a través de la Intendencia de Prestadores de Salud, podrá siempre declarar la ilicitud de la

exigencia de las garantías de pago e instruir al prestador institucional su devolución, en un plazo no superior a tres días hábiles contado desde la notificación de la resolución respectiva. Lo anterior es sin perjuicio de las multas que correspondan conforme al artículo 121 quater.”.

26. Agréganse los siguientes artículos 127 bis y 127 ter:

“Artículo 127 bis.- En contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la Superintendencia podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad, dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción. La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles desde que se interponga.

La resolución que deniegue la reposición podrá ser reclamada por el afectado, dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. La reclamación por ilegalidad regulada en el presente apartado es de derecho estricto e interpretación restringida, sin que pueda extenderse, por analogía, a otro tipo de resoluciones. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia.

Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos “en relación” y se agregará la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decreta medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días. Si por el contrario, las decreta, el plazo para dictar sentencia será de diez días contado desde que éstas fueron evacuadas.

Para reclamar contra resoluciones que impongan multas, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que se destinará a beneficio fiscal si se declara inadmisible o se rechaza el recurso. Para reclamar contra resoluciones que no impongan multas, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, conforme a su valor a la fecha de la resolución reclamada, y se destinarán también a beneficio fiscal, en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días. Este recurso se conocerá en cuenta por una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparecencia de las partes, salvo que estime traer los autos “en relación”.

Las resoluciones de la Superintendencia constituirán títulos ejecutivos y les será aplicable lo dispuesto en el artículo 174 del Código de Procedimiento Civil.

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multas, cancelen o denieguen el registro de una institución, solo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la resolución respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia, en conformidad al artículo 109, N° 4. En este caso los funcionarios en quienes haya recaído tal delegación, prestarán declaraciones ante los tribunales a que se refiere este artículo, mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellos personalmente constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlos a declarar personalmente como medida para mejor resolver.

La Superintendencia estará exenta de la obligación de efectuar consignaciones judiciales.

Artículo 127 ter.- El Superintendente de Salud, el Intendente de Fondos de Salud o el Intendente de Prestadores de Salud, según corresponda, durante la tramitación de una controversia o de un procedimiento sancionatorio, podrá adoptar, de oficio o a petición de parte, las medidas provisionales que estime oportunas en los términos previstos en el artículo 32 de la ley Nº 19.880.

27. Reemplázase el inciso segundo del artículo 128 por el siguiente:

“Sin perjuicio de lo anterior, las resoluciones que apliquen sanciones serán notificadas al correo electrónico señalado por el fiscalizado.”.

28. Agrégase el siguiente artículo 128 bis:

“Artículo 128 bis.- Las contiendas de competencia que se originen entre la Superintendencia y otras autoridades administrativas, serán resueltas de conformidad con el artículo 39 de la ley N° 18.575, orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el decreto con fuerza de ley N° 1-19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.”.

29. Reemplázase, el inciso segundo del artículo 220 por el siguiente:

“Las multas a que se refiere el inciso anterior no podrán exceder de diez mil unidades tributarias mensuales y se aplicarán de conformidad a el Párrafo 3° del Título III y el Título V del Capítulo VII del Libro I.”.

Artículo 2.- Introdúcense en la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, las siguientes modificaciones:

1. Agrégase en el artículo 4 el siguiente inciso tercero:

“Todos los prestadores institucionales deberán contar con un funcionario al que se le encargue formalmente la función de supervisión de la calidad de sus procesos y de velar por el respeto a los derechos de las personas que se atienden en el establecimiento asistencial. Con tal fin, los reglamentos de autorización sanitaria respectivos podrán asignarle funciones específicas.”.

2. Agrégase en el artículo 13, a continuación del inciso séptimo, el siguiente inciso octavo:

“Asimismo, la Superintendencia de Salud podrá requerir a los prestadores los antecedentes clínicos estrictamente necesarios para resolver los reclamos y controversias sometidos a su conocimiento, así como para determinar la oportunidad y calidad de las prestaciones otorgadas y deberá adoptar todas las medidas que permitan resguardar su condición de dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2º de la ley Nº 19.628. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá acceder a la ficha clínica y a cualquier otro antecedente clínico del paciente cuando ejerza la facultad de realizar auditorías clínicas conforme a lo dispuesto en el numeral 18 del artículo 121.”.

3. Sustitúyese el artículo 37 por el siguiente:

“Artículo 37.- Sin perjuicio del derecho de las personas a reclamar ante las diferentes instancias o entidades que determina la normativa vigente, toda persona podrá reclamar el cumplimiento de los derechos que esta ley le confiere ante el prestador de salud correspondiente.

En el caso de los prestadores individuales, las personas podrán efectuar su reclamo ante la Superintendencia de Salud.

En el caso de los prestadores institucionales, éstos deberán contar con personal especialmente habilitado para estos efectos y con un sistema de registro y respuesta escrita de los reclamos planteados. El prestador deberá adoptar las medidas que procedan para la acertada solución de las irregularidades detectadas.

Para efectos del inciso anterior, el plazo de respuesta del prestador ante un reclamo será de quince días hábiles contado desde la recepción del reclamo. Si quien reclama estima que la respuesta no es satisfactoria o que no se han solucionado las irregularidades, dentro del plazo de veinte días hábiles contado desde la notificación de la respuesta del prestador institucional, la persona podrá recurrir a la Superintendencia de Salud, o desde el término del plazo que el prestador ha tenido para subsanar las irregularidades que se le plantearon, según corresponda.

Un reglamento regulará el procedimiento a que se sujetarán los reclamos, el registro que se llevará para dejar constancia de los reclamos y las demás normas que permitan un efectivo ejercicio del derecho a que se refiere este artículo.

Asimismo, las personas tendrán derecho a requerir, alternativamente, la iniciación de un procedimiento de mediación, en los términos de la ley Nº 19.966 y sus normas complementarias.”.

4. En el artículo 38:

a) Reemplázase el inciso segundo por los siguientes incisos segundo, tercero y cuarto nuevos, pasando el actual inciso tercero a ser inciso quinto:

“La Superintendencia de Salud, a través de su Intendencia de Prestadores, resolverá los reclamos y denuncias por vulneraciones de las disposiciones de esta ley.

Asimismo, la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Prestadores de Salud, fiscalizará, de oficio o a petición de interesado, el cumplimiento de esta ley por parte de los prestadores de salud e instruirá la adopción de medidas necesarias para corregir las irregularidades que se detecten. En estos procedimientos, si el prestador no cumple lo ordenado por el Intendente de Prestadores de Salud para la solución de dichas irregularidades dentro de un plazo que no podrá exceder a dos meses, se iniciará en su contra un procedimiento sancionatorio, el que se tramitará de acuerdo con lo establecido en el Párrafo 3° del Título IV y en el Título V del Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Siempre que en el procedimiento de fiscalización respectivo se constate que la responsabilidad por la infracción recae en el prestador institucional y, además, en uno o más prestadores individuales, se formularán cargos contra todos ellos y se les aplicarán las sanciones que correspondan según el mérito del sumario sancionatorio respectivo, conforme a las normas precedentes.”.

b) Suprímanse los actuales incisos cuarto y quinto.

Artículo 3.- Introdúcense en la ley N° 19.966 que establece un Régimen de Garantías de Salud, las siguientes modificaciones:

1. Agrégase en el inciso sexto del artículo 9°, a continuación del punto y aparte, que ha pasado a ser punto y seguido, el siguiente texto:

"En caso de incumplimiento, la Superintendencia de Salud podrá sancionar a los prestadores privados con amonestación o multa de hasta trescientas unidades tributarias mensuales, la que podrá elevarse hasta seiscientas unidades tributarias mensuales si hay reiteración dentro del plazo de un año. En el caso de prestadores públicos, con independencia de si integran la red asistencial de los Servicios de Salud, sus directores y las jefaturas dependientes del establecimiento o de la red de establecimientos al cual éste pertenezca, en su caso, se les impondrá una sanción de amonestación o multa de diez a cincuenta por ciento de la remuneración mensual del jefe o director sancionado. Con todo, en el caso de establecimientos autogestionados en red, establecimientos dependientes de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública o Fuerzas Armadas de Chile, o dependientes de universidades estatales reconocidas por el Estado, la sanción se aplicará al director del establecimiento. Asimismo, si se trata de establecimientos de atención primaria de salud, la sanción se impondrá al director del Departamento de Salud Municipal o de la Corporación Municipal, según corresponda.".

2. Agrégase en el inciso segundo del artículo 24, a continuación del punto y aparte, que ha pasado a ser punto y seguido, el siguiente texto: "En caso de incumplimiento, la Superintendencia de Salud podrá sancionar a los prestadores privados con amonestación o multa de hasta trescientas unidades tributarias mensuales. Si hay reiteración dentro del plazo de un año la multa podrá elevarse hasta seiscientas unidades tributarias mensuales. Si se trata de prestadores públicos, con independencia de si integran la red asistencial de los Servicios de Salud, sus directores y sus jefaturas dependientes del establecimiento o de la red de establecimientos al cual este pertenezca, en su caso, se les impondrá una sanción de amonestación o multa de diez a cincuenta por ciento de la remuneración mensual del jefe o director sancionado. Con todo, en el caso de establecimientos autogestionados en red, establecimientos dependientes de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública o Fuerzas Armadas de Chile, o dependientes de universidades estatales reconocidas por el Estado, la sanción se aplicará al director del establecimiento. Asimismo, en el caso de establecimientos de atención primaria de salud, la sanción se impondrá al director del Departamento de Salud Municipal o de la Corporación Municipal, según corresponda.".

Artículo 4.- Agrégase en el inciso séptimo del artículo 3° de la ley N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallego, a continuación del punto y aparte que ha pasado a ser punto y seguido, el siguiente texto: "En caso de incumplimiento, la Superintendencia de Salud

podrá sancionar a los prestadores privados con amonestación o multa de hasta trescientas unidades tributarias mensuales. Si hay reiteración dentro del plazo de un año, la multa podrá elevarse hasta seiscientas unidades tributarias mensuales. En el caso de prestadores públicos, con independencia de si integran la red asistencial de los Servicios de Salud, sus directores y sus jefaturas dependientes del establecimiento o de la red de establecimientos al cual este pertenezca, en su caso, se les impondrá una sanción de amonestación o multa de diez a cincuenta por ciento de la remuneración mensual del jefe o director sancionado. Con todo, si se trata de establecimientos autogestionados en red, establecimientos dependientes de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública o Fuerzas Armadas de Chile, o dependientes de universidades estatales reconocidas por el Estado, la sanción se aplicará al director del establecimiento. Asimismo, si se trata de establecimientos de atención primaria de salud, la sanción se impondrá al director del Departamento de Salud Municipal o de la Corporación Municipal, según corresponda.”.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- La presente ley entrará en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

Artículo segundo.- Dentro de los seis meses siguientes a la publicación de la presente ley, el Ministerio de Salud deberá adecuar los reglamentos respectivos al contenido de la presente ley. Lo mismo deberá realizar la Superintendencia de Salud con sus instrucciones de carácter general.

Artículo tercero.- Los consejeros y consejeras, a excepción del Superintendente, a que se refiere el artículo 109 bis, en su primera designación, serán nombrados por el Presidente de la República en el plazo de tres meses contados desde la entrada en vigencia de la presente ley.

Para el primer nombramiento de consejeros y consejeras, el Presidente de la República los designará por un plazo máximo de un año o mientras se cubran las vacantes de esos cargos de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 109 bis, lo que primero ocurra.

Artículo cuarto.- Disuelto el Consejo Consultivo creado en la ley N° 21.674, corresponderá al Consejo de la Superintendencia de Salud, que por la presente ley se incorpora en el artículo 109 bis del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, cumplir con la función señalada en los incisos noveno y undécimo del artículo 3° de la ley N° 21.674.

Artículo quinto.- Las disposiciones contenidas en esta ley sólo se aplicarán respecto de los procedimientos sancionatorios que se inicien con posterioridad a su entrada en vigencia. Aquellos procedimientos iniciados con anterioridad a su entrada en vigencia seguirán tramitándose conforme a las normas aplicables a la fecha de su iniciación.

Artículo sexto.- 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 falte. 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 **9 de diciembre de 2025,** con asistencia de los Honorables Senadores señor Iván Flores García (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, Francisco Chahuán, y Sergio Gahona Salazar; **15 de diciembre de 2025,** con asistencia de los Honorables Senadores señor Iván Flores García (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, y Sergio Gahona Salazar; **16 de diciembre de 2025,** con asistencia de los Honorables Senadores señor Iván Flores García (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, Francisco Chahuán, y Sergio Gahona Salazar, y **17 de diciembre de 2025,** con asistencia de los Honorables Senadores señor Iván Flores García (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, Francisco Chahuán, y Sergio Gahona Salazar.

Sala de la Comisión, a 17 de diciembre de 2025.

Marcela Paz Correa Peillard
Abogada Secretaria (S) de la Comisión

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE FORTALECE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y MODIFICA NORMAS QUE INDICA (BOLETÍN Nº 17.397-11).

I. **OBJETIVO (S) DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN:** Modernizar y fortalecer el rol regulador de la Superintendencia de Salud, mediante una reestructuración institucional orientada a mejorar su eficiencia y eficacia, para lo cual se crea un órgano colegiado de carácter técnico que la apoya en la toma de decisiones, a la vez que se amplían las facultades interpretativas y fiscalizadoras de la Intendencia de Prestadores de Salud-equiparándolas con las de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud-, corrigiendo las asimetrías en la resolución de controversias entre prestadores y pacientes.

Asimismo, se perfeccionan los mecanismos de protección de los derechos de las personas en el ámbito sanitario y se moderniza el sistema de acreditación de prestadores, asegurando estándares de calidad a través de una supervisión continua y la aplicación de sanciones proporcionales a los infractores.

La iniciativa también crea el Consejo de la Superintendencia de Salud; amplía las facultades de la Intendencia de Prestadores de Salud; mejora la resolución de controversias, incluyendo el arbitraje; moderniza el régimen sancionatorio para privados; crea un régimen sancionatorio para los hospitales públicos (en este caso la sanción va dirigida al director a cargo del tema); moderniza el sistema de acreditación; aporta en transparencia y difusión; perfecciona el sistema de reclamos y la ampliación de plazos y se disponen nuevas sanciones por incumplimiento en materia del GES.

II. **ACUERDOS:** aprobado en general por unanimidad (5x0).

III. **ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN:** consta de cuatro artículos permanentes y de seis disposiciones transitorios.

IV. **NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL:** El artículo 109 bis, incorporado por el numeral 3) del artículo 1, del proyecto de ley, tiene el carácter de norma de rango orgánico constitucional, en virtud de lo dispuesto en el artículo 38, en relación con el artículo 66, inciso segundo, de la Constitución Política de la República, al crear el Consejo de la Superintendencia de Salud.

El artículo 109 septies, incorporado por el numeral 3) del artículo 1, es una norma orgánica constitucional en consideración al inciso tercero del artículo 8° en concordancia con el inciso segundo del artículo 66, ambas de la Constitución Política de la República, por cuanto obliga a los integrantes de Consejo de la Superintendencia de Salud a efectuar una declaración de intereses y patrimonio, en conformidad con lo indicado en los capítulos 1 y 2 del título II de la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, normas que a su vez revisten rango orgánico constitucional.

Los incisos segundo y quinto del artículo 127 bis, incorporado por el numeral 26, ambos del artículo 1 del proyecto de ley, revisten el carácter orgánico constitucional, en virtud del artículo 77 de la Carta Fundamental, y el artículo 16 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, toda vez que inciden en la organización o atribuciones de los tribunales de justicia.

V. URGENCIA: "simple".

VI. ORIGEN E INICIATIVA: Mensaje de Su Excelencia el señor Presidente de la República.

VII TRÁMITE CONSTITUCIONAL: segundo.

VIII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS: 131 votos a favor (131 x 0).

IX. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 10 de noviembre de 2025.

X. TRÁMITE REGLAMENTARIO: primer informe, en general.

XI. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

- Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.
- Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
- Ley N° 19.966, que establece un Régimen de Garantías de Salud.
- Ley N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallego.

Valparaíso, a 17 de diciembre de 2025.

MARCELA CORREA PEILLARD
Secretaria (S) de la Comisión