INFORME

Mesa de Trabajo para la Modernización de la Salud

Acuerdos, recomendaciones y propuestas para fortalecer el acceso, la protección financiera, la oportunidad y la calidad de la atención

INFORME DIRIGIDO A LA COMISIÓN DE SALUD DEL SENADO

9 de noviembre de 2026

Contenido

Prólogo **3**
Agradecimientos 4

Integrantes de la Mesa de Trabajo **5**
Invitados escuchados 5

Glosario **7**

1. Introducción **9**

2. Acuerdos de la Mesa **11**
2.1 Gobernanza del sector 11
2.2 Fonasa 12
2.3 Superintendencia de Salud 12
2.4 Aseguramiento 12
2.5 Atención primaria de salud 13
2.6 Medicamentos 14
2.7 Alta Dirección Pública 15
2.8 Código Sanitario 15
2.9 Empleo público y estatutos del personal 15

3. Materias que requieren desarrollo posterior (técnico o legislativo) **17**

4. Propuestas de las sub-mesas (mesas temáticas) **18**
4.1 Tiempos de espera y aseguramiento 18
4.2 Licencias médicas y subsidio por incapacidad laboral 19
4.3 Atención primaria de salud 19
4.4 Gasto de bolsillo en medicamentos 20

5. Fundamento normativo y vías legislativas **22**

6. Conclusiones **28**

Prólogo

La salud constituye una de las principales responsabilidades del Estado y una preocupación central de las personas y sus familias. Mejorar el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención exige fortalecer las instituciones, modernizar la gestión, reducir las barreras financieras y aprovechar de manera coordinada las capacidades de los sectores público y privado.

Con ese propósito, la Comisión de Salud del Senado convocó a una Mesa de Trabajo para la Modernización de la Salud, integrada por personas con experiencia en políticas públicas, exautoridades, gestión sanitaria, aseguramiento, prestación de servicios y desarrollo del sistema de salud y académicos. A través de sesiones plenarias y de tres sub-mesas temáticas, el grupo examinó problemas estructurales y de gestión junto con alternativas de solución, escuchó a representantes institucionales, gremiales, académicos y prestadores, y construyó un conjunto de acuerdos y recomendaciones.

Este informe ordena ese trabajo y distingue expresamente entre los acuerdos adoptados por la Mesa, las materias que requieren desarrollo técnico o legislativo y las propuestas formuladas por las sub-mesas, que el plenario revisó y ajustó. Esta distinción es fundamental para dar transparencia al proceso y evitar que una propuesta en discusión sea interpretada como una decisión ya adoptada.

> *Su propósito no es cerrar la discusión, sino ofrecer una base ordenada de acuerdos, prioridades y tareas pendientes.*

Las recomendaciones comparten un objetivo: avanzar hacia un sistema de salud más oportuno, resolutivo, coordinado y centrado en las personas. Para ello se requiere establecer metas medibles y rendición de cuentas, fortalecer la atención primaria, hacer exigibles las garantías, mejorar la información clínica y reducir el gasto de bolsillo, junto con

modernizar la gobernanza y la gestión de los recursos humanos y financieros.

La Mesa pone este trabajo a disposición de la Comisión de Salud del Senado como una contribución al debate público y legislativo. Su propósito no es cerrar la discusión, sino ofrecer una base ordenada de acuerdos, prioridades y tareas pendientes que permita transformar el diagnóstico en decisiones y resultados concretos para la población.

Agradecimientos

La Mesa de Trabajo agradece a la Comisión de Salud del Senado la convocatoria y la confianza depositada en este grupo de trabajo. Agradece también a las y los comisionados, quienes aportaron su tiempo, experiencia y conocimiento a lo largo de las sesiones plenarias y de las sub-mesas temáticas. Asimismo, expresa su reconocimiento a las instituciones, organizaciones y personas que expusieron ante la Mesa y en el seminario de la Comisión. Sus antecedentes, análisis y presentaciones constituyeron un insumo relevante para la elaboración de este informe.

Integrantes de la Mesa de Trabajo

Luis Castillo Fuenzalida · presidente de la Mesa

Ana María Arriagada Urzúa

Cristian Baeza

Álvaro Erazo Latorre

Matías Goyenechea Hidalgo

Manuel Inostroza Palma

Jaime Junyent Ruiz

Jaime Mañalich Muxi

Daniela Paredes

Rodrigo Rocha

Karla Rubilar Barahona

Invitados escuchados

Plenario y sub-mesa de Tiempos de Espera, Aseguramiento y Empleo Público

- Asociación de Aseguradores de Chile A.G.: Marcelo Mosso, director ejecutivo.
- Asociación de Isapres de Chile: Melissa Hohmann, presidenta, y Ricardo Bitrán.
- Cajas de Chile A.G.: Marcelo Forni, presidente.
- Clínicas de Chile A.G.: Javier Fuenzalida, presidente.
- Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río: Dr. Ignacio García-Huidobro, director.
- Confederación Fenpruss.
- Confederación FENATS Unitaria: Ricardo Ruiz Escalona, presidente nacional.
- Fondo Nacional de Salud: César Oyarzo, director nacional.
- Ignacio Briones, ex ministro de Hacienda.
- Servicio de Salud Metropolitano Oriente: Dr. Alberto Vargas Peyreblanque, director, y Carolina Villegas, subdirectora de Gestión y Desarrollo de las Personas.
- Superintendencia de Seguridad Social: Patricia Soto Altamirano, superintendenta (s).

Sub-mesa de Atención Primaria de Salud

- Martín Zilic, Comisión de Salud del Gobierno Regional del Biobío.
- Óscar Arteaga, ex presidente de la comisión para la reforma del Libro V del Código Sanitario.
- Osvaldo Artaza, decano, Universidad de Las Américas.

- Julia Pinto, jefa de la División de Atención Primaria, Ministerio de Salud.
- Gabriela Flores, presidenta, CONFUSAM.
- Rony Lenz, director del MBA en Salud, Universidad Andrés Bello.
- Alejandra García, directora (s), Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS).
- Gonzalo Ormazábal, presidente del Departamento de Médicos de Atención Primaria, Colegio Médico de Chile.
- Mariluz Lozano, presidenta, Colegio de Cirujano Dentistas de Chile.

Sub-mesa de Gasto de Bolsillo en Medicamentos

- Dr. Jorge Canales, director, Agencia Nacional de Medicamentos (ANAMED), Instituto de Salud Pública.
- Rodrigo Castro, director, Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast).
- Patricio Huenchuñir, vicepresidente ejecutivo, Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos A.G. (ASILFA).
- Mariela Formas, vicepresidenta ejecutiva, Cámara de la Innovación Farmacéutica (CIF).
- Asociación de Farmacias Independientes (AFICH).
- Héctor Rojas, Asociación Gremial de farmacéuticos y dueños de farmacias de Chile (AFI).
- Alfredo Nebrea, Unión de dueños de farmacias independientes de Chile (UNFACH).
- Héctor Torres, presidente del Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile.
- Hernán Calderón, presidente, Corporación Nacional de Consumidores y Usuarios (CONADECUS).
- Cecilia Rodríguez, organización de pacientes Me Muevo.
- Víctor Hugo Flores, organización de pacientes La Voz de los Pacientes.

Glosario

ADP	Sistema de Alta Dirección Pública.
ANAMED	Agencia Nacional de Medicamentos, hoy parte del Instituto de Salud Pública.
APS	atención primaria de salud.
Cenabast	Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
CMF	Comisión para el Mercado Financiero.
Compensación de riesgos	mecanismo que transfiere recursos entre aseguradores según el riesgo de salud de sus beneficiarios, para que ninguno gane por seleccionar a los más sanos.
DCI	denominación común internacional; nombre del principio activo de un medicamento.
DFL N° 1 de 2005	decreto con fuerza de ley del Ministerio de Salud que fija la organización del sector, Fonasa, la Superintendencia de Salud y las Isapres.
DS N° 140 de 2004	Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.
EAR	establecimientos autogestionados en red.
ETESA	evaluación de tecnologías sanitarias.
Fonasa	Fondo Nacional de Salud.
GES	Garantías Explícitas en Salud (Ley N° 19.966).
ISP	Instituto de Salud Pública.
MCC	Modalidad de Cobertura Complementaria de Fonasa (Ley N° 21.674).
MLE	Modalidad de Libre Elección de Fonasa.
Preexistencia	enfermedad o condición conocida antes de contratar un plan de salud, que hoy permite a las Isapres restringir la cobertura o negar la afiliación.

Reliance	reconocimiento, para el registro sanitario, de evaluaciones realizadas por agencias reguladoras de referencia.
Ley Ricarte Soto	Ley N° 20.850, sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo.
Segundo prestador o dispensador	prestador o farmacia alternativos a los que el paciente puede acudir cuando no se cumple una garantía.
SIL	subsidio por incapacidad laboral (licencias médicas).

01

Introducción

La Comisión de Salud del Senado convocó a esta Mesa de Trabajo para proponer medidas que mejoren el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención de salud. La Mesa trabajó en sesiones plenarias y en tres sub-mesas temáticas (Tiempos de Espera, Aseguramiento y Empleo Público; Atención Primaria de Salud; y Gasto de Bolsillo en Medicamentos), escuchó a instituciones públicas, gremios, aseguradores, prestadores y académicos, y llegó a acuerdos en las sesiones plenarias del 27 de octubre y del 2 y 3 de noviembre de 2026.

Las recomendaciones combinan medidas de gestión, que pueden aplicarse en el corto plazo por vía administrativa, con reformas estructurales que requieren cambios legales y, por lo tanto, un debate legislativo de mediano plazo. En las reformas estructurales, la Mesa fija la orientación y deja el diseño de detalle a instancias técnicas y al trámite legislativo.

Las tres sub-mesas coinciden en cinco ejes que atraviesan todo el documento: reducir el gasto de bolsillo de las personas como objetivo explícito; fijar metas medibles con seguimiento público; contar con información clínica interoperable; hacer exigibles las garantías, con un segundo prestador o dispensador cuando no se cumplen; y fortalecer una atención primaria más resolutiva.

CINCO EJES TRANSVERSALES

1	2	3	4	5
Gasto de bolsillo Reducirlo como objetivo explícito	**Metas medibles** Con seguimiento público	**Información clínica** Interoperable	**Garantías exigibles** Con segundo prestador o dispensador	**Atención primaria** Más resolutiva

PRINCIPALES RECOMENDACIONES DE LA MESA

01	**Crear una Dirección General de Salud con coordinación y gestión sobre la red asistencial**, para que el Ministerio de Salud se concentre en su rol rector o de autoridad sanitaria.
02	**Dotar a Fonasa y a la Superintendencia de Salud de consejos de dirección colegiados**, con mandatos que trasciendan los ciclos de gobierno. Dar a Fonasa facultades plenas de compras estratégicas.
03	**Eliminar la declaración de salud y las preexistencias en las Isapres en un plazo máximo de tres años**, esté o no operando el mecanismo de compensación de riesgos.
04	**Regular los seguros complementarios de salud con un esquema mixto**: la CMF, según su mandato, y la Superintendencia de Salud en su dimensión sanitaria.
05	**Retomar desde Fonasa la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC)**, revisando el nivel de su prima, para disminuir el gasto de bolsillo y ordenar el mercado de los seguros complementarios de salud que opera sobre Fonasa.
06	**Universalización de la atención primaria:** avanzar hacia el establecimiento de un plan único de salud familiar actualizado, garantizado y exigible para todos los beneficiarios de los sistemas de salud, tanto público como privado, incluyendo también a quienes pertenecen a las Fuerzas Armadas y de Orden.
07	**Separar ANAMED del Instituto de Salud Pública** y usar plenamente el registro simplificado y el reconocimiento de agencias de referencia para resolver el rezago de registros.
08	**Crear una agencia pública de evaluación de tecnologías sanitarias**, que en el mediano plazo debiera ser autónoma.
09	**Definir tiempos máximos de espera nacionales y regionales** para los problemas de salud no GES, priorizados sanitariamente.
10	**Avanzar en la discusión del proyecto de ley que modifica las carencias del subsidio por incapacidad laboral** (Boletín N° 17.678-11), incorporando las recomendaciones de la Mesa.

02

Acuerdos de la Mesa

NOTA DE LECTURA

Los acuerdos de esta sección cuentan con el respaldo unánime de los integrantes de la Mesa, salvo la medida marcada con asterisco (*).

2.1 Gobernanza del sector

- **Rectoría del Ministerio.** Liberar al Ministerio de Salud de la gestión diaria de la red asistencial para que ejerza plenamente su rol de autoridad sanitaria.
- **Dirección General de Salud.** Crear una Dirección General de Salud que reemplace a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y salga del Ministerio sectorial y tenga mando real sobre los Servicios de Salud, para que el Ministerio pueda aplicar su rol rector creando políticas públicas, por ejemplo, en listas de espera o cáncer en prevención y promoción entre otros.
- **Servicios de Salud y hospitales.** Revisar el tamaño y las funciones de los 29 Servicios de Salud y devolver autonomía de gestión a los establecimientos autogestionados en red.
- **Marco legal.** Estos cambios requieren reformar el DFL N° 1 de 2005, para dar sustento legal a la nueva arquitectura y a las atribuciones de cada institución, y el DS N° 140 de 2004, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.
- **Gradualidad y diseño de detalle.** La Mesa recomienda avanzar de forma progresiva en la rectoría sanitaria, en la gobernanza y facultades de la Dirección General de Salud y en la autonomía de los establecimientos autogestionados en red. Para ello, propone que el Senado y el Ejecutivo constituyan un comité técnico que diseñe el detalle de esta arquitectura, en un plazo que permita poner en marcha la Dirección General en **no más de dos años.**

2.2 Fonasa

- Dotar a Fonasa de un **gobierno corporativo colegiado**, con mandatos de al menos seis años, idealmente ocho, que trasciendan los ciclos de gobierno y den estabilidad a sus políticas.
- Ajustar sus atribuciones en el DFL N° 1 para que pueda organizar su presupuesto y su compra con independencia técnica, en el marco de las políticas y prioridades sanitarias que defina el Ministerio de Salud.
- Dar a Fonasa **facultades plenas de compras estratégicas**, incluida la revisión de la pertinencia de aplicar la ley de compras públicas cuando entre en conflicto con esas facultades. Por ejemplo, el desabastecimiento inminente debiera habilitar el trato directo, y las licitaciones debieran poder adjudicarse a más de un proveedor para asegurar la continuidad del abastecimiento.
- La composición del consejo, la forma de nombrar y remover a sus integrantes y el alcance preciso de su autonomía son materia del diseño legislativo.

2.3 Superintendencia de Salud

- Transformar el consejo consultivo que propone el proyecto de ley de la Superintendencia en un **consejo de dirección**, con la misma lógica que el propuesto para Fonasa, para que fiscalice efectivamente tanto al sistema público como al privado, tanto en los seguros como en los prestadores. La Mesa entiende la autonomía de ambas instituciones como la existencia de un consejo directivo que da independencia técnica a su conducción.
- Fortalecer las unidades de auditoría clínica de los Servicios de Salud y de los prestadores privados, como instancias no punitivas de mejora de procesos.

2.4 Aseguramiento

- **Fin de las preexistencias.** Eliminar la declaración de salud y las preexistencias en las Isapres en un plazo máximo de tres años. En ese plazo debe desarrollarse un mecanismo de compensación de riesgos, en una primera etapa solo entre Isapres, pero la eliminación opera al cumplirse el plazo, esté o no operando ese mecanismo.

- **Seguros complementarios de salud.** La CMF es el regulador de las compañías de seguros, de acuerdo con su mandato. Sin embargo, cuando las compañías ofrezcan productos de salud, estos deberán estar sometidos a una regulación mixta con la Superintendencia de Salud en lo relativo a su dimensión sanitaria. Como precaución, muchos de los problemas del aseguramiento complementario se originan en que el aseguramiento primario no está bien resuelto: regular los seguros complementarios no reemplaza mejorar la cobertura de Fonasa y de las Isapres.
- **Modalidad de Cobertura Complementaria.** Retomar desde Fonasa la MCC, revisando el nivel de su prima, como instrumento para disminuir el gasto de bolsillo y para ordenar el mercado de los seguros complementarios de salud que opera sobre Fonasa.

2.5 Atención primaria de salud

- **Plan de Salud Familiar actualizado.** Avanzar hacia el establecimiento de un plan único de salud familiar actualizado, garantizado y exigible para todos los beneficiarios de los sistemas de salud, tanto público como privado, incluyendo también a quienes pertenecen a las Fuerzas Armadas y de Orden. El plan define las atenciones preventivas y curativas y los fármacos de nivel primario, y protege los bienes de salud pública (vacunas, controles y exámenes preventivos).
- **Financiamiento.** Cada sistema financia el plan de sus beneficiarios: las Isapres, con cargo a la cotización de sus afiliados; el sistema público, con un financiamiento mixto de cotización y aporte fiscal.
- **Oferta del plan por todos los seguros.** El seguro público y las Isapres deben ofrecer a sus beneficiarios el Plan de Salud Familiar, mediante prestadores públicos y privados que se hagan cargo de la puerta de entrada al sistema. Las Isapres lo ofrecerán a través de su red preferente o de la forma que se organicen; Fonasa, a través de la red pública de atención primaria. La inscripción es voluntaria en esta etapa.
- **Plan de Salud Familiar en la Modalidad de Libre Elección.** Fonasa podrá construir redes con prestadores privados para otorgar el Plan de Salud Familiar, financiado mediante un per cápita, para que accedan beneficiarios de los tramos B, C y D, con el objetivo de aumentar la cobertura de la estrategia de atención primaria. La Mesa considera

esta medida fundamental para reducir el gasto de bolsillo que genera hoy el uso desestructurado de la libre elección. *

** Esta medida no cuenta con la adhesión del Colegio Médico ni de la Confederación Fenpruss.*

2.6 Medicamentos

- **ANAMED.** Separar la Agencia Nacional de Medicamentos del Instituto de Salud Pública, como agencia con responsabilidad legal propia, para resolver el rezago en el registro de medicamentos. En esta etapa, la agencia debe abocarse solo a medicamentos. La Mesa recomienda ampliar las hipótesis de uso del registro simplificado y del registro por reconocimiento de agencias de referencia (*reliance*).
- **Evaluación de tecnologías sanitarias.** La Mesa recomienda crear una agencia autónoma de evaluación de tecnologías sanitarias en el mediano plazo, vinculada a la rectoría sanitaria del Ministerio de Salud. Dadas las condiciones fiscales actuales, en una primera etapa debe ser una agencia pública, con financiamiento público, alojada en el Ministerio y coordinada con los demás organismos que deciden coberturas. Debe contar con barreras efectivas frente a los conflictos de interés y con un procedimiento regulado y transparente para recibir antecedentes de la industria, los pacientes y otros actores. Entre sus tareas debe estar un procedimiento para reevaluar y, cuando corresponda, retirar o reemplazar coberturas de medicamentos de alto costo frente a nueva evidencia.
- **Prescripción por DCI.** Avanzar en que las recetas indiquen el principio activo, sin impedir que se agregue el nombre de la marca. Desarrollar, además, el recetario magistral.
- **Dirección técnica de farmacias.** Mantener la obligación de que un químico farmacéutico dirija cada farmacia.
- **Venta a distancia.** Rechazar un mercado virtual de medicamentos con receta sin farmacia física autorizada.
- **Receta electrónica.** Apoyar su pronta aprobación.
- **Garantía de fármacos GES.** Hacer exigible la entrega de los medicamentos de las canastas GES, con un dispensador alternativo automático cuando no se entregan a tiempo.
- **Ley Ricarte Soto.** Revitalizarla y reactivar su comité de expertos, cuidando su independencia frente a los intereses de la industria.

2.7 Alta Dirección Pública

- **Directores de Servicio de Salud:** mantener el actual sistema de selección.
- **Directores de hospital y cargos de segundo nivel de la ADP en el sector salud:** seleccionarlos solo por mérito, con remoción solo por evaluación de desempeño.
- **Subdirecciones médicas de los hospitales:** dado que ya forman parte del sistema de ADP, favorecer la línea de desarrollo de la gestión clínica, creando incentivos para lograr especializaciones en ella.
- **Directores de atención primaria municipal:** incorporarlos al sistema de ADP con la modalidad de los cargos de primer nivel denominada "balas de plata", es decir, designados por confianza, pero sobre la base de un perfil del cargo.

2.8 Código Sanitario

- Acelerar la reforma del Libro V del Código Sanitario para que otros profesionales de la salud, asuman funciones resolutivas en la atención primaria y hospitalaria, y pedir urgencia para los proyectos en trámite.

2.9 Empleo público y estatutos del personal

- Actualizar el Estatuto Administrativo y los estatutos del personal de salud, incorporando una mayor proporción de remuneración variable asociada a la producción, la asistencia y la calidad. Estos incentivos deben complementarse con la mejora del clima organizacional, de la gestión de las jefaturas, y con el resguardo de los derechos laborales.
- No fusionar el estatuto de atención primaria con los demás, aunque sí actualizarlo en remuneraciones, carrera funcionaria y vinculación con la productividad, el desempeño y la calidad asistencial.
- La Mesa analizará las conclusiones de la comisión de modernización del empleo público que trabaja el Ejecutivo, una vez conocidas, para identificar lo aplicable al sector salud.
- Como antecedente para esta discusión, la Confederación Fenpruss y la Confederación FENATS Unitaria plantearon la posibilidad de un estatuto único para el personal de salud, que contemple una nueva

carrera funcionaria ligada a requerimientos de calidad, asistencia y desempeño sanitario.

03

Materias que requieren desarrollo posterior (técnico o legislativo)

La Mesa identificó las siguientes materias, en las que fija una orientación, pero cuyo diseño corresponde a estudios técnicos o al trámite legislativo.

Materia	Orientación de la Mesa y tareas pendientes
Arquitectura del Ministerio	Definir, en el comité técnico propuesto, las facultades de la Dirección General de Salud, la relación entre el mando de la red y la autonomía de los establecimientos autogestionados, el papel de los Servicios de Salud y la integración de la atención primaria municipal en la conducción de la red. El refuerzo de la Subsecretaría de Salud Pública requiere aún discusión.
Plan de Salud Familiar	Definir el contenido del plan y su costo, cómo se actualiza, cómo se distinguen las prestaciones individuales de los bienes de salud pública, y cómo se articula con el per cápita de la atención primaria municipal para evitar un doble financiamiento.
Garantía de medicamentos ambulatorios	Definir si será una garantía pública financiada por Fonasa, con un modelo similar al GES y un segundo dispensador, qué papel tienen la MCC y los seguros complementarios, y con qué espacio fiscal.
Ampliación posterior de ANAMED	Evaluar, una vez resuelto el rezago de registros de medicamentos, la incorporación de la regulación de los dispositivos médicos.
Judicialización de medicamentos de alto costo	Varias de las medidas propuestas (evaluación de tecnologías sanitarias, ANAMED y el refuerzo de la rectoría del Ministerio) buscan también reducir la judicialización, al fortalecer la opinión técnica del sector salud ante los tribunales.
Información de Fonasa	Que Fonasa informe públicamente el costo de sus beneficiarios por grupo y los subsidios cruzados entre ellos, información indispensable para discutir la compensación de riesgos y el financiamiento del sector.

04

Propuestas de las sub-mesas (mesas temáticas)

NOTA DE LECTURA

Estas propuestas provienen de las sub-mesas, desarrollan los acuerdos anteriores y fueron revisadas y ajustadas por la Mesa en la sesión del 3 de noviembre.

4.1 Tiempos de espera y aseguramiento

- **Tiempos de espera:** definir tiempos máximos de espera nacionales y regionales para los problemas de salud no GES, priorizados sanitariamente, considerando la gravedad y el pronóstico y no solo la antigüedad de la espera, con metas en días y número de personas y rendición de cuentas por Servicio de Salud y establecimiento.
- **Capacidad resolutiva:** usar toda la capacidad del sistema, empezando por la infraestructura pública (pabellones, atención primaria resolutiva, telemedicina y ficha clínica interoperable), con compra por paquete o grupo de diagnóstico y un sistema público-privado integrado al menos en oncología en todo el territorio nacional.
- **Gasto de bolsillo:** priorizar las nuevas coberturas según su impacto en el gasto de bolsillo, en particular el creciente gasto en la Modalidad de Libre Elección y en medicamentos, y avanzar hacia planes de Isapre comparables.
- **Derechos de las personas:** fortalecer, a través de la Superintendencia de Salud, los mecanismos de reclamo y reparación cuando se vulneran los derechos de las personas en la atención de salud, en línea con el proyecto de ley que fortalece la Superintendencia (Boletín N° 17.397-11).
- **Selección de riesgos**: desincentivar, por vía regulatoria o de incentivos, la selección de riesgos por edad en las Isapres, en particular la salida de los afiliados mayores que, al jubilar o disminuir

sus ingresos, ya no pueden pagar su plan y deben trasladarse a Fonasa.

- **Envejecimiento:** la Mesa ve con preocupación el rápido envejecimiento y la alta carga de enfermedades crónicas, y recomienda a la Comisión de Salud del Senado y al Ejecutivo comenzar desde ya a analizar y legislar mecanismos de financiamiento para la salud futura de la población.

4.2 Licencias médicas y subsidio por incapacidad laboral

- **Urgencia.** La crisis reciente de las licencias médicas en el sector público no solo expuso el uso fraudulento: también afectó a quienes legítimamente requieren reposo, y a médicos que dejaron de emitir licencias justificadas por temor a ser cuestionados.
- **Proyecto de ley.** La Mesa hace un llamado explícito a avanzar en la discusión del proyecto de ley que modifica el período de carencia del subsidio por incapacidad laboral y el umbral de duración que lo determina (Boletín N° 17.678-11), incorporando las recomendaciones de este informe.
- **Gestión y control:** fiscalización con datos, con Fonasa a cargo del control estratégico del subsidio; mejora de la gestión de las Compin para reducir sus tiempos de respuesta; revisión del rol de las Cajas de Compensación; y gestión del ausentismo de corta duración.
- **Protección:** distinguir el uso fraudulento del ausentismo por problemas de salud y de la incapacidad justificada, abordar las causas sanitarias del ausentismo y favorecer la rehabilitación y el retorno al trabajo.

4.3 Atención primaria de salud

- **Universalización:** atención primaria como derecho de toda la población, con la meta de que 66% de los beneficiarios de Fonasa la use efectivamente (hoy, 51%), sobre un modelo de salud familiar y comunitaria con población a cargo.
- **Resolutividad:** más capacidad diagnóstica y terapéutica de los equipos, apoyo permanente de especialistas, rutas clínicas compartidas, telesalud y atención domiciliaria para personas con dependencia, enfermedades crónicas complejas y cuidados paliativos.

- **Financiamiento:** un financiamiento basal, permanente y suficiente, sin desventajas para los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, con ajustes según riesgo, territorio, resolutividad e incentivos por resultados sanitarios.
- **Personal y territorio:** planificación plurianual de la dotación según brechas territoriales, retención de médicos de familia, salud mental en la atención primaria, redes sociosanitarias locales y participación de la comunidad.

4.4 Gasto de bolsillo en medicamentos

- **Acceso garantizado:** garantía de medicamentos desde Fonasa con modelo GES (medicamentos priorizados, plazos de entrega, reclamo y segundo dispensador); cobertura progresiva de medicamentos para enfermedades crónicas con copagos acotados; entrega cerca del domicilio; y dispensación alternativa ante quiebres de stock.
- **Regulación:** plan extraordinario contra el rezago de registros, con metas públicas; registro acelerado e intercambiabilidad de biosimilares con farmacovigilancia; y una política nacional de medicamentos, que solo requiere un acto administrativo.
- **Compra y abastecimiento:** más facultades para Cenabast, compra agregada con herramientas predictivas de demanda, acuerdos de riesgo compartido para alto costo, licitaciones con adjudicación múltiple, monitoreo nacional de stock con alerta temprana y redistribución, y comités de farmacia y terapéutica con criterios de evidencia y costo-efectividad.
- **Evaluación y cobertura:** criterios comunes de priorización entre GES, Ley Ricarte Soto, Drogas de Alto Costo y compras hospitalarias; reevaluación periódica de las tecnologías incorporadas; y, en la Ley Ricarte Soto, financiamiento de largo plazo, evaluación técnica separada de la disponibilidad presupuestaria y reglas transparentes para modificar coberturas.
- **Innovación:** diagnóstico molecular público en oncología; y revisión de la regulación de los ensayos clínicos para alinearla con las mejores prácticas internacionales, con la seguridad de los pacientes como centro.
- **Recetario magistral:** modernizar el DS N° 79 de 2010, especialmente sus artículos 5 y 37, para ampliar el acceso a preparaciones

magistrales cuando existan necesidades clínicas justificadas, flexibilizar los períodos de validez según evidencia de estabilidad, facilitar la importación de materias primas certificadas e integrar estas preparaciones a la red asistencial pública. Todo ello con estándares de calidad, seguridad, trazabilidad y fiscalización, evaluando mecanismos de cobertura financiera que favorezcan el acceso oportuno de los pacientes.

- **Seguimiento:** indicadores públicos de tiempos de registro, quiebres de stock, gasto de bolsillo y uso de genéricos y biosimilares, con mediciones de equidad territorial.

05

Fundamento normativo y vías legislativas

Esta sección identifica el fundamento normativo de doce propuestas, la mayoría acordadas por la Mesa. Se concentran en cinco cuerpos legales: el Código Sanitario, el DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, la Ley GES (N° 19.966), la Ley Ricarte Soto (N° 20.850) y el Reglamento de Farmacias (DS N° 466 de 1984). Siete pueden avanzar como indicaciones a proyectos que ya están en el Congreso, lo que reduce su costo legislativo.

SÍNTESIS: DOCE PROPUESTAS Y SU VÍA LEGISLATIVA

En azul, las siete propuestas que pueden avanzar como indicaciones a proyectos ya presentados. "—": el informe no identifica un proyecto en trámite.

N°	Propuesta	Norma principal	Proyecto en trámite
1	**Receta electrónica obligatoria**	Código Sanitario, art. 101; DS N° 466	**Boletín N° 17.355-11**
2	**Prescripción por DCI**	Código Sanitario, arts. 101 y 129 A; DS N° 466	**Boletín N° 17.355-11**
3	**Químico farmacéutico a cargo de cada farmacia**	Código Sanitario, arts. 129 y 129 A; DS N° 466	No requiere cambio legal
4	**Límites a la venta virtual**	Código Sanitario, arts. 100 y 129 D; DS N° 466	**Boletín N° 15.850-11**
5	**Renovar la Ley Ricarte Soto**	Ley N° 20.850; DS N° 54 de 2015	**Boletines N° 15.047-11 y 17.567-11**
6	**Garantía exigible de los fármacos GES**	Ley N° 19.966; DFL N° 1, Libro III	—
7	**Modalidad de Cobertura Complementaria**	DFL N° 1 de 2005	—
8	**ANAMED autónoma**	Nueva ley orgánica	—
9	**Sanciones a la venta ilegal**	Código Sanitario, arts. 100 y 100 bis; Código Penal	**Boletín N° 15.850-11**
10	**Gobierno corporativo de Fonasa**	DFL N° 1, Libro I; Ley N° 19.882	**Boletín N° 17.375-11**
11	**Plan de Salud Familiar garantizado**	DFL N° 1; Ley N° 19.378; Ley N° 19.966	—
12	**Reconocimiento de las profesiones de la salud**	Código Sanitario, arts. 112 y 113	**Boletines N° 13.818-11 y 15.504-11**

Medicamentos

Receta electrónica obligatoria

Toda receta se emite en formato electrónico, con la identidad del profesional verificada por ClaveÚnica o biometría. La receta en papel es fácil de falsificar y facilita el desvío de psicotrópicos; la electrónica permite seguir cada prescripción y dispensación. Hoy es voluntaria.

NORMAS Código Sanitario, artículo 101; DS N° 466, artículo 38; reglamentos de estupefacientes y psicotrópicos (DS N° 404 y 405 de 1983).

PROYECTO Boletín N° 17.355-11, en la Comisión de Hacienda del Senado desde septiembre de 2026, con entrada gradual en 3 a 5 años. Se propone exigir ClaveÚnica o biometría y acortar los plazos para la receta de controlados.

Prescripción por denominación común internacional

La receta indica el principio activo; la marca puede agregarse solo como información. Prescribir por marca debilita la competencia con los bioequivalentes, y es la medida de menor costo fiscal para reducir el gasto de bolsillo. Fue un punto de consenso en la Ley de Fármacos II, que no concluyó su tramitación.

NORMAS Código Sanitario, artículos 101 y 129 A; DS N° 466; DS N° 3 de 2010.

PROYECTO el mismo Boletín N° 17.355-11, donde la Comisión de Salud ya aprobó la prescripción electrónica por DCI. Se propone extenderla a toda receta, incluida la de papel.

Químico farmacéutico a cargo de cada farmacia

Mantener la regla vigente y rechazar indicaciones que permitan una dirección técnica remota o compartida. Desde 2014 la farmacia es legalmente un centro de salud, y la receta electrónica y la venta a distancia hacen más necesario un responsable técnico. No requiere cambio legal; sí reforzar la fiscalización.

NORMAS Código Sanitario, artículos 129 y 129 A; DS N° 466.

Límites a la venta virtual

La venta a distancia de medicamentos con receta solo puede hacerla una farmacia física autorizada; se prohíben las plataformas sin establecimiento y la venta a distancia de controlados. Hoy esa venta está autorizada por reglamento y puede ampliarse sin pasar por el Congreso.

NORMAS Código Sanitario, artículos 100 y 129 D; DS N° 466, Título VI bis; DS N° 404 y 405.

PROYECTO Boletín N° 15.850-11, que regula la comercialización de productos farmacéuticos y sanciona su venta ilegal, en primer trámite en la Comisión de Salud del Senado.

Renovar la Ley Ricarte Soto

Dictar los decretos pendientes, reactivar la comisión que recomienda nuevas coberturas y asegurar el financiamiento del Fondo. El sistema cubre 27 condiciones y no incorpora tratamientos nuevos desde hace años, y el proyecto de Presupuesto 2027 reduce el Fondo de $189.696 millones a $166.951 millones. Se propone un plazo legal obligatorio para dictar el decreto.

NORMAS Ley N° 20.850 y su reglamento (DS N° 54 de 2015).

PROYECTO Boletines N° 15.047-11 y 17.567-11, refundidos, que elevan el aporte al Fondo a $185.000 millones y fueron aprobados por la Comisión de Hacienda de la Cámara en enero de 2026.

Garantía exigible de los fármacos GES

Los medicamentos de la canasta de cada problema de salud GES pasan a ser una garantía que el paciente puede reclamar ante Fonasa, su Isapre y la Superintendencia si no se le entregan a tiempo. Hoy un quiebre de stock no tiene una vía de reclamo específica, y las enfermedades crónicas GES dependen de la continuidad del tratamiento.

NORMAS Ley N° 19.966, artículos 2, 4 y 11; DFL N° 1 de 2005, Libro III; decreto GES.

Modalidad de Cobertura Complementaria

Impulsar su implementación, reevaluar el nivel de su prima e incluir en su cobertura medicamentos ambulatorios, empezando por genéricos sin marca *(la inclusión de genéricos no fue acordada por la Mesa)*. La MCC fue creada por la Ley N° 21.674 y hoy no cubre medicamentos ambulatorios, que son el mayor gasto de bolsillo.

NORMAS DFL N° 1 de 2005, artículos 50 letra g), 144 bis y 144 ter; norma técnica y arancel MCC.

ANAMED autónoma

Crear la Agencia Nacional de Medicamentos como servicio público descentralizado, separado del Instituto de Salud Pública. Hoy es un departamento del ISP; sus funciones regulatorias requieren

independencia técnica, presupuesto propio y plazos exigibles, como las agencias de referencia internacionales.

NORMAS nueva ley orgánica; DFL N° 1 de 2005, Libro I; Código Sanitario, Libro IV; DS N° 3 de 2010.

Aumentar las sanciones a la venta ilegal de medicamentos

Avanzar en regulación sancionatoria en materia de venta, distribución, prescripción de remedios o medicamentos aumentando penas y estableciendo nuevos tipos penales y otorgando nuevas atribuciones fiscalizadoras a los órganos competentes.

NORMAS Código Sanitario, artículos 100 y 100 bis; Código Penal, artículos 21, 39 quinquies, 313, 313 b a 313 f y 319.

PROYECTO Boletín N° 15.850-11, Modifica diversos cuerpos legales para regular la comercialización de productos farmacéuticos y sancionar su venta ilegal.

Fonasa

Gobierno corporativo de Fonasa

Un director nacional seleccionado por Alta Dirección Pública y un consejo directivo de cuatro miembros, todos ratificados por el Senado y con mandatos de ocho años. Fonasa administra los recursos de cerca del 80% de la población con una dirección que cambia con cada gobierno; un mandato más largo que el período presidencial le da estabilidad. El proyecto de reforma de Fonasa de 2020 ya proponía un consejo ratificado por el Senado.

NORMAS DFL N° 1 de 2005, Libro I, artículos 49 y siguientes; Ley N° 19.882 (Alta Dirección Pública).

PROYECTO Boletín N° 17.375-11, que fortalece Fonasa, en primer trámite en el Senado.

Atención primaria

Plan de Salud Familiar garantizado

Un plan de atención primaria garantizado y exigible, con fármacos y atenciones preventivas y curativas, que pueden entregar prestadores públicos y privados, financiado por el seguro de cada persona: en Fonasa, dentro de la Modalidad de Libre Elección; en las Isapres, dentro de su arancel. Es el sustento de la universalización de la atención

primaria, y su financiamiento por cada sistema se acordó en la sesión (sección 1).

NORMAS DFL N° 1 de 2005, artículos 142, 143 y 189 y siguientes; Ley N° 19.378, artículo 49; Ley N° 19.966.

Código Sanitario

Reconocimiento de las profesiones de la salud

Modificar el Libro V del Código Sanitario para reconocer expresamente a profesiones de salud y técnicos de nivel superior, y ampliar sus funciones para que trabajen como equipo. Hoy la ley solo menciona medicina, odontología, química y farmacia, enfermería y psicología, lo que limita la delegación de tareas.

NORMAS Código Sanitario, artículos 112 y 113.

PROYECTO Boletines N° 13.818-11 (profesiones de la salud) y N° 15.504-11 (técnicos de nivel superior). Se propone pedir urgencia y refundirlos.

Gobernanza y aseguramiento

Arquitectura del Ministerio y de la red

La Dirección General de Salud, la revisión de los Servicios de Salud y la autonomía de los establecimientos autogestionados requieren modificar el DFL N° 1 de 2005 (Libro I) y el DS N° 140 de 2004, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, que define las funciones de los directores de Servicio sobre la red asistencial de su territorio.

Fin de las preexistencias

El proyecto de ley de reforma a las Isapres (Boletín N° 17.147-11, mensaje de octubre de 2024) pone fin a la declaración de salud y las preexistencias y crea un plan común. Es el vehículo natural para el acuerdo de la Mesa sobre plazo y compensación de riesgos.

Fortalece la Superintendencia de Salud

El proyecto de ley en actual tramitación (Boletín 17.397-11) se refiere a materias tratadas en esta mesa, en particular, la creación del Consejo Asesor de la Superintendencia de Salud (que se propone mute a directivo), amplía las facultades de la Intendencia de Prestadores y perfecciona el sistema de reclamos y ampliación de plazos por vulneración de derecho de las personas con ocasión del otorgamiento de las acciones de salud.

Licencias médicas

Período de carencia y homologación público-privada del subsidio

El proyecto de ley que modifica el período de carencia del subsidio por incapacidad laboral e introduce cambios en su aplicación en el sector público (Boletín N° 17.678-11, mensaje de julio de 2025) se encuentra en la Comisión de Salud del Senado. Es el vehículo para las recomendaciones de la Mesa sobre licencias médicas.

> **ADVERTENCIA**
>
> Antes de presentar indicaciones debe confirmarse el estado de tramitación de cada boletín y verificar que las propuestas sean admisibles en él, según las reglas de iniciativa exclusiva y las ideas matrices de cada proyecto.

Fuentes del fundamento normativo

- Senado: venta de medicamentos y Boletín 15.850-11
- Boletín 17.355-11, resumen
- Ley N° 21.267 (BCN)
- Decreto N° 11 de 2023, receta electrónica (Carey)
- Decreto N° 58 de 2019, comercio electrónico de medicamentos (AZ)
- Norma Técnica N° 258, Diario Oficial 2026
- Diario Oficial: arancel MCC, Ley N° 21.674
- Salud y Fármacos: Res. Ex. ISP N° 562 de 2026
- Decreto N° 140 de 2004, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud
- Minsal: proyecto que modifica el subsidio por incapacidad laboral, Boletín 17.678-11
- Senado: fin de preexistencias y declaración de salud, Boletín 17.147-11
- BCN: Fortalece la Superintendencia de Salud, Boletín 17.397-11

06
Conclusiones

Los integrantes de la Mesa alcanzaron, en pocas semanas y por unanimidad en la mayoría de las materias, un conjunto de acuerdos que abordan los principales problemas del sistema de salud chileno: la conducción de la red asistencial, el gobierno de Fonasa y de la Superintendencia, la segmentación del aseguramiento, el acceso a la atención primaria, el gasto de bolsillo en medicamentos y la gestión de las licencias médicas, aun cuando existen variados otros procesos a mejorar.

Estos acuerdos combinan medidas que pueden aplicarse en el corto plazo por la vía administrativa con reformas estructurales que requieren ley. Varias de ellas pueden avanzar como indicaciones a proyectos que ya están en el Congreso, lo que reduce su costo legislativo. En las reformas de mayor complejidad, la Mesa fija la orientación y propone que su diseño de detalle quede a cargo de instancias técnicas con participación del Ejecutivo y del Congreso.

La Mesa confía en que este informe contribuya a transformar un diagnóstico ampliamente compartido en decisiones concretas, con metas verificables y responsables claros, que mejoren el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención para todas las personas.