



LEGISLATURA 373ª

COMISIÓN DE SALUD

Sesión 154a, celebrada el martes 1 de julio de 2025

De 17:32 a 19:35 horas

SUMA

1.- Conforme a lo establecido en el artículo 240 del Reglamento de la Corporación, corresponde pronunciarse sobre la renuncia de la Presidenta.

2.- Audiencia.

3.- Continuó la discusión y votación particular del proyecto de ley que fortalece la Superintendencia de Salud y modifica normas que indica. Boletín N° 17.397-11.

APERTURA DE LA SESIÓN

Se inició la sesión a las 17:32 horas.

PRESIDENCIA

Presidió, la diputada Helia Molina.

ASISTENCIA

Asistieron de manera presencial, los diputados y diputadas Mónica Arce, Danisa Astudillo, Andrés Celis, María Luisa Cordero, Ana María Gazmuri, Tomás Lagomarsino, Daniel Lilayu, Helia Molina, Agustín Romero y Patricio Rosas.

El diputado Gastón Von Mühlenbrock reemplazó, en esta sesión, a la diputada Marta Bravo.

Los diputados Von Mühlenbrock y Palma estuvieron pareados, durante esta sesión.

Participaron como invitados, para el segundo punto, los representantes de la Alianza Académica para una Salud Oportuna (AASO), señor Cristián Rebolledo, académico de la Universidad de Chile; señor Raúl Aguilar, académico de la Universidad San Sebastián y, señor Manuel Inostroza, académico de la Universidad Andrés Bello. Para el tercer punto, los asesores del Ministerio de Salud, señores Cristian Miquel y Manuel Pérez, y el Superintendente de Salud, señor Víctor Torres Jeldes junto a la asesora señora Natalia Castillo.

Concurrió la Secretaria Abogado, señora Ana María Skoknic Defilippis; el abogado asistente, señor Ignacio Vásquez y la secretaria ejecutiva, señora Silvia Rivas.



CUENTA

Se recibieron los siguientes documentos:

1.- Oficio de S. E. el Presidente de la República mediante el cual retira y hace presente la urgencia "Suma", para el despacho del proyecto que "Modifica el Código Sanitario para regular el ejercicio de distintas profesiones del área de la salud como parte de un equipo médico". BOLETÍN N° 13806-11 (refundido con boletines 13817-11, 13818-11, 13821-11 y 13838-11). (678-373). Boletín: 13806-11

2.- Proyecto iniciado en moción de los diputados señores Ibáñez; Rivas y Venegas; y de las diputadas señoras Bello; Flores y Marzán, que "Modifica el Código Sanitario para permitir la desafectación de terrenos destinados a cementerios". BOLETÍN N° 17633-11. Boletín: 17633-11

3.- Oficio del Senado por el cual comunica que ha aprobado, en primer trámite constitucional, el proyecto, iniciado en moción, que "Modifica el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, 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, con el objeto de modificar la denominación del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota". BOLETÍN N° 17197-11(S). (216/SEC/25). Boletín: 17197-11

4.- Oficio de la Ministra de Salud (N°12231), mediante el cual responde a uno de la Comisión e informa, entre otras cosas, sobre la presencia de gases contaminantes en la comuna de Arica, debido al emplazamiento de un oleoducto por la ciudad que realiza pruebas de exportación e importación de bencina y petróleo, de propiedad de los Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos. Respuesta Oficio N°: 776/11/2025

5.- Oficio del Director (s) del Servicio de Salud Araucanía Sur (N°1706), mediante el cual responde a uno de la Comisión e informa sobre la situación que estaría afectando al Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, en relación con la falta de disponibilidad de pabellones quirúrgicos, situación que habría impedido la atención de pacientes en condición grave, generando preocupación en la comunidad. Respuesta Oficio N°: 834/11/2025

6.- Oficio del Subsecretario de Redes Asistenciales (N°12213), mediante el cual remite glosa N°6, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

7.- Oficio del Subsecretario de Redes Asistenciales (N°1033), mediante el cual remite glosa N°4, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.



8.- Oficio del Subsecretario de Redes Asistenciales (N°1034), mediante el cual remite glosa N°6 letra f, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

9.- Oficio del Subsecretario de Redes Asistenciales (N°1035), mediante el cual remite glosa N°6 letra f, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

10.- Oficio del Subsecretario de Redes Asistenciales (N°1036), mediante el cual remite glosa N°6 letra f, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

11.- Oficio de la Directora del Instituto de Salud Pública (N°1965), mediante el cual remite glosas presupuestarias, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

12.- Oficio de la Directora del Instituto de Salud Pública (N°1779), mediante el cual remite glosa N°6, en cumplimiento a la Ley de Presupuestos 2025.

13.- Derivación solicitud de audiencia de la diputada Helia Molina, a fin de recibir a la Sociedad Chilena de Gastroenterología - ACCTECU, para exponer sobre la necesidad de actualización de tratamientos de estas enfermedades en la Ley Ricarte Soto, 5to decreto por parte de sociedad científica y agrupaciones de pacientes.

14.- Propuesta de invitados del diputado Agustín Romero, que asistirían de la Fundación Liebe, que se dedica a efectuar equinoterapia integral.

15.- Solicitud de audiencia del Sindicato Nacional N°1 Empresas Farmacias Cruz Verde Spa, a fin de poner en conocimiento situaciones que afectan de forma reiterada derechos laborales.

16.- Solicitud de audiencia del Directorio Nacional APROJUNJI, Asociación de Administrativos, Auxiliares, Técnicos y Profesionales de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, para exponer acerca de Protocolo de Necesidades de Alimentación "NAE" especial instruido de forma arbitraria e inconsulta por parte de Ministerio de Educación. Se adjunta Minuta Parlamentaria elaborada por APROJUNJI Nacional en relación a este nuevo Protocolo, medida que ha generado amplio rechazo por parte de esa organización por su impacto en la salud, funciones laborales y condiciones pedagógicas en los jardines infantiles JUNJI.

17.- Comunicado de Prensa de la Unión de Dueños de Farmacias Independientes de Chile (UNFACH), sobre el expendio de anticonceptivos y la exigencia de receta médica.



18.- Denuncia de un particular (Sra. Francisca González), mediante la cual informa que diversas organizaciones y actores del ámbito de la salud han levantado la voz ante una alarmante serie de hechos que afectan directamente la transparencia, eficiencia y legalidad del actuar de la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana. Señala que ha presentado una denuncia formal ante la Contraloría General de la República, la cual pone en evidencia prácticas que vulneran los principios más básicos del servicio público.

19.- Boletín de Economía BCN N° 103 Junio de 2025, Coyuntura Económica Nacional y Escenario Internacional.

20.- Comunicación de la Jefa de Unidad Compras de Servicios Clínicos del Hospital Guillermo Grant Benavente, mediante la cual remite resoluciones por concepto de justificar las circunstancias excepcionales de contratación de la empresa Servicio de Oncología Regional Limitada, por compra de Braquiterapias, todo esto en conformidad a lo señalado en el art. 35 quáter inciso 4 de la ley N°21.634/ 2024 que moderniza la ley N°19.886 y otras leyes.

21.- Denuncia de la señora Dafne Aranguéz del Comité de Salud Desastre y Emergencias Luz de Esperanza, San Antonio, por discriminación y maltrato físico, gestual y verbal en contra la funcionaria.

22.- Nota del Comité Unión Demócrata Independiente, mediante la cual informa que el diputado Gastón Von Mühlenbrock Zamora reemplazará a la diputada Marta Bravo Salinas durante la sesión de hoy.

23.- Nota que comunica el pareo acordado entre el diputado Gastón Von Muhlenbrock y el diputado Hernán Palma Pérez para sesión de hoy.

VARIOS:

Se realizaron puntos varios que se materializaron en acuerdos.

ACUERDOS:

Se adoptaron, por unanimidad, los siguientes acuerdos:

1. Oficiar a la Ministra de Salud para que informe sobre el plan que tiene contemplado respecto de la situación jurídica y proyectiva del Hospital Metropolitano de Santiago, actualmente operando bajo un contrato de comodato en el Hospital Militar, con vencimiento el 1 de enero de 2027, sin posibilidad de renovación según resolución vigente.

Cabe hacer presente que funcionarios del establecimiento han manifestado su preocupación por la incertidumbre que afecta la continuidad del



recinto como parte del sistema público de salud, así como su impacto en la atención de pacientes, la planificación asistencial y la estabilidad laboral del personal.

En este contexto, procure remitir todos los antecedentes pertinentes sobre las gestiones que el Ministerio ha realizado o tiene previstas para asegurar la continuidad del Hospital Metropolitano, incluyendo eventuales renovaciones del comodato, traspasos de dominio o alternativas que garanticen su proyección como parte integral de la red pública de salud, en virtud de documento que se acompaña. (Solicitud diputada Molina)

2. Acordó reiterar los siguientes oficios que no han tenido respuesta desde el año pasado y dicen relación con peticiones concretas que se han realizado sobre problemáticas del distrito 12, que incluye a las comunas de La Florida, Puente Alto, La Pintana, Pirque y San José de Maipo y también sobre tratamiento de patologías específicas:

a) Oficio N°452-2024.

b) Oficio N° 561-2024

3. Invitar al Director del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y a sus representantes, con el objeto de exponer sobre la implementación del Hospital como parte de la red de salud pública. (Solicitud diputada Gazmuri)

4. Acordó invitar a la Ministra de Salud y al Director del Fondo Nacional de Salud, para el martes 8 de julio, para que expongan sobre los motivos de la fallida licitación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de Fonasa y cuáles serán las medidas que se adoptarán para materializar correctamente el proceso. (Solicitud diputado Romero)

5. Acordó establecer como plazo de presentación de indicaciones para el proyecto de ley que establece un sistema de protección para estudiantes de educación superior que requieren cuidados en su salud mental, boletín N°16.428-04, el viernes 18 de julio. (Solicitud diputada Molina)

ORDEN DEL DÍA

1.- Conforme a lo establecido en el artículo 240 del Reglamento de la Corporación, corresponde pronunciarse sobre la renuncia de la Presidenta.

*Cabe hacer presente que la Comisión, acordó, por la **unanimidad** de los miembros aceptar la renuncia de la diputada Helia Molina.*



El diputado Rosas elogió el estilo ecuánime de la diputada Molina, que propició la conversación y opinión de los diferentes miembros de la Comisión. En general, afirmó que se han llegado a acuerdos en todas las oportunidades necesarias y, en caso de no existir, se ha procedido con altura de mira y objetividad.

La diputada Gazmuri agradeció y felicitó la apertura, trabajo y buen clima que ha tenido la Comisión durante la presidencia de la diputada Molina.

El diputado Lilayu se sumó a las palabras antes dichas y felicitó la conducción de la presidenta, diputada Molina.

2.- Propuesta de salud para Chile, elaborada en alianza entre la Universidad Católica, la Universidad San Sebastián y la Universidad Andrés Bello.

En representación de la Alianza Académica para una Salud Oportuna (AASO), el académico Universidad San Sebastián, señor Raúl Aguilar presentó las principales conclusiones de un estudio colaborativo realizado por cuatro casas de estudio chilenas. En representación del Instituto de Políticas Públicas en Salud de dicha universidad, destacó la relevancia del trabajo realizado y agradeció la oportunidad de exponer en un contexto legislativo, valorando el espacio otorgado pese a la sobrecarga habitual del calendario parlamentario.

Contextualizó el informe como el resultado de un trabajo conjunto de un año y medio, impulsado por la convicción de rectores y decanos sobre la importancia de abordar un problema de alta complejidad como lo es la atención en salud. Señaló que el informe presentado reúne cinco estudios integrados en un solo documento, estructurado en diez dimensiones que abordan aspectos clave de la trayectoria de los pacientes dentro del sistema, incluyendo uno de los puntos más sensibles para la ciudadanía: los tiempos de espera.

Lamentó la ausencia del señor Cristóbal Tello, director del Laboratorio de Innovación Pública de la Universidad Católica y coordinador general de la alianza académica, quien por razones imprevistas no pudo asistir. No obstante, subrayó que cada dimensión analizada en el informe incluye recomendaciones específicas elaboradas por un grupo multidisciplinario de aproximadamente diez académicos.

Expresó su agradecimiento a la comisión por valorar el esfuerzo de trasladar el conocimiento universitario hacia propuestas concretas que puedan contribuir a la mejora de políticas públicas, más allá del ámbito meramente académico.



El académico Universidad Andrés Bello, señor Manuel Inostroza

expuso en base a una presentación que dejó a disposición de la Comisión.

Relató de manera sistemática los principales hallazgos y propuestas de la *Alianza Académica por una Salud Oportuna*, una iniciativa conjunta de las universidades Católica, Chile, San Sebastián y Andrés Bello, centrada específicamente en el problema de las listas de espera en el sistema de salud chileno. Destacó que el trabajo se basa en cinco estudios culminados, respaldados por un equipo interdisciplinario de investigadores provenientes de todas las instituciones participantes.

Explicó que los estudios incluyeron una revisión exhaustiva de literatura internacional, publicaciones nacionales y entrevistas con más de 26 figuras clave del sector salud, entre ellos exministros, exsubsecretarios y exdirectores de servicios. Esta información se sistematizó en diez dimensiones de análisis, que a su vez dieron origen a un conjunto de propuestas clasificadas en plazos de implementación -corto, mediano y largo- y según si requieren gestión, cambios legislativos o transformaciones estructurales.

Entre las ideas centrales expuestas, propuso superar la lógica fragmentada de las listas de espera, apostando por una gestión integral de la trayectoria del cuidado de los pacientes. En lugar de focalizarse solo en prestaciones o patologías aisladas, planteó construir modelos de atención centrados en la continuidad del cuidado, como ya ocurre parcialmente con el GES. También subrayó la necesidad de aumentar la capacidad resolutive del sistema público, fortalecer la atención primaria y actualizar instrumentos clave como el examen de medicina preventiva, hoy obsoleto frente a patologías emergentes como el cáncer de colon.

Asimismo, propuso rediseñar el modelo de priorización de pacientes, incorporando criterios clínicos más complejos y estandarizados. Insistió en que el acompañamiento de la espera debería ser considerado una prestación de salud en sí misma, dada su relevancia en la continuidad del tratamiento, especialmente para pacientes que requieren desplazarse entre ciudades. En esta línea, también enfatizó la necesidad de rediseñar el portal del paciente y mejorar los mecanismos de contactabilidad y seguimiento.

Otra línea destacada fue la modernización de los niveles secundarios y terciarios del sistema, incentivando una mayor productividad en pabellones y promoviendo la cirugía ambulatoria. Lamentó que actualmente solo el 35% de las cirugías públicas sean ambulatorias, lejos del estándar internacional del 66%. A su



juicio, esto exige repensar el uso de los recursos humanos, incluyendo la redistribución de funciones en el equipo de salud, como ha ocurrido exitosamente en otros países.

Además, propuso integrar al sistema de gestión de listas de espera las prestaciones realizadas por el sector privado a beneficiarios de Fonasa, particularmente bajo la Modalidad de Libre Elección, a través de una interoperabilidad real y efectiva entre sistemas tecnológicos. Esto, sostuvo, requiere actualizar los estándares de calidad y acreditación, ya que los vigentes datan de hace más de 16 años.

Valoró los avances realizados por el gobierno en materia de modernización tecnológica, como la actualización del sistema SICTE y el proyecto CORFO liderado por el SENA, pero advirtió que aún existen desafíos en la confiabilidad y calidad de los datos. En cuanto a productividad, recalcó la necesidad de establecer métricas claras y públicas por hospital, como ocurre en sistemas europeos.

Cerró su intervención con una propuesta para rediseñar la gobernanza del sistema de salud. Cuestionó el doble rol de la Subsecretaría de Redes Asistenciales como órgano rector y ejecutor, sugiriendo en cambio la creación de una Dirección Nacional de Prestadores de Salud que permita una separación más clara de funciones, tal como lo ha planteado la Universidad de Chile y el Centro de Estudios Públicos.

En resumen, representó una presentación estructurada y orientada a ofrecer soluciones factibles y transversales a uno de los principales problemas del sistema de salud chileno: las listas de espera.

Finalizó, instando a los miembros de la Comisión a revisar los informes completos disponibles en el sitio web de la alianza (www.alianzadesalud.cl), reiterando la disposición de las universidades a seguir colaborando con el mundo legislativo.

El diputado Rosas agradeció las presentaciones y valoró el enfoque en la salud pública, señalando que muchas de las propuestas también son aplicables al sector privado. Destacó la importancia de incorporar principios de gestión en el sistema público, lo que a menudo resulta difícil de implementar.

Centró su intervención en el problema de la pérdida de horas médicas, indicando que en atención primaria alcanza cerca del 10% y en hospitales, alrededor del 18%. Subrayó que estas inasistencias representan millones de consultas perdidas, a pesar de estar financiadas y con profesionales disponibles.



Planteó que, considerando la escasez de recursos, es clave abordar este problema como una forma de mejorar la eficiencia del sistema.

Finalmente, pidió la opinión de los académicos sobre este tema y posibles medidas para enfrentar la pérdida de horas, señalando que con el avance tecnológico actual se debería poder enfrentar el problema con mayor profundidad que en el pasado.

El académico Universidad de Chile, señor Cristian Rebolledo respondió a la inquietud del diputado Rosas señalando que el tema de la inasistencia de pacientes está considerado dentro de las propuestas, especialmente en lo relacionado con el acompañamiento o navegación del paciente a lo largo de su atención.

Explicó que, si bien hay un porcentaje de ausencias que es difícil de evitar por imprevistos de último minuto, el nivel observado en atención secundaria (alrededor del 18%) sí permite implementar medidas de gestión. En este sentido, destacó la importancia de introducir más flexibilidad y dinamismo en la coordinación de las atenciones.

También señaló que el ausentismo varía según especialidad y perfil de paciente, y que al analizar datos más detallados, como edad o tipo de patología, es posible focalizar acciones de acompañamiento más efectivas. Asimismo, mencionó que el componente geográfico también influye, especialmente en hospitales de referencia, por lo que una mejor gestión de datos permitiría optimizar la asistencia de los pacientes.

El diputado Rosas retomó la palabra para profundizar en el tema del ausentismo, planteando la posibilidad de implementar sistemas de reemplazo o sobrecupo, como ocurre en otros países. Señaló que esperaba que esta alternativa estuviera considerada en el análisis presentado por los académicos, dado el enfoque de estudio que caracteriza sus propuestas.

Comentó que en Chile este tema no ha sido abordado con suficiente profundidad, a pesar de que en otros sistemas de salud se contempla la sobrecitación de pacientes como estrategia para compensar las ausencias esperadas. Expresó interés en conocer la opinión de los expertos respecto a la viabilidad de aplicar esta medida en el contexto nacional.

El señor Manuel Inostroza respondió al diputado Rosas confirmando que la propuesta de reemplazo o sobrecitación está considerada en el estudio, específicamente en la investigación internacional liderada por Cristian Rebolledo. Señaló que ese tipo de iniciativas están documentadas en el informe.



Desde su experiencia como exdirector del CRS de Peñalolén, relató que implementaron un sistema de sobreagenda y lograron aumentar en un 36% la producción del centro en solo seis meses. No obstante, advirtió que este tipo de medidas requieren una gestión muy cercana y activa del equipo directivo, ya que pueden generar tensiones con los profesionales si llegan más pacientes de lo estimado.

Agregó que este tipo de esfuerzos están estrechamente ligados al problema estructural de la gestión hospitalaria, en particular a la alta rotación de los directores de hospitales, cuya duración promedio es de 2 a 6 años. Criticó que el sistema actual aún mezcla criterios de confianza política con mérito, lo que dificulta la implementación sostenida de mejoras. Concluyó que estas estrategias son viables y efectivas, pero requieren liderazgo estable y apoyo constante.

Los diputados y diputadas de la Comisión opinaron y reflexionaron sobre la temática, realizando consultas a los expositores, con el objeto de aclarar algunos puntos.

3.- Continuó la discusión y votación particular del proyecto de ley que fortalece la Superintendencia de Salud y modifica normas que indica. Boletín N° 17.397-11.

Cabe hacer presente que los numerales 3 y 4 del artículo 1 aún se encuentran pendientes.

Numeral 9, nuevo

Se presentó la siguiente indicación:

23. Del diputado Lilayu para incorporar el siguiente numeral 9, nuevo, pasando el actual a ser 10), del siguiente tenor:

“9) Intercálase luego del artículo 121, un artículo nuevo del siguiente tenor:

“Artículo X.- 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, lleven a cabo los diversos órganos de la Administración del Estado, de manera de evitar distraer indebidamente la labor de los sujetos fiscalizados.”.”.

El abogado del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez señaló que, tras haberse eliminado previamente la referencia al “horario hábil” -la cual limitaba las facultades de fiscalización de la Superintendencia de Salud-, la redacción actual de la norma propuesta no presentaba mayores inconvenientes desde el punto de vista de fondo. Destacó que disposiciones de este tipo ya existen en otras superintendencias, por lo que consideró que su incorporación en este contexto no generaría conflictos significativos y resultaría coherente con el marco regulatorio existente.

En votación, la indicación N°23, se aprobó por **unanimidad** (9 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Celis, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Romero y Rosas.

Numeral 9

9) Intercálase, a continuación del artículo 121, el siguiente Párrafo 2°, nuevo:

“Párrafo 2°

De la responsabilidad, las infracciones y las sanciones aplicables a los prestadores de salud

Artículo 121 bis

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

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



Se presentó la siguiente indicación:

24. Del diputado Lilayu para intercalar en el inciso segundo del artículo 121 bis del numeral 9), luego de la expresión “sancionados” la frase “, por resolución o sentencia firme,”.

Cabe hacer presente que se retiró la indicación N°24 por su autor.

En votación, el artículo 121 bis del numeral 9, se aprobó por **unanimidad** (9 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Celis, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Romero y Rosas.

Artículos 121 ter, quáter y quinquies

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. En caso de que el prestador incumpla una resolución firme que resuelva la reclamación de una persona sobre el ejercicio de sus derechos que tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, esta multa podrá elevarse hasta dos mil unidades tributarias mensuales.

Artículo 121 quáter.- 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, además de su sanción, se les incorporará en el registro del artículo 121 sexies.

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

Sometido a votación, los artículos 121 ter, 121 quáter y 121 quinquies del numeral 9, se aprobaron por **unanimidad** (9 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Celis, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Romero y Rosas.



El diputado Romero consultó al Superintendente de Salud, cuál es el efecto de que una persona quede con la suspensión de hasta ciento ochenta días de su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud.

El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres explicó que dicha medida implica que el profesional médico afectado pierde la habilitación para otorgar prestaciones de salud mientras dure la suspensión. Además, señaló que esta inhabilitación también alcanza la emisión de licencias médicas, ya que actualmente existe un vínculo normativo que exige estar inscrito en dicho registro para poder emitirlos. En este sentido, mencionó que la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) habría emitido recientemente un dictamen que refuerza esta exigencia. Por lo tanto, una suspensión en el registro impide al prestador ejercer funciones clave dentro del sistema de salud.

Artículo 121 sexies

Artículo 121 sexies.- Créase el Registro Nacional de Sanciones, administrado por la Intendencia de Prestadores de Salud. El registro será público y su acceso gratuito. Se consultará y llevará en forma electrónica.

En él se deberán consignar a los prestadores de salud institucionales e individuales, públicos o privados que hayan sido 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.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

25. Del Ejecutivo para agregar, en el inciso tercero del artículo 121 sexies incorporado por el numeral 9), a continuación del punto aparte, que pasa a ser seguido, el siguiente párrafo:

“Una vez que el prestador haya corregido la conducta infraccional por la cual fue sancionado y haya ejecutado las medidas ordenadas por la autoridad en la resolución que sanciona dicha infracción, se anotará en el registro la fecha del acto administrativo que consigne la verificación de lo anterior.”.

26. Del diputado Lilayu para agregar en el inciso final del artículo 121 sexies, propuesto por el numeral 9), la siguiente oración después de su punto final, que pasa a ser seguido:



“Luego de dicho periodo, podrán mantenerse publicados, de manera anonimizada, los procesos sancionatorios y las sanciones respectivas.”.

El Superintendente de Salud expresó ciertas dudas sobre el objetivo preciso de la propuesta del diputado Lilayu. Señaló que, según el proyecto de ley, el registro de sanciones tiene una duración de cinco años, y que actualmente el acceso a la información sobre personas o instituciones sancionadas ya está regulado por la Ley de Transparencia.

En ese contexto, manifestó que no quedaba del todo claro si la indicación pretendía restringir el acceso a dicha información una vez cumplido el plazo de cinco años, o si, por el contrario, buscaba permitir que la información siguiera disponible públicamente en el registro, pero de forma anonimizada.

El abogado Manuel Pérez intervino para ofrecer una aclaración sobre el régimen actual de publicidad de las sanciones impuestas por la Superintendencia de Salud. Señaló que, conforme a la Ley de Transparencia, los actos administrativos de la Superintendencia -incluidas las resoluciones sancionatorias- son públicos. Explicó que hoy en día esa información está disponible, pero de manera dispersa, acto por acto, lo que implica que una persona debe buscar caso por caso para acceder a esos antecedentes.

Destacó que la creación de un registro en el proyecto de ley representa un mecanismo sistemático y más accesible para comunicar la información sobre sanciones. Sin embargo, advirtió que, aunque las sanciones incluidas en ese registro dejarían de publicarse luego de cinco años, los actos administrativos que las contienen seguirían siendo públicos y con identificación completa de los sancionados, es decir, no de forma anonimizada.

En ese sentido, planteó que la indicación propuesta podría interpretarse como una obligación de anonimizar información que actualmente es pública en virtud de la normativa general, lo cual implicaría una restricción del acceso ciudadano a esos antecedentes. Concluyó señalando que, a su juicio, basta con aplicar las reglas generales de transparencia para los actos administrativos una vez transcurrido el plazo del registro, sin necesidad de modificar su carácter público ni anonimizar su contenido.

Cabe hacer presente que la indicación N°26 fue retirada por su autor.



Sometida a votación la indicación N°25 y el artículo 121 sexies del numeral 9, se aprobaron por **unanimidad** (9 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Astudillo, Celis, Cordero, Gazmuri, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Romero y Rosas.

Artículo 121 septies

Artículo 121 septies.- La omisión de respuesta, responder en forma incompleta 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 a los criterios señalados en el artículo 125 bis con amonestación o con multa de hasta 100 unidades tributarias mensuales.

Se presentó la siguiente indicación:

27. Del diputado Lilayu para sustituir, en el artículo 121 septies que se propone, la palabra “incompleta”, por la expresión: “manifiestamente incompleta o evasiva,”.

El diputado Lilayu fundamentó su propuesta señalando que el proyecto de ley, en su redacción actual, permite sancionar con multas a los prestadores de salud que entreguen información incompleta durante un proceso de fiscalización. A su juicio, esta causal resulta excesivamente amplia, ya que los prestadores no siempre tienen claridad sobre toda la información que la Superintendencia de Salud podría requerir.

Por ello, propuso reemplazar el término “incompleta” por la expresión “manifiestamente incompleta o evasiva”, con el fin de establecer un estándar más acotado y razonable para aplicar sanciones. Según explicó, la modificación busca evitar sanciones desproporcionadas ante omisiones que puedan deberse a desconocimiento o falta de claridad, reservando las multas solo para aquellos casos en que la entrega de información sea claramente insuficiente o intencionalmente elusiva.

El Superintendente de Salud señaló que no existe oposición por a la propuesta. Sin embargo, consideró necesario hacer una precisión: explicó que los prestadores fiscalizados sí tienen claridad respecto de la información solicitada, ya que la Superintendencia envía un oficio formal donde se especifican expresamente los antecedentes requeridos.



Aclarado ese punto, reiteró que, más allá de esa precisión, no ve inconvenientes en acoger la indicación, que busca sustituir la palabra "incompleta" por la expresión "manifiestamente incompleta o evasiva", elevando así el estándar para la aplicación de sanciones en el marco de los procesos de fiscalización.

El abogado Manuel Pérez realizó una aclaración desde el punto de vista jurídico. Señaló que, si bien la redacción actual del artículo 121 septies puede parecer amplia en su formulación, la actuación de la Superintendencia de Salud está sujeta a normas y principios generales del ordenamiento jurídico, tales como la proporcionalidad y la fundamentación de los actos administrativos.

En ese sentido, explicó que, incluso sin la modificación propuesta, el Superintendente no podría aplicar sanciones por respuestas mínimamente incompletas, ya que estaría limitado por estos principios legales. Es decir, la preocupación del diputado Lilayu ya se encuentra cubierta por el marco jurídico vigente.

Agregó que la frase adicional propuesta en la indicación no genera un problema, pues sería igualmente interpretada conforme a dichos principios generales. Concluyó señalando que, como mencionó el Superintendente, no existe inconveniente en acoger la indicación, y que en caso de ser rechazada, tampoco se produciría un impacto significativo.

El diputado Romero expresó su apoyo a la propuesta del diputado Lilayu, señalando que la expresión "manifiestamente incompleta" permite acotar adecuadamente la causal de sanción, evitando que se aplique de manera antojadiza o caprichosa.

Además, destacó la relevancia de incluir el término "evasiva", considerando que en la práctica no es raro recibir respuestas que, si bien pueden ser extensas o formales, no abordan el fondo de lo solicitado. Usando un ejemplo ilustrativo, indicó que a veces se pregunta sobre un tema específico -como los permisos o las normas de acreditación- y se recibe información irrelevante, como estadísticas de atención o reclamos inexistentes, lo cual no responde al requerimiento original.

Subrayó que esta norma tiene un valor preventivo, en el sentido de reforzar la exigencia de que, en los procesos de fiscalización, los prestadores respondan de manera pertinente y sustantiva a lo solicitado por la Superintendencia.



Puesto en votación, la indicación N°27 y el artículo 121 septies, se aprobaron por mayoría (8 votos a favor y 1 en contra). Votaron a favor, los diputados y diputadas Arce, Astudillo, Cordero, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Romero y Rosas. Votó en contra, el diputado Celis.

Artículo 121 octies

Artículo 121 octies.- Siempre que se constate que el prestador institucional de salud que haya solicitado ser evaluado en un procedimiento de acreditación, incurra en engaños de cualquier clase u omisiones fraudulentas para alterar el resultado de las evaluaciones, u obstruyere, 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 encontrare 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.”.

Sometida a votación, el artículo 121 octies del numeral 9, se aprobó por **unanimidad** (9 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Arce, Astudillo, Celis, Cordero, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Romero y Rosas.

Numeral 10

- 10) Modifícase el artículo 122 en el siguiente sentido:
 - 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 solicitare 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”.

Puesto en votación, el numeral 10, se aprobó por **unanimidad** (9 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Arce, Astudillo, Celis, Cordero, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Romero y Rosas.

Numeral 11

11) Agrégase, a continuación de artículo 122, el siguiente artículo 122 bis, nuevo:

“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 toda 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.”.

En votación, el numeral 11, se aprobó por **unanimidad** (9 votos a favor). Votaron a favor, los diputados y diputadas Arce, Astudillo, Celis, Cordero, Lagomarsino, Lilayu, Molina, Romero y Rosas.

Numeral 12

12) Intercálase, a continuación del artículo 122 bis, el siguiente Párrafo 5°, nuevo:

“Párrafo 5°

De las controversias entre los
pacientes y los prestadores de salud



Artículo 122 ter

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 se coloquen 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, debiendo 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 oír 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 dará su fallo en el sentido que la prudencia y la equidad le dicten.

El Intendente una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, 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, ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitarán para seguir conociendo de la causa.

Se presentaron las siguientes indicaciones:

28. Del diputado Lilayu para intercalar en el inciso primero del artículo 122 ter, propuesto por el numeral 12), luego de la expresión “arbitrador” la frase: “en cuanto al procedimiento,”.

29. Del diputado Lilayu para reemplazar en el inciso tercero de artículo 122 ter, la expresión: “en el sentido que la prudencia y la equidad le dicten” por “con aplicación estricta de la ley”.

El diputado Lilayu explicó que, si bien reconoce el valor de la prudencia y la flexibilidad en la resolución de conflictos, considera fundamental que las decisiones se adopten conforme al derecho. Señaló que no basta con criterios subjetivos o de equidad según el juicio del Superintendente, sino que debe primar la



aplicación objetiva de las normas jurídicas cuando existan disposiciones legales aplicables al caso. Recalcó que la intención de la indicación es asegurar que el procedimiento arbitral respete plenamente el marco legal vigente.

El diputado Romero manifestó su respaldo a la propuesta, calificándola como una buena indicación. Señaló que, si bien es positivo que el procedimiento pueda desarrollarse con criterios de prudencia y equidad - especialmente en lo relativo a su tramitación o a eventuales acuerdos entre las partes para agilizarlo-, el fallo mismo debe estar fundado en la ley.

Argumentó que las normas de prudencia y equidad no se encuentran codificadas ni sistematizadas como las disposiciones legales, por lo que una resolución dictada por un órgano público, como la Superintendencia, debe necesariamente sustentarse en el marco jurídico vigente. Destacó que esta exigencia otorga certeza y legitimidad al proceso, y permite que los eventuales recursos que se interpongan puedan evaluarse conforme a normas jurídicas claras.

Finalmente, subrayó que cualquier persona que se enfrenta al Estado espera que las decisiones adoptadas por la administración se ajusten al derecho, por lo que consideró que esta indicación no solo es razonable, sino también coherente con el principio de juridicidad que debe regir la actuación de los órganos públicos.

El Superintendente de Salud expresó su preocupación respecto a la indicación N°29 presentada por el diputado Lilayu. Señaló que actualmente la Superintendencia ya actúa como árbitro arbitrador en controversias entre personas y aseguradoras, aplicando criterios de prudencia y equidad en la resolución de estos conflictos.

Explicó que, a diferencia de la Intendencia de Prestadores, que no cuenta con esa facultad para resolver todas las controversias, la Superintendencia ha podido garantizar a muchas personas el acceso a coberturas y resolver situaciones urgentes mediante esta atribución. De aprobarse la indicación que limita el fallo a la “aplicación estricta de la ley”, se restringiría la capacidad para dictar resoluciones que tomen en cuenta circunstancias particulares de cada caso, lo que podría afectar negativamente a los usuarios.

Enfatizó que las resoluciones de la Superintendencia siempre están debidamente fundadas y no son arbitrarias, hecho que se refleja en que la mayoría de los recursos judiciales interpuestos contra ellas son desestimados. Manifestó que la indicación limitaría la posibilidad de fallar a favor de las personas, lo cual perjudicaría el acceso igualitario a la salud.



Por último, afirmó que para que la Superintendencia pueda desempeñar eficazmente su rol de árbitro arbitrador entre pacientes y prestadores, es necesario mantener la flexibilidad que otorga el criterio de prudencia, igualando la situación con la que existe actualmente entre personas y aseguradoras.

El diputado Romero profundizó en su apoyo a la propuesta argumentando que, si bien existen organismos -como el Centro de Arbitraje y Mediación de la Cámara de Comercio de Santiago o algunas universidades- que pueden actuar como árbitros arbitradores resolviendo con base en la equidad, ello ocurre en contextos convencionales, es decir, por acuerdo entre las partes. En contraste, explicó, en este caso se trata de una atribución conferida por ley a un órgano estatal, donde el prestador de salud no puede rehusarse a someterse al procedimiento.

Señaló que esta diferencia es clave, ya que, al tratarse de una resolución obligatoria emitida por un organismo público, no puede quedar sujeta únicamente a criterios de equidad, por muy justificados que parezcan. A su juicio, toda decisión de la Superintendencia debe fundarse en normas jurídicas claras, ya que permitir fallos basados en interpretaciones de lo "justo" podría abrir espacio a una gran inseguridad jurídica.

Agregó que, aunque valora que el procedimiento pueda ser ágil y flexible -permitiendo, por ejemplo, notificaciones digitales o simplificación de trámites-, recalcó que el fondo del asunto debe resolverse con estricto apego a la ley. Ilustró su preocupación indicando que no es aceptable que una persona cumpla completamente con las normas vigentes y aun así sea sancionada por una percepción subjetiva de injusticia.

Finalizó reiterando que, dado que el procedimiento es obligatorio para los prestadores, resulta fundamental que las resoluciones estén legalmente fundamentadas.

El señor Manuel Pérez respondió a las preocupaciones planteadas en torno a la indicación N°29 del diputado Lilayu, la cual busca reemplazar el criterio de "prudencia y equidad" por una exigencia de "aplicación estricta de la ley" en la resolución de controversias por parte del Intendente de Prestadores de Salud.

Reconoció que la inquietud por la seguridad jurídica es legítima, pero afirmó que ya existe una experiencia consolidada en la Superintendencia en el uso de esta atribución, particularmente en la Intendencia de Fondos, que ha ejercido la función de árbitro arbitrador por más de 10 años sin objeciones por parte de órganos de control, ni observaciones del Tribunal Constitucional. Recalcó que las



resoluciones dictadas bajo este estándar han superado el control judicial, lo que evidencia su solidez y respeto por el marco jurídico.

Desde una perspectiva jurídica, explicó que el concepto de resolver “en prudencia y equidad” en el derecho moderno no implica decidir en contra del derecho, sino que supone también la consideración de las normas legales vigentes, especialmente para suplir vacíos o ambigüedades en la legislación. Es decir, este criterio no es una vía para actuar de forma discrecional, sino una herramienta para aplicar justicia en contextos donde el derecho positivo no ofrece respuestas claras.

También abordó el fondo institucional del asunto, explicando que las superintendencias existen para proteger bienes jurídicos especialmente sensibles - como la salud, la previsión o el sistema financiero- y para equilibrar situaciones de asimetría estructural entre ciudadanos y entidades poderosas. En ese sentido, argumentó que dotar a la Superintendencia de Salud de estas atribuciones no es arbitrario, sino coherente con su rol de garante de derechos en un ámbito donde las personas están en una posición de desventaja frente a prestadores o aseguradores.

En conclusión, defendió que el modelo de resolución en equidad, bajo control jurisdiccional y con la experiencia positiva de más de una década, es una herramienta válida, legalmente sustentada y necesaria para la protección efectiva de los derechos de los pacientes, por lo que consideró que limitarla mediante la indicación N°29 iría en perjuicio de las personas.

El Superintendente de Salud complementó y reforzó la argumentación del abogado Manuel Pérez en defensa del mantenimiento del criterio de prudencia y equidad, tal como está propuesto en el proyecto de ley.

En su intervención, destacó que este tipo de atribuciones no solo son jurídicamente válidas, sino que cumplen una función práctica crucial: reducir la judicialización de conflictos en salud. Puso como ejemplo la crisis generada por la masiva judicialización de casos contra las Isapres, señalando que el colapso que eso produjo en el sistema judicial y de salud podría haberse mitigado si existieran mecanismos administrativos eficaces como el que se propone para la Intendencia de Prestadores.

Recalcó que esta facultad permite a los pacientes acceder a la resolución de controversias de forma gratuita, sin necesidad de contratar abogados, lo que resulta especialmente relevante dada la asimetría entre prestadores y usuarios del sistema de salud. Subrayó que las resoluciones emitidas por la Superintendencia no son arbitrarias, ya que siempre se ajustan al marco jurídico nacional y a los estándares internacionales de derechos humanos.



A modo de ilustración, citó el caso de Martín Vera, en el cual una resolución favorable de la Superintendencia fue revocada por la Corte Suprema, lo que derivó finalmente en una condena contra el Estado de Chile por parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Este precedente, explicó, demuestra que fortalecer al órgano administrativo en su capacidad de resolver controversias no solo es legalmente correcto, sino que también permite prevenir errores graves, proteger mejor los derechos de las personas y evitar consecuencias jurídicas internacionales para el país.

Finalmente, recordó que los tribunales no siempre cuentan con el conocimiento técnico especializado para resolver materias complejas de salud, razón por la cual frecuentemente solicitan informes a la propia Superintendencia, validando así su rol técnico y su idoneidad como instancia resolutoria en el ámbito sanitario.

El diputado Romero reconoció que desde la perspectiva del paciente, la facultad de la Superintendencia para resolver controversias con base en la prudencia y equidad puede resultar beneficiosa. Sin embargo, planteó una preocupación central: qué ocurre cuando el fallo debe favorecer al prestador de salud, como un médico o un hospital.

A través de un ejemplo ilustrativo, expuso un caso hipotético en el que un equipo médico, sobrecargado de trabajo, comete errores procedimentales como no llenar correctamente la ficha clínica o no monitorear signos vitales, debido a circunstancias humanas y laborales adversas (cansancio extremo, turnos prolongados, duelo personal). En ese contexto, se preguntó cómo fallaría un árbitro si se guía solo por la equidad: ¿perdonaría la omisión médica por entender las condiciones humanas del equipo, aunque eso haya perjudicado al paciente?

Argumentó que esa forma de resolver -con base en elementos subjetivos y no estrictamente jurídicos- genera incertidumbre. A su juicio, lo único que puede proteger tanto a pacientes como a prestadores es que los fallos se dicten conforme a la ley, no a criterios variables de equidad. Recalcó que el cumplimiento de normas como los protocolos clínicos o el deber de informar al paciente debería ser el parámetro para juzgar, ya que permite establecer con claridad responsabilidades.

Además, planteó que si se permite fallar en equidad, existe el riesgo de que las decisiones se tornen arbitrarias o demasiado indulgentes con los prestadores, lo que puede perjudicar el derecho de los pacientes a una atención segura y con garantías. Añadió que en su distrito una de las quejas más frecuentes



tiene que ver con negligencias médicas que quedan sin sanción, y que la percepción pública es que muchas veces hay impunidad debido a redes de protección entre profesionales del sector salud.

Por eso, insistió en que la indicación que propone reemplazar la expresión "prudencia y equidad" por "aplicación estricta de la ley" entrega certeza jurídica, lo que considera fundamental. A su entender, esta modificación no impide a la Superintendencia tener procedimientos flexibles y accesibles, pero sí garantiza que la resolución final esté basada en el derecho, evitando interpretaciones subjetivas y entregando tranquilidad a todas las partes involucradas.

Para mayores detalles, la sesión quedó grabada en un registro de audio y video en la página web de la Cámara de Diputadas y Diputados.

Por haber cumplido con su objeto, se levantó la sesión a las **19:35** horas.

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS
Secretaria Abogado de la Comisión