REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO
SECRETARÍA GENERAL DE LA PRESIDENCIA

MENSAJE DE S.E. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA QUE FORTALECE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y MODIFICA NORMAS QUE INDICA.

Santiago, 10 de marzo de 2025

M E N S A J E N° 344-372/

A S.E. LA PRESIDENTA DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADAS Y DIPUTADOS

Honorable Cámara de Diputadas y Diputados:

En uso de mis facultades constitucionales, tengo el honor de someter a vuestra consideración el presente proyecto de ley que fortalece la Superintendencia de Salud y modifica normas que indica.

I. ANTECEDENTES

1. Artículo décimo transitorio de la ley Nº21.674

La ley Nº21.674, conocida como “ley corta de ISAPRE”, publicada el 24 de mayo de 2024, proporcionó un marco normativo destinado a dar cumplimiento a la jurisprudencia más reciente de la Excelentísima Corte Suprema, la cual ordenó la adecuación de los planes del sistema privado de salud a la tabla única de factores establecida por la Superintendencia de Salud y vigente desde abril de 2020.

Durante la tramitación de esta ley existió consenso transversal de parte de los diversos sectores políticos respecto de la necesidad de avanzar en cambios estructurales al sistema de salud, considerando la creciente judicialización del sistema privado, cuyas consecuencias dieron paso a la aprobación de la referida ley.

Es así como en el artículo décimo transitorio de la ley corta ISAPRE, en su inciso primero, el Ejecutivo se compromete al ingreso, durante el período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, de uno o más proyectos de ley destinados a perfeccionar el sistema de salud en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud. Luego, en su inciso segundo, el Ejecutivo se comprometió a ingresar, antes del 1º de octubre de 2024, uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud (en adelante, "DFL Nº1"), así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, y los mecanismos que permitan su viabilidad, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.

Como es de conocimiento de esta H. Cámara, el 30 de septiembre de 2024, el Ejecutivo ingresó el proyecto de ley que da cumplimiento al inciso segundo del artículo décimo transitorio de la ley Nº21.674, y elimina tanto las preexistencias como las discriminaciones por edad y sexo (boletín Nº 17147-11, refundido con los boletines Nº 11572-11 y Nº 6930-11).

Luego, con fecha 31 de enero de 2025, se presentó el proyecto de ley que moderniza el Sistema Nacional de Servicios de Salud; fortalece al Fondo Nacional de Salud; crea el Servicio Nacional de Salud Digital; otorga facultades al Instituto de Salud Pública de Chile, a la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud; y modifica normas que indica (boletín Nº 17375-11).

En este contexto, la presente iniciativa busca finalizar con los compromisos de la ley N°21.674, mediante el fortalecimiento de la Superintendencia de Salud.

2. Creación de la Superintendencia de Salud

En el marco del proceso de reforma a la Salud iniciado en nuestro país durante el mandato del expresidente de la República, don Ricardo Lagos Escobar, se ingresó un proyecto de ley con la finalidad de “establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana” (boletín Nº 2980-11). Esta iniciativa se transformó en ley Nº 19.937, publica el 24 de febrero de 2005, constituyéndose en la primera ley de ese proceso de reformas en salud en entrar en vigencia.

El diagnóstico levantado en esa época, evidenció, entre otros problemas, una legislación que impedía la integración armónica de los subsistemas público y privado, la insuficiente fiscalización de la calidad de las prestaciones -que en ese momento recaía en los Servicios de Salud-, la escasa regulación a las Instituciones de Salud Previsional (en adelante, ISAPRE), la poca claridad de la población respecto a cómo y dónde canalizar sus demandas o reclamos, en particular, cómo exigir el cumplimiento de sus derechos. Así, el propósito fundamental de dicho proceso de reforma fue fortalecer el sistema público de salud, mediante el establecimiento de nuevas formas de autoridad sanitaria y el mejoramiento de la gestión hospitalaria. Asimismo, sobre la base del establecimiento de derechos y garantías en salud, se pretendió un mayor acceso, oportunidad, cobertura financiera y calidad de las prestaciones sanitarias para, en definitiva, mejorar la atención a las personas que se atienden en los establecimientos de salud del país.

Concordante con el propósito protector de los derechos en salud de la población y la subsecuente necesidad de generar una institucionalidad destinada al ejercicio de la función fiscalizadora para garantizar su cumplimiento, el artículo 6° de la ley N° 19.937, creó la Superintendencia de Salud y fijó su ley orgánica, la que entró en vigencia el 1° de enero de 2005. Una particularidad de esta nueva institucionalidad fue la aplicación de criterios uniformes de fiscalización tanto al Fondo Nacional de Salud (en adelante, Fondo o FONASA) como a las ISAPRE, por el lado de los seguros y, a establecimientos públicos como privados, por el lado de las prestaciones.

3. Orgánica de la Superintendencia de Salud

En primer lugar, cabe señalar que por disposición de los artículos 17 y 21 transitorios de la ley N°19.937, se dispuso que los textos del decreto ley Nº2.763, del año 1979, y de las leyes N°19.469 y N°19.933, fuesen refundidos, coordinados y sistematizados, en el actualmente vigente DFL Nº1. Lo anterior, significa que el DFL N°1 consolida gran parte de la legislación sanitaria en Chile, estableciendo el marco regulatorio para el funcionamiento del sistema de salud.

En ese contexto, el Capítulo VII del Libro I del DFL N°1 contiene actualmente la ley orgánica de la Superintendencia de Salud. Este ente regulador se establece, de conformidad al artículo 106 del DFL N° 1, como un organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud. El artículo 109 del mencionado cuerpo normativo señala que la Superintendencia será dirigida por el Superintendente de Salud, quien será un funcionario nombrado por el Presidente de la República.

Enseguida, el artículo 108 del referido decreto con fuerza de ley, determina que la Superintendencia se estructurará orgánica y funcionalmente en la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud, estando cada una de estas a cargo de un Intendente.

Por su parte, el artículo 106 del mismo cuerpo legal, estableció para todos los efectos legales, que la Superintendencia será "la continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, con todos sus derechos, obligaciones, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley". De esta manera, la Superintendencia se estructuró en base a las funciones y atribuciones fiscalizadoras que poseía la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional desde 1990. Tales atribuciones, naturalmente, fueron asignadas por la ley N°19.937 a la nueva Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, para regular y fiscalizar a las ISAPRE y al FONASA, esquema legislativo que se mantiene así hasta la actualidad.

A su vez, la Intendencia de Prestadores de Salud, es parte de la estructura de la Superintendencia desde el 2005, y constituye la expresión de una institucionalidad fiscalizadora nueva en la salud pública nacional. Durante la tramitación de los proyectos de ley sobre nueva autoridad sanitaria y sobre el Régimen Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE), hoy conocido como Régimen de Garantías Explícitas en Salud (en adelante, GES), se constató que, para hacer factible y viable la exigibilidad del GES respecto de las prestaciones garantizadas por dicho régimen, era necesario contar con una institucionalidad gestora y fiscalizadora de los sistemas de evaluación de la calidad asistencial, a fin de asegurar la calidad mínima necesaria para un debido otorgamiento de las prestaciones de salud a las personas que se atendieran tanto en prestadores públicos como privados.

3.1. Avances en aseguramiento de la calidad asistencial

A partir de la creación de la Superintendencia de Salud y específicamente de la Intendencia de Prestadores de Salud se establecieron los primeros sistemas de evaluación y aseguramiento de la calidad asistencial, que fueron los siguientes: (i) el Sistema de Registros Públicos Nacionales y Regionales de prestadores individuales de salud, de los profesionales de la salud legalmente habilitados para ejercer sus profesiones en Chile; (ii) el Sistema de certificación de las especialidades y subespecialidades de tales prestadores individuales; y (iii) el Sistema de Acreditación para prestadores institucionales de Salud.

La Intendencia de Prestadores de Salud fue la encargada de instalar dichos sistemas de evaluación y aseguramiento de la calidad asistencial. Sus funciones iniciales se centraron en autorizar y fiscalizar a las entidades acreditadoras y certificadoras, supervisar el cumplimiento normativo en los procesos de acreditación, controlar el Sistema de Acreditación de prestadores institucionales y mantener actualizados los registros públicos, en especial el Registro Nacional de prestadores individuales de salud. Además, la ley le otorgó la facultad de elaborar propuestas normativas sobre acreditación y certificación de especialidades para el Ministerio de Salud.

Debe tenerse presente que, en la actualidad, se encuentran acreditados 874 prestadores institucionales de salud, entre los que se incluye la totalidad de la red pública de hospitales de alta, mediana y baja complejidad. En tanto, se encuentran inscritos en el Registro Nacional de

prestadores individuales de salud un total de 909.911 profesionales y técnicos pertenecientes a las catorce profesiones de la salud existentes y 56.425 certificaciones de especialidades médicas, odontológicas, químico-farmacéuticas y bioquímicas. Dicho registro es público, como una manera de dar garantía y fe pública sobre la obtención del título profesional y la habilitación para otorgar prestaciones GES y, con ello, seguridad sanitaria a la población.

3.2. Evolución de las atribuciones de la Intendencia de Prestadores de Salud

Desde la entrada en vigencia de la ley N°19.937, mediante diversas leyes adicionales y posteriores, se han asignado a la Intendencia de Prestadores nuevas funciones más allá de la fiscalización de los Sistemas de Evaluación de la Calidad Asistencial. La ley N°20.394 le encomendó la fiscalización y sanción de infracciones por condicionamiento de atención de salud a través del otorgamiento de cheques u otros pagos indebidos; y la ley N°20.584 estableció su rol en la supervisión del cumplimiento de los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, incluyendo la resolución de los reclamos que realicen las personas usuarias del sistema.

A partir de esta última, se han promulgado diversas normas que han ampliado los derechos en salud y, con ello, las funciones fiscalizadoras de la Intendencia de Prestadores, como la ley N°21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales; la ley N°21.168 que modifica la ley N°20.584, a fin de crear el derecho de atención preferente y oportuna a adultos mayores y personas con discapacidad en acciones de Salud; la ley N°21.331 del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental; la ley N°21.371 establece medidas especiales en caso de

muerte gestacional o perinatal; la ley N°21.372 modifica la ley Nº20.584, estableciendo medidas especiales en relación al acompañamiento de los pacientes menores de edad y en trabajo de parto; la ley N°21.375 consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves; la ley N°21.531 sobre fibromialgia y dolores crónicos no oncológicos; la ley N°21.541 que autoriza a los prestadores de salud a efectuar atenciones mediante telemedicina; y la ley N°21.545 que establece la promoción de la inclusión, la atención integral y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de salud y educación.

Como se observa, durante la última década, Chile ha experimentado un desarrollo significativo en su institucionalidad fiscalizadora de la calidad asistencial y los derechos en salud. La Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud se ha constituido como un pilar fundamental en este ámbito, consolidando su rol fiscalizador en la calidad asistencial y en la garantía de derechos en salud, recibiendo progresivamente mayores facultades legales de fiscalización. Esta evolución responde a la necesidad creciente de perfeccionar y asegurar el goce del derecho a la salud de la población, una tendencia que se alinea con el avance progresivo de los derechos humanos.

Esta evolución normativa, en un proceso sostenido de expansión de las competencias de la Intendencia de Prestadores de Salud en respuesta al reconocimiento progresivo de derechos en este ámbito. Si bien no es el único organismo con facultades fiscalizadoras, sus características institucionales de independencia y alta especialización técnica la han posicionado como referente en el aseguramiento, fiscalización y promoción tanto de la calidad asistencial como de los derechos vinculados a la atención de salud de la población. Por lo

tanto, es de esperar que esta tendencia siga incrementándose en el futuro.

4. Necesidad de modernización y fortalecimiento de la Superintendencia de Salud

Si bien el marco legal vigente ha permitido avances significativos en la supervisión y regulación del sector salud, existen áreas donde una actualización podría fortalecer aún más la labor de la Superintendencia, especialmente de la Intendencia de Prestadores de Salud. Particularmente, una revisión de las facultades interpretativas, los mecanismos de protección de los derechos de las y los pacientes, los procesos de resolución de controversias y la fiscalización de entidades acreditadoras, podría contribuir a una mayor claridad y eficacia. Asimismo, se vislumbran oportunidades para perfeccionar la gobernanza institucional, con el fin de consolidar la autoridad y liderazgo de la Superintendencia en el ámbito de la salud.

4.1. Desafíos en la gobernanza institucional

El actual modelo de supervisión del sistema de salud chileno, que concentra la autoridad en la Superintendencia de Salud bajo la dirección del Superintendente, cargo de exclusiva confianza del Presidente de la República, ha demostrado ser eficaz en diversos ámbitos. Sin embargo, la creciente complejidad del sector y la multiplicidad de factores que intervienen en la regulación sanitaria (técnicos, económicos y sociales), invitan a considerar un modelo que complemente las actuales capacidades.

Si bien esta estructura ha respondido de manera adecuada a los desafíos del sector salud y aunque la Superintendencia cuenta con una sólida reputación técnica, este diseño institucional supone ciertas debilidades. Particularmente por la diversidad de

funciones regulatorias que requieren un equilibrio entre múltiples factores técnicos, económicos y sociales. La concentración de la autoridad en una figura unipersonal, en el largo plazo, podría reducir la capacidad de respuesta ante escenarios complejos. En este contexto, la incorporación de una estructura colegiada que asesore en el proceso de toma de decisiones podría fortalecer la institución. Un órgano colegiado, con experticia en áreas como economía de la salud, salud pública y derecho sanitario, aportaría una visión más amplia e integral, beneficiando la labor de la Superintendencia.

Lo anterior, especialmente teniendo en cuenta la dinámica del sector salud y del rol fiscalizador de la Superintendencia, en áreas que requieren distintos conocimientos técnicos (como la economía de la salud, la salud pública o el derecho sanitario) se hace del todo conveniente pensar en una estructura colegiada que permita asesorar a la institución para contar con diversidad de conocimientos y experiencias.

Asimismo, no se puede desconocer que la industria sanitaria del país ha pasado por una crisis importante en los últimos años, especialmente el sector de las aseguradoras privadas. En este sentido, se requiere que la institucionalidad de la Superintendencia sea permeable a diferentes perspectivas y, al mismo tiempo, que sea independiente de las fuerzas políticas. Todo esto para dotar de la mayor legitimidad posible las difíciles decisiones que han de tomarse en el sector salud.

Por lo expuesto es que se considera como un espacio de mejora institucional la posibilidad de incorporar en la Superintendencia un órgano colegiado integrado por profesionales de reconocida experiencia técnica que asesoren y colaboren para robustecer las decisiones de la autoridad, sea del Superintendente o de

alguno de los Intendentes de Fondos o Prestadores.

4.2. Limitado alcance de las atribuciones regulatorias de la Intendencia de Prestadores

Si bien la reforma de hace 20 años significó un avance importante, el marco legal que rige a la Intendencia de Prestadores de Salud presenta ciertas limitaciones que requieren atención. En particular, la Intendencia de Prestadores cuenta con facultades regulatorias y fiscalizadoras más restringidas que la Intendencia de Fondos, una diferencia que actualmente carece de justificación y dificulta su capacidad de respuesta. Esto, se suma a que la Intendencia de Prestadores está sujeta a una serie de normativas creadas por el legislador a partir de casos particulares, lo que impide una regulación y fiscalización actualizada y sistemática.

A diferencia de la Intendencia de Fondos, la Intendencia de Prestadores no tiene la facultad de interpretar la ley ni de emitir instrucciones de carácter general. Esta limitación impide una adaptación oportuna a los cambios del sector y la implementación de medidas preventivas para proteger los derechos de las y los usuarios. En la práctica, esto se traduce en una dependencia de procedimientos legislativos o reglamentarios lentos que obstaculizan la actualización y sistematización de la normativa. En particular, la ausencia de una facultad interpretativa impide, además, la implementación eficaz de medidas preventivas y correctivas que podrían reducir las asimetrías de información entre prestadores de salud y las personas usuarias.

Por otra parte, una de las áreas donde la Intendencia de Prestadores presenta una clara desventaja es en la resolución de controversias. A diferencia de la Intendencia de Fondos, carece de la facultad de actuar

como árbitro arbitrador en disputas entre pacientes y prestadores. Esta limitación merece un análisis detallado, el cual abordaremos en la sección siguiente.

En consecuencia, para fortalecer la capacidad de respuesta regulatoria de la Intendencia de Prestadores, resulta esencial otorgarle mayor autonomía. Esto permitiría una regulación más ágil y adaptada a las particularidades de cada situación, beneficiando tanto a la Superintendencia como ente regulador como a la ciudadanía.

4.3. Efectiva protección de derechos de las personas

4.3.1. Debilidades de la ley de derechos y deberes de los pacientes

La ley N°20.584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, representa un hito fundamental en la regulación sanitaria del país. Esta normativa consolida un cambio de paradigma en el modelo de atención médica, transitando desde un enfoque paternalista, conocido como modelo de beneficencia, hacia un modelo centrado en la autonomía del paciente. En el modelo de beneficencia, la toma de decisiones clínicas recaía principalmente en el criterio del médico, quien determinaba el curso de acción basado en lo que consideraba mejor para la salud del paciente. En oposición a esto, en el modelo de autonomía consagrado por la ley N°20.584, se reconoce la primacía de los valores y creencias de la o el paciente como elementos principales para la determinación de las decisiones finales relativas a su salud.

Este cambio normativo no solo formaliza una práctica clínica que ya se venía gestando en nuestro país, sino que también establece un marco legal que garantiza el respeto a la dignidad y los derechos de las y los

pacientes, promoviendo una relación médico-paciente basada en el diálogo, la información y el consentimiento informado.

Para cautelar los derechos de las y los pacientes, la referida ley N°20.584 entregó en virtud de su artículo 38, a la Superintendencia la facultad de fiscalizar y sancionar su cumplimiento.

Desde el año 2012, la Intendencia de Prestadores ha recibido 68.917 reclamos, donde el 95,4% corresponden a la ley N°10.584, lo cual es una cifra que, al desagregarla, muestra patrones significativos en las principales áreas de preocupación ciudadana: la atención oportuna y sin discriminación representan el 39% de los reclamos, seguida por la información financiera con un 26%, mientras que el trato digno y la información clínica también emergen como áreas críticas, representando el 14% y 13%, respectivamente de las reclamaciones totales (Superintendencia de Salud, 2023, Informe Anual de Reclamos).

La ley N°20.584, si bien establece un marco regulatorio fundamental para los derechos y deberes de los pacientes en la atención de salud, presenta una falta de especificidad en cuanto a las sanciones aplicables a los prestadores que incumplen sus disposiciones. La normativa se remite al DFL N°1, particularmente a los Títulos IV y V del Capítulo VII del Libro I, donde tampoco se encuentra un régimen sancionatorio detallado. Esta falta de precisión genera un desafío, especialmente considerando el volumen significativo de prestadores institucionales de carácter público dentro del sistema de salud. Resulta crucial que las autoridades competentes establezcan mecanismos de supervisión efectivos que garanticen el cumplimiento de la ley N°20.584 en todos los ámbitos de la atención de salud, asegurando así la protección de los derechos de las y los pacientes.

En consecuencia, para una correcta y eficiente protección de los derechos de las y los pacientes resulta preciso fortalecer las competencias de la Superintendencia a fin de que ella pueda fiscalizar eficazmente las infracciones a la ley y definir sanciones que tengan efecto disuasivo a todo tipo de prestador de salud.

4.3.2. Imposibilidad de resolución de controversias por parte de la Intendencia de Prestadores de Salud

Si bien la Intendencia de Prestadores de Salud se centró inicialmente en el sistema de acreditación, como se señaló anteriormente, en las últimas décadas su ámbito de acción se ha expandido significativamente. Sin embargo, también como ya se mencionó, a diferencia de la Intendencia de Fondos, la Intendencia de Prestadores de Salud no cuenta con mecanismos alternativos de resolución de controversias (en adelante, MASC), como el arbitraje. En consecuencia, la Intendencia de Prestadores de Salud, conoce y resuelve reclamos por presunta vulneración de derechos conforme la ley Nº19.880 establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.

En la práctica, esto significa que la Intendencia de Prestadores de Salud se ve restringida en su capacidad de resolución de conflictos. Su accionar se encuentra sujeto a la aplicación estricta de la ley, careciendo de la flexibilidad que ofrecen otros MASC como el arbitraje para la toma de decisiones basadas en la equidad y la prudencia. Esta rigidez presenta dificultades al abordar la diversidad de conflictos que surgen entre pacientes y prestadores de salud, los cuales son muy disímiles entre ellos, afectan bienes jurídicos muy sensibles y preciados como la salud, la integridad física y psíquica, incluso la vida de las personas, y en donde

suele existir mucha asimetría de información entre los involucrados.

En definitiva, la naturaleza de los conflictos que requieren la intervención de la Intendencia de Prestadores de Salud exige un enfoque más flexible. Un árbitro arbitrador con mayor margen de acción, como existe hoy en la Intendencia de Fondos, podría brindar respuestas más adecuadas y oportunas a la ciudadanía, asegurando la protección de los derechos de las y los pacientes y la correcta aplicación de la normativa en materia de salud.

En relación a los MASC, resulta interesante recordar que la resolución de controversias extrajudiciales ha emergido internacionalmente como una respuesta efectiva ante la necesidad de cumplir con acuerdos internacionales en materia de derechos humanos y acceso a la justicia, así como para abordar la creciente judicialización. Estos sistemas, conocidos bajo diversas denominaciones como mecanismos alternativos de resolución de conflictos o mecanismos pacíficos de resolución de controversias, se han constituido en una vía complementaria fundamental para el sistema de justicia.

En Chile, la implementación de estos mecanismos se inició en la década de los noventa, como parte del proceso de modernización del Estado. La Academia Judicial de Chile ha destacado la expansión de estos mecanismos de gestión colaborativa, señalando su incorporación en diversos procedimientos.

La aplicación de los MASC en Chile se ha extendido a diversos organismos públicos, incluyendo las Corporaciones de Asistencia Judicial, la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, Dirección del Trabajo, Consejo de Defensa del Estado, Superintendencia de Salud, Tribunales de Familia, Municipalidades, Superintendencia de

Educación, Consejo para la Transparencia, Servicio Nacional del Consumidor, Superintendencia de Medio Ambiente y Superintendencia de Insolvencia y Quiebras.

Sin ir más lejos, los MASC son familiares en el sector salud. Por ejemplo, conforme al artículo 44 de la ley N°19.966 establece la mediación como un requisito previo y obligatorio al ejercicio de la acción judicial en algunas materias del derecho de salud, particularmente en casos de negligencia médica.

Por su parte, el artículo 117 del DFL Nº1 otorga al Intendente de Fondos la facultad de árbitro arbitrador para resolver controversias entre las ISAPRE o el Fondo, y sus beneficiarios. Esta experiencia institucional representa una fortaleza significativa que permite considerar su expansión hacia otras materias y sujetos regulados.

La experiencia institucional ha demostrado que el mecanismo de arbitraje, tal como lo ejerce la Intendencia de Fondos, ofrece una mayor capacidad resolutiva para conflictos sanitarios que un procedimiento administrativo estándar regulado por la ley N°19.880.

En este sentido, se identifica como un espacio de mejora la posibilidad de fortalecer los sistemas alternativos de resolución de conflictos en el ámbito de la salud que incluya el establecimiento de normas más claras y procedimientos más accesibles. Esto permitirá asegurar una mayor protección para las personas usuarias y garantizar el cumplimiento adecuado de las responsabilidades por parte de los prestadores de salud en todos los ámbitos de su actuación.

4.3.3. Sanciones insuficientes a los prestadores de salud

El marco legal vigente presenta limitaciones en cuanto a la capacidad del ente regulador para sancionar efectivamente el incumplimiento de la normativa en salud. Asimismo, las sanciones establecidas no poseen el carácter disuasivo necesario para asegurar el cumplimiento de la normativa tanto por parte de los prestadores de salud como de las ISAPRE y del Fondo, especialmente en el contexto actual de creciente digitalización, donde surgen nuevas vulnerabilidades, como las infracciones a la ley de datos sensibles.

En ese contexto, el actual sistema de sumario administrativo ha demostrado una limitada efectividad para determinar responsabilidades y disuadir futuros incumplimientos. En consecuencia, existe la urgente necesidad de actualizar y fortalecer el marco legal que rige las facultades de la Superintendencia de Salud, para que esta pueda disuadir efectivamente los incumplimientos a la normativa vigente.

4.3.4. Necesidad de auditorías clínicas independientes

Las auditorías clínicas independientes son esenciales para la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios. Sin esta verificación externa, los eventos adversos graves suelen quedar subreportados o mal clasificados, comprometiendo la integridad de los registros clínicos.

La gestión de riesgos pierde efectividad cuando queda limitada a una cultura organizacional que puede normalizar prácticas inseguras. Por ejemplo, un centro podría considerar “normal” una tasa de infecciones del 8% por mantenerse estable, mientras un auditor independiente identificaría que esta cifra duplica los estándares internacionales.

A diferencia de las revisiones internas, enfocadas en incidentes aislados, los

auditores externos detectan patrones sistemáticos que revelan fallas estructurales. Así, los reingresos hospitalarios frecuentes podrían atribuirse internamente a la complejidad de los pacientes, cuando realmente reflejan deficiencias en los procesos de alta clínica.

Sin estos mecanismos independientes, se debilita la rendición de cuentas y los ciudadanos carecen de garantías sobre la fiabilidad de indicadores críticos como mortalidad o efectividad terapéutica, lo cual es especialmente problemático cuando existen incentivos para presentar resultados favorables que distorsionan la realidad asistencial.

Además, las auditorías clínicas son una eficaz herramienta para evaluar el cumplimiento de la ley Nº20.584, sobre derechos y deberes de los pacientes. Especialmente para su artículo 4º el cual establece el derecho de toda persona a que los prestadores cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud.

En definitiva, se considera necesario contar con una herramienta independiente de verificación en materia de calidad y seguridad en los sistemas sanitarios.

4.3.5. Difusión de los derechos de las personas

Un sistema regulatorio efectivo se basa en la adecuada comunicación de las normas a la ciudadanía y a los prestadores. En el ámbito de la salud, esto reviste especial importancia debido a la vulnerabilidad de los pacientes y la complejidad del sector.

Sin embargo, nuestro marco normativo presenta falencias en la difusión de información. Las personas desconocen los canales institucionales disponibles para

hacer valer sus derechos, lo que los lleva a recurrir a la vía judicial, muchas veces de manera innecesaria. Esta desinformación perjudica a las y los ciudadanos y sobrecarga el sistema judicial.

Asimismo, la falta de directrices claras y accesibles dificulta la adherencia de los prestadores a la normativa. Los esfuerzos de difusión actuales son insuficientes para generar un cambio cultural orientado al respeto de los derechos de las y los pacientes, que actualmente se limitan prácticamente a la exhibición de derechos y deberes en salas de espera.

La situación es particularmente crítica en casos de presunta negligencia médica, donde la falta de orientación y la ausencia de facultades de la Superintendencia deja a las personas en un laberinto institucional, sin una vía de solución clara. Esta deficiencia estructural impone una doble victimización a quienes ya han sufrido daños en su salud: al perjuicio original se suma la carga de navegar por múltiples instancias sin obtener respuestas satisfactorias, con el consecuente desgaste emocional, temporal y económico.

Por otro lado, en materia de calidad de las prestaciones de calidad es un derecho de los pacientes -no en vano el GES incluye entre sus garantías una de calidad-. Con todo, existe una asimetría de información evidente entre pacientes y prestadores que impide a los primeros entender a cabalidad cómo confirmar la calidad de un prestador. Para estos efectos, la legislación vigente consagra un sistema de acreditación. Con todo existen otras herramientas que pueden ser eficaces y complementarias para ese mismo fin.

Por ejemplo, la falta de publicidad de las sanciones impuestas a los prestadores profundiza la asimetría de información, impidiendo que los pacientes tomen decisiones

informadas sobre su atención médica. Un paciente podría estar eligiendo, sin saberlo, un establecimiento con múltiples sanciones por deficiencias en la calidad asistencial o incumplimientos graves de la normativa sanitaria.

Por otra parte, uno de los principales objetivos de cualquier régimen sancionatorio es su efecto disuasivo. Al no publicarse las sanciones, se pierde este efecto entre los prestadores de salud, quienes no perciben consecuencias reputacionales por sus infracciones. Los prestadores sancionados pueden continuar operando sin que la ciudadanía conozca su historial de incumplimientos, neutralizando así el potencial preventivo que tendría la publicidad de dichas sanciones.

Asimismo, la ausencia de un registro de sanciones impide el análisis sistemático de patrones de incumplimiento en el sector salud, obstaculizando la identificación de problemas estructurales que podrían abordarse mediante reformas normativas o mejoras en los protocolos de fiscalización.

En consecuencia, se requiere fortalecer la difusión normativa y la orientación ciudadana, con especial énfasis en situaciones de vulneración de derechos y negligencia médica. Asimismo, es crucial implementar un sistema de publicidad de sanciones que promueva la transparencia, el acceso a la información y la rendición de cuentas en el sistema de salud.

4.4. Desafíos en regulación del sistema de acreditación

La Intendencia de Prestadores de Salud tiene entre sus facultades la implementación del sistema de acreditación de prestadores de salud. Luego de 20 años de aprendizaje se ha podido levantar un diagnóstico de las problemáticas que cuenta el sistema y el espacio de mejoras para el mismo.

Por ejemplo, actualmente existe un vacío en la regulación respecto de las consecuencias que se derivan en caso de constatarse que un prestador institucional acreditado no mantiene el cumplimiento de los estándares de acreditación. La corrección de esta situación queda entregada a la mera voluntad del prestador fiscalizado, sin que la Intendencia posea facultades para exigir una pronta corrección, más allá de convenir un plan de ajuste y corrección, sin que se posean facultades legales para constreñirle a una pronta o inmediata corrección. Esto afecta la seguridad de los pacientes y debilita la confianza en el sistema de acreditación.

Por otra parte, respecto a las entidades acreditadoras, la Intendencia de Prestadores carece de facultades para invalidad o dejar sin efecto procesos de acreditación irregulares y para sancionar a los responsables individuales dentro de las entidades acreditadoras. Así, esta limitación impide inhabilitar a profesionales o directivos que incurran en infracciones, lo que afecta la integridad del sistema que se esté ejecutando fuera de las normas que lo rigen. La imposibilidad de sancionar a los integrantes de las entidades acreditadoras permite a las y los infractores a cambiarse de entidad o crear una nueva para evitar las consecuencias del procedimiento sancionatorio.

La falta de fiscalización efectiva y la discrepancia entre los estándares acreditados y la práctica real en algunos establecimientos generan una pérdida de legitimidad del sistema. Los ciudadanos perciben que el sello de calidad no garantiza la atención segura y de calidad. Los datos de fiscalizaciones extraordinarias y denuncias recibidas por la Superintendencia de Salud evidencian brechas significativas entre los estándares formalmente acreditados y las

prácticas cotidianas en diversos establecimientos.

En conclusión, es fundamental fortalecer las facultades de la Intendencia de Prestadores de Salud para garantizar el cumplimiento de los estándares de acreditación, incluyendo la capacidad de exigir correcciones, invalidar procesos irregulares y sancionar a los responsables individuales dentro de las entidades acreditadoras. Esto permitirá asegurar la calidad de la atención de salud y la confianza de la ciudadanía en el sistema de acreditación.

II. FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS

El inciso primero del artículo décimo transitorio de la ley corta ISAPRE establece la obligación del Ejecutivo de presentar proyectos de ley que busquen reformar el sistema de salud, con el objetivo de profundizar los principios de seguridad social y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.

En este contexto, y considerando los problemas previamente expuestos, se vislumbran nuevos desafíos para la Superintendencia de Salud. Estos desafíos se presentan en los tres objetivos principales de este proyecto:

1. Fortalecimiento institucional

Este objetivo busca optimizar la estructura y funcionamiento de la Superintendencia para un desempeño más eficiente y efectivo en su rol de ente regulador

1.1 Creación de un consejo asesor para la Superintendencia de Salud

El proyecto de ley propone la creación de un órgano colegiado dentro de la

Superintendencia como órgano de carácter técnico que constituya un apoyo en la toma de decisiones técnicas del ente regulador.

Así, se espera que esa nueva institucionalidad asesore al jefe de servicio de la Superintendencia, entregando recomendaciones basadas en criterios técnicos, sin comprometer las atribuciones del Superintendente. Por otra parte, se busca que esta instancia colegiada sea un canal institucional de consulta por parte de la autoridad, como también en una fuente de legitimidad para todos los actores del sistema de salud en las diversas decisiones de la Superintendencia.

Las disposiciones relativas a la composición y duración en el cargo de las y los consejeros tienen como objetivo primordial garantizar la continuidad y estabilidad del marco regulatorio. Esta medida busca prevenir variaciones abruptas o inconsistentes en la política del organismo, asegurando así la predictibilidad y solidez de las decisiones adoptadas.

En consecuencia, el rol de un Consejo de la Superintendencia de Salud sería aportar asesorando con evidencia y análisis sin sustituir ni debilitar la toma de decisiones de la autoridad sino complementándola con un soporte técnico robusto.

1.2 Facultad interpretativa para la Intendencia de Prestadores de Salud

La propuesta legislativa busca homologar las facultades de la Intendencia de Prestadores de Salud con las de la Intendencia de Fondos, mediante la actualización del marco legal vigente.

En particular, se propone otorgar a la Intendencia de Prestadores de Salud la potestad de interpretar normas en su ámbito de competencia y dictar instrucciones generales de cumplimiento obligatorio. Esta

medida tiene como objetivo fortalecer su rol fiscalizador, permitiendo una respuesta más ágil y efectiva ante incumplimientos normativos por parte de prestadores individuales e institucionales.

Asimismo, la facultad interpretativa también permitirá a la Intendencia de Prestadores de Salud resolver con autoridad las dudas legítimas sobre la regulación aplicable que puedan tener las entidades fiscalizadas y las personas, así como adecuar la normativa vigente a las diversas realidades y situaciones del país.

2. Resguardo de los derechos de las personas en materia de salud

Este objetivo tiene por finalidad perfeccionar las herramientas y mecanismos disponibles para garantizar el acceso a la salud y la protección de los derechos de las personas en las acciones realizadas con sus atenciones de salud.

2.1. Fortalecimiento del rol fiscalizador de la Superintendencia respecto de la ley N°20.584

El proyecto en cuestión fortalece significativamente las facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud en materia de derechos de las y los pacientes. En concreto, la iniciativa legal faculta al Intendente de Prestadores para adoptar medidas concretas ante el incumplimiento de la normativa, incluyendo la posibilidad de imponer multas a los prestadores que incurran en infracciones, tras la sustanciación del correspondiente procedimiento administrativo sancionatorio.

Esta modificación representa un cambio sustancial respecto a la situación actual, donde la Intendencia de Prestadores de Salud solo puede sancionar a los prestadores que incumplen las recomendaciones emitidas con posterioridad a un proceso de fiscalización.

Al otorgar la facultad de sancionar directamente las infracciones a la ley N° 20.584, se dota a la Superintendencia de herramientas más efectivas para garantizar el cumplimiento de la normativa y la protección de los derechos de los pacientes.

2.2. Se dota a la Intendencia de Prestadores la facultad de resolver controversias como árbitro arbitrador

Como se ha detallado previamente, existe una asimetría entre las facultades de la Intendencia de Prestadores y la Intendencia de Fondos en lo que respecta a la resolución de controversias entre prestadores y pacientes. Esta asimetría entre Intendencias se resuelve con este proyecto de ley.

El presente proyecto de ley busca subsanar esta disparidad, otorgando a la Intendencia de Prestadores de Salud la facultad de resolver controversias como árbitro arbitrador entre prestadores y pacientes. Se espera que esta medida incremente la tasa de resolución de casos y la satisfacción usuaria, al permitir que la Superintendencia resuelva los conflictos con base en la prudencia y la equidad, ofreciendo soluciones adaptadas a la dinámica del sector salud.

2.3. Se explicita la facultad de la Superintendencia de adoptar medidas provisionales mientras resuelve una controversia

Actualmente, la ley N°19.880 establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado incluye, en su artículo 32, la posibilidad de que en un procedimiento administrativo la autoridad competente pueda adoptar las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la decisión que pudiera recaer.

La posibilidad de que la Superintendencia pueda adoptar medidas provisionales, no solo cuando tramita un procedimiento sancionatorio, sino también cuando resuelve controversias como árbitro arbitrador, resulta fundamental. Especialmente por los bienes jurídicos que suelen estar en juego en las controversias que son de conocimiento de la Intendencia de Prestadores o de la Intendencia de Fondos. No son pocos los casos en que la vida, la salud o la integridad física de las personas está en juego como, por ejemplo, cuando está en cuestión la cobertura de un plan de salud o cuando se discute el acceso a antecedentes clínicos.

Es por ello que la presente iniciativa expresamente reconoce en la Superintendencia la facultad prevista en el artículo 32 de la ley N°19.880 en los procedimientos en que actúa como árbitro arbitrador.

2.4. Se mejora el régimen de sanciones de la Superintendencia de Salud

2.4.1. Nuevo régimen para los órganos públicos

Como se explicó en la sección de Antecedentes, la legislación vigente establece un régimen sancionatorio específico para las entidades privadas que incurren en incumplimientos de la normativa sanitaria, sean prestadores o ISAPRE.

Si bien el FONASA -que cubre a más del 80% de la población- y los prestadores públicos están sujetos a la normativa sanitaria, las consecuencias jurídicas derivadas del incumplimiento de dicha normativa se encuentran dispersas en diversos cuerpos legales y reglamentarios. Esta dispersión dificulta la identificación de un régimen sancionatorio claro y específico, lo que limita la capacidad de asegurar el

cumplimiento efectivo de la normativa y la protección de los derechos de las y los ciudadanos. Por lo tanto, se considera necesario perfeccionar el sistema actual mediante la consolidación y clarificación de las sanciones aplicables al sector público, estableciendo disuasores efectivos que promuevan el cumplimiento del ordenamiento jurídico.

El presente proyecto de ley establece un régimen sancionatorio específico para el sector público, diferenciado del régimen aplicable al sector privado. En consideración al origen y naturaleza de los recursos públicos, se excluye la imposición de multas pecuniarias a las instituciones. En su lugar, el nuevo régimen define sanciones dirigidas a los directivos responsables, las cuales podrán ser de carácter administrativo, como amonestaciones, o pecuniario, mediante descuentos en sus remuneraciones, tal como se hace en otras instituciones como el Consejo para la Transparencia y como lo hará en el futuro la Agencia de Datos Personales.

2.4.2. Nuevo régimen sancionatorio para entidades fiscalizadas

Como se ha mencionado ya en este mensaje, las materias de competencia de la Intendencia de Prestadores de Salud se han ido incrementando con los años y la aprobación de nuevas legislaciones. Dado que la legislación no ha sido explícita en los procedimientos aplicables para cada infracción, ha generado la necesidad de que cada Intendencia defina y regule los procedimientos sancionatorios. Esta situación ha dado lugar a una diversidad de procedimientos, lo que puede afectar la uniformidad y la seguridad jurídica en la aplicación de las sanciones.

El actual proyecto de ley, en aras de las garantías constitucionales de los fiscalizados, eleva a rango legal los procedimientos administrativos que debe

seguir la Superintendencia antes de ejercer sus facultades sancionatorias. Para estos efectos y con el fin de estandarizar los procesos, la presente iniciativa incluye en las normas comunes que aplican a ambas Intendencias, un procedimiento sancionatorio uniforme, con independencia de la entidad fiscalizada. Este procedimiento no será aplicable para las controversias entre pacientes y prestadores o entre beneficiarios y seguros (FONASA e ISAPRES), pues para ellos se contempla el procedimiento arbitral ya mencionado.

2.4.3. Actualización de sanciones a entidades fiscalizadas y establecimiento de criterios objetivos para determinación de las sanciones

El proyecto actualiza las sanciones que puede imponer la Superintendencia a las entidades fiscalizadas.

Respecto a los prestadores, especifica las infracciones con sus respectivas sanciones. Además, se aumentan las sanciones a las infracciones a las prohibiciones relacionadas con condicionamiento de atención de salud a través del otorgamiento de cheques u otros pagos indebidos, información sensible de personas beneficiarias o pacientes. Así, las multas a los prestadores de salud privados pasan de 10 a 20 unidades tributarias mensuales la multa más baja y de 1.000 a 2.000 unidades tributarias mensuales la multa más alta, sin considerar los casos de reincidencia.

Asimismo, luego de 20 años de implementación del sistema de acreditación, la Superintendencia ha detectado la necesidad de contar con nuevas herramientas. En particular, la posibilidad de suspender la facultad de las entidades para acreditar prestadores. También, la posibilidad de sancionar a las personas naturales dentro de la entidad acreditadora responsables de la

infracción, a fin de evitar que eludan sus responsabilidades por la vía de constituir otra entidad o cambiarse a una existente.

Por último, se aumenta el tope de las multas que la Superintendencia puede imponer a las ISAPRE, toda vez que el tope actual (1000 UF) resulta insuficiente para lograr un efecto disuasivo en ellas dado su tamaño o capacidad económica.

También, como garantía para los fiscalizados y como contrapartida al aumento de multas, el proyecto considera definir en la ley criterios objetivos que debe considerar la autoridad al momento de definir las sanciones, tal y como hoy se observan en otras Superintendencias y la Comisión para el Mercado Financiero.

Finalmente, la prescripción de las infracciones administrativas ha sido objeto de debate jurídico durante años. No obstante, la jurisprudencia administrativa, en particular el Dictamen N°78.984, de 2019, de la Contraloría General de la República, ha contribuido a clarificar esta cuestión, estableciendo que, en ausencia de norma expresa, el plazo de prescripción para este tipo de infracciones es de 5 años.

En línea con este criterio jurisprudencial, el presente proyecto de ley explicita el plazo de prescripción de 5 años para las infracciones administrativas en el ámbito sanitario. Con ello se busca brindar seguridad jurídica tanto a los administrados como a la autoridad, dotando de certeza al procedimiento administrativo sancionador y evitando posibles controversias sobre la aplicación de la normativa.

2.4.4. Registro público de prestadores sancionados

El proyecto de ley considera la creación de un registro de prestadores sancionados con una doble finalidad.

En primer lugar, busca reducir la asimetría informativa existente entre pacientes y prestadores. Al proporcionar a las y los pacientes acceso a esta información, se les dota de herramientas para evaluar la calidad de la atención médica y tomar decisiones informadas. Esto contribuye a que la ciudadanía tenga mayor probabilidad de acceder a prestaciones de salud que cumplan con los estándares de calidad y seguridad.

En segundo lugar, el registro público de sanciones ejerce un efecto disuasivo en los prestadores de salud. La posibilidad de que las sanciones impuestas sean de conocimiento público genera un incentivo adicional para cumplir con la normativa, promoviendo la competencia en el sector sobre la base de la calidad y el cumplimiento de la ley.

En resumen, el registro de prestadores sancionados se configura como una herramienta que fortalece la transparencia del sistema de salud, promueve la protección de los derechos de los pacientes y fomenta el cumplimiento de la normativa sanitaria.

2.4.5. Se fortalece la función de difusión de derechos de las y los usuarios del sistema de salud

En materia de acceso a la información, la iniciativa también explicita el deber de la Superintendencia de orientar a las personas usuarias en sus derechos cuando se consideran ser víctimas de presuntas negligencias médicas.

La ley vigente prohíbe a la Superintendencia pronunciarse sobre el proceso clínico de los prestadores, cuestión que le impide calificar la posible concurrencia de una negligencia médica. Con todo, con frecuencia las y los pacientes de todas formas recurren a la Superintendencia

cuando sufren algún daño con ocasión de una atención de salud. A veces, concurre un incumplimiento de la ley N°20.584, en donde la Intendencia de Prestadores sí tiene competencias. Pero otras veces se denuncia una negligencia médica sin que la Superintendencia tenga competencias para descartarla o confirmarla.

Para todos esos casos, y dada la estrecha relación entre el cumplimiento de la N°20.584 y el cumplimiento de la *lex artis* por parte de las y los médicos, el presente proyecto de ley mandata a la institución a orientar a las personas en sus derechos como usuarios del sistema de salud a fin de que puedan ejercer sus derechos en forma oportuna y eficaz, sin entregar facultades a la Superintendencia en materia de negligencias médicas.

2.5. Facultad de realizar auditorías clínicas

Como una herramienta que tributa para resguardar los derechos de los pacientes, el proyecto dota a la Superintendencia, a través de la Intendencia de Prestadores de Salud, de la facultad de realizar auditorías clínicas.

En casos especialmente sensibles, en donde pueda estar involucrada la responsabilidad de prestadores públicos, el hecho que la auditoría clínica la efectúe un tercero, la Superintendencia de Salud -por oposición al mismo establecimiento- da garantías de imparcialidad.

Para que la Superintendencia pueda cumplir esta labor, el proyecto también contempla dar a la Intendencia de Prestadores de Salud acceso a las fichas clínicas de las y los pacientes afectados como también la posibilidad -excepcional- de pronunciarse sobre el proceso clínico.

3. Modernización al sistema de acreditación

Mediante este objetivo se busca actualizar y fortalecer el sistema de acreditación de prestadores de salud, asegurando el cumplimiento de la normativa y la calidad de la atención.

Para ello, se propone que la Superintendencia de Salud implemente una supervisión y monitoreo continuo de los prestadores acreditados, con el fin de garantizar la mantención de los estándares de calidad asistencial. Se faculta a la Superintendencia para aplicar medidas preventivas y correctivas, e imponer sanciones proporcionales en caso de incumplimiento.

En concreto, se aborda el vacío legal existente, facultando a la Superintendencia para requerir una nueva evaluación de un prestador institucional si se verifica que no ha mantenido los estándares de acreditación.

Por otra parte, se mejora el régimen de sanciones hacia las entidades acreditadores, incluyendo la posibilidad de suspender su participación en procesos de acreditación hasta por un año. Asimismo, se faculta a la Intendencia de Prestadores para sancionar a representantes legales, directores técnicos o profesionales evaluadores responsables de incumplimientos.

En resguardo de los prestadores de salud, el proyecto de ley exige que entidades acreditadoras constituyan una garantía previa a todo proceso de acreditación. De esta forma, en caso de que la entidad acreditadora incumpla con las obligaciones propias del servicio de acreditación, el prestador tenga vías a fin de obtener la devolución de los aranceles que pagó por ese servicio.

Por otro lado, se agiliza el procedimiento de acreditación, otorgando a la Intendencia de Prestadores la facultad de definir los plazos de las distintas etapas del proceso.

Finalmente, se entrega a la Ministra o el Ministro de Salud la facultad de definir los aranceles que los prestadores deben pagar a las entidades por el servicio de acreditación. Actualmente esta materia era de competencia reglamentaria, cuestión que ha dificultado adecuar oportunamente los aranceles, especialmente cuando ocurren cambios en los estándares de acreditación.

III. CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley consta de cuatro artículos permanentes y seis artículos transitorios.

El artículo 1° introduce modificaciones al DFL N°1 que, en términos generales, abordan los siguientes aspectos:

En primer lugar, el numeral 1) modifica el actual artículo 4°, reemplazando el párrafo segundo del numeral 12 por dos nuevos párrafos. El primer párrafo se mantiene prácticamente igual, salvo que se elimina de la habilitación reglamentaria lo relativo a los plazos y aranceles quedando, que la Intendencia de Prestadores definirá los plazos del procedimiento de acreditación mediante instrucciones de carácter general, y que el arancel para prestadores y entidades se definirá por resolución ministerial. El segundo párrafo, nuevo, establece la obligación de las entidades acreditadoras de entregar una garantía equivalente al arancel que corresponda al proceso de acreditación que se someta.

En segundo lugar, el numeral 2) modifica el actual artículo 107, reemplazando su inciso tercero por dos nuevos incisos. El primero amplía expresamente las facultades de fiscalización de la Superintendencia de Salud a todos los prestadores de salud, sin distinción. El segundo inciso nuevo establece como función de la Superintendencia la difusión de materias de su competencia para

promover el conocimiento de los derechos en salud de las personas.

En tercer lugar, el numeral 3) incorpora un nuevo Párrafo 3° (artículos 109 bis a 109 septies), el cual regula el nuevo “Consejo de la Superintendencia de Salud” (en adelante, “el Consejo”).

Sobre la regulación del Consejo se puede destacar que estará compuesto por el Superintendente, quien lo preside y cuatro consejeras y consejeros, quienes durarán seis años en su cargo, pudiendo ser designados por un nuevo período.

Dentro de las atribuciones del Consejo, podemos encontrar, la aprobación del plan estratégico de la Superintendencia, el monitoreo de su cumplimiento, la emisión de informes técnicos, y la aprobación de la cuenta pública anual.

En cuarto lugar, el numeral 4) suprime los artículos 111, 112 y 113 vigentes. Estos artículos que actualmente regulan materias relacionadas con las ISAPRE y la Intendencia de Fondos son eliminados para ser reordenados y actualizados en otras disposiciones del DFL Nº1 a fin de que sean normas comunes para las dos Intendencias.

En quinto lugar, el numeral 5) incorpora un nuevo artículo 116 bis que explicita que tanto el Fondo como las ISAPRE que incurran en infracciones serán sancionados conforme al Título V del Capítulo VII, que corresponden a las normas comunes a ambas Intendencias.

En sexto lugar, los numerales 6) y 7) buscan ordenar el Título IV De la Intendencia de Prestadores de Salud, incorporando nuevos epígrafes en el Título IV. En específico, el numeral 6) complementa el epígrafe del Título IV y el numeral 7) establece un epígrafe denominado “Párrafo 1° Normas Generales”.

En séptimo lugar, el numeral 8) reemplaza el artículo 121, ampliando las funciones y atribuciones de la Intendencia de Prestadores, homologándola con las funciones que hoy detenta la Intendencia de Fondos. Dentro de estas nuevas atribuciones destacan las facultades para interpretar administrativamente las leyes y reglamentos en materias de su competencia; dictar instrucciones de carácter general y órdenes particulares; requerir a las personas o entidades fiscalizadas toda clase de información financiera, jurídica o administrativa; realizar auditorías clínicas; mantener un registro público de prestadores de salud sancionados; y orientar a las personas en lo relativo a sus derechos vinculados a sus atenciones de salud;

En octavo lugar, el numeral 9), incorpora un nuevo Párrafo 2° titulado “De la responsabilidad, las infracciones y las sanciones aplicables a los prestadores de salud” (artículo 121 bis a octies). Respecto a este párrafo se destaca que el artículo 121 bis establece el marco general de las infracciones y responsabilidades de los prestadores.

Luego, el artículo 121 ter establece que, ante el incumplimiento de las instrucciones generales de la Intendencia de Prestadores de Salud, se le podrá aplicar a los prestadores una multa de 20 hasta 1.000 unidades tributarias mensuales, lo cual puede elevarse hasta 2.000 unidades tributarias mensuales en caso de incumplimiento sobre reclamaciones.

Continúa el artículo 121 quáter el cual establece y aumenta las sanciones a las infracciones a las prohibiciones relacionadas con condicionamiento de atención de salud a través del otorgamiento de cheques u otros pagos indebidos, información sensible de personas beneficiarias o pacientes, que actualmente se encuentran en el artículo 121 N° 11. Así,

las multas a los prestadores de salud privados pasan de 10 a 20 unidades tributarias mensuales la multa más baja y de 1.000 a 2.000 unidades tributarias mensuales la multa más alta, sin considerar los casos de reincidencia.

El artículo 121 quinquies establece la incorporación de prestadores sancionados al registro de sanciones que crea el artículo 121 sexies. En el caso de los prestadores individuales, además de las referidas sanciones, se les podrá suspender hasta 180 días de su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud.

A continuación, el artículo 121 septies establece como infracción la omisión de respuesta, responder en forma incompleta o fuera de plazo a las solicitudes de información realizadas por la Intendencia de Prestadores, sancionándose con amonestación o con multa de hasta 100 unidades tributarias mensuales.

Por último, el artículo 121 octies crea infracción especial a los prestadores que incurran 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 de acreditación, pudiendo en ese caso la Intendencia de Prestadores suspender el procedimiento respectivo y ordenar el pago de la cuota del arancel que se encontrare pendiente, así como imponer una multa al prestador infractor de 10 a 1.000 unidades tributarias mensuales.

En noveno lugar, el numeral 10) modifica el artículo 122, facultando al Intendente de Prestadores a decretar apercibimiento con retirar o suspender la acreditación vigente si no mantiene los estándares requeridos, previa instrucción del procedimiento sumarial, si verifica que el prestador no ha mantenido el cumplimiento de los estándares

de acreditación, pudiendo convenir previamente un plan de ajuste y corrección.

En décimo lugar, el numeral 11) incorpora un nuevo artículo 122 bis a fin de establecer explícitamente el deber de buena fe de los prestadores durante los procesos de acreditación, incluyendo la obligación de proporcionar información fidedigna.

En undécimo lugar, el numeral 12 incorpora un nuevo Párrafo 5° titulado Párrafo 5° “De las controversias entre los pacientes y los prestadores de salud (artículo 122 ter a 122 quinquies) que regula la resolución de controversias entre pacientes y prestadores, en términos análogos a como la ley vigente permite a la Intendencia de Fondos resolver controversias entre las personas beneficiarias e ISAPRE o FONASA.

En duodécimo lugar, el numeral 13) incorpora un nuevo epígrafe con la finalidad de separar los artículos de los prestadores de salud de los artículos de las entidades acreditadoras y certificadoras de especialidades autorizadas por el Ministerio de Salud.

En décimo tercer lugar, a través del numeral 14) se incorpora un nuevo artículo 122 sexies que establece el deber de las entidades acreditadoras de cumplir con las instrucciones de la Intendencia de Prestadores de Salud y regula la facultad del Intendente para suspender y terminar procedimientos de acreditación en caso de infracciones graves.

En décimo cuarto lugar el numeral 15) modifica el artículo 123 vigente a fin de actualizar las sanciones para entidades acreditadoras.

En décimo quinto lugar, el numeral 16) incorpora un nuevo epígrafe al inicio del

Título V, a efecto de reestructurar dicho título.

Acto seguido, el numeral 17), modifica el actual artículo 125 en un ejercicio de uniformar las sanciones de multa de la Superintendencia en una unidad común. Además, elimina el deber de la Superintendencia de requerir, en caso de incumplimiento de GES, la instrucción del respectivo sumario, dada la creación de un régimen sancionatorio único para organismos públicos.

Luego, el numeral 18) incorpora tres disposiciones nuevas al Título V, en específico, el artículo 125 bis, establece criterios objetivos para determinar el monto de las sanciones. El artículo 125 ter regula la reincidencia y el artículo 125 quáter establece un plazo de prescripción de cinco años para las infracciones y tres años para las sanciones.

En décimo sexto lugar, el numeral 19) incorpora un nuevo Párrafo 2° denominado “De la responsabilidad y sanciones de los organismos públicos” (artículos 125 quinquies y 125 sexies) que establecen un régimen sancionatorio específico para organismos públicos.

En décimo séptimo lugar, con el numeral 20) se incorpora un nuevo epígrafe en el título sobre normas comunes a ambas Intendencias, del siguiente tenor “Párrafo 3° De las facultades comunes de las Intendencias para cumplir con sus funciones y atribuciones".

Luego, a través del numeral 21), se modifica el actual artículo 126, ampliando el alcance de la disposición para incluir a "las personas o entidades fiscalizadas" entre aquellas a las que la Superintendencia puede solicitar información.

A continuación, el numeral 22 incorpora un nuevo artículo 126 bis a fin de establecer

una presunción legal de veracidad para los hechos consignados en actas e informes elaborados por los funcionarios fiscalizadores.

En décimo octavo lugar, el numeral 23) agrega un nuevo epígrafe denominado “Párrafo 4° De las normas comunes de los procedimientos ante las Intendencias”.

Con el numeral 24), se modifica el actual artículo 127, reemplazando varios de sus incisos para establecer un procedimiento sancionatorio común para ambas Intendencias, detallado, con 10 numerales que regulan desde el inicio del procedimiento hasta los recursos procedentes, incluyendo formulación de cargos, descargos, término probatorio y resolución.

En seguida, a través del numeral 25), se incorporan los artículos 127 bis y 127 ter nuevos. En particular, el artículo 127 bis: regula detalladamente el recurso de reposición y la reclamación ante la Corte de Apelaciones contra resoluciones de la Superintendencia (norma que actualmente está entre las normas de la Intendencia de Fondos, que ahora se hace norma común), y el artículo 127 ter faculta a los Intendentes para adoptar medidas provisionales durante procedimientos de controversia o sancionatorios de conformidad a la ley N°19.880.

En décimo octavo lugar, el numeral 26) reemplaza el inciso segundo del artículo 128 a fin de explicitar que las resoluciones que aplican sanciones serán notificadas al correo electrónico señalado por el fiscalizado.

El décimo noveno lugar, el numeral 27) incorpora un nuevo artículo 128 bis para regular la resolución de contiendas de competencia entre la Superintendencia y otras autoridades administrativas (norma que actualmente está entre las normas de la

Intendencia de Fondos, que ahora se hace norma común).

Por último, el numeral 28) reemplaza el inciso segundo del artículo 220 a fin de aumentar el tope de las multas aplicables a las ISAPRE de 1.000 a 10.000 unidades tributarias mensuales.

Luego, el artículo 2° del proyecto de ley modifica la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Para estos efectos, este artículo 2º incluye cuatro numerales que regulan las siguientes materias:

En primer lugar, se modifica el actual artículo 4º de la ley a objeto de agregar un inciso tercero que obliga a todos los prestadores institucionales a contar con un funcionario encargado de supervisar la calidad de los procesos y velar por el respeto a los derechos de las personas.

En segundo lugar, se modifica el actual artículo 13 añadiendo un inciso octavo que faculta a la Superintendencia para requerir antecedentes clínicos necesarios para resolver reclamos y realizar auditorías, con la obligación de resguardar su carácter de datos sensibles.

En tercer lugar, se sustituye el artículo 37 para reformular completamente el procedimiento de reclamo ante prestadores de salud, estableciendo plazos específicos y detallando las obligaciones de los prestadores institucionales.

Por último, en cuarto lugar, se modifica el artículo 38 vigente, reemplazando el inciso segundo y agregando otros dos incisos nuevos para fortalecer las facultades fiscalizadoras y sancionatorias de la Superintendencia, estableciendo claramente el procedimiento sancionatorio ante infracciones.

En seguida, el artículo 3° del proyecto de ley modifica ley N° 19.966 que establece un Régimen de Garantías de Salud, para adecuar sus normas a las nuevas funciones de la Intendencia de Prestadores. En concreto, a través de dos numerales se modifican los artículos 9 y 24 vigentes, para establecer sanciones específicas y diferenciadas ante incumplimientos de prestadores públicos o privados.

Finalmente, el artículo 4° del proyecto de ley agrega al inciso séptimo del artículo 3° de la ley N° 20.850 crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallego, agregando al inciso séptimo un nuevo párrafo sobre el régimen sancionatorio, idéntico al incorporado en la ley 19.966.

Respecto a las seis disposiciones transitorias, estas regulan los siguientes aspectos:

El artículo primero transitorio establece la entrada en vigencia de la ley para el primer día del sexto mes siguiente a su publicación.

El artículo segundo transitorio otorga un plazo de seis meses al Ministerio de Salud para adecuar los reglamentos respectivos y la Superintendencia para adecuar sus instrucciones de carácter general.

El artículo tercero transitorio regula el nombramiento escalonado de los primeros consejeros (dos por seis años y dos por tres años).

El artículo cuarto transitorio transfiere las funciones del Consejo Consultivo de la ley N°21.674 al nuevo Consejo de la Superintendencia de Salud creado en el presente proyecto de ley.

El artículo quinto transitorio aclara que las disposiciones de la ley solo se aplicarán a procedimientos iniciados después de su entrada en vigencia.

El artículo sexto transitorio establece la norma de imputación de mayor gasto fiscal.

En consecuencia, tengo el honor de someter a vuestra consideración el siguiente

P R O Y E C T O D E L E Y:

"**Artículo 1º.-** Introdúcense, al decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469, las siguientes modificaciones:

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

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

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

2) Reemplázase el inciso tercero del artículo 107 por los siguientes incisos tercero y cuarto, nuevos, pasando el actual inciso cuarto a ser quinto:

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

Asimismo, a la Superintendencia de Salud le corresponde difundir aquellas materias de su competencia a efectos de promover el mejor conocimiento de los derechos en salud de las personas y los mecanismos vigentes para su ejercicio.".

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

"Párrafo 3°
Del Consejo de la Superintendencia de Salud

Artículo 109 bis.- Créase el Consejo de la Superintendencia de Salud, de carácter técnico en adelante "el Consejo", al cual le corresponderá ejercer las atribuciones y cumplir las funciones que ésta y otras leyes le encomienden.

El Consejo estará constituido por cinco miembros. El Superintendente de Salud, quien lo presidirá y cuatro consejeras y consejeros nombrados por el Presidente de la República previo proceso de selección aplicable a los altos directivos públicos de primer nivel jerárquico, de conformidad con el párrafo 3º, del Título VI, de la ley Nº19.882. En su nombramiento, el Presidente de la República deberá designar igual número de hombres y mujeres.

Las y los consejeros serán personas de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en medicina, derecho, economía o salud pública.

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

Las y los consejeros, a excepción del Superintendente, tendrán derecho a percibir una dieta

equivalente a doce unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de cuarenta y ocho sesiones al año.

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

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

Para su buen funcionamiento, el Consejo contará con una secretaría ejecutiva que estará a cargo de un funcionario o funcionaria y que tendrá como funciones actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y la propuesta de acta de cada una de las sesiones, y todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo.

Artículo 109 ter.- Corresponderá al Consejo:

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

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

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

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

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

6. Aprobar la propuesta de cuenta pública anual elaborada por el Superintendente, la que será presentada según lo dispuesto en el numeral 8) del artículo 109 de esta ley.

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

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

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

Para su funcionamiento, el Consejo dictará un reglamento interno en el que se fijarán las normas relativas a su funcionamiento, especialmente aquellas relacionadas a los procesos y plazos de los mismos.

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

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

2. Citar y presidir las sesiones del Consejo, así como establecer la tabla de materias a ser tratadas en cada sesión.

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

4. Enviar, mensualmente, a las y los integrantes del Consejo una relación de los acuerdos cumplidos o por cumplir.

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

1. Expiración del plazo de nombramiento.

2. Renuncia aceptada por el Presidente o la Presidenta de la República.

3. Fallecimiento.

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

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

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

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

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

Respecto de las causales señaladas en los numerales 5, 6 y 7, la o el consejero quedará suspendido de su cargo durante el proceso de verificación de la causal respectiva por el Consejo. El Consejo convocará sesión especialmente para

tal efecto, de acuerdo con lo establecido en el reglamento del inciso final del artículo 109 ter. Si se verificase alguna de dichas causales, la o el consejero será removido de su cargo por el Presidente de la República.

En caso de vacancia del cargo de consejero o consejera, el reemplazo será nombrado de conformidad al inciso segundo del artículo 109 bis. La o el consejero nombrado en reemplazo durará en el cargo sólo por el tiempo que falte para completar el período de la o el consejero reemplazado. Mientras dure la vacancia, el quórum de funcionamiento y acuerdos será por mayoría simple de las y los consejeros en ejercicio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Las personas que, en los últimos dos años hayan ocupado los cargos de director, gerente, administrador, o ejecutivo principal de una Institución de Salud Previsional, de un Prestador Institucional de Salud, de una entidad acreditadora o de una entidad certificadora de especialidades autorizadas por el Ministerio de Salud. Estas prohibiciones también se aplicarán a las personas cuyos cónyuges, convivientes civiles, o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, hubieren ocupado dichos cargos, en el mismo periodo.

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

grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, se encuentren en las hipótesis antedichas.

6. Las personas que, en los últimos dos años, directa o indirectamente, hubieren prestado servicios de asesoría a una Institución de Salud Previsional, a un Prestador Institucional de Salud, a una entidad acreditadora o a una entidad certificadora de especialidades autorizada por el Ministerio de Salud, o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por sí o por terceras personas o sociedades.

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

Para efectos de lo establecido en el numeral 6 y 7 del inciso segundo anterior, no se considerará a las personas que se desempeñaren como prestador individual de salud, aun si prestare sus servicios en las dependencias de un prestador institucional, ni tampoco a quienes ejerzan labores docentes en el marco de dichas entidades.

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

Adicionalmente, desde que asuman el cargo, y hasta el término del plazo de 6 meses desde su cesación en él, las y los consejeros o exconsejeros no podrán ocupar los cargos de director, gerente, administrador, o ejecutivo principal, ni adquirir, directa o indirectamente, participación en la propiedad de una Institución de Salud Previsional, de un prestador institucional de salud privado, de una entidad acreditadora o de una entidad certificadora de especialidades autorizada por el Ministerio de Salud, así como tampoco prestarles asesorías o actuar como gestores de sus intereses, directa o indirectamente, sea de forma gratuita o remunerada, salvo las excepciones a que hace referencia el inciso tercero.

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

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

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

En caso de que los consejeros o consejeras incluyan datos inexactos u omitan inexcusablemente información relevante en las declaraciones a que se refiere el inciso primero, o el inciso cuarto del artículo anterior, se configurará la causal de cesación prevista en el en el numeral 7 del artículo 109 quinquies. Idéntica causal se configurará en caso de que los consejeros o consejeras, estando inhabilitados de acuerdo al inciso segundo, actúen en tales asuntos.

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

Respecto de sanciones penales, los consejeros o consejeras serán considerados empleados públicos de conformidad a lo establecido en el artículo 260 del Código Penal, siéndoles aplicables las normas respecto de delitos cometidos por funcionarios públicos en el desempeño de sus cargos.”.

4) Elimínase los artículos 111, 112 y 113.

5) Intercálase, a continuación del artículo 116, el siguiente artículo 116 bis, nuevo:

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

Las infracciones sancionadas conforme a la presente ley en que incurra el Fondo o una Institución de Salud Previsional serán determinadas sin perjuicio de las demás responsabilidades legales, civiles o penales que pudieran corresponderle al Fondo o a la Institución respectiva, así como la responsabilidad administrativa, civil o penal en que pudiesen incurrir sus funcionarios, representantes o empleados.".

6) Incorpórase, en el Título IV, a continuación del epígrafe "De la Intendencia de Prestadores de Salud", el siguiente epígrafe:

"De la fiscalización de los prestadores de salud y entidades acreditadoras y certificadoras de especialidades autorizadas por el Ministerio de Salud"

7) Incorpórase, a continuación del epígrafe del Título IV, el siguiente epígrafe:

"Párrafo 1° Normas Generales"

8) Sustitúyese el artículo 121 por el siguiente:

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

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

2. Velar por el debido cumplimiento de las leyes, reglamentos, demás normas que los regulen, y las

instrucciones emitidas por la Intendencia de Prestadores, en las materias en que las leyes le asignen competencia.

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

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

3. Instruir los procesos sancionatorios que correspondan cuando no dieren cumplimiento a lo señalado en el numeral dos anterior, e imponer las sanciones que corresponda, en conformidad a la ley, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

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

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

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

7. Efectuar estudios, índices, estadísticas e informes relacionados con todos los procesos y materias de su competencia relacionadas con las acreditaciones efectuadas a los prestadores institucionales y las certificaciones de los prestadores individuales. Asimismo, informar sobre las sanciones

que aplique y los procesos de acreditación o reacreditación que se encuentren en curso.

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

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

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

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

12. Mantener un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras, conforme el reglamento correspondiente conforme a las instrucciones de general aplicación.

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

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

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

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

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

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

Cuando a través de sus canales de comunicación con la ciudadanía la Superintendencia reciba reclamos o denuncias por eventuales negligencias médicas, deberá orientar e informar al reclamante sobre sus derechos en el caso en cuestión y, si correspondiese, derivar a la institución competente, sin perjuicio de no tener facultades para pronunciarse sobre el manejo clínico conforme al numeral anterior.

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

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

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

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

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.- 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.

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.

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.

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.

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.”.

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".

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.".

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.- 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 oirá a los interesados, recibirá y agregará los instrumentos que se le presenten, practicará las diligencias que estime necesarias para el conocimiento de los hechos y 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.

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

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

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

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

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

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

Con todo, el Superintendente podrá declarar inadmisible la apelación, si ésta se limita a reiterar los

argumentos esgrimidos en la reposición de que trata el artículo anterior.”.

13) Agrégase, a continuación del artículo 122 quinquies, el siguiente epígrafe, nuevo:

“Párrafo 6°
De la responsabilidad y las sanciones aplicables a las entidades acreditadoras y certificadoras de especialidades autorizadas por el Ministerio de Salud”.

14) Agrégase, a continuación, del epígrafe del Párrafo 6°, el siguiente artículo 122 sexies, nuevo:

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

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

15) Modifícase el artículo 123 en el siguiente sentido:

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

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

“3.- Suspensión de su facultad de ejecutar evaluaciones hasta por un año. Dentro de ese término, y con el fin de levantar la suspensión decretada, la Intendencia de Prestadores de Salud podrá fijar el plazo máximo dentro del cual

la entidad deberá acreditar que ha subsanado las infracciones que motivaron la suspensión y que se encuentra en condiciones de funcionar adecuadamente;”.

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

“Siempre que se sancione a una entidad acreditadora por una infracción a las normas que las regulan, dentro del procedimiento administrativo el Intendente deberá examinar las responsabilidades individuales que pudieren haber tenido en ella los directivos de la entidad, sus representantes, así como sus directores técnicos o sus profesionales evaluadores, y, en caso de constatarse su responsabilidad, será sancionado por ésta con censura, multa de hasta quince unidades tributarias mensuales o su inhabilidad para ejercer tales cargos o funciones en cualquier entidad acreditadora por un período de hasta dos años.”.

16) Intercálase, a continuación del epígrafe del Título V, el siguiente epígrafe, nuevo:

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

17) Reemplázase el artículo 125 por el siguiente:

“Artículo 125.- En caso de incumplimiento del Régimen General de Garantías en Salud, la Superintendencia podrá requerir del Ministro de Salud que ordene la instrucción de sumarios administrativos en contra del Director del Fondo Nacional de Salud, el Director del Servicio de Salud o el Director del Establecimiento Público de Salud respectivo, cuando éstos no dieren cumplimiento a las instrucciones o dictámenes emitidos por la Superintendencia en uso de sus atribuciones legales. Tratándose de establecimientos de salud privados, se aplicará una multa de 500 hasta 1000 unidades tributarias mensuales, la que podrá elevarse hasta 2000 tributarias mensuales si hubiera reiteración dentro del plazo de un año.

En el caso de los establecimientos públicos con independencia a si forman o no parte de la red asistencial, se aplicará el Párrafo 2° del presente título.”.

18) Agrégase, a continuación del artículo 125, los siguientes artículos 125 bis, 125 ter y 125 quáter, nuevos:

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

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

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

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

d) El tamaño o la capacidad económica del infractor.

e) La previsibilidad de su acaecimiento.

En caso de que una conducta dé origen a dos o más infracciones, o cuando una infracción sea medio para cometer otra, se impondrá una sola multa, considerando siempre la sanción de la infracción más grave. En caso de que se verifiquen dos o más conductas infraccionales, independientes entre sí, se acumularán las sanciones correspondientes a cada una de ellas.

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

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

Artículo 125 quáter.- Las acciones para perseguir la responsabilidad por las infracciones previstas en

esta ley prescriben en el plazo de cinco años, contado desde la ocurrencia del hecho que originó la infracción.

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

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

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

19) Intercálase, a continuación del artículo 125 quáter, el siguiente Párrafo 2°, nuevo:

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

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

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

La sanción se determinará considerando los criterios establecidos en los literales a), b) y e) del artículo 125 bis. Si el Fondo o el prestador público persiste en la infracción, se le aplicará al directivo infractor, según corresponda, el duplo de la sanción originalmente impuesta y la suspensión en el cargo por un lapso de hasta 30 días notificación del acto que ordena la suspensión. Respecto a la suspensión esta se regirá de conformidad al artículo 124 del Estatuto Administrativo.

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

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

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

20) Intercálase, a continuación del artículo 125 sexies, el siguiente epígrafe, nuevo:

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

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

22) Agrégase, a continuación del artículo 126, el siguiente artículo 126 bis, nuevo:

“Artículo 126 bis.- Los hechos que se consignen en las actas e informes que los funcionarios fiscalizadores de

la Superintendencia elaboren en el ejercicio de sus funciones de control de la presente ley gozarán de una presunción legal de veracidad.

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

23) Intercálase, a continuación del artículo 126 bis, el siguiente epígrafe, nuevo:

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

24) Modifícase el artículo 127 en el siguiente sentido:

a) Reemplázase, el inciso tercero, por el siguiente:

“El procedimiento sancionatorio será instruido por la Superintendencia, de conformidad a las siguientes reglas:”.

b) Reemplázase el numeral 1 por el siguiente:

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

c) Reemplázase el numeral 2 por el siguiente:

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

d) Reemplázase el numeral 3 por el siguiente:

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

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

e) Reemplázase el numeral 4 por el siguiente:

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

f) Agrégase, a continuación del numeral 4, los siguientes numerales 5, 6, 7, 8, 9 y 10, nuevos:

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

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

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

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

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

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

g) Agrégase, el siguiente inciso cuarto, nuevo:

“Respecto de los prestadores de salud, en caso de infracción a lo dispuesto en los artículos 134 bis; 141, incisos penúltimo y final; 141 bis; 173, incisos séptimo y octavo, y 173 bis, la Superintendencia, a través de la Intendencia de Prestadores de Salud, podrá siempre declarar la ilicitud de la exigencia de las garantías de pago e instruir al prestador institucional su devolución, en un plazo no superior a 3 días hábiles contados desde la notificación de la resolución respectiva. Lo anterior es sin perjuicio de las multas que correspondan conforme al artículo 121 quáter.”.

25) Agrégase los siguientes artículos 127 bis y 127 ter, nuevos:

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

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

Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos “en relación”, agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

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

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

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

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

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

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

Artículo 127 ter.- El Superintendente de Salud, el Intendente de Fondos de Salud o el Intendente de Prestadores de Salud, según corresponda, durante la tramitación de una controversia o de un procedimiento sancionatorio, podrá adoptar, de oficio o a petición de parte, las medidas provisionales que

estime oportunas en los términos previstos en el artículo 32 de la ley Nº19.880.”.

26) Reemplázase el inciso segundo del artículo 128 por el siguiente:

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

27) Agrégase el siguiente artículo 128 bis, nuevo:

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

28) Reemplázase, el inciso segundo del artículo 220 por el siguiente:

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

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

1) Agrégase, en el artículo 4°, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso tercero, nuevo:

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

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

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

3) Sustitúyese el artículo 37 por el siguiente:

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

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

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

La persona tendrá un plazo de 30 días hábiles para reclamar ante el prestador institucional, contados desde la ejecución del acto o la ocurrencia de la omisión o, según la naturaleza de éstos, desde que se haya tenido noticias o conocimiento cierto de los mismos. El plazo de respuesta del prestador ante un reclamo será de 15 días hábiles contados desde la recepción del reclamo. Si la persona estimare que la respuesta no es satisfactoria o que no se han solucionado las irregularidades, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde la notificación de la respuesta del prestador institucional, la persona reclamante podrá recurrir a la Superintendencia de Salud dentro del plazo máximo de 20 días hábiles contados desde la fecha de la notificación de dicha respuesta, o desde el término del plazo que el prestador ha tenido para subsanar las irregularidades que se le plantearon, según corresponda.

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

Asimismo, las personas tendrán derecho a requerir, alternativamente, la iniciación de un procedimiento de mediación, en los términos de la ley Nº19.966 y sus normas complementarias.”.

4) Modíficase el artículo 38 en el siguiente sentido:

a) Reemplázase el inciso segundo por los siguientes incisos segundo, tercero y cuarto, nuevos, readecuándose el orden correlativo de los incisos siguientes:

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

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

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

b) Suprímanse los actuales incisos cuarto y quinto.

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

1) Agrégase, en el inciso sexto del artículo 9°, a continuación del punto aparte, que ha pasado a ser punto seguido, el siguiente párrafo, nuevo: "En caso de incumplimiento, la Superintendencia de Salud podrá sancionar a los prestadores privados con amonestación o multa de hasta trescientas unidades tributarias mensuales, la que podrá elevarse hasta seiscientas unidades tributarias mensuales si hubiera reiteración dentro del plazo de un año. Tratándose de prestadores públicos, con independencia a si integran la red asistencial de los Servicios de Salud, sus directores y las jefaturas dependientes del establecimiento o de la red de establecimientos al cual este pertenezca, en su caso, se les impondrá una sanción de amonestación o multa de diez por ciento a cincuenta por ciento de la remuneración mensual del jefe o director sancionado. Con todo, tratándose de establecimientos autogestionados en red, establecimientos dependientes de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública o Fuerzas Armadas de Chile, o dependientes de universidades estatales reconocidas por el Estado, la sanción se aplicará al director del establecimiento. Asimismo, tratándose de establecimientos de atención primaria de salud, la sanción se impondrá al director del Departamento de Salud Municipal o de la Corporación Municipal, según corresponda.".

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

Artículo 4º.- Agrégase, en el inciso séptimo del artículo 3° de la ley N° 20.850 crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallego, a continuación del punto aparte que ha pasado a ser punto seguido, el siguiente párrafo, nuevo: “En caso de incumplimiento, la Superintendencia de Salud podrá sancionar a los prestadores privados con amonestación o multa de hasta trescientas unidades tributarias mensuales, la que podrá elevarse hasta seiscientas unidades tributarias mensuales si hubiera reiteración dentro del plazo de un año. Tratándose de prestadores públicos, con independencia a si integran la red asistencial de los Servicios de Salud, sus directores y sus jefaturas dependientes del establecimiento o de la red de establecimientos al cual este pertenezca, en su caso, se les impondrá una sanción de amonestación o multa de diez por ciento a cincuenta por ciento de la remuneración mensual del jefe o director sancionado. Con todo, tratándose de establecimientos autogestionados en red, establecimientos dependientes de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública o Fuerzas Armadas de Chile, o dependientes de universidades estatales reconocidas por el Estado, la sanción se aplicará al director del establecimiento. Asimismo, tratándose de establecimientos de atención primaria de salud, la sanción se impondrá al director del Departamento de Salud Municipal o de la Corporación Municipal, según corresponda.”.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

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

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

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

Para el primer nombramiento de consejeros y consejeras, la o el Presidente de la República designará una

consejera y un consejero por un período completo de seis años, y un consejero y una consejera por un período parcial de tres años.

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

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

Artículo sexto transitorio.- El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.”.

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO
SECRETARÍA GENERAL DE LA PRESIDENCIA

Dios guarde a V.E.,

GABRIEL BORIC FONT
Presidente de la República

MARIO MARCEL CULLELL
Ministro de Hacienda

XIMENA AGUILERA SANHUEZA
Ministra de Salud