



# Biblioteca

del Congreso Nacional de Chile

## **Historia de la Ley**

**Nº 19.937**

**Modifica el D.L. 2763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana**

**24 de Febrero de 2004**

## **Téngase presente**

Esta Historia de Ley ha sido construida por la Biblioteca del Congreso Nacional a partir de la información proporcionada por el Sistema de Tramitación de Proyectos del Congreso Nacional (SIL).

Se han incluido los distintos documentos de la tramitación legislativa, ordenados conforme su ocurrencia en cada uno de los trámites constitucionales del proceso de formación de la ley, en ambas Cámaras.

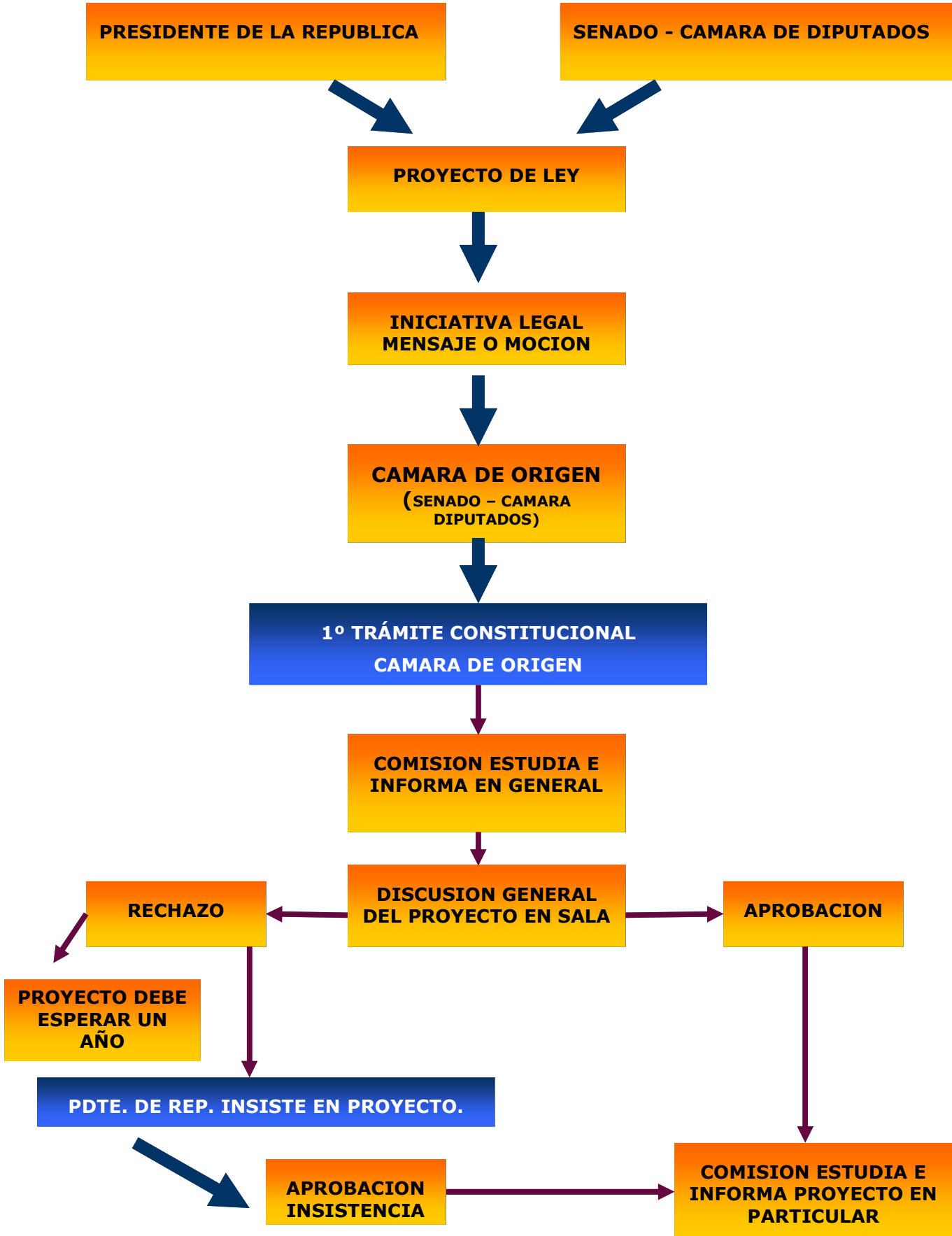
Se han omitido documentos de mera o simple tramitación, que no proporcionan información relevante para efectos de la Historia de Ley, como por ejemplo la cuenta en Sala o la presentación de urgencias.

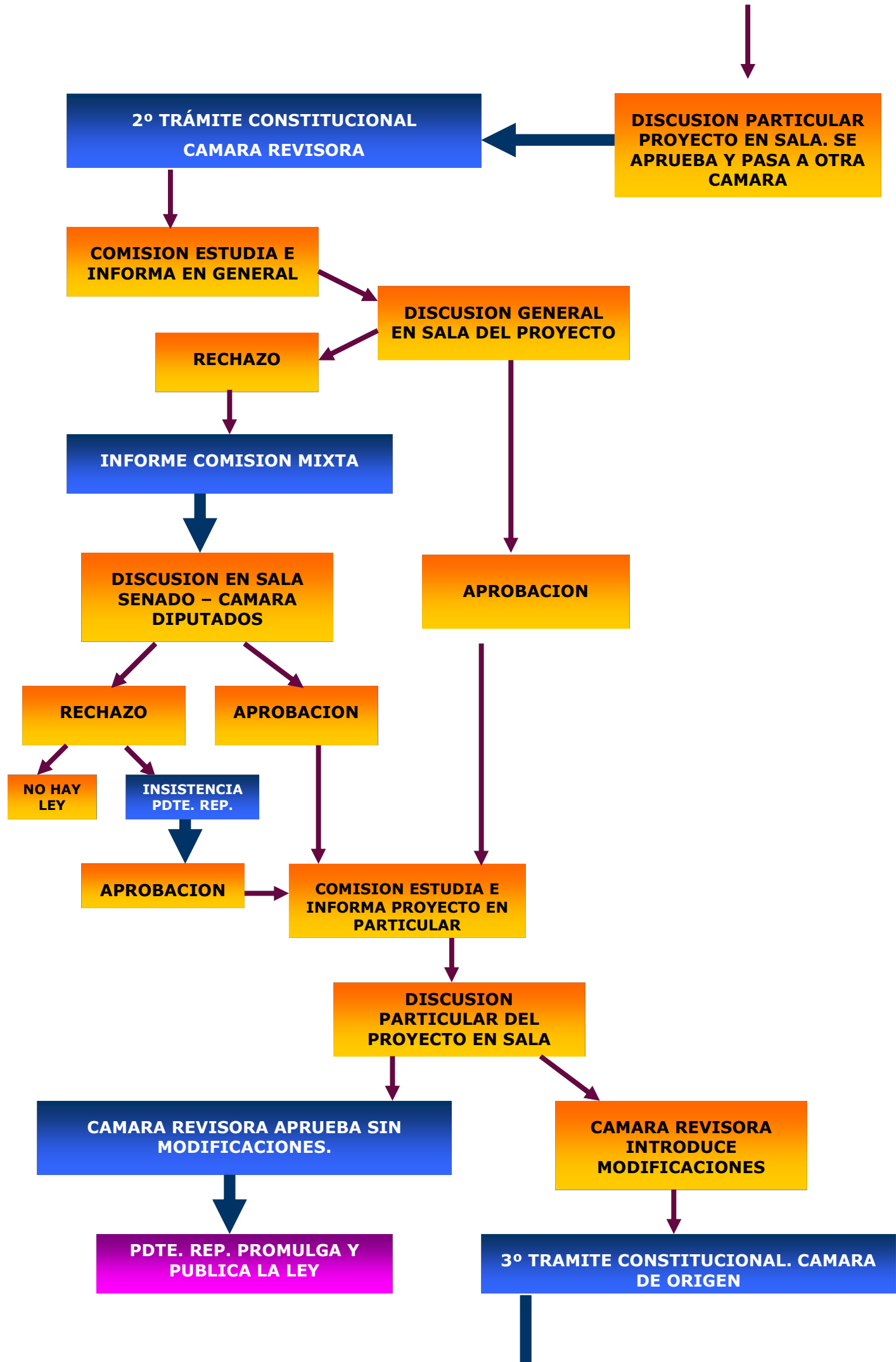
Se entrega un Esquema de la Tramitación de las Leyes, con el cual Ud. podrá enterarse de las distintas posibilidades o alternativas que existen en el proceso de formación de las Leyes.

Para efectos de facilitar la impresión de la documentación de este archivo, al lado izquierdo de su pantalla se incorpora junto al índice, las páginas correspondientes a cada documento, según la numeración del archivo PDF.

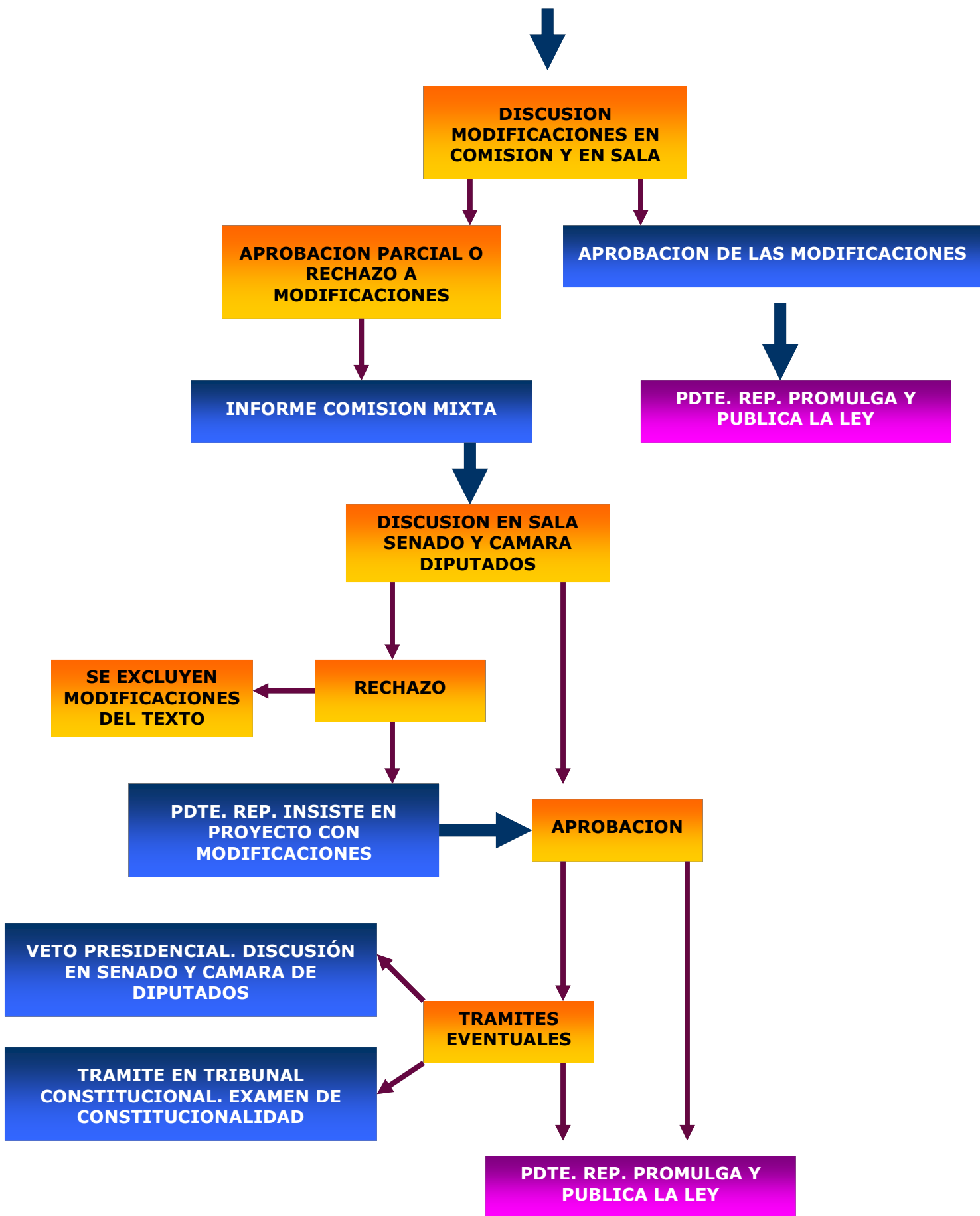
La Biblioteca del Congreso Nacional no se hace responsable de las alteraciones, transformaciones y/o del uso que se haga de esta información, las que son de exclusiva responsabilidad de quienes la consultan y utilizan.

# ESQUEMA PROCESO FORMACION DE LA LEY









# INDICE

<b>1. PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL. CÁMARA DE DIPUTADOS</b>	<b>7</b>
1.1. Mensaje del Ejecutivo	7
1.2. Boletín de Indicaciones	36
1.3. Informe Comisión de Hacienda y Salud unidas	57
1.4. Discusión en Sala	177
1.5. Discusión en Sala	213
1.6. Discusión en Sala	247
1.7. Segundo informe Comisión de Hacienda y Salud unidas	313
1.8. Discusión en Sala	407
1.9. Oficio de Cámara de Origen a Cámara Revisora	469
<b>2. SEGUNDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL. SENADO</b>	<b>509</b>
2.1. Primer informe Comisión de Salud	509
2.2. Discusión en Sala	798
2.3. Boletín de Indicaciones	850
2.4. Segundo informe Comisión de Salud	917
2.5. Informe Comisión de Hacienda	1252
2.6. Discusión en Sala	1445
2.7. Discusión en Sala	1484
2.8. Discusión en Sala	1537
2.9. Oficio de Cámara Revisora a Cámara de Origen	1577
<b>3. TERCER TRÁMITE CONSTITUCIONAL. CÁMARA DE DIPUTADOS</b>	<b>1640</b>
3.1. Discusión en Sala	1640
3.2. Oficio de Cámara de Origen a Cámara Revisora	1669
3.3. Oficio de Cámara de Origen al Ejecutivo	1670
<b>4. PUBLICACIÓN DIARIO OFICIAL</b>	<b>1745</b>
4.1. Ley N° 19.937	1745

## MENSAJE PRESIDENCIAL

## 1. Primer trámite constitucional: Cámara de Diputados

### 1.1. Mensaje del Ejecutivo

Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de ley que modifica el Decreto Ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. 2 de julio de 2002. Cuenta en Sesión 11, Legislatura 347.

**Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de ley que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. (boletín N° 2980-11)**

“Honorable Cámara de Diputados:

En uso de mis facultades constitucionales, vengo en proponer a esa honorable Corporación un proyecto de ley que tiene por objeto modificar el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

#### **I. LOS OBJETIVOS NACIONALES DE SALUD.**

Los recursos que el país dispone para cuidar la salud de la población, son limitados y escasos. Es necesario, por lo tanto, que el país oriente estos recursos para asegurar que las enfermedades causantes del mayor sufrimiento, daño y muertes prevenibles a la población, sean adecuadamente tratadas.

La orientación fundamental para estos efectos está dada por los Objetivos Nacionales de Salud.

En el proyecto de ley que establece el Régimen de Garantías en Salud, que enviamos a ese honorable Parlamento en mayo pasado, se señala respecto de los mismos:

## MENSAJE PRESIDENCIAL

“La formulación de Objetivos Nacionales de Salud es un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, ya que en el pasado fue precisamente la fijación de objetivos claros, medibles y practicables, lo que permitió los grandes avances en la salud de la población que se han señalado.

En el marco de la reforma, estos objetivos son el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población.

En este sentido, creemos que las metas que nos debemos plantear para la década 2000-2010, deben orientarse a:

- a) Disminuir las desigualdades en salud.
- b) Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- c) Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.
- d) Mejorar los logros sanitarios alcanzados.”.

Los Objetivos Nacionales de Salud deben expresarse mediante un instrumento de gestión sanitaria, de forma que constituya una efectiva vinculación entre las necesidades de la población y la gestión de los recursos destinados a salud.

Este instrumento corresponde al Sistema Auge propuesto en la modificación a la ley N° 18.469, que hará posible alcanzar los Objetivos Nacionales de Salud que ha propuesto el Ministerio de Salud para el año 2010.

Para el grupo de enfermedades que los Objetivos Nacionales de Salud identifican como las principales causas de daño y muerte y para las cuales existen tratamientos efectivos, el sistema Auge establece el Régimen de Garantías en Salud. Las otras enfermedades serán manejadas conforme a las normas vigentes y mantendrán la prioridad que se les otorga en la actualidad.

## **II. SITUACIÓN ACTUAL DE LA AUTORIDAD SANITARIA.**

Ahora bien, para formular la presente propuesta, se han diagnosticado una serie de problemas que enfrenta la autoridad sanitaria, que pueden resumirse en los siguientes aspectos:

1. Dispersión, burocracia e ineficacia.

En la actualidad, el Ministerio de Salud está involucrado en la conducción de los prestadores públicos. Por su parte, los Servicios de Salud, entes descentralizados, realizan funciones de autoridad sanitaria.

Esta mezcla de funciones ha sido administrativamente ineficiente y, además, ha generado confusión en la ciudadanía. Ello ha contribuido a debilitar a la autoridad sanitaria.

2. Capacidad normativa desigual.

En el área asistencial, del medio ambiente y ocupacional, existe exceso de normas o ausencia de ellas, lo que resulta en una fiscalización irregular y de escaso impacto sanitario.

Si a ello se suma el poder que ejercen los más variados grupos de influencia y presión, aparecen inequidades, irregularidades, coberturas

## MENSAJE PRESIDENCIAL

dispares y gran variabilidad en los resultados, que contribuyen a desperfilar el rol de la Autoridad Sanitaria.

3. Insuficiente fiscalización de la calidad de las prestaciones.

La fiscalización de las actividades de los prestadores recae en los Servicios de Salud. Éstos son, simultáneamente, responsables por la gestión de sus establecimientos, por lo que, fácil es advertir, existen conflictos de interés al momento de fiscalizar.

Además, no existen normas actualizadas que regulen la autorización sanitaria y que permitan el funcionamiento de los establecimientos de salud. Ésta debe ser homogénea para los prestadores de salud públicos y privados.

También cabe agregar que, respecto de la calidad de atención, ella se ve afectada tanto por exceso de prestaciones como por racionamiento de las mismas. La experiencia internacional ha dejado en claro que si el prestador es remunerado solamente por acto médico realizado, éste tiene incentivos a inducir demanda en los usuarios y, por lo tanto, tenderá a recomendar intervenciones aun cuando los riesgos de ésta sobrepasen a los beneficios que de ella se deriven o incluso en casos en que el beneficio esperado sea nulo. Ello puede ocurrir, también, debido a una insuficiente actualización del conocimiento médico, situación posible debido al acelerado desarrollo de la tecnología de salud. La actual fiscalización de ese proceso es débil.

4. Insuficiente regulación de los administradores privados del seguro de salud.

Los principales problemas que afectan a los usuarios del sistema isapre, dicen relación con el temor de qué ocurrirá con ellos frente a una enfermedad grave, si va a estar cubierta o no, y lo que sucederá después de los 60 años de edad.

Adicionalmente, se ofrece a las personas planes de difícil interpretación, con coberturas atractivas para las prestaciones de bajo costo, pero que no cubren prestaciones mínimas necesarias desde la perspectiva sanitaria y que, al ser requeridas por los usuarios, implican serias catástrofes financieras al grupo familiar.

La relación entre el usuario y los seguros de salud es de naturaleza compleja y se caracteriza por importantes asimetrías de información.

Desde la perspectiva de los aseguradores, los usuarios manejan mayor información que aquéllos respecto a su propio estado de salud.

Esto genera, en los aseguradores, comportamientos defensivos, puesto que el ocultamiento de riesgos por parte de los usuarios, implicaría la inviabilidad financiera para aquellos seguros menos efectivos en detectar altos riesgos de enfermedad y que son más generosos en los beneficios que otorgan.

Esto hace necesario la intervención del Estado para regular el quehacer de quienes participan en el sector salud y asegurar, de esta forma, que dicha asimetría no se traduzca en atención médica de baja efectividad sanitaria y de insuficiente protección financiera para los usuarios.

Adicionalmente, la contratación de un seguro puede estimular un sobreconsumo de prestaciones de salud por parte de las personas, arriesgando

## MENSAJE PRESIDENCIAL

el encarecimiento de las primas y/o un ajuste de los planes hacia niveles no óptimos desde un punto de vista social. Esto ocurre debido a que el usuario incurre sólo en una parte del costo de sus decisiones.

La competencia entre seguros incrementa este problema de relación entre usuarios y seguros, puesto que incentiva a los seguros a practicar la selección de personas con bajo riesgo de enfermedad, con la consecuente segmentación de la población entre personas de alto y bajo riesgo de enfermedad y la consecuente desviación de recursos hacia prácticas improductivas desde el punto de vista sanitario y económico.

Para que la competencia entre múltiples seguros, que caracteriza el sector privado, sea eficiente y no resulte en una desprotección de las personas consideradas de alto riesgo de enfermedad, por altos precios en las primas o exclusión del servicio, se requiere establecer mecanismos para reducir la selección de riesgos.

Adicionalmente, la condición de asimetría de información que caracteriza el mercado de la salud, impide que la competencia por sí sola sea un mecanismo eficaz para alcanzar estándares aceptables de calidad en la prestación de los servicios. En este caso los usuarios carecen del conocimiento para determinar si los servicios recibidos son los requeridos y de una calidad adecuada. Ello requiere regular la calidad de las prestaciones.

Por último, las condiciones de asimetría con el asegurador y con el prestador pueden combinarse para generar condiciones adversas al usuario, en el caso en que el prestador tenga intereses comunes con el asegurador, porque es asalariado de éste o porque recibe pagos pactados, puesto que existe el incentivo a racionar las prestaciones aun cuando esto sea riesgoso para el paciente.

5. Insuficiente comprensión del rol de la Autoridad Sanitaria por parte de la ciudadanía.

La población muchas veces no tiene claro cómo canalizar sus demandas o reclamos, y en particular, cómo exigir el cumplimiento de sus derechos.

6. Insuficiencias en la legislación vigente.

La legislación actual consagra un régimen que, en primer lugar, impide la integración armónica de los subsistemas público y privado. Ello dificulta un buen uso de los recursos del sector y restringe el acceso equitativo a la salud para muchas personas.

En segundo lugar, limita la labor de Gobierno como responsable del desarrollo de todo el sector, al estar definido el rol de la Autoridad Sanitaria, en forma principal, como responsable de la gestión de las actividades de salud del subsector público, con el consecuente debilitamiento de las capacidades normativas y fiscalizadoras sobre el sector privado.

En tercer lugar, enfatiza las acciones sanitarias de tipo curativo-asistencial, especialmente en la esfera de la enfermedad y la reparación del daño, a pesar de que la evidencia científica disponible reconoce la importancia de las acciones de salud pública en la mantención y mejoramiento del estado de salud de la población.

## MENSAJE PRESIDENCIAL

**III. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

Un tercer elemento que es necesario tener en cuenta, para contextualizar adecuadamente la propuesta legislativa, es que para nadie es un misterio que hoy se viven las consecuencias de la reforma del sistema de salud realizada en los primeros años de la década de los 80, de las cuales el decreto que se modifica con este proyecto, es uno de sus componentes principales.

En dicha reforma, en primer lugar, se pretendió concentrar al Ministerio en las tareas normativas y descentralizar en los Servicios la gestión de la atención de salud.

Sin embargo, en esos Servicios se concentraron, también, las facultades fiscalizadoras, tanto del proceso asistencial, transformando a dicha autoridad en juez y parte de su trabajo, como del ámbito de salud pública, heredando las facultades del Servicio Nacional de Salud.

Esta doble condición de gestor asistencial y autoridad sanitaria, dificultó que resolviera adecuadamente los problemas que se le presentaban en ambas áreas.

Una segunda medida de dicha reforma contribuyó a generar elementos que distorsionaron más las cosas: la municipalización de los consultorios y postas.

En efecto, dicha medida tuvo un efecto negativo en la integración y fluidez de procesos que deben existir en una red asistencial.

En la práctica, los Servicios concentraron su trabajo en los establecimientos de su dependencia, debilitándose la coordinación entre los distintos niveles de complejidad y restringiendo el traspaso de recursos del hospital a la Atención Primaria y, con ello, manteniendo una estrategia que se tornó ineficiente para solucionar los problemas de salud de las personas.

Además de dicha reforma, ha contribuido a la ineficiencia de los Servicios de Salud la incapacidad para mantener una adecuada sintonía entre las necesidades asistenciales de la población y la dotación y capacidades de los recursos humanos que trabajan en dichos servicios.

Para reaccionar adecuadamente a los desafíos que impone la transición epidemiológica, se requiere una permanente capacidad de ajuste en las habilidades de respuesta del sistema asistencial. Esta tarea no ha sido realizada.

Los problemas que hoy en día existen en los Servicios de Salud, pueden resumirse en los siguientes:

1. Problemas en el nivel primario.
  - a. Del modelo de atención y la organización.

Existe baja capacidad resolutoria; insuficiente anticipación al daño; baja cobertura de problemas crónicos del adulto; acceso restringido a ciertos horarios; bajo control de calidad; baja capacidad de gestión; poco atractivo hacia médicos y otros profesionales; alta rotación del personal médico; postergación por privilegio del desarrollo de la atención hospitalaria; y hospitales tipo cuatro con exceso de capacidad instalada.

## MENSAJE PRESIDENCIAL

- b. De su relación con otros niveles.  
Existen derivaciones excesivas por baja capacidad de resolución; también hay bajo acceso a especialistas y exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico; y problemas de acceso a la atención especializada y hospitalaria.
- c. De su relación con la población.  
Existe baja confiabilidad por parte de la población; dificultades de trato y acceso; baja participación social; y poca capacidad de escoger centro de salud como elemento de poder frente a los consultorios.
2. Problemas del nivel secundario.
- a. Del modelo de atención y la organización.  
En este ámbito, hay una baja cobertura de los problemas del adulto mayor y enfermedades crónicas; insuficiente anticipación al daño; limitaciones en la resolución y manejo ambulatorio de diversas patologías; bajo control ético y de calidad; acciones inefectivas o perjudiciales; baja capacidad de gestión directa de recursos; y presupuestación en bases históricas con brechas negativas y positivas respecto a la producción.
- b. De su relación con otros niveles.  
A este nivel, existe baja capacidad y adecuación de la respuesta frente a demanda desde el nivel primario y urgencias; y baja tasa de devolución de pacientes al primer nivel.
- c. De su relación con la población.  
En este aspecto se dan dificultades en el trato y procedimientos extremadamente burocratizados; dificultades en la autonomía e información de los pacientes respecto de diagnóstico y tratamiento; ausencia de capacidad de escoger prestadores; y bajo control y participación social.
3. Problemas del nivel terciario.
- a. Del modelo de atención y la organización.  
A este nivel, existe una baja adecuación al patrón epidemiológico actual; baja cobertura de los problemas del adulto mayor y enfermedades crónicas, listas de espera; baja descentralización y capacidad de gestión de recursos; bajo control ético y de calidad; acciones inefectivas o perjudiciales, hospitalizaciones innecesarias; centrado en lo hospitalario; concentración de recursos y de las deudas; servicios clínicos segmentados entre sí, poco colaborativos; y procedimientos administrativos altamente burocratizados.
- b. De su relación con otros niveles.  
También se da una baja capacidad y adecuación de la respuesta frente a demandas desde el nivel primario y secundario, centrándose mayoritariamente en resolver las urgencias en detrimento de lo electivo; baja articulación con centros de alta complejidad; e indefinición de los mecanismos de derivación y de pago.
- c. De su relación con la población.  
Finalmente, en este ámbito se dan dificultades en el acceso y trato; dificultades en la autonomía e información de los pacientes respecto de diagnóstico y tratamiento; ausencia de capacidad de escoger prestadores; y bajo control social y participación.



## MENSAJE PRESIDENCIAL

**IV. FUNDAMENTOS DEL PROYECTO.**

1. Una Red Asistencial territorial con énfasis en la Atención Primaria.  
El estado de salud de la población es variable a través de la historia.  
Se expresa por medio del perfil epidemiológico, que identifica las enfermedades que en forma mayoritaria son causa de muerte y sufrimiento de las personas.

En Chile, el perfil epidemiológico ha cambiado drásticamente desde los años 50, en que se creó el Servicio Nacional de Salud. Si bien en esa época las principales situaciones responsables por el estado de salud de la población fueron la mortalidad infantil, la muerte de la madre al momento del parto y las enfermedades infecciosas, podemos señalar que el país ha controlado en forma satisfactoria la mortalidad materno-infantil, aunque persisten disparidades evitables.

Ahora las situaciones de mayor peso como causa de muerte y pérdida de calidad de vida, son las enfermedades crónicas, degenerativas y de salud mental, existiendo un remanente de enfermedades infecciosas.

En este período hubo una substancial modificación de la tecnología de la actividad médica.

El desarrollo de nuevos medicamentos, instrumentos y técnicas operatorias ambulatorias, representa nuevas capacidades de prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas, lo que posibilita una nueva distribución de las tareas al interior del equipo médico.

Al momento de creación del Servicio Nacional de Salud, se optó por una estrategia de atención centrada en el hospital, por cuanto esto permitía acoger a la mujer en el momento del parto y garantizar condiciones sanitarias adecuadas que atenuaran la mortalidad.

Adicionalmente, el hospital permitía aislar al enfermo infeccioso de modo de evitar el contagio a sus familiares y vecinos.

Los consultorios periféricos se orientaron principalmente al control del embarazo y de los problemas del niño.

Esta estrategia fue adecuada al momento histórico en que se concibió. Hoy no tenemos esos problemas de salud.

Por último, es necesario destacar que las nuevas condiciones epidemiológicas y tecnológicas han sido acompañadas con un incremento permanente en el gasto que el país destina a salud. Esta situación caracteriza los sistemas de salud de todo el mundo que enfrentan la necesidad de realizar cambios profundos.

2. La organización de los recursos.

Las estrategias de organización de los recursos que el país destina a la salud, deben ajustarse a las realidades y exigencias del perfil epidemiológico, al cambio tecnológico, a las mayores exigencias de gestión planteadas por los costos incrementales y a las exigencias de los usuarios del sistema.

De no hacerlo, se combina una situación de ineficiencia sanitaria y de gestión.

Sin embargo, la estrategia de organización del sector no se ha

## MENSAJE PRESIDENCIAL

modernizado para enfrentar los cambios del perfil epidemiológico, la tecnología médica, el nivel de gastos en salud y las exigencias de los usuarios.

Las enfermedades degenerativas, crónicas y de salud mental actuales, requieren de un cambio en la estrategia de atención porque se caracterizan por un largo desarrollo.

Para estas enfermedades, existen intervenciones eficaces; pero los pacientes no las reciben principalmente porque los hospitales orientan su acción a situaciones que requieren intervenciones inmediatas por riesgo de daño o muerte y porque los consultorios no están orientados a pesquisar y controlar a las personas en las etapas iniciales, no inhabilitantes, de la enfermedad.

Las enfermedades crónicas se incrementan con el desarrollo económico y la adquisición de hábitos de vida caracterizados por el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo y otros que son dañinos para la salud.

Estas enfermedades afectan con mayor severidad a las personas más pobres, ya que en muchos casos se asocian con condiciones de vida desfavorables para la salud y a una situación socioeconómica deprimida.

La estrategia de organización de los recursos de salud para estas patologías, requiere que la persona sea atendida en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a etapas de mayor daño y de tratamiento más complejo. Ello se consigue radicando la atención lo más cerca posible de su domicilio, en los Consultorios de Atención Primaria y mejorando la calidad de las prestaciones.

Por ejemplo, en el caso de la hipertensión arterial, es necesario promover pautas de vida saludable para prevenirla, realizar exámenes periódicos a la población en riesgo para pesquisarla precozmente y para los casos pesquisados, hacer un tratamiento y control continuo.

La atención cercana al domicilio evita, en este caso, que la hipertensión arterial pueda complicarse, requiriendo por ejemplo intervenciones cardioquirúrgicas que deben realizarse en centros de alta especialización.

El control de la enfermedad debe tener una respuesta equivalente en la estrategia organizativa del sistema de salud, en que los casos más graves se enfrenten en mayores niveles de complejidad de atención.

3. El avance tecnológico.

La perspectiva tecnológica entrega hoy capacidades para pesquisar y tratar las enfermedades en sus distintas etapas de avance.

Las intervenciones ambulatorias, que causan un menor daño invasivo, los medicamentos y el instrumental de pesquisa de la enfermedad, permiten una mejor distribución de los recursos a lo largo del proceso de la enfermedad.

Eso significa que la destinación de un alto porcentaje de los recursos disponibles a los hospitales, que caracteriza la situación actual, puede modificarse con un considerable beneficio para el enfermo, al distribuir los recursos acorde con el proceso de la enfermedad.

**V. OBJETIVOS DEL PROYECTO.**

## MENSAJE PRESIDENCIAL

El presente proyecto de ley propone una nueva estructura sanitaria del sector público de salud, que se ajusta a las actuales exigencias que impone la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población.

Adicionalmente, se proponen nuevas capacidades de gestión para superar las restricciones actuales, que originan ineficiencia en la administración de los recursos que el Estado y las personas destinan al cuidado de la salud de la población.

En suma, la iniciativa legal que se propone a ese honorable Parlamento, tiene tres propósitos fundamentales:

Primero, fortalecer la institucionalidad y las potestades de la Autoridad Sanitaria, estableciendo una clara separación de funciones con la gestión de los Servicios de Salud.

Segundo, establecer normas que permitan mejorar la gestión de los Servicios de Salud, adecuándola a los requerimientos del Sistema AUGE. Es así como se establece la constitución de Redes Asistenciales con mayor flexibilidad administrativa que la actual, y con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía.

Tercero, establecer instancias de participación ciudadana en las Secretarías Regionales Ministeriales y en las Direcciones de los Servicios de Salud.

1. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria.

El Estado tiene la responsabilidad indelegable de guiar el desarrollo del sector salud y asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias de la población.

Esta iniciativa legal define las funciones y atribuciones necesarias para regular y fiscalizar la actividad en salud en la defensa de los usuarios de salud.

La Autoridad Sanitaria es la institucionalidad permanente del Estado, encargada de llevar a cabo estos objetivos con ejercicio de su autoridad en todo el territorio nacional y sobre todos y cada uno de los actores del sistema, de manera de asegurar la conducción política integral del sector salud y ejercer el liderazgo estratégico técnico del sistema.

Debe vigilar y controlar los factores que afectan la salud, incluido el medio ambiente y la atención médica, y desarrollar políticas que contribuyan a generar condiciones para una vida más saludable.

Actúa en el espacio intersectorial y hacia todo el quehacer del Gobierno, de manera de promover y desarrollar políticas públicas de promoción y prevención, coherentes con las prioridades sanitarias.

La Autoridad Sanitaria tiene variados deberes. Así, debe formular políticas que permitan a las personas desarrollar estilos de vida saludable y condiciones para una mejor salud, que contribuyan a prevenir y controlar los riesgos de enfermar y debe garantizar el acceso a una promoción de la salud y atención de la enfermedad, digna, oportuna, humana y de calidad, al nivel que el país sea capaz de otorgar.

También debe conseguir un desarrollo armónico del sistema de salud, definir normas, obligaciones y reglas claras y uniformes para el funcionamiento

## MENSAJE PRESIDENCIAL

de todos los agentes involucrados.

Además, debe velar y monitorear el cumplimiento de las normas, promover los derechos de las personas, resolver conflictos entre las partes y administrar sanciones, cuando corresponda.

La Autoridad Sanitaria debe ser claramente identificada por la ciudadanía como la entidad responsable de garantizar los derechos en salud.

Adicionalmente, la Autoridad Sanitaria juega un papel central en el diseño y desarrollo del proceso de ajuste del sistema a las necesidades de la población. Para ello debe estar dotada de capacidad de análisis de la realidad epidemiológica y de las estrategias válidas de salud pública, tanto del escenario nacional como internacional.

Estas responsabilidades deben cumplirse con plena independencia de intereses, por el mejoramiento de la salud de la población, la disminución de las brechas de equidad y los derechos de las personas.

Para cumplir efectivamente su rol, la Autoridad Sanitaria debe contar con instrumentos eficaces para ejercer las funciones de rectoría, regulación y fiscalización del sistema público y privado de salud. También debe contar con atribuciones que le permitan asegurar y verificar el cumplimiento de la normativa vigente y contar con mecanismos regulatorios en todo el territorio nacional, asegurando la existencia de relaciones entre ellos que permita el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles para el sector.

Para este fin, es necesario dotarla de todos los instrumentos jurídicos, administrativos y medios financieros, que le permitan ejercer debidamente sus facultades respecto de la formulación de políticas, la dictación de normas y todas las otras actividades que permitan proteger la salud de la población y hacer respetar los derechos de los usuarios en relación con el seguro de salud y con los prestadores.

En suma, el rediseño de la Autoridad Sanitaria, contribuirá al fortalecimiento de la salud pública, por una parte, a través de una mejor definición de su estructura y funciones (nacional y regional), de las tareas esenciales de salud pública, de la formulación y ejecución del Plan de Salud Pública, nacional y regional; y, por la otra, mediante el aseguramiento de su financiamiento en forma independiente a la cobertura de la atención médica. Debe haber un justo equilibrio entre lo curativo-asistencial y la promoción-prevenición, que evite el desarrollo de enfermedades.

En este nuevo diseño, se propone una organización que permita una visión integral para que cuente con una gestión dedicada al tema de la Salud Pública y que dé cuenta de su actividad, asignándole un presupuesto propio y fortaleciendo sus capacidades de fiscalización.

La institucionalidad propuesta, asegura lo siguiente:

- Rectoría y regulación de la Autoridad Sanitaria sobre todo el sector salud, tanto público, como privado.
- Rectoría de la autoridad sanitaria en el espacio intersectorial.
- Conducción política integral del sector salud.
- Liderazgo estratégico técnico sobre todos los actores del sistema.
- Un sistema de normas, obligaciones y reglas coherentes y equilibradas

## MENSAJE PRESIDENCIAL

para el funcionamiento para todos los agentes involucrados.

- Un sistema de monitoreo del cumplimiento de la normativa vigente y mecanismos regulatorios en todo el territorio nacional.

- Capacidad para garantizar protección y promoción de la salud a la población.

- Asegurar el acceso a los servicios de salud. en particular de las poblaciones más vulnerables.

- Garantizar los derechos en salud de los usuarios.

- Asegurar garantías de protección financiera para la familia.

- Dar cobertura sanitaria a toda la población.

- Fiscalizar el cumplimiento del Sistema AUGE.

Para tales efectos, el proyecto plantea fortalecer la Autoridad Sanitaria Regional. El diseño del proyecto se basa en los siguientes requerimientos:

- Separar las funciones de gestión y fiscalización de la prestación pública que actualmente conviven en los Servicios de Salud. Con ello se elimina la existencia de una institución que actúa como juez y parte.

- Tener una institución desconcentrada. Se requiere que la Autoridad Sanitaria actúe con uniformidad de criterios en la interpretación de las normas a lo largo del territorio nacional, y que en la actuación de la Autoridad Sanitaria Regional se resguarde la necesaria cohesión de las políticas de relevancia nacional y la independencia respecto de presiones locales.

- Contar con una entidad cercana a la personas, para que éstas puedan canalizar sus reclamos, dudas y demandas respecto a los prestadores públicos y privado.

- Integrar toda la capacidad sanitaria regional de manera de asegurar una visión y evaluación integral de las políticas sanitarias a nivel de la región.

- Relevar los temas de salud pública en la región, actualmente desdibujados en los Servicios de Salud por la preponderancia del tema hospitalario.

## 2. Nuevas herramientas para la gestión.

La estrategia definida en el marco de la Reforma de la Salud, para la situación descrita más arriba, es el fortalecimiento de las medidas de promoción de estilos de vida saludable, que oriente a las personas a tomar mayor responsabilidad en la mantención de su salud y a las instituciones a la creación de ambientes saludables en el trabajo y en la ciudad.

La promoción orientada a las personas, se realizará principalmente en los Consultorios, pero será responsabilidad de todos los niveles de complejidad.

La dotación de capacidades de prevención eficaz y de atención de salud cercana al domicilio, se realiza también en los Consultorios.

En la medida que el proceso de la enfermedad progrese o se detecte en etapas avanzadas, el enfermo debe derivarse a los niveles más altos de complejidad médica que corresponde a los hospitales, progresión que termina en los hospitales Especializados de Alta Complejidad.

Para ello, el proyecto configura una Red Asistencial constituida por los profesionales, equipamientos, y otros recursos de salud organizados para el

## MENSAJE PRESIDENCIAL

mejor y más eficiente cuidado de la salud y tratamiento de la enfermedad de la población que habita en el territorio bajo su responsabilidad. La gestión de la Red Asistencial abarca los establecimientos orientados al manejo de situaciones de baja complejidad médica y alta complejidad social en la Atención Primaria, y los hospitales y centros especializados orientados al manejo de situaciones de mediana y alta complejidad.

La situación actual, definida a partir del perfil epidemiológico, requiere una estrategia de organización de los recursos de salud que fortalezca la Atención Primaria y especialice a los hospitales en el sentido de lograr una redistribución de los recursos acorde con los procesos de enfermedad predominantes y se organice en red para asegurar que las personas reciban el cuidado adecuado a su estado de salud y etapa del proceso de enfermedad.

En el mensaje que acompaña al proyecto de ley del Sistema Auge, se señaló la necesidad de instalar un nuevo modelo:

“El nuevo modelo de atención debe tener una fuerte orientación a la promoción de la salud, es decir, a la eliminación de factores de riesgo de enfermar por condicionantes ambientales y sociales y a la creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable; la prevención de las enfermedades mediante la pesquisa oportuna de factores de riesgo o el diagnóstico precoz de las enfermedades; la atención oportuna y permanente de las enfermedades en los niveles de complejidad más adecuados, procurando una eficaz integración al interior de las redes asistenciales, superando la fragmentación y des-coordinación hoy existente.

Para ello, se impulsará una atención primaria altamente resolutiva, con capacidad para solucionar gran parte de las emergencias, donde existirán equipos de salud familiar y comunitaria “de cabecera”, con una cantidad definida de familias a cargo, dotados de la tecnología y equipamiento necesario y trabajando coordinadamente con la atención de especialidad.

El segundo nivel de atención estará formado por establecimientos y hospitales que resolverán las derivaciones del primer nivel, privilegiando las actividades ambulatorias.

En el sistema público, cada vez que una persona sea hospitalizada tendrá un profesional asignado, que asumirá la responsabilidad de su cuidado, establecerá los contactos con familiares y con su equipo de salud de la atención primaria.”.

Hoy se requiere transitar desde una estrategia de organización centrada en el acceso a las prestaciones médicas y la medicina hospitalaria, hacia otro en que se busque establecer ambientes saludables en el hogar, el trabajo y la comunidad en general, que junto con cambios en las conductas personales y la prevención sistemática, es la manera más cierta de mantener sana a la población y garantizar equidad en salud.

El cambio de estrategia es también necesario porque la experiencia internacional, en particular en los países desarrollados, demuestra que en las últimas décadas el gasto en salud experimentó un crecimiento constante, como proporción del producto interno bruto y que este crecimiento es de rendimiento decreciente en su impacto en la salud de la población, respecto de los gastos

## MENSAJE PRESIDENCIAL

incurridos, en particular cuando se privilegia el acceso a la medicina curativa sin un desarrollo correspondiente de la promoción y prevención de la salud.

Por otra parte, hay numerosos estudios que señalan que una proporción considerable del incremento del gasto no es atribuible a acciones terapéuticas eficaces, sino más bien a lo que se ha denominado "medicina innecesaria", que es la inducción al consumo de prestaciones o medicamentos cuyo impacto positivo no se ha demostrado con pruebas científicas.

En consecuencia, la propuesta de un nuevo modelo de atención busca incidir tanto en un mejoramiento sustantivo de la salud de la población como también en un control de los gastos, de manera que éstos tengan un costo/efectividad demostrable.

Junto con la instalación del nuevo modelo, se promueve el desarrollo de la medicina basada en pruebas científicas, que es el enfoque que en los últimos 20 años cobra mayor vigencia para evitar que las personas sean sometidas a procedimientos terapéuticos, quirúrgicos y de otra naturaleza, para los cuales no existen pruebas científicas que corroboren su eficacia, existiendo en muchas ocasiones antecedentes que permiten señalar que los mismos producen efectos secundarios indeseables, nocivos y peligrosos y que en ocasiones redundan en mayores daños que la enfermedad que pretenden curar.

Todo lo anterior implica que la nueva estrategia produce cambios muy significativos en la práctica médica y, en particular, en la organización y gestión del sistema de salud.

Las modificaciones consideradas en este proyecto de ley buscan solucionar los principales problemas de gestión que hoy se enfrentan en los Servicios de Salud, dotándolos de capacidades suficientes para responder adecuadamente a las garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad, que contiene el Sistema AUGE y el Régimen de Garantías en Salud.

Para tal efecto, en primer lugar, se busca especializar a los Servicios en la atención de las necesidades de salud de las personas, abandonando todas sus responsabilidades ajenas al quehacer asistencial.

Se busca que las Redes Asistenciales de los Servicios, compuestas por establecimientos públicos y privados, respondan eficaz y eficientemente a los desafíos que impone el Régimen de Garantías en Salud.

Para ello se dota al Director del Servicio de las atribuciones para organizar y coordinar estos establecimientos, enfatizando en la ley la necesidad de tener una preocupación particular por la mejoría de la capacidad resolutoria del nivel primario de atención.

En segundo lugar, se quiere profesionalizar la gestión de los Servicios. Para ello se propone que los directivos de los servicios, manteniendo su condición de funcionarios de confianza del Presidente de la República, ocupen esos cargos después de un proceso de selección público con requisitos de experiencia y capacidades acreditadas.

Dichos directivos, además, tendrán la obligación de dar cuenta pública semestral de su gestión y serán evaluados por su desempeño. Se contempla para ellos un mecanismo de incentivo en las remuneraciones, asociado al cumplimiento de metas. Con estas medidas se espera hacer más atractivo este

## MENSAJE PRESIDENCIAL

tipo de cargos.

También el proyecto de ley agrega atribuciones y facultades que facilitarán la gestión de las redes asistenciales.

Así, se establece que el Director deberá dirigir y coordinar la ejecución de las acciones de salud de todos los establecimientos de su Red Asistencial, velando especialmente por el fortalecimiento del nivel primario de atención. En este ámbito, podrá destinar también parte de su personal a reforzar diferentes establecimientos.

Con estas modificaciones se busca reforzar la descentralización y autonomía de los Servicios de Salud y también los mecanismos para monitorear la gestión de sus autoridades, teniendo como eje la respuesta oportuna y satisfactoria a las necesidades de los usuarios.

### 3. Fortalecimiento de la Participación Ciudadana.

La ausencia de mecanismos de control social y rendición de cuentas, obviamente ausentes en la reforma de los ochenta, contribuyeron a que los problemas priorizados por los servicios de salud no coincidieran necesariamente con las necesidades de sus usuarios, con las consecuencias consiguientes en alto niveles de insatisfacción y listas de espera.

En relación con lo anterior, el proyecto de ley busca generar las instancias para hacer efectiva la participación ciudadana en la gestión del sistema de salud y, para ello, además del Consejo del Sistema AUGE propuesto en el proyecto de ley del Régimen de Garantías en Salud ya enviado, se proponen diversos mecanismos de participación de la población usuaria.

## VI. CONTENIDO DEL PROYECTO.

Revisados los supuestos, los objetivos y los fundamentos del proyecto de ley, corresponde que detallemos brevemente su contenido.

### 1. La Autoridad Sanitaria.

El proyecto entiende por Autoridad Sanitaria a la institucionalidad del Estado encargada de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en salud y la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de la población en el territorio nacional.

Su rol principal será la rectoría, regulación y fiscalización de los sectores público y privado de la salud y de los agentes cuyas actividades inciden en la salud de la población.

La Autoridad Sanitaria residirá, en lo fundamental, en el Ministerio de Salud y en los organismos que de él dependen y que tengan atribuciones en este ámbito.

Entre sus funciones se destacan: elaborar y dirigir las políticas nacionales de salud; definir los objetivos nacionales de salud; fortalecer y desarrollar su acción en el espacio intersectorial para promover y desarrollar políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias; definir normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención; fortalecer el desempeño de las funciones esenciales de salud pública; definir el plan de salud y establecer sus garantías.



## MENSAJE PRESIDENCIAL

La autoridad sanitaria regional que el proyecto diseña, se constituye separando de los Servicios de Salud las funciones propias de gestión de las redes asistenciales, que continúan estas últimas residiendo en el Director de Servicio, de las de autoridad. Éstas pasan a ser desempeñadas por el Secretario Regional Ministerial de Salud (Seremi), quien recibe por el proyecto todas las potestades que la ley le confiere a dichos directores, en relación con el ejercicio de la Autoridad mencionada.

De este modo, por una parte, dicha separación se traduce en que los Servicios de Salud reformados no tendrán funciones de autoridad sanitaria, por lo que no ejercerán funciones de Rectoría ni Regulación. Se concentrarán sólo en la entrega de atención médica, siendo responsable de articular las redes de atención. Su grado de autonomía en el manejo financiero y de organización de las prestaciones estará asociado a un sistema de calificación permanente. La Autoridad Sanitaria Regional tendrá la potestad de intervenir la gestión financiera y sanitaria en aquellos casos considerados insatisfactorios.

Por la otra, dicha separación se traduce en que el Seremi, con nuevos poderes, además de apoyar al Intendente en los ámbitos de su competencia, desarrollará todas las funciones de vigilancia epidemiológica, fiscalización sanitaria medioambiental, verificación de las normativas de calidad en prestadores públicos y privados, recepción de opiniones y quejas y solución de controversias.

Para asegurar comunidad de criterios y capacidad de respuesta, dicha autoridad será territorial y funcionalmente desconcentrada, con presencia en todas las regiones del país y utilizará normas y estándares de alcance nacional, definidos por la autoridad central.

## 2. Fortalecimiento de la Gestión de los Servicios.

### a. La Red Asistencial.

El proyecto entiende por Red Asistencial, al conjunto de establecimientos de atención de salud que operen dentro del territorio asignado a un Servicio de Salud, actuando en forma coordinada mediante lazos institucionales o contractuales.

Estas redes incluirán, al menos, a los establecimientos que actualmente dependen de los Servicios de Salud y los de la atención primaria municipal.

Además, podrán incorporar, mediante convenios, a establecimientos privados debidamente acreditados por la Autoridad Sanitaria.

La red funcionará con una lógica territorial y tendrá bajo su responsabilidad la atención de los usuarios de la ley N° 18.469, las emergencias y las atenciones convenidas para los afiliados al sistema isapre y a toda la población en las acciones de Salud Pública.

### b. Los hospitales de autogestión en red.

Asimismo, se contempla la existencia de Hospitales de Autogestión en Red.

Formarán parte de esta nueva categoría, aquellos establecimientos que cuenten con mayor especialización de sus recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive y que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales,

## MENSAJE PRESIDENCIAL

financieros y de calidad.

En relación a dichos hospitales, un reglamento regulará el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contempla el proceso; los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias.

Los hospitales clasificados como "Hospital de Autogestión en Red", contarán, de acuerdo a la etapa en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:

-Administrar y disponer de sus ingresos propios, conformados por los recursos obtenidos de la facturación por ventas y servicios a privados; por la recuperación de seguros de accidentes; por la recuperación de subsidios por incapacidad laboral; y por donaciones, de acuerdo a la normativa presupuestaria que le fuere aplicable.

-Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud, para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas.

-Celebrar contratos de prestaciones de servicio con personas naturales o jurídicas, de cualquier naturaleza, para el desempeño de tareas o funciones clínicas, generales o específicas, aun cuando sean propias o habituales del establecimiento, que requiera para el cumplimiento de sus funciones, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud.

-Todas las atribuciones en materias de gestión y administración interna de sus recursos.

-Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, los que alcanzarán al director y al personal de éste regido por el decreto ley N° 249, de 1973, en la forma, monto y condiciones que se determinen en la ley, mientras mantenga la categoría de Hospital de Autogestión en Red.

Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la Red Asistencial, serán supervigilados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, y fiscalizado por el Secretario Regional Ministerial, conforme a la ley.

### 3. Participación ciudadana.

El tercer aspecto del proyecto es que propone la existencia de un Consejo Regional de Salud que colabore, con carácter consultivo, con el Secretario Regional Ministerial.

Asimismo, se contempla la existencia de un Consejo Consultivo del Servicio de Salud. Dicho organismo es concebido como un organismo colegiado, con representación de los usuarios y de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

Su función será conocer el Plan Anual de trabajo del Servicio de Salud, así como también su cuenta pública semestral, con capacidad para hacer observaciones y reparos que quedarán consignados en las actas públicas de

## MENSAJE PRESIDENCIAL

dicho Consejo.

Se pretende que el Consejo influya en lograr que las políticas del Servicio cuiden de las necesidades de los más vulnerables y se centren en las necesidades de los usuarios.

4. Delegación de facultades.

Finalmente, el proyecto de ley solicita a ese honorable Parlamento la facultad para que el Presidente de la República dicte uno o más decretos con fuerza de ley, de modo de establecer todas aquellas disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley, y el buen desempeño de las instituciones involucradas.

En mérito de lo anteriormente expuesto, someto a vuestra consideración, el siguiente

**PROYECTO DE LEY:**

“Artículo 1º.- Introdúcense las siguientes modificaciones al decreto ley N° 2.763, de 1979:

1) Sustitúyese el artículo 4º por el siguiente:

“Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Gobierno. Además, le corresponderá desempeñar las siguientes funciones:

1. Ejercer la rectoría del sector salud, lo cual comprende, entre otras materias:

a) La formulación, control y evaluación de políticas de Estado en materia de salud.

b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.

c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.

d) La coordinación y cooperación internacional en salud.

2. Definir las normas sanitarias, en aspectos tales como autorizaciones sanitarias; saneamiento básico; calidad de los alimentos; sobre medio ambiente, de acuerdo a la ley N° 19.300; ambiente laboral; y en lo referente a todas aquellas materias reguladas y sancionadas por el Código Sanitario.

3. Fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley, a través de la Secretaría Regional Ministerial respectiva, y que no estén entregadas a otros organismos.

4. Definir las normas y efectuar la medición y monitoreo nacional de la situación de salud y de vigilancia de salud pública.

5. Recopilar y generar información en materia de salud y de gestión en salud.

6. Formular el presupuesto sectorial.

7. Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, “Sistema Auge”, el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

8. Establecer las normas, procedimientos y el sistema de medición y

## MENSAJE PRESIDENCIAL

acreditación de la calidad de atención en todos los niveles de complejidad del sector.

9. Definir políticas destinadas a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la atención de salud y reglamentar los mecanismos de reclamo y apelación que serán implementados por la Secretaría Regional Ministerial respectiva.

10. Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas y planes de salud, especialmente en lo relativo a su eficiencia y eficacia.

11. Definir políticas que promuevan la participación de las personas en las diferentes instituciones del Sistema.

12. Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

13. Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, tanto en el nivel regional como nacional, y

14. Las demás que le confieran las leyes y reglamentos.”.

2) Intercálase, a continuación del artículo 4º, el siguiente artículo 4º bis, nuevo:

“Artículo 4º bis.- La fiscalización que realice el Ministerio de Salud, la ejecutará a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de las facultades que le competan a la Superintendencia de Garantías en Salud, la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y el Instituto de Salud Pública.

La inspección o verificación del cumplimiento de las normas, podrá ser delegada en terceros debidamente calificados para cumplir tales funciones.”.

3) Sustitúyese el artículo 5º por el siguiente:

“Artículo 5º.- El Ministerio de Salud está integrado por el ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública; y las Secretarías Regionales Ministeriales.

El Ministerio estará organizado en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

El ministro de Salud, mediante decreto, determinará la estructura y organización interna del Ministerio y asignará las funciones y atribuciones específicas que correspondan a cada uno de los niveles jerárquicos existentes.”.

4) Derógase el inciso final del artículo 6º.

5) Derógase el artículo 7º.

6) En el artículo 8º:

a) Reemplácese los incisos primero y segundo, por el siguiente:

“Artículo 8º.- La Subsecretaría de Redes Asistenciales tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de salud pública asociadas a las prestaciones individuales, tales como la alimentación complementaria y vacunaciones, y las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud.”.

b) Derógase el inciso final.

## MENSAJE PRESIDENCIAL

- 7) Sustitúyese el artículo 9º por el siguiente:  
"Artículo 9º.- La Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio.  
A dicha Subsecretaría le corresponderá coordinar todo lo relacionado con las funciones de regulación y fiscalización del sector salud, salvo en las materias que sean de competencia de la Subsecretaría de Redes Asistenciales."
- 8) Sustitúyese el artículo 10 por el siguiente:  
"Artículo 10.- Corresponderá a cada Subsecretaría, dentro de su competencia, ejercer las siguientes atribuciones:  
a. Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del Sistema; y coordinar su ejecución por los organismos que integran dicho Sistema;  
b. Impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma que garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de una manera integral, eficiente y uniforme; y  
c. Ejercer las demás funciones que le asignan las leyes y reglamentos."
- 9) Deróganse los artículos 11 a 13.
- 10) En el artículo 14:  
a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con las palabras "el que deberá" y termina con la expresión "siguientes:", por: "sin perjuicio de las oficinas provinciales o locales que pudieran requerirse."  
b) Suprímense los literales desde la a) a la j).
- 11) Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, y 14 C, 14 D, 14 E, 14 F, 14 G, y 14 H, nuevos:  
"Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.  
El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la salud pública.  
Artículo 14 B.- La organización de la Secretaría Regional Ministerial será definida por resolución del Ministerio de Salud.  
Sin perjuicio de lo anterior, existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo, cuyas funciones e integrantes, que no serán remunerados, se determinarán por decreto del Ministerio de Salud.  
Artículo 14 C.- Las Secretarías Regionales Ministeriales tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud, a través de las respectivas Subsecretarías:  
1. Representar al Ministerio de Salud en la Región.  
2. Colaborar con el Intendente y asesorarlo en las materias sectoriales que sean de su competencia.  
3. Velar por el cumplimiento de las normas, planes y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad y proponer las adecuaciones de dichas políticas a

## MENSAJE PRESIDENCIAL

la realidad de cada región.

4. Supervisar a los organismos indicados en el artículo 15, en cuanto al cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud. Para tales efectos, entre otras cosas, podrá requerir de la autoridad correspondiente, la adopción de las medidas administrativas que procedieren si detectare el incumplimiento de las obligaciones o deberes por parte de tales organismos.

5. Mantener el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

6. Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre calidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, por parte de los prestadores de salud, sean personas naturales o jurídicas que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas.

Lo anterior no podrá significar una limitación de las potestades que le correspondan a la Superintendencia de Garantías en Salud y a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, en la fiscalización del Régimen de Garantías en Salud.

7. Colaborar, conforme las instrucciones del Subsecretario de Redes Asistenciales, con las acciones de salud pública, mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

8. Dictar las normas sanitarias de su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias, elaborar informes en materias sanitarias, acreditar establecimientos y fiscalizar la calidad de atención de salud en la región.

Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, por parte de los Secretarios Regionales Ministeriales, serán homogéneas para los establecimientos de salud públicos y privados.

9. Desempeñar las funciones y atribuciones que el Código Sanitario confiere a la autoridad sanitaria, excepto aquellas que por su naturaleza competan al Instituto de Salud Pública de Chile o a los Servicios de Salud.

10. Ejecutar las acciones necesarias para la protección de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de la calidad de los elementos básicos del ambiente.

11. Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicio que otorguen los prestadores de salud, tanto públicos como privados, siempre que no exista otro órgano administrativo que resuelva tales reclamos, en especial respecto de las atribuciones que le competan a la Superintendencia de Garantías en Salud y a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

De lo resuelto por el Secretario Regional Ministerial, podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud, en la forma que señala el artículo 14 G, sin que sea aplicable lo dispuesto en la letra n), del artículo 24, de la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

Un reglamento establecerá el procedimiento para la presentación y resolución de estos reclamos.

12. Colaborar, a solicitud de la Superintendencia de Garantías en Salud y a la

## MENSAJE PRESIDENCIAL

Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos que se refieran al incumplimiento de garantías en salud, que escapen al ámbito de su competencia, especialmente cuando se trate de los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respecto de los reclamos que pudieren efectuar ante la Superintendencia de Garantías en Salud y la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

Los procedimientos a que se refiere este numeral, deberán ser concordados con las mencionadas Superintendencias.

13. Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y, en general, ejecutar, por sí o por terceros, todas aquellas prestaciones de carácter médico administrativas, y

14. Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Artículo 14 D.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, todas aquellas materias que actualmente corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud.

En caso de conflicto, ya sea por la materia regulada o el ente fiscalizado, se resolverá en favor de la competencia del organismo fiscalizador que corresponda.

Artículo 14 E.- El Secretario Regional Ministerial podrá aplicar las siguientes sanciones, por incumplimiento de la normativa vigente que le compete fiscalizar:

1. Amonestación.
2. Multa de hasta 1.000 unidades de fomento.
3. Clausura.
4. Cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.
5. Las demás que las leyes y reglamentos autoricen aplicar a la autoridad sanitaria.

Artículo 14 F.- Para el cumplimiento de sus funciones, el Secretario Regional Ministerial podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos, sea que obren en poder del organismo fiscalizado o de terceros, y requerir de ellas o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por el Secretario Regional Ministerial, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas, deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes, de los organismos fiscalizados o de

## MENSAJE PRESIDENCIAL

terceros, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 14 G.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte el Secretario Regional Ministerial, 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.

El Secretario Regional Ministerial deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Resuelto por el Secretario Regional Ministerial el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ella, dentro del plazo de 15 días hábiles contado desde la notificación de la medida, ante el ministro de Salud, el cual dispondrá de 30 días para resolver.

Artículo 14 H.- Será facultad del Secretario Regional Ministerial instruir sumarios administrativos al personal directivo de los Servicios de Salud, en lo referente al cumplimiento de las normas de calidad, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan los Directores de dichos organismos y la Contraloría General de la República.

Asimismo, el Secretario Regional Ministerial podrá aplicar al Director del Servicio de Salud o al Director del establecimiento público de salud respectivo, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones emitidas por dicho Secretario en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 a 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada un vez cada 30 días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor.”.

12) Sustitúyese el artículo 15 por el siguiente:

“Artículo 15.- Los siguientes organismos dependerán del Ministerio de Salud, en la forma que establece esta ley:

1. Los Servicios de Salud;
2. El Fondo Nacional de Salud;
3. La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud;
4. Los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud; y
5. El Instituto de Salud Pública de Chile.

Dichos organismos dependerán del Ministerio a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, excepto el Instituto de Salud Pública de Chile, el que lo hará a través de la Subsecretaría de Salud Pública.”.

13) En el artículo 16:

a) Sustitúyese en el primer párrafo del inciso primero, la expresión “los Servicios” por “los Servicios o el Servicio”; y la frase “fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas:”, por la frase “promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud:”.



## MENSAJE PRESIDENCIAL

b) Sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: "Siete en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente y Servicio de Salud del Ambiente.", por el siguiente: "Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente."

c) Sustitúyese el inciso final por el siguiente:

"Su sede, territorio y población potencialmente beneficiaria serán establecidos por decreto supremo."

14) Intercálase, a continuación del artículo 16, el siguiente artículo 16 bis, nuevo:

"Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud, estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, incluidos los de atención primaria de salud municipal, y los privados que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud dentro de su territorio, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí, para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población."

15) Deróganse los incisos segundo y tercero del artículo 17.

16) Sustitúyese el artículo 18 por el siguiente:

"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director designado por decreto supremo del Ministerio de Salud y que será funcionario de la confianza del Presidente de la República.

El Director deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la gestión en salud. Será nombrado a partir de un proceso de selección público y será evaluado anualmente por el Ministerio de Salud, de acuerdo a los resultados de su gestión y a los objetivos diseñados al momento de su nombramiento, en la forma que señale el reglamento."

17) Intercálase, a continuación del artículo 18, el siguiente artículo 18 bis, nuevo:

"Artículo 18 bis.- Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud.

El Director deberá, asimismo, velar por la efectiva y eficiente derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red."

18) En el artículo 20:

a) Sustitúyese la letra a) por la siguiente

"a) Dirigir la ejecución de las acciones de salud y coordinar, asesorar y controlar todos los Establecimientos que conforman la Red Asistencial, velando especialmente por fortalecer la capacidad resolutoria del nivel primario de atención;"

## MENSAJE PRESIDENCIAL

- b) Derógase la letra m).
- c) Sustitúyese, en la letra n), la conjunción "y" y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).
- d) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o) y p), nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser letra q):

o) Disponer el traspaso de los funcionarios, en comisión de servicios, a cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, sin limitación de tiempo;

p) Declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación, y".

19) Sustitúyese el artículo 21, por el siguiente:

"Artículo 21.- La estructura y la organización interna de los Servicios serán determinadas en el reglamento.

Con todo, en dicho reglamento, se deberá contemplar la categoría de "Hospitales de Autogestión en Red", la que estará constituida por aquellos establecimientos dependientes que cuenten con mayor especialización de sus recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive y que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros, gestión y calidad.

En relación a dichos hospitales, un reglamento, que será también suscrito por el ministro de Hacienda, deberá regular el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contempla el proceso; los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias."

20) Intercálanse, a continuación del artículo 21, los siguientes artículos 21 A, 21 B y 21 C, nuevos:

"Artículo 21 A.- Para ingresar al sistema de postulación como "Hospital de Autogestión en Red", el establecimiento deberá tener, entre otros, los siguientes requisitos:

a) Cumplir satisfactoriamente los estándares e indicadores fijados en convenios, normas técnicas u otros instrumentos emanados de la autoridad competente, para la atención de los beneficiarios de la Red Asistencial a la cual pertenece, en términos de oportunidad, calidad e indicadores de gestión clínica.

b) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión básicos los cuales se deben expresar en la obtención de logros y desarrollo de competencias, en áreas tales como planificación y control de gestión; gestión de administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna, entre otras.

Para cada uno de los sistemas o competencias anteriores, se establecerán estándares e indicadores que luego serán verificados por la autoridad, sobre la base de informes externos, de la forma en que el reglamento lo señale.

c) Lograr equilibrio financiero, lo que se expresará, entre otras variables,

## MENSAJE PRESIDENCIAL

en que la proyección de los ingresos devengados sean equivalentes a los gastos devengados para el ejercicio presupuestario siguiente; que el plazo de las obligaciones devengadas y no pagadas no sea superior a sesenta días; y que la proyección del gasto en personal, se encuentre financiada para el año correspondiente.

d) Obtener niveles de satisfacción de los usuarios, conforme a parámetros definidos en un sistema objetivo de medición.

Artículo 21 B.- Los establecimientos a que se refiere el artículo 21 contarán, de acuerdo a la etapa del proceso en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:

a) Administrar y disponer de sus ingresos propios, conformados por los recursos obtenidos de la facturación por ventas y servicios a privados; por la recuperación de seguros de accidentes; por la recuperación de subsidios por incapacidad laboral; y por donaciones, de acuerdo a la normativa presupuestaria que le fuere aplicable.

b) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud, para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas.

c) Celebrar contratos de prestaciones de servicio con personas naturales o jurídicas, de cualquier naturaleza, para el desempeño de tareas o funciones clínicas, generales o específicas, aun cuando sean propias o habituales del establecimiento, que requiera para el cumplimiento de sus funciones, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud.

El monto de recursos financieros asignados a este gasto, se determinará anualmente en una glosa de la ley de Presupuestos, en la Partida del Ministerio de Salud.

d) Todas las atribuciones en materias de gestión y administración interna de sus recursos.

e) Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, los que alcanzarán al director y al personal de éste regido por el decreto ley N° 249, de 1973, en la forma, monto y condiciones que se determinen en la ley, mientras mantenga la categoría de Hospital de Autogestión en Red.

Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la Red Asistencial, serán supervigilados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, y fiscalizado por el Secretario Regional Ministerial, conforme a la ley.

Mediante resolución fundada del Ministerio de Salud, deberá revocarse la clasificación otorgada cuando los establecimientos dejen de cumplir los requisitos o incurran en incumplimiento de sus funciones u obligaciones, conforme lo determine el reglamento.

Artículo 21 C.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, el que tendrá un carácter consultivo y conocerá de la gestión del Servicio, en lo referido a sus planes de trabajo, así como de su gestión programática, financiera y presupuestaria.

## MENSAJE PRESIDENCIAL

En el desempeño de sus funciones, este Consejo conocerá, anticipadamente, el plan anual de trabajo del Servicio y la rendición de cuentas de su autoridad, dejando constancia de los reparos y alcances que surjan, los que serán enviados al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud.

El Consejo estará constituido por representantes de usuarios y de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

La composición y funcionamiento del Consejo, serán determinados en el reglamento.”.

21) Sustitúyese, en el artículo 23, la frase: “del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960”, por la siguiente: “de la ley N° 18.834”.

22) Sustitúyese el artículo 24 por el siguiente:

“Artículo 24.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:

- a) Con los pagos que efectúa el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;
- b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la ejecución de acciones de salud pública;
- c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;
- d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que por disposición especial, o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;
- e) Con los bienes que adquieran por donación, herencia o legado;
- f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y
- g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios.”.

23) En el inciso primero del artículo 27:

a) Agrégase, en la letra a), a continuación de la palabra “ley” y antes del punto y coma (;), la siguiente frase: “y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b), de dicho artículo”.

b) Suprímese, en la letra d), la conjunción “y”, con que finaliza.

c) Intercálase, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):

“e) Otorgar a los beneficiarios de la ley N° 18.469, el Régimen de Garantías en Salud.

f) Conocer y resolver, de acuerdo a la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de la Superintendencia de Garantías en Salud en la materia; y”.

24) Intercálase, en el artículo 30, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva, pasando las actuales letras k) y l), a ser l) y m), respectivamente:

“k) Proponer a la autoridad que corresponda, la aplicación de las medidas administrativas que procedieren a los funcionarios que incurrieren en

## MENSAJE PRESIDENCIAL

incumplimiento de los convenios relacionados con las garantías establecidas en el Régimen de Garantías en Salud;”.

25) Sustitúyese, en el inciso segundo del artículo 31, el numeral “28” por el numeral “31”.

26) En el artículo 39:

a) Sustitúyese, en la letra k), la palabra “reglamento” por la siguiente expresión: “artículo 42”.

b) Derógase la letra l).

27) Sustitúyese, en el artículo 40, la frase: “del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960”, por la siguiente: “de la ley N° 18.834”.

28) Sustitúyese el artículo 42, por el siguiente:

“Artículo 42.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra k) del artículo 39 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna del Instituto, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que lo integran.”.

29) En el artículo 50:

a) Sustitúyese, en la letra e), la palabra “reglamento” por la siguiente expresión: “artículo 51”.

b) Derógase la letra f).

30) Sustitúyese el artículo 51, por el siguiente:

“Artículo 51.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra e) del artículo 51 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna de la Central, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que la integran.”.

Artículo 2º.- Sustitúyese el artículo 5º del Código Sanitario, aprobado por el decreto con fuerza de ley N° 725, del año 1967, por el siguiente:

“Artículo 5º.- Cada vez que el presente Código haga referencia a la autoridad sanitaria, se entenderá por ella el ministro de Salud o el Secretario Regional Ministerial de Salud, según corresponda, o las personas en quienes deleguen sus funciones o atribuciones.”.

Artículo 3º.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las materias que se expresarán, a saber:

a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo a las normas de su artículo 1º;

b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos, en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley N° 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás Directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma

## MENSAJE PRESIDENCIAL

calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos ni, en general, cese de funciones o término de la relación laboral;

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítems y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza de ley a que se ha hecho referencia en las letras anteriores;

l) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en la presente ley.

**ARTÍCULOS TRANSITORIOS**

Artículo primero transitorio.- Lo dispuesto en el artículo 14 D, que se agrega al decreto ley N° 2.763, de 1979, regirá a contar de la fecha de vigencia de la presente ley.

Artículo segundo transitorio.- El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley, se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud.”.

## MENSAJE PRESIDENCIAL

Dios guarde a V.E.,

(Fdo.): RICARDO LAGOS ESCOBAR, Presidente de la República; OSVALDO ARTAZA BARRIOS, Ministro de Salud; NICOLÁS EYZAGUIRRE GUZMÁN, Ministro de Hacienda”.

**INFORME FINANCIERO****PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979****Mensaje N° 81-347**

Esta iniciativa legal contempla una nueva estructura sanitaria para el sector público de salud, que se ajusta a las exigencias que impone la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población. Adicionalmente, propone nuevas capacidades de gestión para superar las restricciones actuales, que originan ineficiencia en la administración de los recursos que el Estado y las personas destinan al cuidado de la salud de la población.

La nueva estructura del sector implica la clara separación de las funciones de autoridad sanitaria, residentes en el Ministerio de Salud y en los Secretarios Regionales Ministeriales (Seremi), de las funciones de atención médica, residentes en los Servicios de Salud. Así, el Seremi desarrollará a nivel regional todas las funciones de vigilancia epidemiológica, fiscalización sanitaria medioambiental, verificación de las normativas de calidad en prestadores públicos y privados, recepción de opiniones y quejas, y solución de controversias.

Consistentemente con la separación de funciones, existirán dos Subsecretarías, de Salud Pública y de Redes Asistenciales, respectivamente.

La estructura señalada se implementará mediante la reasignación de los recursos de la Partida Ministerio de Salud y las ganancias de eficiencia que el propio proyecto facilita. Para ello, se faculta al Presidente de la República para que, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por el Ministerio de Salud y suscritos por el ministro de Hacienda, establezca todas aquellas disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen funcionamiento de las instituciones involucradas.

Conforme a lo señalado, este proyecto de ley no presenta costo fiscal para el año 2002.

(Fdo.): MARIO MARCEL CULLELL, Director de Presupuestos”.

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

## 1.2. Boletín de Indicaciones

Cámara de Diputados, 01 de octubre de 2002. Indicaciones del Ejecutivo.  
Cuenta en Sesión 1º, Legislatura 348.

### **Oficio de S.E. el Presidente de la República.**

“Honorable Cámara de Diputados:

La reforma de la salud requiere del fortalecimiento del sistema público de salud mediante el mejoramiento de la gestión hospitalaria y el desarrollo de una nueva política de recursos humanos que asegure una mayor calidad de las prestaciones sanitarias y una mejor atención a los pacientes que acuden a los centros hospitalarios públicos.

La necesidad de superar las actuales dificultades de funcionamiento del sistema público de salud, requiere el diseño y la implementación de una nueva política de personal.

En este contexto, la reforma impulsada se sustenta sobre los principios de descentralización y más autonomía en áreas importantes de la gestión para los servicios de salud; personal idóneo y más trabajo en equipo; flexibilidad y más capacidad de adaptación a los requerimientos de la población, y un sistema de remuneraciones que incentive el cumplimiento de los objetivos sanitarios del país.

El Ministerio de Salud y los gremios representativos del sector (Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud -Confenats- Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud -Fenpruss- y Federación Nacional de Técnicos de los Servicios de Salud -Fentess-) han desarrollado un intenso proceso de diálogo y búsqueda de acuerdos con el objeto de impulsar esta nueva política de modernización del personal en el marco de la reforma de la salud. Lo anterior en un ambiente de consenso, expresado en diversos acuerdos suscritos en el mes de julio y cuyos contenidos originan esta iniciativa legislativa.

Los referidos acuerdos se enmarcan en la perspectiva de avanzar en la modernización de la política de recursos humanos, que genere un mejor funcionamiento de los hospitales públicos y son los que dan origen a la presente indicación, agregándose a dicho texto materias que permiten comenzar a visualizar una reforma sustantiva e integral en el área de la salud, que contempla aspectos relativos a la nueva estructura de la Autoridad Sanitaria y la necesaria inversión en recursos humanos, que son, sin duda, los principales agentes promotores del proceso de reforma en el que se encuentra empeñado el Supremo Gobierno.

La presente indicación contempla los siguientes aspectos:

1. La modernización de la carrera funcionaria, sustentada en desarrollar sistemas de promociones adecuados que privilegien la capacidad de los



## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

funcionarios y la igualdad de oportunidades para el ascenso.

En este sentido, se introducen modificaciones que perfeccionan el escalafón de mérito para las Plantas de Técnicos, Auxiliares y Administrativos, considerando en la evaluación los factores de capacitación, buen desempeño y experiencia calificada y, para la Planta de Profesionales, un sistema de promoción en el cual el ascenso se producirá por concurso interno, considerando cuatro factores con igual ponderación: Capacitación, Desempeño, Experiencia Calificada y Aptitud.

Esta modificación permitirá profesionalizar la actual carrera funcionaria, privilegiando el mérito como factor de progreso en la vida laboral, elemento clave de la modernización de la gestión en las instituciones públicas.

2. Se modifica la ley N° 19.086, eliminando el tope en el grado 10° EUS y se deja establecido que, a contar de la fecha de publicación de la ley, los funcionarios de las profesiones de Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos, podrán acceder, entre los grados 18° al 5°, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones, o a los empleos a contrata asimilados a los mismos grados, accediendo de esta forma a una justa aspiración de estos profesionales y consolidando un mecanismo de promoción competitivo entre los profesionales del sector público.
3. Asimismo, se busca entregar a los establecimientos asistenciales una mayor capacidad de adecuación en la organización del personal de los servicios. Por ello, un 15% de la contrata de los cargos profesionales se transforma a dotaciones por hora y jornadas parciales asociadas a un marco presupuestario determinado, lo que permitirá una mayor flexibilidad para la contratación de profesionales y una mejor distribución de las funciones en los establecimientos.
4. En materia remuneratoria, se introducen importantes modificaciones, estableciendo una nueva política de remuneraciones que se expresa a través de la creación de una asignación de estímulo al desempeño de los equipos de salud con diversos componentes para los escalafones directivos, profesionales, administrativos, técnicos y auxiliares, reforzando los componentes variables asociados al cumplimiento de objetivos y metas de gestión que los establecimientos e instituciones del sector deben cumplir en el marco de la reforma de la salud.
5. Se establece, además, para las jefaturas intermedias de profesionales una Asignación de Responsabilidad, concursable cada tres años, que busca incentivar el ejercicio de estas funciones y mejorar la calidad de las prestaciones a los usuarios.
6. Se establece, por otra parte, una asignación denominada "de turno", que busca reemplazar el actual pago de horas extraordinarias por cuarto turno que regirá a contar del año 2003.

En cuanto al sistema de tercer turno, éste será imponible gradualmente a partir del año 2004, permitiendo que las horas extraordinarias en el sector tengan un manejo regular y no permanente.

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

7. De la misma forma, se establece un programa transitorio de incentivos al egreso para el personal que haya cumplido los requisitos de edad (60 años las mujeres y 65 años los hombres), privilegiando al personal con rentas imponibles inferiores a \$ 270.000 y por género, el cual se aplicará durante los años 2003 y 2004.

De esta forma, se procede a dar cumplimiento a lo señalado en el Mensaje de la ley N° 19.819 que otorga una bonificación anticipada a funcionarios de los servicios de salud, recientemente aprobada por el Congreso Nacional, dando un importante paso en dirección a consolidar la reforma de la salud, complementando los proyectos en trámite con el componente que establece las mejoras necesarias en el área de los Recursos Humanos.

Por estas razones y en uso de mis facultades constitucionales, vengo en formular las siguientes indicaciones al proyecto de ley del rubro, a fin de que sean consideradas en el seno de esa honorable Corporación:

**AL ARTÍCULO 1º**

2 Para agregar, a continuación del numeral 31) incorporado por la indicación contenida en el Mensaje N° 223-347, el siguiente numeral 32), nuevo:

“32) En el Capítulo VI:

a) Intercálase, entre el epígrafe del Capítulo y el artículo 56, lo siguiente:

**“TÍTULO I****Normas Generales”**

b) Intercálase, a continuación del artículo 60, los siguientes títulos II, III, IV, V, VI, VII, VIII y IX, nuevos, pasando los actuales artículos 61 y 62 a ser 85 y 86, respectivamente, los que se ubicarán dentro del Capítulo IX:

**“TÍTULO II****De la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo**

Artículo 61.- Establécese, para el personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos, sea de planta o a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente base y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentren, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 62.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente base ascenderá al 5,5% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente variable será de un 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de un 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre un 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 63.- Para efectos de otorgar el componente variable de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo señalada en los artículos precedentes, se aplicarán las reglas siguientes:

1. El Ministerio de Salud fijará, antes del 10 de septiembre de cada año, las metas sanitarias nacionales para el año siguiente y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de cada uno de los Servicios de Salud.
2. Conforme al marco señalado en el número anterior, el Director de cada Servicio de Salud determinará para cada uno de sus establecimientos, incluida la Dirección del Servicio, las metas específicas y los indicadores de actividad, previa aprobación por parte del secretario regional ministerial de Salud respectivo.
3. Para efectos de la determinación de las metas, el respectivo Director de Servicio deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo, presidido por dicha autoridad e integrado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud; por los Directores de establecimientos de salud del Servicio, y por un representante de la asociación de funcionarios beneficiarios de la asignación, con mayor representación en el respectivo Servicio o Institución, sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinente.
4. En relación con dichas metas específicas, se evaluará el desempeño de cada establecimiento.
5. La evaluación del nivel de cumplimiento de las metas fijadas a cada establecimiento, se efectuará por el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, en el plazo que señale el reglamento, a partir de la información proporcionada por los Servicios de Salud y por los propios establecimientos, la que deberá ser entregada por dichas entidades a la señalada autoridad, a más tardar el 31 de enero de cada año. La resolución que dicte el secretario regional ministerial de Salud, será apelable ante el ministro de Salud en el plazo de diez días, contado desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la resolución por carta certificada dirigida al domicilio del Servicio de Salud correspondiente.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el ministro de Hacienda, regulará los procedimientos destinados a la definición y evaluación del grado de cumplimiento de las metas anuales, los plazos que deberán cumplirse durante el proceso de evaluación y las demás

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

disposiciones necesarias para el otorgamiento de esta asignación.

**TÍTULO III****De la Asignación de Acreditación Individual y Estímulo al Desempeño Colectivo**

Artículo 64.- Establécese, para el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de planta o a contrata, de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas y que se encuentren, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 65.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente de acreditación individual ascenderá a un máximo de un 5,5%, conforme a los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, será de un 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de un 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre un 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 66.- Para efectos de otorgar el componente de acreditación individual, se aplicarán las reglas siguientes:

1. El proceso de acreditación será efectuado cada tres años por el respectivo Servicio de Salud y consistirá en la evaluación de las actividades de capacitación que sean pertinentes al mejoramiento de la gestión de los organismos y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios.
2. Accederán al beneficio los funcionarios que hubieren aprobado el proceso de acreditación.
3. El monto del componente de acreditación individual dependerá de los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales según la siguiente tabla:

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

---

Hasta 3 años	3%
Más de 3 años hasta 6 años	5%
Más de 6 años hasta 9 años	5,5%

---

4. Para los funcionarios que tengan más de nueve años de servicio, la asignación pasará a ser permanente, con un porcentaje igual al de la última acreditación que haya aprobado.
5. En caso de que un funcionario no apruebe uno de los procesos de acreditación, no accederá al incremento del componente, pero mantendrá el porcentaje obtenido por las acreditaciones anteriores.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el ministro de Hacienda, regulará el mecanismo, la periodicidad y las demás disposiciones necesarias para la implementación del procedimiento de acreditación y el otorgamiento del componente de acreditación individual.

Artículo 67.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, de la asignación señalada en el artículo 64, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63.

**TÍTULO IV****De la Asignación de Estímulo a la Función Directiva**

Artículo 68.- Establécese, para el personal de la planta directiva de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de estímulo que se regirá por las siguientes normas:

1. Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud que, conforme a lo señalado en el artículo 21 de la presente ley, pueden optar a la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente a la obtención por parte del establecimiento de la categoría mencionada.
2. Para el personal directivo que se desempeña en los establecimientos de menor complejidad que no pueden optar a la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente al cumplimiento anual de metas sanitarias.
3. Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a tres factores: la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia que pueden optar a dicha clasificación; el cumplimiento de las metas sanitarias de aquellos establecimientos de su dependencia que no pueden optar a dicha categoría; y el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional, conforme a lo señalado en el artículo 4 de la ley N° 19.813.

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso primero, o para más de una sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentren además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 69.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la Planta Directiva por concepto de asignación de estímulo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185 y, cuando corresponda, la asignación de responsabilidad superior otorgada por el decreto ley N° 1.770, de 1977 y la asignación del artículo 2° de la ley N° 19.699.

Esta asignación será de un 11% sobre la base señalada en el inciso primero, para aquellos funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la clasificación en la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red".

Será también de un 11% sobre la base de cálculo antes señalada, para aquellos funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en los establecimientos de menor complejidad que no pueden optar a la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", en la medida que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de un 5,5% para aquellos de las entidades que cumplan entre un 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, la asignación corresponderá a un 11% de la base de cálculo señalada en el inciso primero, conforme a la siguiente distribución:

- a) Hasta un 5% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 5% por el cociente resultante de dividir el número de hospitales que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación por el total de los hospitales dependientes de la Dirección del Servicio que pueden optar a la categoría mencionada;
- b) Hasta un 3% por el cumplimiento de las metas sanitarias de aquellos establecimientos de su dependencia que no pueden optar a la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red". En este caso, el porcentaje a pagar se determinará multiplicando el 3% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que efectivamente hayan cumplido entre el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, por el total de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio que deben cumplir metas sanitarias, y
- c) Hasta un 3% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, conforme a lo señalado en el artículo 4 de la ley N° 19.813. En este caso, el porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 3% por el cociente resultante de dividir el número de entidades y/o establecimientos que efectivamente hayan cumplido el 90% o más de las

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

metas fijadas para el año anterior, por el total de entidades administradoras y/o sus establecimientos, ubicados en el territorio jurisdiccional del Servicio.

Artículo 70.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias de la asignación señalada en el artículo 68, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63.

Artículo 71.- Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el ministro de Hacienda, regulará el mecanismo y las demás disposiciones necesarias para otorgar el componente por obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", de la asignación señalada en el artículo 68.

Artículo 72.- Las asignaciones señaladas en los artículos 61, 64 y 68, se pagarán en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto por pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos precedentemente.

Estas asignaciones tendrán carácter de impositivas para fines de previsión y salud. Para determinar las impositivas e impuestos a que se encuentren afectas, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cuocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las impositivas se deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de impositividad.

**TÍTULO V****De la Asignación de Turno**

Artículo 73.- Establécese una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta 12 horas, mediante turnos rotativos. Estos turnos podrán comprender un número de horas superior a la jornada ordinaria de trabajo del funcionario.

Dicha asignación estará destinada a retribuir pecuniariamente al referido personal el desempeño de jornadas de trabajo en horarios total o parcialmente diferentes de la jornada ordinaria establecida en el artículo 59 de la ley N° 18.834, incluso en horario nocturno y en días sábado, domingo y festivos, acorde con las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

La ley de Presupuestos, respecto de cada Servicio de Salud, expresará el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y por tres funcionarios, separadamente.

Artículo 74.- Esta asignación será impositiva sólo para efectos de

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

pensiones y de salud y será incompatible con la asignación establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

El personal que labora en el sistema de turno de que trata este Título no podrá desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el Director del Servicio de Salud respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo, del artículo 60, de la ley N° 18.834.

Artículo 75.- Para tener derecho a la asignación de turno, los funcionarios deberán estar formalmente destinados a prestar servicios en los puestos de trabajo cuya jornada sea ininterrumpida, a través de resoluciones anuales del Director del establecimiento de salud correspondiente.

Esta asignación se percibirá mientras el trabajador se encuentre en funciones en los puestos de trabajo mencionados, e integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro o tres funcionarios, manteniendo el derecho a percibirla durante los períodos de ausencia con goce de remuneraciones originados por permisos, licencias y feriado legal. Asimismo, será considerada como estipendio de carácter general y permanente, para efectos del inciso tercero del artículo 21 de la ley N° 19.429.

Artículo 76.- Las horas extraordinarias que en virtud de lo dispuesto en la letra c), del artículo 93 de la ley N° 18.834, puedan percibir los funcionarios de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, cualquiera que sea el motivo de su origen, no constituirán remuneración permanente para ningún efecto legal. En consecuencia, no se percibirán durante los feriados, licencias y permisos con goce de remuneraciones.

## TÍTULO VI

### De la Asignación de Responsabilidad

Artículo 77.- Establécese una asignación de responsabilidad para el personal de la planta de profesionales, de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, con contratos de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

Esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público.

Durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de Jefe Directo para los efectos previstos en el Párrafo 3 del Título II de la ley N° 18.834.

Artículo 78.- Esta asignación se otorgará conforme a las reglas siguientes:



## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

1. El número de cupos por establecimiento es el determinado en el artículo siguiente.
2. Para los efectos de realizar el o los concursos correspondientes, se constituirá en el establecimiento respectivo un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales, que según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.
3. En el o los concursos para acceder a esta asignación, se considerarán los siguientes factores y con la ponderación indicada en cada caso:

FACTORES	PONDERACIÓN
Capacitación pertinente	30%
Evaluación de Desempeño	20%
Experiencia Calificada	20%
Aptitud para el cargo (Entrevista)	30%

4. El o los cupos disponibles se asignarán en orden de prelación al funcionario o funcionarios que logren el mayor puntaje en el proceso de concurso y sólo en la medida que cumplan con los requisitos mínimos para su asignación.
5. Se otorgará por un período máximo de tres años, siempre que se desempeñe efectivamente la función de responsabilidad de gestión en el establecimiento en el que fue otorgada. En todo caso, el funcionario podrá concursar nuevamente por la asignación, en la medida que cumpla los requisitos para ello.
6. Se deberá realizar concurso cada vez que uno o más de los cupos asignados al establecimiento quede disponible.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el ministro de Hacienda, determinará las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación y todas las otras normas necesarias para la aplicación de este beneficio.

Artículo 79.- El monto máximo anual por establecimiento de esta asignación corresponderá a la cantidad establecida en la tabla siguiente, el que deberá ser distribuido entre la totalidad de los cupos asignados al establecimiento, sea en partes iguales o diferenciadas, valor que se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que lo sean las remuneraciones del sector público. En todo caso, la asignación individual no podrá ser inferior al monto promedio anual por persona reducido en un 10%, ni superior al mismo promedio aumentado en un 10%. Asimismo, el establecimiento no podrá exceder el monto máximo anual que le haya sido asignado ni el número de cupos establecidos.

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CUPOS MÁXIMOS POR ESTABLECIMIENTO	MONTO MÁXIMO ANUAL POR ESTABLECIMIENTO	MONTO PROMEDIO ANUAL POR PERSONA
HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD	12	\$ 6.960.000	\$ 580.000
HOSPITAL MEDIA COMPLEJIDAD	9	\$ 3.366.000	\$ 374.000
HOSPITAL BAJA COMPLEJIDAD	2	\$ 424.000	\$ 212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$ 212.000	\$ 212.000
Centros de Referencia de Salud (CRS);	1	\$ 212.000	\$ 212.000
Centros de Diagnóstico Terapéuticos (CDT).	1	\$ 212.000	\$ 212.000

La asignación otorgada a cada funcionario se pagará en cuotas mensuales iguales. La primera de ellas se pagará el día primero del mes siguiente al de la total tramitación del acto administrativo que la conceda.

En caso que el establecimiento no asigne todos los cupos que tiene disponibles, su monto fijo anual se verá reducido en el promedio anual por persona, por cada uno de los cupos no asignados.

El número total de cupos a nivel nacional será de 1.259 asignaciones al año, con un costo anual máximo de \$515 millones, reajutable en la forma señalada en el inciso primero.

Artículo 80.- Lo dispuesto en el párrafo final de la letra h) del artículo 1º de la ley N° 19.490, será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68, 73 y 77, de esta ley.

## TÍTULO VII

### De la Promoción en la Carrera Funcionaria

Artículo 81.- La promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de la Subsecretaría de Salud Pública, del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación.

Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirven.

Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso, disponiendo a los funcionarios de cada grado de la respectiva planta en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.

Producida una vacante, será promovido el funcionario que se encuentre en el primer lugar del referido escalafón. En caso de producirse un empate, operarán los criterios de desempate establecidos en el artículo 46 de la ley 18.834.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el ministro de Hacienda, fijará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas para cada planta y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento del sistema de acreditación, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación de la competencia e idoneidad de los funcionarios.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo y en el siguiente, será aplicable a los funcionarios lo dispuesto en el artículo 45 de la ley N° 18.834.

Artículo 82.- Para todos los efectos legales, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública; del Instituto de Salud Pública de Chile; de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se hará por concursos internos.

Las bases de los concursos internos considerarán cuatro factores, a saber: capacitación pertinente, evaluación del desempeño, la experiencia calificada y aptitud para el cargo. Cada uno de estos factores tendrá una ponderación de un 25%.

Para estos efectos existirá un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales, que según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel nacional, regional o local, según corresponda.

En los concursos será promovido al cargo vacante el funcionario que obtenga el mayor puntaje y en ellos podrán participar los funcionarios profesionales de la planta que se ubiquen en los grados inferiores según la siguiente tabla:

GRADO VACANTE	GRADOS QUE PUEDEN PARTICIPAR
---------------	------------------------------

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

---

5º	6º - 10º
6º	7º - 10º
7º	8º - 10º
8º	9º - 11º
9º	10º - 12º
10º	11º - 13º
11º	12º - 14º
12º	13º - 15º
13º	14º - 16º
14º	15º - 17º
15º	16º - 17º
16º	17º - 18º
17º	18º

---

Los concursos se sujetarán a las siguientes reglas:

1. Los funcionarios, en un solo acto, deberán postular a una o más de las plantas respecto de las cuales cumplan con los requisitos legales, sin especificar cargos o grados determinados dentro de ellas.
2. La provisión de los cargos vacantes de cada planta se efectuará, en cada grado, en orden decreciente, conforme al puntaje obtenido por los postulantes.
3. Las vacantes que se produzcan por efecto de la provisión de los cargos, conforme al numeral anterior, se proveerán en acto seguido, como parte del mismo concurso y siguiendo iguales reglas.
4. En caso de producirse empate, los funcionarios serán designados conforme al resultado de la última calificación obtenida y, en el evento de mantenerse esta igualdad, decidirá el respectivo Jefe de Servicio.

## TÍTULO VIII

### De la Dotación

Artículo 83.- Establécese que hasta un 15% de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, se expresarán para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Conforme a lo señalado en el inciso precedente, los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas asimilados a los grados de la planta de profesionales, podrán voluntariamente y previa aprobación del respectivo Director de Servicio de Salud, reducir su jornada a empleos de 22 horas. En tal caso, el Servicio podrá contratar profesionales haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir en un porcentaje proporcional de un 50% los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

semanales, no obstante cualquiera sea la regulación específica de cada uno de ellos.

Los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas.

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, para cuyo efecto se considerarán todos los nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Los funcionarios contratados por 22 horas no podrán desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno de que trata el Título V de este Capítulo.

Artículo 84.- La Junta Calificadora que existirá en cada uno de los hospitales que integran los Servicios de Salud, conforme a lo establecido en el inciso sexto del artículo 30 de la ley N° 18.834, estará integrada por los tres funcionarios de más alto nivel jerárquico, a excepción del Director del Hospital, y por un representante del personal elegido por éste. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios, que según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

El Director del Hospital conocerá del recurso de apelación que puede interponer el funcionario ante la resolución de la Junta Calificadora o de la del Jefe directo en el caso del delegado del personal, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la ley N° 18.834.

**TÍTULO IX****Otras Normas"."****AL ARTÍCULO 3º**

2) Para intercalar, a continuación de la letra k), las siguientes letras l) y m), nuevas, pasando la actual letra l) a ser n):

“l) Para establecer los montos mensuales y su reajustabilidad, que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 73 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por cuatro personas, durante el primer año presupuestario de vigencia;

m) Para determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, establecer el destino de sus recursos y el traslado de su personal. En tanto no se suprima dicho servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios 1º, 7º y 10 de esta ley.”.

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

**ARTÍCULOS 4º, 5º Y 6º, NUEVOS**

3) Para agregar, a continuación del artículo 3º, los siguientes artículos 4º, 5º y 6º, nuevos:

“Artículo 4º.- Modifícase la ley N° 19.490, del siguiente modo:

1. Sustitúyese el inciso segundo del artículo 3º, por el siguiente:

“Dicha bonificación se regulará por lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 19.479, a excepción de los valores establecidos en la letra c) del inciso primero de esa misma norma. Para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud Pública, del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, esta bonificación será de un 15,5% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de un 7,75% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar un 66%. Para el personal de planta y a contrata del Fondo Nacional de Salud, esta bonificación será de un 10% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de un 5% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar un 66%”.

2. En el artículo 4º:

a) Agréguese, en el inciso cuarto, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser seguido, lo siguiente: “No obstante lo señalado precedentemente, para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud Pública; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, la bonificación por desempeño institucional será de hasta el 15,5%.”.

b) Agréguese, el siguiente nuevo inciso octavo, pasando los actuales incisos octavo y noveno, a ser noveno y décimo, respectivamente:

“No obstante lo señalado precedentemente, la bonificación de que trata este artículo será percibida por el 100% de los funcionarios de cada planta.”.

Artículo 5º.- Sustitúyese, en el inciso 3º del artículo 4º de la ley N° 19.086, el párrafo relativo a la planta de profesionales, por el siguiente: “Planta de profesionales: De grado 18º al grado 5º.”.

Artículo 6º.- Déjase establecido que, a contar de la fecha de publicación de esta ley, los funcionarios de las profesiones de Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos, podrán acceder, entre los grados 18º al 5º, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones, o a los empleos a contrata asimilados a los mismos grados.”.

**ARTÍCULOS PRIMERO A DECIMOCUARTO TRANSITORIOS, NUEVOS**

4) Para intercalar, a continuación del artículo 6º, nuevo, las siguientes disposiciones transitorias primera a decimocuarta, nuevas, pasando los

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

actuales artículos primero y segundo a ser decimoquinto y decimosexto transitorios, respectivamente:

“Artículo primero transitorio.- Los funcionarios de planta y a contrata regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que se desempeñen en alguno de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 del decreto ley N° 2.763, de 1979, en la Subsecretaría del Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mayores de 60 años de edad, si son mujeres, y de 65 años, si son hombres, que, después de los noventa días posteriores a la publicación de esta ley y hasta el 31 de diciembre de 2004, presenten su renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones imponibles, actualizadas según el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses prestados a alguno de los organismos señalados, con un tope de 8 meses de dicha remuneración.

El monto de este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$ 270.000 mensuales y en un mes para aquellos que tengan, a la fecha de publicación de la ley más de 63 años si son mujeres y más de 68 años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

Para poder acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Durante el año 2003, podrán acceder a este beneficio 2.194 funcionarios, privilegiándose aquellos de menores rentas y mayor edad. Durante el año 2004, podrán acogerse otros 2.000 funcionarios. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio durante el año 2003, podrán hacerlo el año 2004. Los cupos que no fueren utilizados en el año 2003, serán acumulables para el año siguiente.

Esta indemnización no será imponible ni constituirá renta para ningún efecto legal.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el ministro de Hacienda, determinará los calendarios de postulación y pago, los mecanismos para el otorgamiento y las demás disposiciones necesarias para la implementación de este beneficio.

Los funcionarios que cesen en sus empleos por aplicación de lo dispuesto en este artículo, no podrán ser nombrados ni contratados asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos señalados en el inciso primero, durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido, expresado en unidades de fomento, más el interés corriente para operaciones reajustables.

Artículo segundo transitorio.- La asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en el artículo 61 del decreto ley N° 2.763, de

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

1979, se otorgará en forma gradual durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

- a) año 2003: - componente base 2,75%  
-componente variable 0%
- b) año 2004: - componente base 3,85%  
-componente variable, hasta 1,65%
- c) año 2005: - componente base 4,95%  
-componente variable, hasta 3,3%
- d) año 2006: - componente base 5,5%  
-componente variable, hasta 5,5%

Artículo tercero transitorio.- El componente por acreditación individual a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se implementará gradualmente entre el año 2003 y 2006, según la siguiente tabla de progresividad:

Años de servicio del funcionario	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Hasta 3 años	2,75%	3%	3%	3%
Más de 3 años y hasta 6 años	2,75%	3,75%	4%	5%
Más de 6 años y hasta 9 años	2,75%	3,80%	4,75%	5,5%
Más de 9 años	2,75%	3,85%	4,95%	5,5%

El proceso de acreditación a que se refiere los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar el año 2005.

En los años 2003 y 2004, el componente será pagado a todos los funcionarios señalados en el artículo 64 del referido decreto ley, sin necesidad de acreditarse, conforme a la tabla anterior.

Artículo cuarto transitorio.- El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios a que se refieren los artículos 64, 65 y 67 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará durante los años 2003 al 2006 según la siguiente tabla:

Porcentaje de cumplimiento	2003	2004	2005	2006
90% o más	0%	1,65%	3,3%	5,5%
Entre 75% y menos de 90%	0%	0,83%	1,65%	2,75%

Artículo quinto transitorio.- La asignación de estímulo a la función



## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en los números 1 y 2 del mismo artículo, en forma gradual durante un período de dos años, conforme al siguiente cronograma:

-año 2004:	Hasta un 5,5%
-año 2005:	Hasta 8,25%
-año 2006:	Hasta 11%

Artículo sexto transitorio.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el número 3 del mismo artículo, en forma gradual durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

- a) Año 2004: hasta un 5,5%, según la siguiente distribución: hasta un 2,5% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes; hasta un 1,5% por el cumplimiento de las metas sanitarias de sus establecimientos dependientes que no pueden optar a la categoría de autogestión; y de hasta un 1,5% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje por pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.
- b) Año 2005: hasta un 8,25%, según la siguiente distribución: hasta un 3,79% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes; hasta un 2,23% por el cumplimiento de las metas sanitarias de sus establecimientos dependientes que no pueden optar a la categoría de autogestión; y hasta un 2,23% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje por pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.
- c) año 2006: hasta un 11%, conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

Artículo séptimo transitorio.- Las modificaciones a la ley N° 19.490, contenidas en los numerales 1), con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y 2), letra a), del artículo 4° de la presente ley, se otorgarán en forma gradual durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

- 1) Bonificación de estímulo por desempeño funcionario:
  - a) Para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados:
    - i) año 2003 : 12,75%

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

- ii) año 2004 : 13,85%
  - iii) año 2005 : 14,95%
  - iv) año 2006 : 15,5%
- b) Para los funcionarios que le sigan en orden descendente de evaluación, hasta completar el 66% mejor evaluado respecto de cada planta:
- i) año 2003 : 6,38%
  - ii) año 2004 : 6,93%
  - iii) año 2005 : 7,48%
  - iv) año 2006 : 7,75%
- 2) Bonificación por desempeño institucional: El cumplimiento de las metas del año precedente dará derecho a los funcionarios:
- a) año 2003 : hasta un 12,75%
  - b) año 2004 : hasta un 13,85%
  - c) año 2005 : hasta un 14,95%
  - d) año 2006 : hasta un 15,5%

Artículo octavo transitorio.- La asignación de turno y la Bonificación Compensatoria a que se refieren los artículos 73, 74 y 75, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, y decimotercero transitorio de esta ley, respectivamente, comenzarán a regir a contar del primero del mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra l) del artículo 3° de esta ley, respecto del personal que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios.

Para los funcionarios que integren el sistema de turnos rotativos cubiertos por tres funcionarios, las correspondientes asignación de turno y bonificación compensatoria, comenzarán a regir conforme al siguiente cronograma:

1. A partir del segundo semestre de 2004 se pagarán, por concepto de asignación de turno y bonificación compensatoria, los mismos montos que a esa fecha tenga asignado el personal de igual grado y planta que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios. La diferencia correspondiente al mayor número de horas trabajadas, será considerada como trabajo extraordinario y pagada de acuerdo a la normativa vigente, no aplicándose en este caso lo señalado en los artículos 74, inciso segundo, y 76, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.
2. A partir del segundo semestre de 2005, se pagarán los montos que, para esa fecha, haya determinado el decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra l), del artículo 3°, de la presente ley, para la asignación en que el turno esté integrado por tres funcionarios, pasando a ser plenamente aplicable lo señalado en los artículos 74, inciso segundo, y 76, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979. La correspondiente bonificación compensatoria, se pagará conforme a la normativa contenida en el artículo decimotercero transitorio de este cuerpo legal.

Artículo noveno transitorio.- El artículo 77 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a regir a contar del primer día del mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento respectivo. Para el primer año, los cupos totales a nivel nacional serán asignados de acuerdo a la clasificación

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

de complejidad de los establecimientos vigentes al momento de publicarse la presente ley, conforme a la siguiente tabla:

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CUPOS MÁXIMOS POR ESTABLECIMIENTO	MONTO MÁXIMO ANUAL POR ESTABLECIMIENTO	MONTO PROMEDIO ANUAL POR PERSONA
HOSPITAL TIPO 1	13	\$ 7.540.000	\$ 580.000
HOSPITAL TIPO 2	12	\$ 5.460.000	\$ 455.000
HOSPITAL TIPO 3	9	\$ 3.366.000	\$ 374.000
HOSPITAL TIPO 4	2	\$ 424.000	\$ 212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$ 212.000	\$ 212.000
Centros de Referencia de Salud (CRS);	1	\$ 212.000	\$ 212.000
Centros de Diagnóstico Terapéuticos (CDT)	1	\$ 212.000	\$ 212.000

Artículo décimo transitorio.- El sistema de promoción mediante concurso interno a que se refiere el artículo 82 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar en enero del año 2004, respecto de todos los cargos vacantes existentes a esa fecha, salvo el grado de inicio de cada planta, el que seguirá regulado conforme las normas generales.

Artículo undécimo transitorio.- El incremento remuneracional para el personal que se desempeñe en los establecimientos de salud de carácter experimental, creados por los decretos con fuerza de ley del Ministerio de Salud N°s 29, 30 y 31, todos de 2000, será incorporado en su propio sistema de remuneraciones, fijado conforme al procedimiento establecido en el artículo 9° del decreto ley N° 1.953, de 1977, íntegramente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Artículo duodécimo transitorio.- Los reglamentos a que se refieren el inciso segundo del artículo 63, el inciso segundo del artículo 66, el artículo 71 y el inciso segundo del artículo 78, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, deberán dictarse dentro de los ciento ochenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley.

Artículo decimotercero transitorio.- El personal a que se aplica el artículo 73 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se encuentre en funciones a la fecha de publicación de la presente ley, tendrá derecho a una bonificación no imponible destinada a compensar las deducciones por concepto de cotizaciones para pensiones y salud a que esté afecta la asignación de turno, cuyo monto será el que resulte de aplicar los siguientes porcentajes sobre el valor de dicha asignación, según sea el sistema o régimen previsional de afiliación del

## INDICACIONES DEL EJECUTIVO

trabajador:

- a) 20,5% para los afiliados al sistema del decreto ley N° 3.500, de 1980.
- b) 25,62% para los afiliados al régimen general de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Sección Empleados Públicos.
- c) 21,62% para los afiliados al régimen previsional de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, con rebaja de imposiciones de la letra a) del artículo 14 del decreto con fuerza de ley N° 1.340 bis, de 1930.

Para el personal afiliado a un sistema o régimen previsional diferente de los señalados, tal bonificación será equivalente a la suma de las cotizaciones para salud y pensiones que, con respecto a la referida asignación, le corresponda efectuar al trabajador.

Esta bonificación compensatoria se calculará conforme a los límites de imponibilidad establecidos por la legislación vigente.

Artículo decimocuarto transitorio.- Concédase, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se pagará en una sola cuota en el curso del mes siguiente al de la publicación de la presente ley, el que beneficiará a los funcionarios que dichas disposiciones señalan que se encuentren ubicados entre los grados 19° y 28° de la Escala Única, ambos inclusive, y cuyos montos serán equivalentes a la aplicación de los porcentajes que se indican:

- Grados 19° al 22°: 2,38%
- Grados 23° al 28°: 3,81%

Los porcentajes antedichos se aplicarán sobre los valores vigentes al mes anterior a la publicación de la presente ley de las remuneraciones anualizadas que sirven de base de cálculo a esta asignación, de conformidad con lo establecido en el artículo 62 del decreto ley N° 2.763, de 1979, más la bonificación otorgada por el artículo 21 de la ley N° 19.429, cuando corresponda.”.

**AL ARTÍCULO 2° TRANSITORIO**

- 5) Para modificar el actual artículo segundo transitorio, que ha pasado a ser decimosexto, agregando la siguiente frase a continuación de su punto final (.) que pasa a ser seguido: “No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo al ítem 50-01-03-25-33.104 de la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiera financiar con sus recursos.”.

Dios guarde a V.E.,

(Fdo.): RICARDO LAGOS ESCOBAR, Presidente de la República;  
GONZALO NAVARRETE MUÑOZ, Ministro de Salud (S); NICOLÁS EYZAGUIRRE  
GUZMÁN, Ministro de Hacienda”.

### 1.3. Informe Comisión de Hacienda y Salud unidas

Cámara de Diputados, 01 de octubre de 2002. Cuenta en Sesión 1º, Legislatura 348.

#### Boletín N° 2980-11

#### **INFORME DE LAS COMISIONES DE HACIENDA Y DE SALUD SOBRE EN EL PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979, CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA DE LAS DISTINTAS MODALIDADES DE GESTIÓN Y FORTALECER LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA.**

Honorable Cámara:

Vuestras Comisiones unidas de Hacienda y de Salud pasan a informaros sobre el proyecto de ley del epígrafe, iniciado en un mensaje de S.E. el Presidente de la República.

#### **I. ANTECEDENTES.**

Los recursos de que el país dispone para cuidar la salud de la población son limitados y escasos, por lo que es necesario orientarlos. La orientación fundamental para estos efectos estará dada por los objetivos nacionales de salud.

El proyecto de ley que establece el Régimen de Garantías en Salud, que actualmente se encuentra en tramitación en la Comisión de Salud, señala respecto de los mismos lo siguiente:

"La formulación de objetivos nacionales de salud es un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, ya que en el pasado fue precisamente la fijación de objetivos claros, medibles y practicables lo que permitió los grandes avances en la salud de la población.

En el marco de la reforma, estos objetivos son el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población. "

En este sentido, las metas que se deben plantear para la década 2000 - 2010, deben tener como objetivos:

- "a) Disminuir las desigualdades en salud.
- b) Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- c) Proveer servicios acordes con las expectativas de la población, y

d) Mejorar los logros sanitarios alcanzados."

Los objetivos nacionales de salud deben expresarse mediante un instrumento de gestión sanitaria, de forma que constituyan una

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

efectiva vinculación entre las necesidades de la población y la gestión de los recursos destinados a salud.

Este instrumento corresponde al Sistema AUGE, propuesto en la modificación de la ley N° 18.469, que hará posible alcanzar los objetivos nacionales de salud que ha propuesto el Ministerio de Salud para el año 2010.

Para el grupo de enfermedades que los objetivos nacionales de salud identifican como las principales causas de daño y muerte y para las cuales existen tratamientos efectivos, el sistema AUGE establece el Régimen de Garantías en Salud.

La situación actual de la Autoridad Sanitaria presenta una serie de problemas, tales como:

**1. *Dispersión, burocracia e ineficacia.***

En la actualidad, el Ministerio de Salud está involucrado en la conducción de los prestadores públicos. Por su parte, los Servicios de Salud, entes descentralizados, realizan funciones de autoridad sanitaria. Esta mezcla de funciones ha contribuido a debilitar a la autoridad sanitaria.

**2. *Capacidad normativa desigual.***

Actualmente existe exceso de normas o falta de ellas, en el área asistencial, del medio ambiente y ocupacional, lo que conlleva una fiscalización irregular y de escaso impacto sanitario.

**3. *Insuficiente fiscalización de la calidad de las prestaciones.***

La fiscalización de las actividades de los prestadores recae en los Servicios de Salud, para lo cual no existen normas actualizadas que regulen la autorización sanitaria y que permitan el funcionamiento de los establecimientos de salud. Ésta debe ser homogénea para los prestadores de salud públicos y privados.

**4. *Insuficiente regulación de los administradores privados del seguro de salud.***

La relación entre el usuario y los seguros de salud es de naturaleza compleja y se caracteriza por importantes asimetrías de información. Desde la perspectiva de los aseguradores, los usuarios manejan mayor información que aquéllos respecto a su propio estado de salud. Esto genera, en los aseguradores, comportamientos defensivos, para evitar aquellos seguros que impliquen alto riesgo.

Esto hace necesaria la intervención del Estado para regular el quehacer de quienes participan en el sector de la salud y asegurar, de esta forma, que dicha asimetría no se traduzca en atención médica de baja efectividad sanitaria y de insuficiente protección financiera para los usuarios.

La competencia entre seguros incrementa este problema de relación entre usuarios y seguros, puesto que incentiva a los aseguradores a practicar la selección de personas con bajo riesgo de enfermedad, con la consecuente segmentación de la población entre personas de alto y bajo riesgo de enfermedad y la consecuente desviación de recursos hacia prácticas improductivas desde el punto de vista sanitario y económico.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Adicionalmente, la condición de asimetría de información que caracteriza al mercado de la salud impide que la competencia, por sí sola, sea un mecanismo eficaz para alcanzar estándares aceptables de calidad en la prestación de los servicios ya que para ello se requiere regular la calidad de las prestaciones.

Por último, las condiciones de asimetría con el asegurador y con el prestador pueden combinarse para generar condiciones adversas para el usuario, en el caso en que el prestador tenga intereses comunes con el asegurador, puesto que existe el incentivo a racionar las prestaciones, aun cuando esto sea un factor de riesgo para el paciente.

**5. Insuficiente comprensión del rol de la Autoridad Sanitaria por parte de la ciudadanía.**

La población no tiene claro cómo canalizar sus demandas o reclamos, ni menos sobre cómo exigir el cumplimiento de sus derechos.

**6. Insuficiencias en la legislación vigente.**

La legislación consagra un régimen que impide la integración armónica de los subsistemas público y privado dificultando un buen uso de los recursos y, además, restringe el acceso equitativo a la salud para muchas personas. Asimismo, limita la labor del Gobierno como responsable del desarrollo de todo el sector, al estar definido el papel de la Autoridad Sanitaria, en forma principal, como responsable de la gestión de las actividades de la salud del subsector público.

También, enfatiza las acciones sanitarias de tipo curativo-asistencial, especialmente en la esfera de la enfermedad y la reparación del daño, a pesar de que la evidencia científica disponible reconoce la importancia de las acciones de salud pública en la mantención y mejoramiento del estado de salud de la población.

**- SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

En la reforma del sistema de salud realizada en los primeros años de la década de los ochenta, se pretendió concentrar en el Ministerio las tareas normativas y descentralizar en los Servicios la gestión de la atención de salud.

Sin embargo, en esos Servicios se concentraron, también, las facultades fiscalizadoras, tanto del proceso asistencial, transformando a dicha autoridad en juez y parte de su trabajo, como del ámbito de salud pública, heredando las facultades del Servicio Nacional de Salud. Esta doble condición de gestor asistencial y de autoridad sanitaria presenta dificultades para resolver adecuadamente los problemas que se presentan respecto de ambas áreas.

Una segunda medida de dicha reforma fue la municipalización de los consultorios y postas, que contribuyó a generar elementos que distorsionaron más los problemas.

En la práctica, los Servicios concentraron su trabajo en los establecimientos de su dependencia, debilitándose la coordinación entre los distintos niveles de complejidad y restringiendo el traspaso de recursos del

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

hospital a la atención primaria y, con ello, manteniendo una estrategia que se tornó ineficiente para solucionar los problemas de salud de las personas.

Además de dicha reforma, ha contribuido a la ineficiencia de los Servicios de Salud la incapacidad para mantener una adecuada sintonía entre las necesidades asistenciales de la población y la dotación y eficiente capacitación de los recursos humanos que trabajan en dichos Servicios.

Los problemas que hoy en día existen en los Servicios de Salud pueden resumirse en los siguientes:

### **1. Problemas en el nivel primario.**

Desde el punto de vista del **modelo y de la organización**, la atención primaria presenta baja capacidad resolutiva; insuficiente anticipación al daño; baja cobertura de problemas crónicos del adulto; acceso restringido a ciertos horarios; bajo control de calidad; baja capacidad de gestión; poca atracción hacia médicos y otros profesionales; alta rotación del personal médico; postergación por privilegio del desarrollo de la atención hospitalaria, y hospitales de tipo cuatro con exceso de capacidad instalada.

En cuanto a su **relación con los otros niveles**, existen problemas originados en la escasa capacidad de resolución, lo que ocasiona excesivas derivaciones. También hay mínimo acceso a especialistas y a exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico, y problemas de acceso a la atención especializada y hospitalaria.

Respecto de la **relación con la población**, existe poca confiabilidad, dificultades de trato y de acceso; baja participación social, y escasa capacidad de escoger un centro de salud como elemento de poder frente a los consultorios.

### **2. Problemas del nivel secundario.**

Por su parte, en el nivel secundario, los problemas derivados del **modelo de atención y la organización** dicen relación con la baja cobertura de los problemas del adulto mayor y de enfermedades crónicas, de limitaciones en la resolución y manejo ambulatorio de diversas patologías, de bajo control y de baja calidad, entre otros.

En el ámbito de la **relación** del nivel secundario **con otros niveles**, también existe una baja capacidad y adecuación de la respuesta frente a la demanda desde el nivel primario y de urgencias, y baja tasa de devolución de pacientes al primer nivel.

Por último, en su accionar con la **población**, se presentan dificultades en el trato y en los procedimientos extremadamente burocráticos; dificultades en la autonomía e información a los pacientes respecto de su diagnóstico y tratamiento; ausencia de capacidad de escoger prestadores, y bajo control y participación social.

### **3. Problemas del nivel terciario.**

Desde el punto de vista del **modelo de atención y la organización**, existe una baja adecuación al patrón epidemiológico actual; mínima cobertura de los problemas del adulto mayor y enfermedades crónicas;



## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

listas de espera; escasa descentralización y capacidad de gestión de recursos; bajo control ético y de calidad; acciones de mínima efectividad o perjudiciales; hospitalizaciones innecesarias; centralización en lo hospitalario; concentración de recursos y de las deudas; servicios clínicos segmentados entre sí, en los que existe poca colaboración, y procedimientos administrativos altamente burocráticos.

En cuanto a su **relación con otros niveles**, hay poca capacidad y adecuación de la respuesta frente a las demandas desde los niveles primario y secundario, centrándose básicamente en resolver las urgencias; falta articulación con centros de alta complejidad, y existe indefinición de los mecanismos de derivación y de pago.

**- FUNDAMENTOS DEL PROYECTO.**

La búsqueda de soluciones a los problemas antes reseñados que fundamenta la iniciativa en comento se pueden resumir en los siguientes temas:

**1. Una red Asistencial territorial con énfasis en la atención primaria.**

El estado de salud de la población es variable a través de la historia. En Chile, el perfil epidemiológico ha sufrido un drástico cambio desde los años 50, en que se creó el Servicio Nacional de Salud. Ahora las situaciones de mayor peso como causa de muerte y pérdida de calidad de vida son las enfermedades crónicas, degenerativas y de salud mental, y no como hace cinco décadas, en que la mayor tasa de morbilidad y mortalidad estaba representada por las enfermedades infecciosas, la mortalidad infantil y la muerte de la madre en el momento del parto.

Asimismo, es necesario destacar que las nuevas condiciones epidemiológicas y tecnológicas han sido acompañadas con un incremento permanente en el gasto que el país destina a salud. Esta situación caracteriza los sistemas de salud de todo el mundo, que enfrentan la necesidad de realizar cambios profundos.

**2. La organización de los recursos.**

Las estrategias de organización de los recursos que el país destina a la salud deben ajustarse a las realidades y exigencias del perfil epidemiológico, al cambio tecnológico, a las mayores exigencias de gestión planteadas por los costos incrementales y a las exigencias de los usuarios del sistema.

Sin embargo, la estrategia de organización del sector no se ha modernizado para enfrentar los cambios del perfil epidemiológico, de la tecnología médica, del nivel de gastos en salud y de las exigencias de los usuarios.

Las enfermedades degenerativas, crónicas y de salud mental actuales, requieren de un cambio en la estrategia de atención, porque se caracterizan por un largo desarrollo.

Estas enfermedades afectan con mayor severidad a las personas más pobres, ya que en muchos casos se asocian con condiciones de vida desfavorables para la salud y a una situación socioeconómica deprimida.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

El control de la enfermedad debe tener una respuesta equivalente en la estrategia de organización del sistema de salud, en que los casos más graves se enfrenten a mayores niveles de complejidad de atención.

**3. El avance tecnológico.**

La perspectiva tecnológica ofrece hoy capacidades para pesquisar y tratar las enfermedades en sus distintas etapas de avance y otorga procedimientos menos invasivos, lo que permite efectuar una mejor distribución de los recursos a lo largo del proceso de la enfermedad con un considerable beneficio para el enfermo.

**II. IDEAS MATRICES Y OBJETIVOS DEL PROYECTO.**

El presente proyecto de ley, según lo señala el mensaje, propone una nueva estructura sanitaria del sector público de salud, que se ajusta a las actuales exigencias que impone la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población.

Asimismo, se contemplan nuevas facultades de gestión para superar las restricciones actuales, que originan ineficiencia en la administración de los recursos que el Estado y las personas destinan al cuidado de la salud de la población.

En suma, la iniciativa legal en comento tiene tres propósitos fundamentales:

Primero, fortalecer la institucionalidad y las potestades de la Autoridad Sanitaria, estableciendo una clara separación de funciones con la gestión de los Servicios de Salud.

Segundo, establecer normas que permitan mejorar la gestión de los Servicios de Salud, adecuándola a los requerimientos del Sistema AUGE. Así es como se determina la constitución de redes asistenciales con mayor flexibilidad administrativa que la actual, y con la obligación de rendir cuenta a la ciudadanía, y

Tercero, estatuir instancias de participación ciudadana en las Secretarías Regionales Ministeriales y en las Direcciones de los Servicios de Salud.

**- Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria.**

El Estado tiene la responsabilidad indelegable de guiar el desarrollo del sector salud y de asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias de la población. En consecuencia, con ello la iniciativa en tramitación define las funciones y las atribuciones necesarias para regular y fiscalizar la actividad en salud en la defensa de los usuarios.

La Autoridad Sanitaria es la institucionalidad permanente del Estado, encargada de llevar a cabo estos objetivos con ejercicio de su autoridad en todo el territorio nacional y sobre todos y cada uno de los actores del sistema, de manera de asegurar la conducción política integral del sector salud y de ejercer el liderazgo estratégico técnico del sistema. Además, debe vigilar y controlar los factores que afectan la salud, incluido el

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

del medio ambiente y la atención médica, y desarrollar políticas que contribuyan a generar condiciones para una vida más saludable.

Los deberes que tiene la Autoridad Sanitaria, entre otros, son los de formular políticas que permitan a las personas desarrollar estilos de vida saludable, condiciones para una mejor salud, garantizar el acceso a una promoción de la salud y a la atención de la enfermedad, digna, oportuna, humana y de calidad, al nivel que el país sea capaz de otorgar.

También debe conseguir un desarrollo armónico del sistema de salud, definir normas, obligaciones y reglas claras y uniformes para el funcionamiento de todos los agentes involucrados y debe ser claramente identificada por la ciudadanía como la entidad responsable de garantizar los derechos en salud.

Adicionalmente, la Autoridad Sanitaria juega un papel central en el diseño y desarrollo del proceso de ajuste del sistema a las necesidades de la población. Para ello debe estar dotada de capacidad de análisis de la realidad epidemiológica y de las estrategias válidas de salud pública, tanto del escenario nacional como del internacional.

Para cumplir efectivamente su función, la Autoridad Sanitaria debe contar con instrumentos eficaces para ejercer las funciones de rectoría, regulación y fiscalización del sistema público y privado de salud, así como con las atribuciones que le permitan asegurar y verificar el cumplimiento de la normativa vigente.

En suma, el rediseño de la Autoridad Sanitaria contribuirá al fortalecimiento de la salud pública, por una parte, a través de una mejor definición de su estructura y funciones (nacional y regional), de las tareas esenciales de salud pública, de la formulación y ejecución del plan de salud pública, nacional y regional; y, por la otra, mediante el financiamiento seguro en forma independiente a la cobertura de la atención médica, ya que debe existir un justo equilibrio entre lo curativo-asistencial y la promoción-prevenición, que evite el desarrollo de enfermedades.

El proyecto, en definitiva, asegura lo siguiente:

- Rectoría y regulación de la Autoridad Sanitaria sobre todo el sector salud, tanto público, como privado.
- Rectoría de la Autoridad Sanitaria en el espacio intersectorial.
- Conducción política integral del sector salud.
- Liderazgo estratégico técnico sobre todos los actores del sistema.
- Un sistema de normas, obligaciones y reglas coherentes y equilibradas para el funcionamiento de todos los agentes involucrados.
- Un sistema de monitoreo del cumplimiento de la normativa vigente y mecanismos que permitan su regulación en todo el territorio nacional.
- Capacidad para garantizar protección y promoción de la salud a la población.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

- Asegurar el acceso a los servicios de salud, en particular de las poblaciones más vulnerables.

- Garantizar los derechos en salud de los usuarios.

- Asegurar garantías de protección financiera para la familia.

- Dar cobertura sanitaria a toda la población.

- Fiscalizar el cumplimiento del sistema AUGE.

Para tales efectos, el proyecto plantea fortalecer la Autoridad Sanitaria Regional. El diseño del proyecto se basa en los siguientes requerimientos:

- Separar las funciones de gestión y fiscalización de la prestación pública que actualmente conviven en los Servicios de Salud.

- Tener una institución desconcentrada.

- Contar con una entidad cercana a las personas, para que éstas puedan canalizar sus reclamos, dudas y demandas respecto a los prestadores públicos y privados.

- Integrar toda la capacidad sanitaria regional, de manera de asegurar una visión y evaluación integral de las políticas sanitarias en el ámbito de la región.

- Releva los temas de salud pública en la región, actualmente desdibujados en los Servicios de Salud por la preponderancia del tema hospitalario.

#### **- Herramientas para la gestión.**

La estrategia definida en el marco de la Reforma de la Salud para la situación descrita es el fortalecimiento de las medidas de promoción de estilos de vida saludable.

La promoción orientada a las personas se realizará principalmente en los consultorios, pero será responsabilidad de todos los niveles de complejidad. Asimismo, la dotación de capacidades de prevención eficaz y de atención de salud cercana al domicilio se realizará también en los consultorios. Sólo en la medida en que el proceso de la enfermedad avance o se detecte en etapas avanzadas, el enfermo deberá derivarse a los niveles más altos de complejidad médica que corresponden a los hospitales y que termina en los hospitales especializados de alta complejidad.

Para ello, el proyecto configura una Red Asistencial constituida por los profesionales, equipamientos, y otros recursos organizados para el mejor y más eficiente cuidado de la salud y tratamiento de la enfermedad de la población que habita en el territorio bajo su responsabilidad. La gestión de la Red Asistencial abarca los establecimientos orientados al manejo de situaciones de baja complejidad médica y alta complejidad social en la atención primaria, y a los hospitales y centros especializados orientados al manejo de situaciones de mediana y de alta complejidad.

La situación actual, definida a partir del perfil epidemiológico, requiere de una estrategia de organización de los recursos de salud que fortalezca la atención primaria y especialice a los hospitales, en el sentido de lograr una redistribución de los recursos acorde con los procesos de

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

enfermedades predominantes y una organización en red para asegurar que las personas reciban el cuidado adecuado a su estado de salud y etapa del proceso de la enfermedad.

En los fundamentos del proyecto que establece un Régimen de Garantías en Salud, se hace hincapié en la necesidad de crear un nuevo modelo de atención, el que "debe tener una fuerte orientación a la promoción de la salud,"... y "a la creación de condiciones materiales y conductuales para una vida saludable; la prevención de las enfermedades mediante la pesquisa oportuna de factores de riesgo o el diagnóstico precoz de las enfermedades; la atención oportuna y permanente de las enfermedades en los niveles de complejidad más adecuados, procurando una eficaz integración al interior de las redes asistenciales, superando la fragmentación y descoordinación hoy existente.

Para ello, se impulsará una atención primaria altamente resolutive, con capacidad para solucionar gran parte de las emergencias, donde existirán equipos de salud familiar y comunitaria... dotados de la tecnología y equipamiento necesario y trabajando coordinadamente con la atención de especialidad.

El segundo nivel de atención estará formado por establecimientos y hospitales que resolverán las derivaciones del primer nivel, privilegiando las actividades ambulatorias.

Ello implica transitar desde una estrategia de organización centrada en el acceso a las prestaciones médicas y de la medicina hospitalaria hacia otro en que se busque establecer ambientes saludables en el hogar, en el trabajo y en la comunidad en general, que, junto con cambios en las conductas personales y en la prevención sistemática, es la manera más cierta de mantener sana a la población y garantizar la equidad en salud.

En consecuencia, la propuesta de un nuevo modelo de atención busca incidir tanto en un mejoramiento sustantivo de la salud de la población como también en un control de los gastos, de manera que estos tengan un costo/efectividad demostrable. Además, se promueve el desarrollo de la medicina basada en pruebas científicas, para evitar que las personas sean sometidas a procedimientos terapéuticos, quirúrgicos y de otra naturaleza para los cuales no existan pruebas científicas que corroboren su eficacia

Todo lo anterior implica que la nueva estrategia produce cambios muy significativos en la práctica médica y, en particular, en la organización y gestión del sistema de salud.

Las modificaciones consideradas en este proyecto de ley buscan solucionar los principales problemas de gestión que hoy enfrentan los Servicios de Salud, dotándolos de capacidad suficiente para responder adecuadamente a las garantías explícitas de acceso, oportunidad y calidad, que contiene el sistema AUGE y el Régimen de Garantías en Salud.

Para tal efecto, en primer lugar, se busca especializar a los Servicios en la atención de las necesidades de salud de las personas, abandonando todas sus responsabilidades ajenas al quehacer asistencial.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Se busca que las Redes Asistenciales de los Servicios, compuestas por establecimientos públicos y privados, respondan eficaz y eficientemente a los desafíos que impone el Régimen de Garantías en Salud.

También el proyecto de ley agrega atribuciones y facultades que facilitarán la gestión de las Redes Asistenciales.

De esta manera, se establece que el Director deberá dirigir y coordinar la ejecución de las acciones de salud de todos los establecimientos de su Red Asistencial, velando especialmente por el fortalecimiento del nivel primario de atención. En este ámbito, podrá destinar también parte de su personal a reforzar diferentes establecimientos.

Con estas modificaciones, se busca reforzar la descentralización y la autonomía de los Servicios de Salud y también los mecanismos para monitorear la gestión de sus autoridades, teniendo como eje la respuesta oportuna y satisfactoria a las necesidades de los usuarios.

**- Fortalecimiento de la participación ciudadana.**

El proyecto de ley busca generar las instancias para hacer efectiva la participación ciudadana en la gestión del sistema de salud y, para ello, además del Consejo del Sistema AUGE propuesto en el proyecto de ley del Régimen de Garantías en Salud ya enviado, se proponen diversos mecanismos de participación de la población usuaria.

**RELACIÓN DESCRIPTIVA DEL PROYECTO.**

Las ideas matrices y fundamentales de la iniciativa se desarrollan en tres artículos permanentes y dos transitorios.

El artículo 1° contiene 30 numerales por los cuales propone introducir diversas modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979.

El artículo 2° sustituye el artículo 5° del Código Sanitario, a fin de establecer que el concepto de Autoridad Sanitaria comprende al Ministerio de Salud o al Secretario Regional Ministerial de Salud, según corresponda.

El artículo 3° faculta a S.E. el Presidente de la República para que, mediante la dictación de decretos con fuerza de ley, regule diversas materias relacionadas con los servicios y organismos a que se refiere esta iniciativa.

Por último, el artículo primero transitorio establece la vigencia de la ley y el segundo su financiamiento.

Según el mensaje, los contenidos del proyecto se pueden agrupar en los siguientes temas:

**- Autoridad sanitaria.**

El proyecto entiende por Autoridad Sanitaria a la institucionalidad del Estado encargada de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la salud y en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de la población en el territorio nacional y, en lo fundamental, la radica en el Ministerio de Salud y en los organismos que de él dependen y que tengan atribuciones en este ámbito.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Su papel principal será la rectoría, regulación y fiscalización de los sectores público y privado de la salud y de los agentes cuyas actividades inciden en la salud de la población.

Entre sus funciones se destacan: dictar y dirigir las políticas nacionales de salud; definir los objetivos nacionales de salud; fortalecer y desarrollar su acción en el espacio intersectorial para promover y desarrollar políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias; definir normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención; fortalecer el desempeño de las funciones esenciales de salud pública; definir el plan de salud y establecer sus garantías.

La Autoridad Sanitaria Regional que la iniciativa propone se constituye separando de los Servicios de Salud las funciones propias de gestión de las redes asistenciales de las de la autoridad.

Las funciones de gestión continúan residiendo en el Director del Servicio y las de autoridad pasan a ser desempeñadas por el Secretario Regional Ministerial.

De este modo, por una parte, dicha separación se traduce en que los Servicios de Salud reformados no tendrán funciones de autoridad sanitaria, por lo que no ejercerán funciones de rectoría ni de regulación. Se concentrarán sólo el otorgamiento de atención médica, siendo responsables de articular las redes de atención. La Autoridad Sanitaria Regional tendrá la potestad de intervenir la gestión financiera y sanitaria en aquellos casos considerados insatisfactorios.

Por la otra, dicha separación se traduce en que el Secretario Regional Ministerial, con nuevos poderes, además de apoyar al Intendente en los ámbitos de su competencia, desarrollará todas las funciones de vigilancia epidemiológica, fiscalización sanitaria medioambiental, verificación de las normativas de calidad de los prestadores públicos y privados, recepción de opiniones y quejas y solución de controversias.

Para asegurar comunidad de criterios y capacidad de respuesta, dicha autoridad será territorial y funcionalmente desconcentrada, con presencia en todas las regiones del país y utilizará normas y estándares de alcance nacional, definidas por la autoridad central.

**- Fortalecimiento de la gestión de los Servicios.**

El proyecto propone el fortalecimiento de la gestión mediante la regulación y reorganización de la red asistencial y mediante la existencia de hospitales de autogestión en red.

- El proyecto define la **Red Asistencial** como el conjunto de establecimientos de atención de salud que operen dentro del territorio asignado a un Servicio de Salud, actuando en forma coordinada mediante lazos institucionales o contractuales.

Estas redes incluirán, al menos, a los establecimientos que actualmente dependen de los Servicios de Salud. Los de la atención primaria municipal y se podrán incorporar, mediante convenios, a establecimientos privados debidamente acreditados por la Autoridad Sanitaria.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

La red funcionará con una lógica territorial y tendrá bajo su responsabilidad la atención de los usuarios de la ley N° 18.469, las emergencias y las atenciones convenidas para los afiliados al sistema de las Isapres y a toda la población en las acciones de salud pública.

- La autogestión de hospitales en red corresponde a aquellos establecimientos que cuenten con mayor especialización de sus recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive y que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros y de calidad.

Un reglamento regulará el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contempla el proceso; los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y de control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias.

Los hospitales clasificados como "hospital de autogestión en red", contarán, de acuerdo con la etapa en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:

- Administrar y disponer de sus ingresos propios.

- Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud, para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas.

- Celebrar contratos de prestaciones de servicio para el desempeño de tareas o funciones clínicas, generales o específicas, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud.

- Atribuciones en materias de gestión y administración interna de sus recursos.

- Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, mientras mantenga la categoría de hospital de autogestión en red.

Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la Red Asistencial, serán supervigilados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, y fiscalizados por el Secretario Regional Ministerial.

Otro aspecto que contiene el proyecto es la **participación ciudadana**, para lo cual propone la creación de un Consejo Regional de Salud que colabore, con carácter consultivo, con el Secretario Regional Ministerial.

Asimismo, se contempla la existencia de un Consejo Consultivo del Servicio de Salud. Dicho organismo es concebido como un organismo colegiado, con representación de los usuarios y de los establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

Su función será conocer el plan anual de trabajo del Servicio de Salud, así como también su cuenta pública semestral, con



## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

capacidad para hacer observaciones y reparos que quedarán consignados en las actas públicas de dicho Consejo.

**MODIFICACIONES DE LA NORMATIVA VIGENTE.**

El proyecto propone modificar el decreto ley N° 2.763, de 1979, y sustituir el artículo 5° del Código Sanitario.

**III.- ARTÍCULOS CALIFICADOS COMO NORMAS DE CARÁCTER ORGÁNICO CONSTITUCIONAL O DE QUÓRUM CALIFICADO.**

La Comisión acordó, que el artículo 1° número 19, que sustituye el artículo 21 del decreto ley N° 2.763, de 1979, tiene el carácter de ley orgánica constitucional.

No existen normas de quórum calificado.

**IV.- PERSONAS ESCUCHADAS POR LA COMISIÓN.**

Vuestra Comisión, en el cumplimiento de su cometido contó con la concurrencia de las siguientes personas. Algunos extractos de intervenciones de los invitados están insertos en este informe y otras en las actas de la Comisión.

Ministro Secretario General de la Presidencia, señor Mario Fernández;

Ministro de Hacienda, señor Nicolás Eyzaguirre;

Ministro de Salud, doctor Osvaldo Artaza;

Ministro del Trabajo, señor Ricardo Solari;

Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, doctor Walter Brocking;

Director del Hospital Sótero del Río, doctor Alejandro Vlastelica;

Presidente del Colegio Médico de Chile A.G., doctor Juan Luis Castro.

Presidente de la Fenats Base del Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, señor Héctor Retamal.

Superintendente de Isapres, señor José Pablo Gómez;

Director del Fondo Nacional de Salud doctor Álvaro Erazo;

Directora del Instituto de Salud Pública, señora Jeanette

Vega;

Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud, señor Hernán Sandoval;

**IV. 1. INTERVENCIÓN DEL MINISTRO SECRETARIO GENERAL DE LA PRESIDENCIA, SEÑOR MARIO FERNÁNDEZ.**

**El Ministro Secretario General de la Presidencia señor Mario Fernández** expresó ante las Comisiones unidas que el Gobierno ha presentado los diversos proyectos de ley en tramitación en el Congreso Nacional que dan forma a la reforma de la salud, con un propósito similar al que se tuvo en consideración para llevar a cabo, a principios de los años cincuenta, la reestructuración de la salud en Chile, mediante la creación del Servicio Nacional de Salud. Aclaró que esta analogía es meramente histórica,

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

puesto que no se trata de comparar el contenido de los proyectos, sino su envergadura.

Destacó que, desde hace décadas, existe un consenso general en todos los sectores acerca de la necesidad de modificar los sistemas de salud existentes en el país.

Explicó que el propósito inicial del Gobierno era enviar un solo gran proyecto de ley, que efectuase una descripción de la reforma que se ha propuesto, sus aspectos institucionales -que en el proyecto genéricamente se denominan "autoridad sanitaria"-; sus aspectos funcionales, o sea, aquellos instrumentos de los cuales debe disponer esta reforma; así como también todo lo relativo a los prestadores, las isapres, especialmente en relación con la gestión hospitalaria y el financiamiento. Sin embargo, diversos factores determinaron que este objetivo no se concretase y en definitiva, se han enviado cuatro proyectos de ley, esto es, el denominado plan Auge, del cual conocerá la Comisión de Salud, y las otras tres iniciativas que serán discutidas en estas Comisiones unidas.

Aclaró que los aspectos de la reforma que se encuentran referidos a las Isapres técnicamente constituyen una reforma de la ley de Isapres, sin perjuicio de las referencias que se haga a ellas en el proyecto Auge y, eventualmente, en las otras dos iniciativas.

Resaltó la importancia de que, una vez que las Comisiones unidas inicien el estudio de uno de los proyectos de ley, tengan en consideración la totalidad de las iniciativas, debido al carácter integral de la reforma. Precisamente, en razón de dicha integralidad, se optó por enviar simultáneamente los mensajes respectivos, cuya elaboración implicó una gran tarea para la comisión interministerial de salud.

Admitió que en las iniciativas pueden existir imperfecciones, pero confía en el estudio de las mismas que desempeñarán las Comisiones unidas para mejorarlas.

Agradeció la buena disposición que han tenido los integrantes de las Comisiones de Hacienda y de Salud, y sus presidentes los Diputados señores Pablo Lorenzini y Patricio Cornejo, respectivamente, en orden a iniciar la compleja discusión de estos proyectos.

Finalizó su intervención manifestando la esperanza que tienen todos los actores interesados en esta reforma, independientemente de los usuarios, que representan la enorme mayoría del país, en relación con el trabajo que desarrollarán estas Comisiones e insta a sus integrantes a contribuir a esta reforma.

#### **IV. 2. INTERVENCIÓN DEL MINISTRO DE HACIENDA, SEÑOR NICOLÁS EYZAGUIRRE.**

**El Ministro de Hacienda, señor Nicolás Eyzaguirre,** señaló que si bien, aparentemente, este tema es propio del Ministerio de Salud, en el área correspondiente al manejo racional y eficaz de los recursos existe la llamada economía de la salud. Espera que se produzca una intersección virtuosa entre lo sanitario y la administración de recursos, dado que éstos son escasos y el país tiene, además, otras prioridades.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Destacó la importancia de que la reforma de la salud sea aceptable desde el punto de vista sanitario y apropiadamente organizada desde la perspectiva de los recursos que se requieren para implementarla.

Explicó que la esencia de la reforma consiste en establecer un sistema de acceso universal a la salud. Se estima que el país no puede continuar desarrollándose si no se otorga al conjunto de la población, sin discriminación alguna, un nivel de salud compatible con el perfil epidemiológico del país y de acuerdo con los recursos disponibles.

De este modo, se ha obtenido una suerte de híbrido inicial que otorga el acceso universal a un conjunto de prestaciones de salud que se dividen en dos grupos. Uno de ellos corresponde a aquellas prestaciones asociadas a 56 patologías o estados mórbidos - no a 56 prestaciones -, que reciben una garantía en tres niveles. La primera es una garantía de oportunidad en la atención, esto es, si una persona sufre una de estas patologías, deberá ser atendida dentro de un máximo de tiempo establecido. La segunda es una garantía de calidad, según los actuales estándares médicos, en virtud de la cual esa patología será tratada de acuerdo con un protocolo médico que asegure la adecuada curación o enfrentamiento de la enfermedad. La tercera es una garantía financiera, es decir, tiene asociado un nivel máximo de copago, que es coherente con el gasto que una familia puede enfrentar.

Aclara que, sin perjuicio de que el plan Auge no puede restringirse a estas 56 patologías, supone que todos los habitantes tendrán un acceso con garantías explícitas de cobertura, atención y financiamiento para el número de patologías ya indicado y un acceso conforme a la disponibilidad de recursos para el resto de las patologías.

Explicó que uno de los criterios fundamentales de esta reforma es el principio de equidad. Se propone que exista una prima universal, esto es, que todos los habitantes tengan acceso a estas 56 patologías con garantías explícitas y para el resto de las patologías con garantías no explícitas, a un costo único, que sea independiente del nivel de riesgo de la persona, determinado en una primera instancia por el sexo y la edad. La prima universal, cuyo monto se ha calculado en torno a los 50 mil pesos por beneficiario al año, sería pagada por todos los chilenos y permitiría el acceso a las prestaciones ya señaladas.

Admitió que, además del sexo y de la edad, existe otro tipo de factores que determinan el riesgo de contraer una enfermedad, como, por ejemplo, la condición socioeconómica. En efecto, hay determinadas patologías que son más frecuentes en los estratos socioeconómicos bajos que en los estratos altos. Asimismo, existe un conjunto de enfermedades que han sido contraídas previamente por las personas, que se denominan enfermedades preexistentes.

Destacó que el plan Auge contempla inicialmente la existencia de un fondo de compensación, con el objeto de que la prima universal sea única para todas las personas aseguradas por dicho plan, sin que ello implique un problema financiero para el seguro que cubre a la persona. En efecto, puede ocurrir que un determinado seguro esté orientado a un sector de

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

riesgo determinado por la edad y el sexo, que sea superior al promedio de la población, caso en el cual si sólo recibiera la prima universal como compromiso para estas prestaciones, es obvio que tendrá un problema financiero. Asimismo, otro seguro podría cubrir a una población cuyo riesgo es inferior al promedio, en virtud de lo cual gastará menos de lo que recibirá como contribución. Por ello es necesario estructurar un fondo de compensación sobre la base de que todos los asegurados contribuyan con la prima universal y, posteriormente, el seguro inyectará, a cada una de las poblaciones aseguradas por cada seguro, los fondos que se estime que debiera destinar conforme a las características de riesgo que ese particular seguro cubre. De esta manera, la prima universal y la idea de no discriminar en razón de factores de riesgo, como el sexo, la edad, la preexistencia y la condición socioeconómica, suponen la existencia de un fondo de compensación de riesgo que se denomina "fondo de conversión solidario", para que sea plenamente fluida la actividad de los seguros y la seguridad para la población.

Por otra parte, se ha planteado la formación de un fondo maternal solidario. En efecto, es sabido que las mujeres en edad fértil, que representan una parte determinada de la población asegurada, pueden enfrentar la contingencia del parto. La sociedad ha estimado que la buena crianza de un hijo supone la existencia de períodos de pre y posnatal y la posibilidad de que la madre acompañe al recién nacido que sufra una enfermedad grave durante su primer año de vida.

Dado que el cuidado de los niños es un tema propio de la familia, se propone que el conjunto de los asegurados se haga cargo del financiamiento de esta prestación.

Explicó que en Chile y en el resto del mundo, desde la formación de los seguros sociales, la prestación maternal ha sido definida como de seguridad social, junto a otras tales como la pensión, el seguro de invalidez y el subsidio por incapacidad laboral. La prestación de seguridad social opera sobre la base de un criterio de salario de sustitución, lo cual significa que durante sus días de ausencia el beneficiario percibe la renta imponible.

En nuestro sistema fiscal, el subsidio estatal a la prestación maternal es el único gasto en el que se utiliza este criterio. En general, el Estado financia bienes públicos, los cuales se caracterizan por el hecho de que su consumo por parte de un individuo no excluye el consumo de otro individuo. No existe en Chile ni en el resto del mundo, con excepción del mencionado subsidio, un caso en el cual el Estado pague más a las personas cuanto mayor sea su salario, lo cual constituye una grave desfocalización e iniquidad fiscal.

Por tal razón, el Gobierno ha planteado que, tal como fuera históricamente en Chile y como es en el resto del mundo, esta prestación sea sobre una base contributiva, igual que el resto de las prestaciones de seguridad social en nuestro país.

Acotó que el subsidio de incapacidad laboral por prestación maternal es otorgado por el seguro de salud y forma parte de un paquete que

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

se otorga junto con el seguro de invalidez, el subsidio de incapacidad laboral general y las prestaciones curativas. Por otra parte, cuando el Estado financia la compra de un bien concedido privadamente, ese subsidio se repacta entre una proporción que subsidia al consumidor y una proporción que subsidia al productor. En tal sentido, es indesmentible, de acuerdo con la teoría económica, que el subsidio maternal estatal constituye también un subsidio a la industria privada de las Isapres.

Por otra parte, explica que el Gobierno, sobre la base de la equidad, ha asumido la obligación de subsidiar la prima universal en el caso de las familias que no tienen ingresos suficientes para pagar su valor, que asciende aproximadamente a 50 mil pesos anuales por asegurado. El plan AUGE supone, entonces, una solidaridad de ingresos, toda vez que el Estado - que a su vez recauda impuestos del conjunto de sus agentes productivos- financiará el costo de la prima universal para beneficiar a las personas que no puedan costearla con sus propios ingresos, lo cual permite que el acceso universal con garantía explícita tenga efectivamente un carácter universal.

Debido a que dicho financiamiento supone la obtención de recursos por parte del Estado, se ha propuesto aumentar algunas contribuciones impositivas. No obstante, es necesario dilucidar cuáles son las fuentes potenciales de recursos que debieran derivar hacia los seguros de salud. En tal sentido, debe analizarse el tema de los trabajadores independientes.

Explicó que el sistema de salud debe incurrir en ingentes costos por concepto de la atención a trabajadores independientes, quienes, pese a percibir rentas, no contribuyen, configurando una iniquidad social inaceptable. Por tal motivo, en el proyecto de ley se ha propuesto la cotización obligatoria de estos trabajadores, lo que implicará, además, una fuente de recursos para aliviar el importe que el Fisco debe subsidiar en el caso de las personas que no perciben rentas.

Señaló que el Gobierno está consciente de que la posibilidad de brindar un acceso universal de todas las personas a estos planes de salud, sin discriminación, supone un gran esfuerzo de gestión. En este país, que tiene recursos limitados y necesidades en muchos ámbitos, tales como el empleo y la seguridad ciudadana, la utilización eficiente de los recursos que se manejan es una obligación moral.

En tal sentido, la forma en que los recursos serán inyectados al sistema de salud pública presenta una diferencia radical respecto de la experiencia anterior, en materia de incremento de recursos para salud. En efecto, se requieren recursos adicionales, toda vez que al garantizarse el acceso universal deberá aumentarse o multiplicarse, en forma importante, el volumen de prestaciones que se realizará anualmente. De este modo, si en la actualidad hay colas enormes de personas que necesitan operarse de la vesícula y en virtud de este plan se garantiza que dicha prestación debe atenderse en un plazo de dos meses, significa que se reducirán las colas durante el primer año y, por tanto, las atenciones relativas a esta patología se multiplicarán.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Explicó que, históricamente, los hospitales recibían todos los años un presupuesto sobre la base del cual ofrecían la mejor atención posible; sin embargo, se ha propuesto inyectar los recursos a través de un esquema de prestaciones valoradas.

El Ministerio de Salud ha realizado un estudio, basado en información de mercado, que señala los protocolos médicos a través de los cuales estas patologías deben ser atendidas y el costo que implican.

En relación con el financiamiento del aumento de prestaciones, explica que la asignación de recursos a los hospitales se realizará a través de Fonasa en razón de las prestaciones efectivamente otorgadas, lo cual constituye un cambio absoluto en el modelo de gestión, toda vez que hasta la fecha se financiaban con presupuestos históricos, en los cuales se suponía que el hospital atendería a una determinada cantidad de personas.

Asimismo, se propone un conjunto de ampliaciones a las posibilidades gerenciales que tendrán las distintas autoridades de salud para garantizar el uso eficiente de los recursos, que son siempre limitados, con el objeto de que los directores de los hospitales y servicios puedan manejarse de mejor forma en este nuevo esquema

Afirmó que el plan Auge será de aplicación obligatoria para todos los chilenos, sin efectuar distinciones entre la salud pública y la privada, ya que esta última deberá aportar, como mínimo, cobertura para las 56 patologías contempladas en el plan, cobrar la prima universal y replicar las prestaciones que cubren el resto de las patologías cubiertas por el sistema público, a través del modelo de libre elección de Fonasa. Además, según sea necesario, se establecerán criterios de fidelidad respecto de los plazos y las modalidades en que las Isapres podrán modificar los precios de sus prestaciones.

#### **IV. 3. INTERVENCIÓN DEL MINISTRO DE SALUD, SEÑOR OSVALDO ARTAZA.**

**El Ministro de Salud, doctor Osvaldo Artaza,** destacó que esta reforma está basada en sólidos requerimientos sanitarios y no en criterios de carácter financiero, aunque éstos tengan importancia. Indicó que existe gran consenso entre los expertos en economía de la salud en cuanto a que, de no haber un cambio profundo en la manera de enfrentar los problemas de este sector, nuestro país tendrá serias dificultades para dar solución racionalmente a los problemas de salud más urgentes e importantes, sobre todo si se consideran el nivel de recursos de que se dispone y la actual realidad mundial.

Se podría decir que la reforma de la salud obedece a razones políticas, dada la presión que ejerce la ciudadanía debido a las insatisfacciones que sufre y a la incertidumbre de sus requerimientos, lo cual constituye un argumento de suyo importante, que tiene el mérito suficiente para provocar una modificación profunda en el área de la salud. Si bien el sentir ciudadano es importante, tampoco constituye la razón esencial por la cual el Gobierno solicita el apoyo parlamentario a la reforma de la salud.

La razón fundamental es que Chile ha cambiado profundamente en las últimas décadas, por lo que los problemas sanitarios

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

actuales son radicalmente distintos de los que existían hace 30 ó 60 años atrás. Indica que en el disquete que se ha repartido se pueden apreciar las curvas de mortalidad y de discapacidad que afectan a la población chilena, tras lo cual se puede concluir que los años de vida saludable son alterados por estos dos factores que son absolutamente prevenibles y manejables. En consecuencia, el sistema sanitario ha sido diseñado para enfrentar problemas distintos de los actuales.

Existe una carga progresiva de enfermedades, debido a múltiples razones, entre las cuales destaca el envejecimiento de la población. En efecto, el grupo etario que crece más rápidamente es el de las personas mayores de 65 años, y se estima que antes de dos décadas este grupo superará en número al de los jóvenes de hasta 15 años de edad.

Resalta la existencia de un absoluto consenso acerca del diagnóstico de la situación sanitaria, de las tensiones que trae consigo, desde el punto de vista de las enfermedades emergentes, del aumento de la tecnología que se incorpora a las soluciones de salud y del cambio que tiene la población en relación con los servicios de atención. Los pacientes necesitan que se les garantice un nivel de acceso a estos últimos, que sea concordante con su dignidad como seres humanos.

Por otra parte, el sistema de salud incorpora en forma progresiva tecnología de más alto costo y es necesario decidir, entonces la clase de servicio de salud que se puede incorporar racionalmente.

Este diagnóstico compartido será instrumentalizado a través de los cinco proyectos de ley que se han presentado, que pueden resumirse en cuatro aspectos fundamentales.

En primer lugar, responden a la urgencia de definir un conjunto de problemas sanitarios que sean resueltos para toda la población en forma equitativa, sin distingo alguno de su condición. Estima que esto es posible técnicamente, así como también ordenar todos los problemas de salud de acuerdo con su magnitud. Para ello, se deben establecer derechos sociales, que sean exigibles para todos y en igual medida. De este modo, se genera una institucionalidad, a través de la Superintendencia de Garantías, para que cualquier ciudadano que esté afiliado a Fonasa o a una Isapre obtenga de la sociedad igual satisfacción a sus problemas.

Entre las condiciones que deben existir para que esta reforma de salud pueda aplicarse, cabe destacar la necesidad de introducir modificaciones importantes en las Isapres, toda vez que estas instituciones fueron diseñadas con una lógica distinta. Aclara que esta reforma no es privatizadora ni estatista, sino que apunta a invitar al sector privado a que coopere a solucionar los problemas desde una óptica sanitaria.

Explica que los seguros privados fueron diseñados sobre la base de que los incentivos están puestos en el sobreconsumo de prestaciones. Sin embargo, en la actualidad se pretende que los recursos sean asignados racionalmente, de modo que se traduzcan en mayores resultados de salud para las personas que están en el sector privado. Ello implica que el sector privado se adapte a lo que podría ser una óptica de seguridad social en salud, de tal

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

forma que sus tres millones de afiliados, que representan el 20 por ciento de la población, sin diferenciación alguna derivada del sexo, de la edad o del lugar geográfico donde vivan, tengan respuestas en el 80 por ciento de las enfermedades y problemas de salud que afectan a toda la población chilena.

Asimismo, será menester que el sector público se adapte a los nuevos requerimientos, dado que atiende al 80 por ciento de la población y constituye la columna vertebral del sistema sanitario. Se aspira a un sistema público fuerte, pero para ello es necesario, en primer lugar, modificar el modelo de atención. Esto significa que el mayor esfuerzo financiero del país en el futuro se radique en la atención primaria, de modo que los recursos se destinen principalmente a la prevención de las enfermedades y posteriormente a diagnosticarlas y tratarlas en los centros de atención primaria. Así, se pretende que sólo las acciones de mayor complejidad se radiquen en la atención hospitalaria.

Agrega que esta modificación del modelo requiere un cambio en la administración del mundo hospitalario, pues de lo contrario cada esfuerzo financiero que se haga contribuirá a aumentar el costo de las prestaciones. Indica que en la actualidad aproximadamente el 90 por ciento del gasto público de salud se invierte en el mundo hospitalario. Afirma que esto debe revertirse y que en el próximo decenio el 30 por ciento del gasto público debe destinarse a la atención primaria, tal como ha sucedido en otros países latinoamericanos. Los Estados que tienen un gran desarrollo desde una perspectiva sanitarista o de salud pública invierten el 50 por ciento en esta modalidad de atención. Sin embargo, para lograr este resultado, se necesita un cambio de cultura y una modificación en el desarrollo organizacional de los grandes hospitales, para lo cual debe analizarse el tema de la gestión.

Hace presente que muchos países han intentado introducir reformas en la salud desde una perspectiva financiera o meramente económica, pero no han tenido los resultados esperados, precisamente porque no han tratado dicho aspecto conjuntamente con el tema sanitario. En razón de esto último, la discusión que se genere a propósito de estos proyectos de ley debe reunir tres condiciones esenciales, a saber: celeridad, profundidad en el análisis y la apertura necesaria para que todos los sectores sean debidamente escuchados.

Destaca que ésta es la gran oportunidad histórica de aprobar una reforma elaborada a partir de las necesidades de salud, que ha significado un arduo trabajo técnico durante años.

Manifiesta su optimismo y el de los equipos del comité interministerial, así como también las esperanzas de toda la población en cuanto a que esta reforma se apruebe en el menor tiempo posible.



**IV. 4. INTERVENCIÓN DEL MINISTRO DEL TRABAJO, SEÑOR RICARDO SOLARI.**

**El Ministro del Trabajo, señor Ricardo Solari,** señala que el trabajo en torno a esta importante reforma ha sido multisectorial, abarcando a distintas áreas del Gobierno.

Desde el punto de vista de la seguridad social, se plantean tres propósitos transversales de gran importancia.

En primer lugar, se propone por primera vez un tratamiento sistemático para el seguro de salud de los trabajadores independientes. Desde la década de los '50 ha habido una serie de transformaciones radicales en materia de producción, empleo y contratación, de modo que en el país existe gran cantidad de trabajadores por cuenta propia, que realizan labores como pequeños emprendedores o trabajadores independientes calificados, que tienen una situación distinta a la de los trabajadores asalariados dependientes. En efecto, estos últimos han sido atendidos tradicionalmente en el sistema de salud, tanto en sus modalidades de administración del seguro por el sector público o privado, por cuanto estos trabajadores, a diferencia de los independientes, cotizan y tienen cubiertas sus contingencias de salud.

A través de estos proyectos, se pretende incorporar al sistema a los trabajadores independientes, mediante el pago de una cotización que les permita contribuir al financiamiento de su salud y resguardarse en todas aquellas prestaciones necesarias. Esta iniciativa constituye un punto de partida muy importante para resolver problemas tales como el acceso a la cobertura por accidentes del trabajo, el derecho a participar en el sistema de pensiones, etcétera.

Esta reforma representa un proceso en el que se otorgan cada vez más garantías y derechos a las personas. Sostiene que se garantiza el acceso al sistema no sólo a los que contribuyen como independientes, sino también a los indigentes, mediante la administración que del seguro público hace Fonasa.

En segundo término, se plantea una forma nueva de financiamiento del subsidio maternal, lo cual no significa modificar el salario de sustitución que obtienen las trabajadoras que deben abandonar su labor por la maternidad. Los subsidios, en general, son una forma de corregir las imperfecciones en la distribución del ingreso. Un subsidio que tiene un costo creciente y que para el Estado actualmente está en el rango de los 80 mil millones de pesos, debería fluir de modo contundente hacia los deciles de la población de más bajos ingresos; pero, lamentablemente, no es así. Según las estadísticas del año 2000, los quintiles más pobres de la población, esto es, el primero y el segundo, reciben el 9 por ciento del total del subsidio maternal, mientras que los quintiles de mayores ingresos, el 80 por ciento, lo cual constituye una imperfección que debe corregirse.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Para tal efecto, se requiere encontrar una fórmula para que este subsidio sea un mecanismo que mejore las oportunidades de acceso de la población de bajos ingresos.

Acota que los quintiles más pobres -el primero y el segundo- reciben el 75 por ciento de los subsidios monetarios, subsidios de agua potable y otros. Por su parte, los quintiles cuarto y quinto, esto es, los de mayores ingresos, reciben en torno al 10 por ciento de los mencionados subsidios monetarios.

Indica que existen otros temas vinculados a éste, que no están dentro del debate, como es el caso de la mala utilización del beneficio de la licencia médica; pero se procura corregir la focalización de los recursos.

En tercer lugar, estos proyectos regulan el modo en que se garantizan los derechos de los trabajadores en las distintas áreas a las que hacen referencia. En el caso del proyecto Auge, se constituye una superintendencia de garantías explícitas, que es independiente del administrador del seguro y que amplía la posibilidad y el derecho del trabajador, a quien se descuenta su cotización, de alegar el cumplimiento pleno de los contratos que ha celebrado con el asegurador público, para los efectos de recibir atención en materia de salud. De este modo, se pone fin a la situación actual en la que el Estado es juez y parte, ya que de aprobarse la reforma, aquella persona a quien se le descuenta una parte de la remuneración tendrá los mecanismos para lograr que los derechos que se le han garantizado sean eficazmente cumplidos.

Asimismo, en el proyecto se resuelve el problema que se produce en la actualidad en cuanto a la necesidad de recurrir a múltiples instancias de reclamo - respecto del pago de la licencia médica- o de apelación, en el caso en que el contralor del administrador privado del seguro no ratifica esa situación del trabajador, es decir, cuando el trabajador hace uso de su derecho a licencia, pero la administradora privada le niega el beneficio. En esta iniciativa, las instancias de apelación se reducen, se unifican y se uniforman, y se aplican indistintamente a los sistemas público y privado. En consecuencia, en el ámbito del ejercicio del subsidio monetario, asociado a las licencias médicas, también existe un mejoramiento en los mecanismos, en la forma y en los procedimientos, para que las personas accedan a los beneficios consagrados en las leyes.

Si bien los tres aspectos señalados son tremendamente importantes cuando se trata del derecho a la salud y de la reforma sanitaria, son igualmente trascendentes en el tema de la seguridad social de los chilenos, lo cual constituye un avance.

**IV. 5. INTERVENCIÓN DEL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE, DOCTOR WALTER BROCKING.**

**EL doctor Walter Brocking, (Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente)** inició su exposición con una reflexión y una conceptualización de salud, a partir de la frase con que comienza el proyecto de ley que crea el régimen de garantías en salud, Auge, que señala que "La salud es producto de la vida en sociedad." Estima que esto puede ser

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

leído desde la perspectiva de la enfermedad y la salud puede ser concebida como el producto o la consecuencia del desarrollo y verla como una pesada carga o como un lastre del que hay que hacerse cargo y, por lo tanto, eso podría estimular políticas de contención de costos.

La otra manera de conceptualizar la salud viene, más bien, desde una perspectiva, como causa multifactorial y multicausal, de la vida en sociedad y como un requisito para mejorar la calidad de vida de la población. Es decir, concibe a la salud como un motor del desarrollo y, desde ese punto de vista, además de ser un área posible de ser intervenida en distintos aspectos, es un tema en el que vale la pena invertir.

Esto plantea, rápidamente, el problema de la existencia de infinitas necesidades de salud, no sólo en la prestación de servicios, sino también en vivienda, en legislación laboral, en saneamiento básico, en fin, en distintos campos, y con los siempre limitados recursos de los que dispone el país.

La obligación y la necesidad de vincular ambos aspectos - las necesidades con los recursos- se podría realizar de varias maneras distintas. Acotó que, para no extenderse sobre el tema, que una forma sería dejar que opere el libre mercado, de manera tal que quienes tengan mayor poder adquisitivo puedan acceder a mejores servicios. Otra sería a través de políticas públicas, en que el Estado juega un papel insustituible en el que se focaliza la inversión y los recursos en la población de más riesgo, mediante una lógica sanitaria.

Los instrumentos de que dispone el Estado para implementar las políticas y para lograr objetivos sanitarios, son básicamente tres: primero, los marcos regulatorios, legales y el aspecto financiero; segundo, el sistema público de salud, y tercero, el sector privado. Cada uno de ellos tiene características diferentes y, por lo tanto, de esas diferencias surgen necesidades distintas de transformaciones y reformas en cada una de ellas. Cada uno de uno de estos sistemas -el público y el privado- son conocidos por todos.

La reforma actual del sistema de salud se plantea a partir de varios elementos que obligan a adaptar el sistema de salud a una nueva realidad, la que está dada por cambios demográficos, en la medida en que ha mejorado la esperanza de vida, ha envejecido la población y se han producido cambios en los hábitos de vida, de trabajo y en el medio ambiente. Todo esto ha generado cambios epidemiológicos, de manera que ya no tenemos las enfermedades de la década de los años 50, cuando se produjo la primera gran reforma del sector salud. Hoy existe una prevalencia mucho mayor de enfermedades crónicas, lo que hace surgir nuevas prioridades sanitarias.

Por otro lado, el sistema actual, muy adecuado para las prioridades sanitarias de los años 50, definitivamente se ha quedado obsoleto, ha sufrido transformaciones y no es capaz de dar cuenta de enfermedades de más largo desarrollo, como son las enfermedades crónicas, en que se requiere una mirada integral, multidisciplinaria, más bien preventiva, con lógica

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

territorial, que trabaje en la intersectorialidad y que se adapte flexiblemente a las necesidades de la población.

Los valores que sustentan la reforma, son: primero la salud es un derecho. Eso obliga a mirarla desde un punto de vista de la protección social y de garantizar el acceso de todas las personas a la salud. Otro valor es el de la equidad, esto es, intentar reducir las desigualdades que son evitables, con una mayor protección a los grupos más vulnerables. Es decir, hay una intencionalidad que apunta a proteger a quienes tienen mayores factores de riesgo. Otro valor es el de la solidaridad. Es decir, deben contribuir más aquellos grupos que tienen mayores recursos y menores riesgos hacia aquellos que están más desfavorecidos.

Otro valor muy importante es el de la eficiencia, esto es, tratar de producir mayor seguridad y mejor acceso a menores costos.

Por último, está la participación social, que no es más que la expresión de la vida democrática en el sector de la salud.

La reforma aborda diversas materias. Una de ellas es la definición de objetivos sanitarios nacionales, que permiten orientar las políticas públicas hacia objetivos más claros, medibles y practicables y que permiten establecer prioridades y estrategias para la planificación en salud.

El plan Auge es la expresión de los objetivos sanitarios y plantea un nuevo régimen de garantías en salud. Se estima que será un instrumento eficaz para lograr estos objetivos sanitarios. Lo que hace este sistema es identificar las enfermedades prioritarias, las prestaciones asociadas y las garantías explícitas de acceso.

Asimismo, formula un nuevo modelo de atención que se caracteriza por ser integral, que va desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento y la rehabilitación. Plantea un fortalecimiento muy marcado de la atención primaria, mejorando la capacidad resolutoria, llevando la atención desde el hospital hacia lo ambulatorio, y articulando los establecimientos en una red asistencial territorial, con un espíritu de colaboración y no de competencia.

En el plano de los recursos humanos, estimula políticas de desarrollo, de capacitación y de remuneraciones, entre otras cosas.

En cuanto a la autoridad sanitaria, busca dotarla de facultades y potestades que permitan regular, normar y fiscalizar, tanto al Ministerio de Salud como a las autoridades regionales, y separa las funciones de gestión de los servicios de salud, concentrando las de la autoridad sanitaria en las autoridades regionales.

Respecto del financiamiento, se plantea como solidario, es decir, focalizado en los grupos de mayor riesgo y originado en diversas fuentes, de carácter tributario, entre otras.

Por último, la reforma plantea una mejoría en la gestión, buscando profesionalizar la administración mediante el incremento de los recursos, pero asociado a productividad y desempeño, y el mejoramiento del control de la gestión, tratando de orientarlo hacia el logro de metas sanitarias.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Expresó que, como Director de un Servicio de Salud, podría referirse con más propiedad a la situación actual en que se encuentran la autoridad sanitaria y los servicios de salud.

Respecto de la autoridad sanitaria, reconoció que existe una excesiva dispersión y burocracia, surgida de la mezcla de funciones, tanto en el Ministerio como en los servicios de salud, y de una desigual capacidad normativa, lo que hace que la fiscalización que pueden hacer los servicios de salud sea irregular. Además, aparece un conflicto de intereses en la fiscalización, en la medida en que los servicios de salud, en muchas ocasiones, son juez y parte en su propia actividad. El marco legal de que hoy disponen el sistema de salud y la autoridad sanitaria en particular impide una eficiente regulación sobre el sistema privado y concentra fundamentalmente en la autoridad sanitaria la regulación del sistema público.

La situación de los servicios de salud deriva, entre otras cosas, de la reforma que se hizo durante los años 80, que fue la segunda gran reforma que ha sufrido el sector salud. En ella se produjo una transformación de los servicios de salud en gestores, pero también en autoridad sanitaria, es decir, se combinaron facultades fiscalizadoras y atribuciones para la gestión. Lo anterior muchas veces provoca conflictos de intereses en la fiscalización. Esa reforma de los años 80 fragmentó la red asistencial, a través de la municipalización de la atención primaria, e hizo que se generara una escasa relación entre los establecimientos y las necesidades de la población. Existe una escasa retroalimentación del sistema respecto de su comunidad, lo que ha generado un sinnúmero de dificultades en el nivel primario. Hay una baja capacidad resolutoria, produciendo una excesiva derivación de pacientes desde el nivel primario hacia los niveles secundario y terciario.

Existe una baja en la cobertura para las enfermedades que hoy son más frecuentes y que corresponden a enfermedades crónicas. Hay un alto ingreso de médicos extranjeros y una excesiva rotación de médicos nacionales y gran dificultad en el acceso a los niveles de mayor complejidad.

El nivel secundario de atención, en las redes asistenciales de los servicios de salud, tiene una baja cobertura de enfermedades crónicas y del adulto mayor. Éste es un presupuesto hecho sobre bases históricas y no sobre productividad o ajustado a población.

La capacidad para adaptarse a las demandas del nivel primario es muy baja. En los niveles secundarios existe una escasa relación con la comunidad. Todo esto se expresa a través de las listas de espera.

En el nivel terciario, en el ámbito hospitalario, la capacidad para adaptarse a los cambios epidemiológicos es muy baja. Los servicios clínicos suelen estar muy fragmentados y colaboran poco entre sí, lo que hace que la gestión y la administración de los hospitales sean poco flexibles para adaptarse a los cambios epidemiológicos.

Se pone un marcado énfasis en la atención de las urgencias por sobre la atención de lo electivo. Se tiene, en general, una escasa o insuficiente articulación con otros niveles de complejidad.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Los objetivos del proyecto de ley son los siguientes: proponer una nueva estructura sanitaria y una moderna y competente capacidad de gestión, de manera de cumplir con las tres grandes metas fundamentales: primero, fortalecer la institucionalidad de la autoridad sanitaria regional; segundo, mejorar la gestión de los servicios de salud, fortaleciendo la constitución de redes asistenciales territoriales, y tercero, establecer instancias de participación ciudadana que permitan retroalimentar al sector salud.

En cuanto a la autoridad sanitaria, el proyecto define sus funciones, entre otras, la de determinar políticas públicas y objetivos sanitarios, dotándola, asimismo, de las potestades para cumplir con los roles normativos, rectores, reguladores y fiscalizadores sobre los sistemas público y privado. También, respecto de la autoridad sanitaria, define la estructura donde se van a ejercer esas funciones, en el Ministerio y en la Secretaría Ministerial de Salud, que constituye la autoridad sanitaria regional.

Respecto de la gestión de los servicios de salud, el proyecto de ley construye una red asistencial, con una lógica territorial sobre poblaciones definidas y asignadas, la que está constituida por establecimientos de distinta complejidad, por aquellos que hoy son dependientes de los servicios de salud y otros que son dependientes de la atención primaria municipalizada y por prestadores privados que podrían incorporarse a la red a través de convenios.

Otro punto referido a la gestión de los servicios de salud dice relación con los hospitales de autogestión en red. El proyecto plantea que manteniendo ellos una dependencia del servicio de salud, serán establecimientos acreditados en competencias de gestión clínica, administrativa y financiera, a los cuales se les dotará de facultades para administrar ingresos propios, celebrar convenios y contratos con terceros para el desempeño de sus funciones clínicas, en el caso de que sus recursos no fueren los suficientes.

El tercer objetivo del proyecto de ley dice relación con la participación ciudadana. Se establece la creación de consejos relacionados con la autoridad sanitaria regional, el consejo regional de salud, y de un consejo consultivo en los servicios de salud, cuya función básicamente será retroalimentar al servicio de salud de las necesidades de la población, para que pueda llevar a cabo una mejor gestión de la red asistencial.

Desde la perspectiva de los servicios de salud, señaló las siguientes observaciones. Una primera dice relación con la necesaria equidad que debe existir en la asignación de los recursos. Hoy existen servicios de salud que reciben un presupuesto sobre bases históricas y no sobre su realidad epidemiológica o demográfica. Por lo tanto, habría que avanzar hacia una asignación de recursos ajustada a la población y también a los factores como la pobreza, riesgos y otros.

Otro punto de atención es revisar el funcionamiento de la red asistencial propuesta, en términos de fomentar la colaboración de los establecimientos y no la competencia entre ellos. Por consiguiente, habrá que buscar la manera de compatibilizar los intereses propios de estos

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

establecimientos. Particularmente, los de autogestión en red podrán administrar sus propios recursos, con los del conjunto de la red. Habrá establecimientos que tendrán mayor capacidad en gestión y de relación con los proveedores y, otros de menor tamaño, tendrán una menor capacidad de gestión, los que, dejados a su suerte, probablemente no podrán cumplir con los objetivos y las metas sanitarias. De ahí surge la necesidad de que la relación de los establecimientos en una red asistencial sea de colaboración.

Por otra parte, es necesario estudiar la posibilidad de incorporar a los establecimientos y hospitales dependientes de las instituciones de las Fuerzas Armadas a estas redes asistenciales, como también a las mutuales de seguridad, de manera tal que existiendo una enorme capacidad instalada, ésta podría ponerse a disposición de la red asistencial.

El siguiente punto que merece toda la atención está relacionado con mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria, ya que los niveles secundarios y terciarios hospitalarios no podrán mejorar su capacidad sólo con una mejor gestión administrativa y financiera, sino que, además, es imprescindible que la atención primaria pueda resolver más y mejor la tarea que le corresponde y compete en la gestión de salud del país.

En este plano, un cuarto punto de sugerencia u observación dice relación con buscar mecanismos eficaces para que los directores de los servicios de salud, que van a estar a cargo de la gestión y articulación de estas redes asistenciales, puedan intervenir sobre los establecimientos de todos los niveles. En la actualidad, ellos tienen atribuciones sobre los niveles secundario y terciario y no sobre el nivel primario de atención, salvo por la vía financiera, con lo cual habitualmente no se consigue el impacto deseado, sino que restar recursos para disponerlos al servicio de la población. Por lo tanto, se deben buscar mecanismos que permitan a los directores de los servicios de salud tener atribuciones sobre la gestión de la atención primaria municipalizada.

Finalmente, el quinto punto de atención está relacionado con crear mecanismos para garantizar que el trabajo profesional, particularmente el trabajo médico, encuentre las condiciones apropiadas que incentiven la permanencia y estabilidad de los profesionales en la atención primaria. Por lo tanto, ese es el foco en donde se deberá dar prioridad a la asignación de los recursos.

#### **IV. 6. INTERVENCIÓN DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO, DOCTOR ALEJANDRO VLASTELICA.**

**El Director del hospital Sótero del Río, doctor Alejandro Vlastelica,** informa que su establecimiento es el continuador del sanatorio El Peral, cuya construcción se inició en 1930, y que posteriormente fue reconocido como hospital general y que actualmente es campo clínico para docencia de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica. Este establecimiento, en sus inicios, contaba con 300 camas y actualmente posee 772, 17 pabellones quirúrgicos, 60 mil metros cuadrados construidos y 1.970 funcionarios. Agrega que las camas están distribuidas en tres grandes bloques, según la especialidad, salvo la radioterapia y algunas especialidades de

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

medicina nuclear. Anuncia que el próximo año se iniciará un servicio de psiquiatría, igual que en un hospital de alta complejidad.

Este hospital, según el último censo, atiende a 1 millón 320 mil personas que habitan las comunas de Puente Alto, La Florida, Pirque y San José de Maipo, las que son en el ciento por ciento responsabilidad de ese establecimiento, y a una parte de los habitantes de las comunas de La Pintana, San Ramón y La Granja, ya que comparte la atención en las especialidades de obstetricia y pediatría con el hospital Padre Hurtado. Informa que el hospital Padre Hurtado es un establecimiento en desarrollo que no está completo, pero que presta valiosa ayuda para la población en el aspecto infantil. Además, está inserto en un sistema de salud que tiene todas las complejidades de atención primaria, secundaria y terciaria.

En los consultorios del área del Servicio Sur Oriente la mitad de la población total esta inscrita en el Fonasa. El resto, aun cuando no se encuentra inscrita, igualmente es beneficiaria del sistema. La población beneficiaria del sistema, por ingresos económicos, es cercana al 90 por ciento.

Señala que los egresos han ido aumentando y prácticamente el índice ocupacional durante todos los años ha aumentado. Ascendió a 40.515 en el año 2000 y a 42.573, en el año 2001.

En la actividad del hospital, destaca la atención de emergencia de adultos, porque es el único servicio que tiene el Área Metropolitana Sur Oriente. Todo el aumento de producción y de trabajo ha sido con el mismo personal, sin que haya existido aumento de dotación. Expresa que las críticas señalan que los hospitales públicos son poco eficientes, pero no se tiene en cuenta que muchos tratan de superarlas y de mejorar la eficiencia.

Agrega que el promedio de días de estada lo da la dinámica de las camas. Un hospital no vale más por el número de camas, sino por cómo se mueven. Acota que la estada ha ido bajando y cada vez se trata de tener un promedio de estada menor.

Destaca que en el hospital se desarrollan actividades que aparentemente no serían propias de un establecimiento de alta complejidad. Lo ideal es que estos hospitales tengan atención primaria y secundaria, pero aún no cuenta con la capacidad ni los recursos para tener este tipo de hospital. En todo caso, hace presente que existen tres tipos de atención, uno de día en cirugía y un hospital de día en medicina, lo que significa que los enfermos van por el día, es decir se quedan un solo día, ya que se les da un tratamiento y son enviados a su domicilio para volver al día siguiente. Otros se quedan dos días. Sin embargo, la idea es ir acortando la permanencia de los pacientes en el hospital y que asistan exclusivamente a tratamientos que no pueden hacerse en sus casas o en la atención primaria. Este es el caso de los tratamientos de tipo oncológico.

Respecto del financiamiento y de los problemas que tiene el establecimiento que dirige, señala que la cifra exacta, a fin del año pasado, fue de 1.585 millones de pesos de deuda. Aparentemente, es una situación bastante difícil, pues los proveedores, entes particulares, no dan todas las facilidades correspondientes, por lo que se debe estar todas las semanas



## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

negociando con ellos para tener los insumos para trabajar. Se han potenciado las áreas de pabellones, procedimientos, consultas y emergencias, ya que no se puede dejar de hacer la atención, incluso con recursos tan escasos. Hace constar que se habían programado, para el presente año 2002, diez trasplantes renales y hasta la fecha se han realizado diecisiete. Los costos de los otros siete los ha tenido que asumir el hospital, lo que significa no sólo la parte de la operación, sino que también el tratamiento posterior, que es bastante oneroso.

Si se analizan los detalles de por qué no alcanzan los recursos, se podría concluir que ello reside en las remuneraciones, que corresponden al ítem más alto de insumos. Ello se explica por el mejoramiento de las rentas del personal, como, por ejemplo, el derivado de la nueva ley médica. El hospital tiene presupuesto para ello pero no le permite tener un margen para destinarlo a bienes y servicios con el que podría disminuir la deuda del hospital con sus proveedores.

Por otro lado, siempre se critica a los hospitales por las deudas contraídas pero no se considera que a estos establecimientos también se les debe. Existen deudas de los beneficiarios de Isapres y de Fonasa. Estos últimos, los clasificados en las letras c) y d), son las personas beneficiarias del sistema que deben pagar el 10 ó el 20 por ciento, de copago de las prestaciones. Pero, a veces no pueden pagarlo y, sencillamente, se van sin pagar. Los otros que tienen deudas son enfermos que no están inscritos y a los que, en el fondo, igual hay que atenderlos, aunque no paguen.

En lo que dice relación con los beneficiarios de Isapres, aclara que no se trata de una deuda de las Instituciones de Salud Previsional propiamente tal, sino que es el copago que deben efectuar los afiliados a éstas. Cree que esta situación se podría considerar como un vicio de procedimiento, ya que el hospital se entiende con el afiliado y no con la institución a la que cotiza. Estima que se debería considerar la posibilidad de que la Isapre se hiciera responsable de la deuda de su afiliado, pagara al hospital y después que se entendiera con su imponente.

Sin embargo, como igual se debe atender a los pacientes más allá de que paguen o no paguen los copagos, al 31 de diciembre del año pasado, existía una deuda de 735 millones de pesos sólo por concepto de afiliados a Isapres, con un total de 1.351 millones de pesos que no han sido pagados y que, prácticamente, será imposible recuperar. Aclara que en esa cifra no está considerada la condonación que se hace a muchas personas que no pueden pagar, lo cual corresponde al 20 por ciento más.

Destaca que los hospitales públicos reciben a todos los que llegan y les solucionan el problema. No tienen, en comparación con las entidades privadas, la posibilidad de decir: "Mire, usted no tiene medios; por lo tanto, se va a otro lado". Por el contrario, deben asumir todo, y cualquier médico que ha trabajado en urgencia sabe que de repente llegan pacientes de clínicas privadas porque se les agotan los medios económicos y, simplemente, hay que recibirlos. No hay más alternativa y así lo han asumido.

---

**INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA**

Expresa su apoyo a la propuesta de autogestión en red. Cree que otorgar más autonomía a los hospitales, siempre trabajando en red para que se sepa que se está inserto en un sistema, les daría una mayor flexibilidad de manejo, y mayor cantidad de recursos. Sería más fácil que llegaran los recursos a los hospitales, lo cual les permitiría redestinar áreas, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de la población. Considera que el desarrollo del hospital no está dentro del hospital, sino que está fuera de él, mirando a la población.

Termina expresando que los hospitales públicos no son tan ineficientes ni tan malos como se ha informado a través de la prensa. Enfrentan dificultades que deben solucionar. Por ello se está desarrollando el concepto de atención de clientes, sistema que aún no ha terminado; pero en esa línea está trabajando. Cree que, si obtiene la colaboración necesaria, se dará un paso importante para solucionar los problemas de salud de la población, teniendo presente que lo más importante es el desarrollo del sistema de salud, con una atención primaria fuerte y altamente resolutiva.

Agrega que las camas están distribuidas en tres grandes bloques, según la especialidad. El hospital Sótero del Río posee todas las especialidades, salvo la radioterapia y algunas especialidades de medicina nuclear. Anuncia que el próximo año se iniciará un servicio de psiquiatría, igual que en un hospital de alta complejidad.

**IV. 7. INTERVENCIÓN DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G., DOCTOR JUAN LUIS CASTRO.**

**El doctor Juan Luis Castro (Presidente del Colegio Médico de Chile A.G.)** se refirió, en primer lugar, a las atribuciones que tiene actualmente el Ministerio de Salud sobre funciones normativas, de regulación y de provisión de prestaciones de salud, estimando importante que no se vean disminuidas en el nuevo régimen, ya que, por lo que se plantea, el Ministerio podría dejar de cumplir las tareas que le encomienda la ley N° 18.469, que contiene el régimen de prestaciones de salud y encomienda a esa Secretaría de Estado la responsabilidad de la provisión de atenciones de salud a la población.

Dejar al Ministerio de Salud sólo con facultades normativas, tal como lo propone el proyecto, sin considerar el conjunto de disposiciones orientadas a la prestación de servicios y a la de dictar los reglamentos correspondientes para ello, es inadecuado tanto respecto de su competencia como de su otorgamiento de atenciones de salud a la ciudadanía a través de los servicios de salud, según lo establece la ley N° 18.469, del Fondo Nacional de Salud.

Consideró que la función normativa debe ser ejecutada eficientemente y que las personas, ante el derecho de reclamación, tengan la seguridad de que el garante de la cobertura sanitaria es el Ministerio de Salud. Sin embargo, a juicio del Colegio Médico, el fortalecimiento de esta acción debiera ser mucho más nítida, pero sin separar esa función de la de provisión, como se contempla en el proyecto, al crear canales distintos, creación de dos subsecretarías, para la realización de una y otra.

La creación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales no le parece claramente justificada, ya que la actual Subsecretaría de Salud tiene potestades suficientes para establecer todas las condiciones que requiere la red asistencial, puesto que posee la tutela de todos los servicios de salud del país respecto de las funciones de salud pública.

En relación con la organización y el funcionamiento de los Servicios de Salud, señala que, entre las facultades que el artículo 3° del proyecto concede al Presidente de la República, están las de reorganizar los servicios y reestructurar las plantas, lo cual genera un alto grado de incertidumbre, puesto que no se sabe cuáles son las condiciones en que se van a ejercer al interior de los Servicios de Salud.

Particularmente, le asisten dudas sobre la ley N° 19.664, que establece el régimen laboral para los 10 mil médicos que trabajan en el sistema público de salud. Hace presente que la aplicación de esa ley ha enfrentado un conjunto de problemas. Destacó que dicho cuerpo legal estableció incentivos al desempeño de los profesionales médicos, los que actualmente incluso se están aplicando al resto de los funcionarios de la salud, tales como asignaciones de desempeño, sistema de acreditación en función del mérito, mecanismos que permiten usar horas prioritarias y no habituales para las prestaciones quirúrgicas a fin de terminar con las horas ociosas de los hospitales en las tardes.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Agregó que las dificultades para hacer efectivos esos incentivos radican esencialmente en problemas de orden financiero. La ley establece tramos definidos y sistemas de acreditación, pero los mecanismos financieros no han operado adecuadamente para que en la práctica se produzcan los efectos deseados. Dejó constancia de que estos problemas han impedido el desarrollo de la carrera funcionaria de los médicos en los últimos dos años.

Asimismo, consideró que la creación de un sistema de ocupación de la actividad médica y quirúrgica de los hospitales en las tardes sigue siendo un problema no resuelto, pese a que existen instrumentos para solucionarlo que están vigentes desde hace dos años. Incluso, existe un compromiso adquirido en el año 1991 por el entonces Ministro Secretario General de la Presidencia, don José Miguel Insulza, con el Colegio Médico para la creación de mil cargos vespertinos adicionales de médicos en los establecimientos hospitalarios, con lo que se habrían aumentado las horas quirúrgicas. Lamenta que dicho compromiso no se haya cumplido.

Respecto de las atribuciones del artículo 20, que permiten la destinación de médicos en comisión de servicios, le parece importante que se pueda contar con especialistas básicos en la atención primaria de salud, ya que es obvio que se necesitan pediatras, ginecólogos y otros especialistas, y no sólo en los hospitales, sino también en los consultorios. Sin embargo, estima que la norma que se propone establece que, por sobre el Estatuto Administrativo y por tiempo indefinido, dichos profesionales serán destinados a esos establecimientos o a otros de la red asistencial.

Sobre dicha proposición, estimó más lógico y adecuado que ella esté fundamentada. Hay un razonamiento apropiado para encomendar funciones, por los tiempos que se establezcan, a fin de incentivar progresivamente que la red asistencial cuente con los especialistas que hoy no tiene. En la actualidad, la atención primaria de salud es prestada, básicamente, por médicos generales, la que tiene una capacidad de cobertura muy amplia en la solución de los problemas; pero, indudablemente, la gente quiere ser atendida por especialistas, y existen problemas de salud que deben ser abordados por esos profesionales. Sin embargo, no desconoce que existen regiones en que hay falencia de especialistas no sólo en el área pública, sino también en la privada y en otras en que el sector público adolece de ellos, ya que todos están en el privado.

Por lo tanto, es razonable que en la atención primaria haya un vínculo con los especialistas, pero estimó que los mecanismos que propone el artículo 20 deberían ser revisados, para que la autoridad no incurra en discrecionalidad.

Aclaró que se refiere a las modificaciones contenidas en el N° 18, respecto del artículo 20 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

Sobre la creación de la categoría de hospitales autogestionados en red, estima necesario y razonable que las direcciones cuenten con facultades para lograr el mejor manejo de sus recursos financieros y humanos. Sin embargo, no opinó lo mismo respecto de la proposición que

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

permite crear un estadio superior de lo que son los hospitales de mayor complejidad, esto es, de tipo 1, a los que se otorgan determinados incentivos para que efectúen directamente las compras o se relacionen con los seguros, públicos o privados, sobre la base de los tres criterios que señala el proyecto: balance entre ingresos y gastos, satisfacción de las personas en las prestaciones AUGE y no más de 60 días de deuda con los proveedores. Le mereció especial reparo el segundo criterio, esto es, la satisfacción de las prestaciones AUGE, ya que éstas estarán pagadas por un sistema de financiamiento distinto, llamado "pago por prestación valorada", que es más cercano al costo real que las prestaciones no AUGE.

Señaló que, en una simple lógica financiera, los directores de establecimientos, le darán preferencia al otorgamiento de las prestaciones valoradas a costo real, para no profundizar el endeudamiento hospitalario, ya que es de todos conocido el hecho de que en el sistema público de salud sólo un tercio de las prestaciones están pagadas a costo real. Por lo tanto, estima que, financieramente, los directores de establecimientos van a preferir las prestaciones valoradas por sobre otras, para mantener el equilibrio entre ingresos y gastos y no tener deudas de más de dos meses con los proveedores.

Sin embargo, consideró que el director de un Servicio de Salud debe visualizar el conjunto de necesidades en una región que incluye distintas comunas y provincias y eso puede verse menoscabado en la medida en que a un hospital determinado, que va a ser de tipo 1, es decir, el más grande de la región y el hospital de referencia, se le dé este nivel de incentivo para llegar a ser autogestionado en red, con lo cual ese director tenderá a mirarse a sí mismo como hospital, para poder seguir creciendo con los incentivos que se le coloquen, desatendiendo la mirada regional, que significa atender un conjunto de necesidades, muchas de las cuales no serán AUGE.

Por lo tanto, es imperativo mantener un equilibrio entre las necesidades de salud de la población con las funciones de gestor de red o de director de servicio de salud, ya que, en caso contrario, se puede llevar al hospital más importante de la región a un grado tal de autonomía con incentivos para autorreproducir sus mecanismos financieros y otorgar en forma preferente las prestaciones AUGE por sobre la universalidad de todas las atenciones de salud que requiera la población.

En subsidio de ello, propuso la creación de un fondo regional de ingresos propios, a nivel del servicio de salud correspondiente. Expresó que el problema no sólo es cómo generar ingresos propios, sino que esos ingresos no sean considerados parte del presupuesto y, por lo tanto, deducidos de la transferencia fiscal, lo cual genera un desincentivo a la prestación por la vía de ingresos de pensionados, por ejemplo. En cambio, si existiera como un fondo del servicio de salud, que involucrara a hospitales 1, 2, 3 ó 4, esos recursos podrían ser redistribuidos por el director del Servicio al interior de esa red asistencial.

En el fondo, desea hacer presente su preocupación por los hospitales de menor complejidad, que corresponden a la mayoría de los establecimientos de las regiones, ya que en ellas sólo uno es de tipo 1 y varios

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

corresponden a los de tipo 2, 3 ó 4, los que pueden ver menoscaba su capacidad de oferta asistencial en la medida en que no tengan esos incentivos. En definitiva, señaló que su proposición apunta a que los ingresos propios sean distribuidos dentro de la red y que se consideren como expansión del presupuesto y no como parte del presupuesto.

Respecto al consejo consultivo de la red asistencial, expresó que de debe existir mayor énfasis en la participación social, la que debe ser directa, a fin de que la gente pueda sentirse más incorporada en este diseño, respecto de su hospital o consultorio.

Respecto de las facultades del Presidente de la República que establece el artículo 3° del proyecto, señaló que ellas destacan por su amplitud, como las que se conceden para "precisar las funciones de los servicios de salud", "ordenar el traspaso del personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones, y pagar las diferencias por planilla suplementaria", "fijar las plantas de personal de estas entidades, disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados", etcétera.

Destacó que dicha norma concede al Presidente de la República facultades que están relacionadas con materias sensibles vinculadas al decreto ley N° 2.763, de 1979. Sobre el particular, desea que exista especial atención respecto de aquellas relativas con los nombramientos y definiciones de plantas, no sólo de los profesionales, sino que de todos los funcionarios del sistema público, puesto que ellas estarían afectando a más de 65 mil funcionarios. Obviamente, pudieran ser fuentes de conflicto, en la medida en que el Parlamento no establezca las garantías que habitualmente se aplican cuando se pasa de un régimen a otro respecto a las condiciones jurídicas de traspaso referentes a las dotaciones máximas y a las condiciones de funcionamiento que van a tener los futuros servicios de salud.

Sobre la posibilidad de que se creen nuevos servicios de salud, porque hay regiones que requieren más de uno, o de fusión de otros, expresó que se está frente a decisiones bastante complejas, por lo que estimó que en esas definiciones deberían participar todos los actores, para evitar que exista menoscabo o arbitrariedades al momento del traspaso al nuevo régimen jurídico.

Finalmente, hizo entrega de un documento que contiene las sugerencias estudiadas por el Colegio Médico al proyecto de ley en estudio.

**IV.8. INTERVENCIÓN DEL PRESIDENTE DE LA FENATS BASE DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO DEL AMBIENTE, SEÑOR HÉCTOR RETAMAL.**

**El señor Héctor Retamal (Presidente de la FENATS Base del Sesma)** agradeció la oportunidad que le ha dado la Comisión para dar a conocer el problema que afecta a los trabajadores del sector de la salud ambiental. En este sentido, de todo lo que está sucediendo respecto de esta legislación, sólo se han enterado al leer el proyecto de ley, porque nunca antes tuvieron conocimiento de ello. Les ha parece extraño, por cuanto siempre se

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

dijo que los proyectos iban a ser elaborados, de alguna manera, con la participación de los trabajadores. Desafortunadamente, nunca se les dio la oportunidad para manifestar sus inquietudes respecto de este proyecto, sobre todo en lo relacionado con la autoridad sanitaria.

Informa que el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente fue creado por la ley N° 18.122, el año 1982, con el objeto de concentrar las atribuciones que el resto de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana cumplía a través de los Departamentos de Programas del Ambiente. Esto fue innovador y en la actualidad lo sigue siendo, porque el servicio es descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio propio e independiente del resto de los Servicios de Salud, con atribuciones que le permiten fiscalizar no sólo al sector privado, sino también a los servicios públicos, al gobierno, a las fuerzas armadas, etcétera. Ello le ha dado cierta fortaleza, lo que ha significado que el servicio se convierta en una entidad técnica, de referencia no sólo en la Región Metropolitana, sino también en el ámbito nacional. Así es como muchas veces son consultados por otros Servicios de Salud en materia de salud ambiental. Por ello, lo que se ha hecho en 20 años no puede desaparecer en un artículo de un proyecto de ley de la noche a la mañana. Ello sería un inmenso error.

El Sesma es un organismo técnico que, al pasar a formar parte de la nueva institucionalidad, de la Secretaría Regional Metropolitana de Salud, perdería toda la autonomía que hasta la fecha tiene. Si se quiere modernizar al Estado, descentralizar las funciones, no se puede hacer desaparecer un Servicio que ya posee esas características desde hace muchos años. Por el contrario, este servicio debe existir en el ámbito nacional, en razón de los importantes aportes al Estado y a la comunidad.

Destaca que el Sesma tiene características de un servicio nacional que emite informes diarios, sobre todo en lo referente a estudios de impacto ambiental, que son absolutamente técnicos, y no podrían serlo si a futuro pasan a otra autoridad, como La Secretaría Regional Ministerial de Salud, ya que estaría bajo la orden de una autoridad política y no en el ámbito técnico, como es actualmente.

Dentro de las funciones que realiza, fiscaliza, en materia alimenticia, en la Región Metropolitana, a más de 24 mil establecimientos. De éstos, 2 mil tienen características de mayores, ya que no sólo producen alimentos para la Región Metropolitana, sino para el resto del país, y muchos también para la exportación, los cuales, obviamente, deben ser fiscalizados.

En el año 2001, el área del servicio encargada del control de los alimentos realizó 26 mil fiscalizaciones de las cuales el 10 por ciento terminó en sumario sanitario. Destaca que, como producto de esas fiscalizaciones, se aplicaron 50 medidas de prohibición de funcionamiento, por haberse detectado la existencia de peligro inminente para la salud de las personas, de los trabajadores o de la población. Dichas medidas de prohibición tienen que ser revisadas por el director del servicio dentro de las 24 horas.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

En consecuencia, cree que, si se aplica el texto del proyecto de autoridad sanitaria, se puede advertir que todas esas atribuciones van a desaparecer.

Por otra parte, el Sesma también posee un área de salud ocupacional, que realiza una labor en la prevención de los riesgos del trabajo, lo cual ha significado que en la Región Metropolitana los índices de accidentes que sufren los trabajadores hayan ido disminuyendo en razón de que la protección de los lugares de trabajo han sido mejorados cada día, hecho que es reconocido incluso a nivel internacional.

En el tema de calidad del aire, también cuentan con unidades especializadas, como la de material particulado, que es uno de los contaminantes que en mayor medida afecta a la Región Metropolitana. En 1992 se tenían registradas 1.250 fuentes, que emitían 21,5 toneladas de material particulado, y en estos momentos existen registradas más de 8 mil fuentes, de las cuales 5 mil están activas y están emitiendo menos de 3 toneladas diarias de dicho material. Ése ha sido un largo trabajo que muchas veces se ha realizado en acuerdo con los mismos generadores, empresarios dueños de la fuente, con quienes se ha mantenido una estrecha relación.

Además de lo anterior, cuentan con un Departamento de Saneamiento Básico, que en la Región Metropolitana tiene que ver con las aguas servidas, con el agua potable y de regadío; con residuos sólidos industriales, domésticos y peligrosos; con empresas de pesticidas, etcétera, destacando que, además de la fiscalización, también han realizado gestión, por cuanto en el período que va desde de 1992 a 1994 la mayor parte de los residuos sólidos industriales, muchas veces peligrosos, no tenían un lugar donde ser depositados. En ese sentido, el Servicio se preocupó de buscar los lugares adecuados donde pudieran ser ubicados. Ése es un logro que han realizado los funcionarios del Sesma con años de especialización.

Todo eso constituye una demostración de la labor realizada por un Servicio que no debe desaparecer, como está previsto. Si el proyecto es aprobado tal como está, irremediablemente, provocará la desaparición del Servicio de Salud del Ambiente.

Destacó que existe gran preocupación respecto de la situación en que quedarán los funcionarios del Sesma, ya que se produciría un vacío mientras el Presidente de la República dictare los decretos con fuerza de ley que establezcan las nuevas plantas y se entienda que va a formar parte de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. No se sabe el tiempo que tomaría realizar este periodo de transición hasta que desaparezca el Servicio de Salud del Ambiente y lo que va a pasar respecto de las funciones que cumple el servicio y la situación de sus trabajadores.

Por otra parte, es preocupante el concepto de autoridad sanitaria que crea este proyecto, ya que, en los términos en que está concebida en relación con la fiscalización, será algo impracticable puesto que, si bien en el proyecto de ley se señala que el Seremi podrá delegar la función de inspección, no podrá encomendar la fiscalización y la sanción.



## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Aclaró que la sanción necesariamente trae consigo la realización de un sumario sanitario que no se puede delegar. Así, por ejemplo, si la autoridad sanitaria esta radicada en Iquique, las tareas de fiscalización que deban realizarse en la ciudad de Arica podrían ser delegadas, pero la aplicación de sanciones debería ser de parte de las atribuciones del Seremi de Salud en Iquique.

Casi todas las medidas que debe adoptar el Director del Servicio deben ser resueltas de inmediato y no se puede esperar diez o quince días, ya que existe un riesgo inminente para la salud de la población. Por lo tanto, debe adoptarse una medida de prohibición de funcionamiento y muchas veces de clausura de una actividad.

Respecto de esta situación, no existe claridad en las normas del proyecto. Más aun, ni siquiera son abordadas.

El proyecto de ley contempla además una reposición y apelación al Ministerio de Salud, lo cual puede agudizar el problema en el caso en que exista, por ejemplo, el decomiso de productos del mar, ya que la medida que dicte el director del Servicio puede ser objeto de reconsideración y después de una apelación.

Informó que en algunos años el Sesma ha llegado a tener más de 7 mil sumarios sanitarios, además de las resoluciones que dicta el director del Servicio, que serán alrededor de 12 mil. En la práctica, todo el mundo solicita una reconsideración, que en el fondo es una reposición.

Las apelaciones que deberá resolver el Ministerio serán de varios miles y si bien los plazos son pequeños, de 30 días, en la práctica éstos se van a alargar mucho más. De manera que podrían transcurrir 3 ó 4 meses hasta que llegue la sentencia ejecutoriada de un sumario sanitario. Por lo tanto, la situación que originó la medida del sumario sanitario estaría pendiente.

Finalmente, sugiere que, en lugar de suprimir el Sesma y de traspasar sus funciones a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud se eleve de categoría a los Departamentos de Programas del Ambiente, otorgándoles la calidad de subdirecciones, con las mismas atribuciones que posee actualmente el Sesma. Ello no necesariamente implicará mayores recursos o personal, ya que puede continuar desarrollando su labor con el mismo personal que se desempeña actualmente en los departamentos. La ventaja más importante de esta proposición es salvar los obstáculos de las distancias entre las distintas ciudades que componen una región, como, por ejemplo, entre Valdivia y Puerto Montt, y Arica e Iquique, etc.

#### **IV. 9. INTERVENCIÓN DEL SUPERINTENDENTE DE ISAPRES, SEÑOR JOSÉ PABLO GÓMEZ.**

El señor José Pablo Gómez (Superintendente de Isapres) expresó que, a diciembre de 2001, el sistema de Isapres cuenta con 22 instituciones inscritas y habilitadas para ofrecer planes de salud, que se financian con la cotización obligatoria del 7%. De estas 22 instituciones vigentes, 14 son abiertas, es decir, disponibles para todo público, y 8 son cerradas, a las que sólo puede afiliarse el personal de una empresa

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

determinada. Agrega que hay una Isapre habilitada para operar, que es la de la Clínica Alemana, que hasta el momento no cuenta con ningún afiliado porque no ha empezado la venta de planes.

Indicó que estas instituciones otorgan protección a cerca de 2.900.000 personas. A diciembre, eran 2.941.000, cerca del 19,5% de la población de país. De ellas, poco menos de 1.300.000 son cotizantes y el resto son sus cargas, es decir, sus beneficiarios.

La renta promedio de los afiliados a una Isapre es cercana a los 460.000 pesos, y la cotización mensual, que es la que se construye a partir de la cotización obligatoria del 7%, más lo que las personas voluntariamente aportan, alcanza aproximadamente a los 45.000 pesos mensuales, lo que representa cerca de un 9,7%.

En cuanto a las características de los beneficiarios por sexo, un 65,4% de los cotizantes son hombres y el resto son mujeres, lo cual es bastante similar a la distribución de esos géneros en la fuerza laboral. Sobre el particular, la cotización que pagan es ligeramente distinta, fundamentalmente, por el tamaño de la familia al que están asociados hombres y mujeres, siendo un 9,8 % la cotización que promedia para los hombres y 9,6% para las mujeres. Los cotizantes tienen una edad promedio de 40,2 años y sólo el 5,4% de ellos son adultos mayores.

Actualmente existe una infinidad de planes en este sector de la salud, lo que para las personas representa una serie de problemas de transparencia y comprensión. Entre esos planes, que según lo estimado se implementan a una tasa de aproximadamente 10 mil al año, hay una cierta "mortalidad" de planes, pero cerca de 10 mil aparecen cada año, los cuales tienen las siguientes características: el 65% son individuales, el 29% son negociados colectivamente y el 6% son planes matrimoniales. Cada uno de ellos tiene una cotización promedio distinta. El 90% de estos planes combina la modalidad conocida como de libre elección -modalidad de reembolso, en la cual las personas consumen un servicio médico, piden la boleta y después la reembolsan en la Isapre- con la elección de usar prestadores preferentes o en convenio, es decir, alguna clínica o centro médico que esté asociado con la Isapre para la oferta de ese plan en particular.

Destacó que en los últimos años este sector tuvo una tendencia a la reducción. Pasó de 34 Isapres al comienzo de la década de los noventa a un máximo de 36 en 1994, hasta las 23 que actualmente existen.

En términos de concentración, seis Isapres -Consalud, Banmédica, Cruz Blanca, Colmena Golden Cross, Más Vida y Cigna Salud- representan cerca del 75% de los beneficiarios y un porcentaje similar de los ingresos de todo el sistema de Isapre.

Expresó que, en una perspectiva histórica, en 1997, los beneficiarios del sistema de Isapre llegaron a ser tres millones 900 mil. A partir de allí, se ha producido una disminución, hasta llegar, actualmente, a dos millones 900 mil. Al respecto, la Superintendencia estima y justifica este decrecimiento fundamentalmente por las fluctuaciones que hubo en el empleo y desempleo. Por otro lado, está el fenómeno de encarecimiento de los planes,

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

sostenido especialmente por los incrementos de la siniestralidad, o sea, en los costos que tiene el sistema. De hecho, la siniestralidad, que a comienzo de la década de los noventa era cerca del 74,8% de los ingresos operacionales del sistema, en la actualidad representa cerca del 83,5%.

Afirmó que la Superintendencia, en su labor no sólo reguladora, sino de atención a público, atiende consultas y reclamos de los beneficiarios. Durante el 2001 recibió casi 4.500 casos de reclamos escritos en contra de las Isapre, siendo los temas más frecuentes las licencias médicas, la adecuación anual y los términos de contrato. Sin embargo, si se suman a esto las consultas telefónicas o por medio de la "web", se llega a casi 60 mil consultas y reclamos al año.

Indicó que sucesivas encuestas que se han realizado para saber las percepciones de los afiliados -particularmente dos realizadas por Adimark en los años 2000 y 2001, bajo contrato con la Superintendencia- han arrojado una serie de problemas por parte de los beneficiarios respecto de estas instituciones. En primer lugar, la gente destacó la falta de transparencia en el mercado, originada principalmente por la multiplicidad de planes y la asimetría de información que existe entre las Isapres y los afiliados. Fundamentalmente, la gente opina que no conoce toda la información que las Isapres tienen para configurar un plan, por lo que se le dificulta tremendamente el uso de los planes de salud. Por consiguiente, los afiliados no tienen toda la información requerida para tomar decisiones, ya sea porque las reglas de cobertura son complejas o porque no manejan todos los precios, los aranceles y los topes que están involucrados en estos planes. Como en el sistema de Isapre no existe una cobertura básica o estándar que fije un piso de lo que los planes deben ofrecer, los beneficiarios también se enfrentan a una gran incertidumbre cuando tienen que hacer uso de los beneficios, razón por la cual se les genera y mantiene en una situación de desprotección de su salud por parte de sus propias Isapre.

El sistema de Isapre genera expectativas de mejor cobertura que el sector público, pero el costo que se ha debido pagar para ello se diferencia por riesgo, en el sistema, de las distintas personas que se afilian. Se observa que esta diferenciación de riesgo posibilita un sistema de tarifas distinto para las personas que están en el sistema de Isapre, lo cual se expresa claramente en los precios de los planes de las mujeres en edad fértil y de los adultos mayores, ya que son mucho más altos que los precios de los planes de los hombres jóvenes. De acuerdo con estimaciones que realizó la Superintendencia, a partir de las tablas de riesgo que utilizan las Isapres, se ha establecido que si un hombre joven tiene un valor referencial de uno, un adulto mayor de 75 años puede llegar a tener un valor referencial de ocho y una mujer, de tres o tres y medio. Lo anterior genera en las personas una sensación de gran discriminación por parte de las Isapres.

Manifestó que, por otro lado, hay una situación importante que ha afectado al sistema de Isapres, y es que, de algún modo, éstas no se han hecho totalmente cargo de los problemas de salud de sus afiliados. El

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

hecho de que no exista la prevención suficiente para los problemas de salud que aquejan a la población afiliada a las Isapres, es de público conocimiento.

Finalmente, señaló que, como en el sistema de Isapres el principal mecanismo de discriminación y "expulsión" es la tarificación, en el proyecto del plan Auge se obliga a las Isapres a ofrecer estos dos beneficios, es decir, el Auge más el conjunto de prestaciones de libre elección del Fonasa a un mismo precio para todos los beneficiarios de una misma Isapre. Es decir, si se está en una Isapre, sea joven, mujer o adulto mayor, se podrá adquirir este conjunto de beneficios, denominado Auge, más la prestación de libre elección a un mismo precio, acabándose, entonces, la discriminación, para lo que el Gobierno considera como prioritarios estos beneficios.

#### **IV. 10. INTERVENCIÓN DEL DIRECTOR DEL FONDO NACIONAL DE SALUD, DOCTOR ÁLVARO ERAZO.**

**El doctor Alvaro Erazo (Director del Fondo Nacional de Salud)** hizo un análisis de contexto, ya que estimó importante caracterizar bien la situación en la que se encuentra el Fondo Nacional de Salud, porque la composición de los afiliados al Fonasa refleja en gran medida las causas y los propósitos que el Gobierno ha tenido para enviar estos proyectos de ley y reformar la salud en Chile.

El Fondo Nacional de Salud tiene 10.450.000 beneficiarios de los cuales cotizan 3.500.000 y tres y medio millones son personas carentes de recursos.

La calificación de indigencia le corresponde hacerla a las municipalidades en el 90%.

En opinión del Ministerio de Salud y del Fonasa, se debe hacer cumplir lo que dispone la ley, esto es, que corresponde al Fondo Nacional de Salud proponer la forma de caracterizar la indigencia. Actualmente, eso está establecido en una resolución ministerial, no modificada desde hace más de seis años.

De esta manera, la población del país que depende de Fonasa, tiene una relación de carga-cotizante de 1,8; del 91% de toda la población de adulto mayor; del 93% de todos los pensionados de Chile; de más del 90% de todas las personas que, teniendo insuficiencia renal crónica, requieren de hemodiálisis; de más del 95% de los pacientes que viven con VIH, sida, y del 70% de todas las mujeres en edad fértil, entre 20 y 44 años.

Si esta situación se analiza a nivel internacional, se puede concluir que estamos ante un fenómeno de selección de riesgo de la más alta importancia. Particularmente, está circunscrita en el ámbito de la estructura etaria de nuestra población. Proporcionalmente, dentro del Fonasa, desde el punto de vista de una muestra país, tiene mayor población de mujeres que de hombres, en términos de un modelo de representación, según encuesta del INE.

En ese sentido, y sin aludir a la estructura de ingreso, sólo cabe mencionar que el nivel promedio de ingresos de los beneficiarios de Fonasa ha subido progresivamente en el último tiempo y es de 136 mil pesos (de promedio de ingreso de cotizaciones). En definitiva, esto es un análisis o

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

contexto sobre el cual nadie puede dejar de reconocer que los fenómenos de selección de riesgo que se han producido en nuestro país son difíciles de poder comparar con otros países en el mundo, incluso con países donde los sistemas de seguro privados han tenido el privilegio de desarrollar la industria de salud. Éste ha sido el juicio y opinión de diversos expertos en la materia.

El Fondo Nacional de Salud es una institución que ejerce el aseguramiento dadas las potestades que le otorgó la ley N° 18.469, modificada en el 2000, que vino a superar la que era la antigua legislación que en el año 1979, por el decreto ley N° 2.763, como producto de la separación de funciones y la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud, le había otorgado funciones fundamentalmente de recaudación.

El Fondo Nacional de Salud obtuvo de la ley Fonasa la condición y potestad de ser una institución de aseguramiento social en salud, básicamente porque esa legislación le otorgó la función de recaudación, administración y distribución de los recursos que provienen fundamentalmente de los aportes de la ley de Presupuestos, del ingreso por cotizaciones, de las contribuciones de afiliados por las prestaciones, de los frutos y propios productos de la enajenación y, por supuesto, también de los empréstitos y créditos que tiene otorgados por ley el propio Fondo Nacional.

Por otro lado, también se le otorgó la potestad de recaudar directamente estos recursos. Informa que hace un par de días, dado que hasta hoy el Fondo Nacional de Salud tenía un convenio, por la vía del INP, para hacer la recaudación indirecta -con la gran mayoría de los cotizantes, AFP, dependientes-, a través del Instituto de Normalización Previsional, la Contraloría le permite establecer convenios directamente con las AFP para facilitar y agilizar la recaudación, que hasta este minuto significaba tener una información con un atraso de tres meses. Hoy, si se establecieran los convenios con las propias Administradoras de Fondos de Pensiones, el Fondo Nacional de Salud tendría la información día a día, para que la recaudación se produjera de manera inmediata.

Por tanto, Fonasa tiene 3,5 millones de cotizantes, que están divididos en la forma en que se recaudan los recursos. El 90% de los recursos son de recaudación indirecta, a través del convenio con el Instituto de Normalización Previsional, y el 10% proviene de la recaudación indirecta, a través de diversas AFP.

El tipo de financiamiento que se otorga, que fundamentalmente está regido por la ley N° 18.469, es un elemento importante de destacar, porque es precisamente uno de los ámbitos donde la reforma ha ejercido las modificaciones. Esta ley establece básicamente dos modalidades de atención. Una es la institucional, a la cual tienen acceso todos los beneficiarios de Fonasa, que establece una diferenciación respecto a copago. Las personas que están en los tramos C y D tienen copago del 10 y del 20%, de acuerdo con su caracterización, y los beneficiarios de Fonasa que están en los grupos A y B tienen cero copago en la modalidad institucional.

En el caso de la modalidad de libre elección, se trata de un régimen al cual sólo pueden acceder las personas que están en el nivel B, C y

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

D. Esas categorías tienen que ver con el nivel de ingresos, el grupo B, hasta 111.400 pesos; el grupo C, hasta 156.500 pesos, y el grupo D por sobre los 156.500 pesos.

De manera que la modalidad de libre elección es una alternativa complementaria de la modalidad institucional. En ella están inscritos 20 mil prestadores privados. Desde el punto de vista de los recursos que están involucrados, alrededor de 111 mil millones de pesos son copago de beneficiarios y hay una cifra de alrededor de 104 mil millones que bonifica el Fondo Nacional de Salud. También existen convenios que el propio Fondo Nacional de Salud tiene con prestadores privados, con hospitales o clínicas privadas que, en términos de cifras absolutas, corresponden a una cantidad de 16 mil millones de pesos. Es decir, la cantidad de recursos que están en convenio en el Fondo Nacional de Salud ascienden a más de 120 mil millones de pesos. Ésa es la modalidad de libre elección.

Por último, explicó que, en el Fondo Nacional de Salud, la migración que se ha producido en el último tiempo de población-Isapre y población que ingresa por primera vez a trabajar se debería a una serie de factores económicos; pero, indudablemente, hay una mejoría de la percepción que tiene la población respecto del Fondo Nacional de Salud.

En ese sentido, la legislación del Fondo Nacional de Salud tiene dos componentes: uno, de obligatoriedad, que desde el punto de vista de la protección que tenemos en la legislación actualmente regida por la Constitución y los Presupuestos, que están condicionados año a año por los comportamientos de los ingresos estructurales y adicionales que provienen de los cambios del carácter en las fuentes de financiamiento fiscal y de las propias variables que el Ministerio de Hacienda va colocando año a año al momento de definir el presupuesto sectorial. A esto se le incorpora hoy una obligatoriedad de las garantías que debe financiar el régimen garantizado en pleno, que es el AUGE. En términos de costos, ello significa cincuenta mil pesos por persona, lo que obliga a establecer una subvención a la prima que, en el caso del Fondo Nacional de Salud, se tiene que multiplicar por la población carente de recursos. Eso es parte de lo que se ha llamado el Fondo Solidario, que tiene una fuente de financiamiento con gravámenes diversos.

Señaló que la obligatoriedad de financiamiento, por primera vez, en el caso de los indigentes, establece una regla de financiamiento que parece, desde el punto de vista del financiamiento de la salud, clave, dado que los carentes de recursos en nuestro país no estaban sometidos a ninguna regla de financiamiento para el derecho de obtención de sus prestaciones. Por ende, se determina coherencia, desde el punto de vista de un tema de doctrina, respecto de la exigibilidad de derechos, particularmente cuando son sociales, en el sentido de que exista un mecanismo a través del cual se pueda indexar el financiamiento, particularmente para quienes no tienen recursos. En este caso, están identificados 153 mil millones de pesos, con una subvención a la prima. Esto se conoce como prima universal, que es el costo que resulta de haber caracterizado 56 patologías de salud, y a partir de ellas, haber caracterizado

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

1.623 prestaciones de salud que constituyen el 75% de la carga de enfermedad en nuestro país. Ello ha sido analizado de acuerdo con los procedimientos más avanzados desde el punto de vista epidemiológico y sanitario, para establecer cuál es la carga de enfermedad del país. A partir de aquello, hoy tenemos estos 56 problemas de prioridad en salud, que se corresponden con 1.623 prestaciones que, en definitiva, forman parte del arancel del Fondo Nacional de Salud en la modalidad institucional, que corresponde a una cifra de 2.300.

Explicó que entraría a coexistir un régimen de garantías exigibles con uno de prestaciones que mantiene su obligación de otorgamiento para el Fondo Nacional de Salud. De manera tal, que, en esta materia no se deroga el artículo 28, que consagra este arancel de Fonasa, en su modalidad institucional y modalidad de libre elección. Desde el punto de vista de los costos calculados, en el caso del arancel de la modalidad de libre elección, está incorporado el costo de capital y el de rentabilidad. Se han realizado estudios, particularmente con Isapres que tienen un comportamiento más o menos similar en términos de población y de ingreso, que demuestran que los precios de Fonasa, salvo en el caso de consultas de especialidades, son comparables y disputables en el mercado. Agrega que el arancel de la libre elección se diferencia de la modalidad institucional en que no tiene el costo de capital incorporado, dado que el costo de capital en el sector salud, desde el punto de vista de la ley de Presupuestos, se relaciona con el ítem 31 y está desagregado en el análisis de costos. El régimen de garantía, en el caso de Fonasa, obliga a otorgar prestaciones, de acuerdo con las garantías de las prioridades de salud que son 56. Por ejemplo, durante el mes de agosto, se comenzará con todos los cánceres infantiles, las cardiopatías congénitas en niños y la insuficiencia renal. En el caso de los cánceres infantiles, sólo apunta a su resolución, dado que la lógica del Auge, en cuanto a la resolución de problemas de salud, parte con la detección, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y, en algunos casos, tratamientos paliativos. Allí están incorporadas más de 96 prestaciones en los cánceres infantiles.

Varias de las prestaciones incorporadas, desde el punto de vista de la calidad, tienen que ver con costos que, muchas veces, eran "hundidos" para los servicios de salud. Por ejemplo, está el costo de traslado hospitalario, que tiene una amplia demanda en los servicios que habitualmente tienen que ir con cargo a los propios hospitales.

Ahora bien, desde el punto de vista de las funciones del Fondo Nacional de Salud, las modificaciones legales, de decreto ley N° 2.763, de 1979, reafirman las funciones de la seguridad social pública, que son la recaudación, la agregación presupuestaria, la fiscalización sobre los prestadores, la intermediación respecto de los traspasos de recursos a través de los mecanismos de asignación y la cooperación que tiene el Fonasa, desde el punto de vista de la elaboración presupuestaria, con el Ministerio de Salud (anteriormente la ley, decía: "con la subsecretaría"). En ese sentido, el proyecto consagra lo que la ley Fonasa ya le había otorgado a ese Fondo respecto de sus potestades. Desde el punto de vista de lo que la ley Fonasa

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

confirió al fondo, en cuanto a intermediar compras hasta el 10% de lo que correspondía a las transferencias de la modalidad institucional, unos 80 mil millones de pesos, dado de que el presupuesto de transferencia de los servicios de salud era de 800 mil millones de pesos. Tal como mencionó, el Fondo Nacional de Salud, por la vía de convenios con privados, ha efectuado alrededor de 16.600 millones de pesos en transferencias o compras por una parte, convenios descentralizados y, por otra, convenios de compras centralizadas, de acuerdo con las propias prioridades sanitarias que el Ministerio de Salud ha establecido.

Señaló que, por ejemplo, hoy se realiza un total de 26 trasplantes hepáticos al año a través de la clínica Las Condes, mediante un convenio en el que actúa el Servicio de Salud Oriente. En dicho convenio, el FONASA ejerce su potestad de compra, autorizada por el Ministerio de Salud y reglamentada por la resolución taxativa, que año a año este Ministerio le otorga para dar prioridad a ese tipo de prestaciones. En el caso de la clínica Santa María ocurre lo mismo. Allí existe un modelo de intermediación de compra para endoscopias de alta complejidad.

Afirmó que el objetivo en cuanto a la Superintendencia de Garantías, que en el caso del Fonasa se crearía para hacer cumplir el otorgamiento de las prestaciones, a juicio del Ejecutivo, es diferenciar las responsabilidades que, en estas materias, la Superintendencia de Isapres debe tener en la supervisión de las instituciones de salud previsual, como el cumplimiento de sus propios contratos, la composición de sus sociedades, tomar conocimiento de las modificaciones sociales que éstas tienen así como de las patrimoniales, y asegurarse respecto de la situación económica y financiera de ellas.

La creación de esta Superintendencia le parece pertinente, más aun dado que la lógica del Fondo Nacional de Salud, que no tiene ningún tipo de discriminación para la afiliación, es salvaguardar un elemento que es central y crítico, cual es establecer garantías frente a las barreras de entrada al sector, fundamentalmente expresadas en las colas y en la falta de identificación de los problemas y necesidades de nuestra población. Las brechas que se presentan en algunas patologías, como los problemas de salud de los adultos mayores, que implican cubrir el 90% en una serie de prestaciones, obligan a hacer el mayor esfuerzo para responder frente al cumplimiento de esta garantía, particularmente por la vía de esta Superintendencia.

En materia de compensación de riesgos, el Fondo Nacional de Salud contará con beneficios que se relacionan con la filosofía con la cual fue establecido este mecanismo de compensación, el cual opera en diversos países sin mayores traumas y permite ajustar las carteras que tiene la seguridad social pública con los seguros privados.

Manifestó, finalmente, que dada la concentración de riesgo, al Fondo Nacional de Salud en un ajuste de riesgo por sexo y edad, le producirá un beneficio que permitirá que el financiamiento de la salud no se



## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

establezca de acuerdo con los recursos de las personas, sino con sus necesidades sanitarias.

**V.- ARTÍCULOS QUE DEBEN SER CONOCIDOS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA.**

El proyecto no tiene que cumplir este trámite reglamentario, en razón de que su estudio y aprobación fue encomendado por la H. Cámara a las Comisiones de Hacienda y de Salud unidas.

**VI.- DISCUSIÓN Y VOTACIÓN EN GENERAL.**

En la discusión general se hizo presente que en la actualidad los servicios de salud, además de manejar la red asistencial y de tener labores de carácter prestador, poseen también facultades de fiscalización. Estas atribuciones fiscalizadoras como las relacionadas con el control de los establecimientos de salud, el de las profesiones médicas y paramédicas que se desarrollan en la respectiva jurisdicción, pasan de acuerdo con el proyecto de ley a ser potestad de la Secretaría Regional Ministerial.

También desaparece la potestad sobre el control de los problemas del ambiente. Así es como en la Región Metropolitana va a desaparecer el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, el cual va a pasar a depender de la Secretaría Regional Ministerial Metropolitana; los servicios de salud regionales y subregionales van a depender de la respectiva secretaría regional ministerial. Esto importa un cambio significativo, especialmente en aquellas regiones que tienen más de un servicio de salud, como la Quinta, Octava, Novena y Décima Regiones, donde se va a tener que producir un cambio bastante importante de funcionarios. Por ejemplo, en el caso de la Octava Región, el servicio de salud Ñuble dependerá de la SEREMI de Concepción. De igual manera, los servicios de salud del Biobío, de Arauco y de Talcahuano. Lo mismo se aplicará en la Quinta Región, con los servicios de salud de Valparaíso – San Antonio, de Aconcagua, y de Viña del Mar – Quillota.

En el caso del Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, que debe tener alrededor de 250 funcionarios, éstos van a pasar a la SEREMI. Lo importante es conocer las condiciones en que se van a realizar estos trasposos.

Se hizo presente que el artículo 18 señala que "cada Servicio estará a cargo de un director designado por decreto supremo del Ministerio de Salud y será funcionario de la confianza del Presidente de la República.", y que el inciso segundo establece que dicho director "será nombrado a partir de un proceso de selección público y será evaluado anualmente por el Ministerio de Salud".

Esta disposición es contradictoria, ya que por una parte se señala que se trata de un funcionario de confianza del Presidente de la República, pero que será nombrado a partir de un proceso de selección pública.

Se puso de relieve la necesidad de analizar la legislación que se propone respecto de los hospitales de autogestión en red, que estarán constituidos por aquellos establecimientos dependientes que cuenten con mayor especialización de sus recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Se destacó que el proyecto pone especial énfasis en la descentralización, como en corregir el principal defecto que tuvo el proceso de municipalización, como fue la falta de coordinación entre el sector público y el sector municipal.

De igual manera se considera altamente positivo el carácter normativo, supervisor y evaluador del Ministerio de Salud.

Se expresó en el debate no concordar primero en la creación de dos subsecretarías y, en segundo lugar, en la existencia de dos superintendencias, para un solo régimen de garantías explícitas, con igualdad de patologías, de costos y de plazos, lo que parece cuestionable, discutible y digno de un análisis exhaustivo

En el debate se resaltó en el convencimiento de que la experiencia moderna en el mundo, sobre todo después de la segunda mitad del siglo XX y de lo que va corrido del siglo XXI, ha demostrado que básicamente los derechos ciudadanos en salud se resguardan cuando existe un sector público poderoso, que está motivado e incentivado por los propósitos de mejorar la prevención, la formación de hábitos saludables, la curación y la rehabilitación cuando la enfermedad se ha presentado. Ésa es la experiencia de todos los países de Europa, sin excepción.

Se destacó que los objetivos del Gobierno se orientan a fortalecer el sector público y a tener a su cargo toda la red pública asistencial del país. Por lo anterior, se estimó muy importante que el Ministerio establezca decisiones de rectoría, de definiciones de salud pública, etcétera. Pero en ninguna parte de sus funciones aparece que estará a cargo de todos los hospitales públicos del país.

Se planteó la preocupación que surge respecto a lo dispuesto por el artículo 8º, en relación con las facultades de la "Subsecretaría de Redes Asistenciales", que tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de salud pública asociada. Se recalcó, una vez más, lo excepcional de este proyecto que crea dos subsecretarías.

Se hizo presente la necesidad de dejar muy claro el texto de la letra c) del artículo 21 B, que otorga a los directores de servicios de salud la facultad de "celebrar contratos de prestaciones de servicio con personas naturales o jurídicas, de cualquier naturaleza". Se puso como ejemplo que el director del Servicio de Salud de la Araucanía Sur podría contratar con una Isapre, que sus hospitales vendan todas las prestaciones a esa Isapre, o que las Isapres podrían comprar a los hospitales públicos servicio en camas comunes.

En lo relativo a la gestión se planteó la necesidad de crear la gerencia pública. De igual modo, se indicó que los cargos de Secretario Regional Ministerial, director del servicio, director y subdirector de hospital y jefaturas clínicas, deberían ser técnicos. Al realizar esta reforma, debe existir transparencia, ya que el proyecto de ley no se refiere claramente a la forma de designación de los cargos.

Se hizo notar que la atención primaria se encuentra actualmente a cargo de las corporaciones de salud. Es decir, son de derecho

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

privado y son ellas las que determinan las políticas en la atención. Desde el punto de vista de los concursos públicos, será muy difícil introducir estos cambios para mejorar la gestión, como también reajustar el per cápita para mejorar el financiamiento.

Se estimó que la participación ciudadana debe explicitarse, pues se está focalizando al usuario como meta. Pero, en el nivel primario, no está expresada la participación de las fuerzas vivas de la comunidad, en las corporaciones de derecho privado. Por lo tanto, la participación ciudadana debe estar expresada desde el nivel primario hasta los niveles secundario y terciario. Sin embargo, eso no está consagrado en la ley.

Se mencionó que sería importante que no sólo se postulen técnicos, profesionales y trabajadores, sino también representantes de la comunidad donde está inserto el hospital.

Se insistió en que si realizaran estos cambios, es muy importante tener referencia de los centros nacionales de derivación, sobre todo en patologías como el trauma, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. En esta materia sería importante contar con sistemas resolutivos en el norte, en el centro y en el sur del país. Eso optimizaría mucho la calidad de atención y de recursos. En ninguna parte de este proyecto de ley aparece el tema de los centros de referencia. Es muy importante tener identificadas, en algunas patologías señeras, los centros de derivación, si se pretende disponer de un buen sistema de gestión.

En el seno de las Comisiones unidas se destacó la importancia de este proyecto, ya que contiene una nueva concepción de la autoridad sanitaria y de las distintas modalidades de gestión, por lo que deben definirse claramente las diversas redes de atención.

Cerrado el debate y puesto en votación el proyecto en general, se aprobó la idea de legislar por la unanimidad de los señores diputados presentes en la sesión.

**Discusión en particular:****Artículo 1º.**

"**Artículo 1º.-** Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:

**Nº1. Sustituye el artículo 4º por el siguiente:**

"*Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Gobierno. Además, le corresponderá desempeñar las siguientes funciones:*

*1.- Ejercer la rectoría del sector salud, lo cual comprende, entre otras materias:*

*a) La formulación, control y evaluación de políticas de Estado en materia de salud.*

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

- b) *La definición de objetivos sanitarios nacionales.*
  - c) *La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.*
  - d) *La coordinación y cooperación internacional en salud.*
- 2.- *Definir las normas sanitarias, en aspectos tales como autorizaciones sanitarias; saneamiento básico; calidad de los alimentos; sobre medio ambiente, de acuerdo con la ley N° 19.300; ambiente laboral; y en lo referente a todas aquellas materias reguladas y sancionadas por el Código Sanitario.*
- 3.- *Fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley, a través de la Secretaría Regional Ministerial respectiva, y que no estén encomendadas a otros organismos.*
- 4.- *Definir las normas y efectuar la medición y monitoreo nacional de la situación de salud y de vigilancia de salud pública.*
- 5.- *Recopilar y generar información en materia de salud y de gestión en salud.*
- 6.- *Formular el presupuesto sectorial.*
- 7.- *Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGE", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.*
- 8.- *Establecer las normas, procedimientos y el sistema de medición y acreditación de la calidad de atención en todos los niveles de complejidad del sector.*
- 9.- *Definir políticas destinadas a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la atención de salud y reglamentar los mecanismos de reclamo y apelación que serán implementados por la Secretaría Regional Ministerial respectiva.*
- 10.- *Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas y planes de salud, especialmente en lo relativo a su eficiencia, eficacia y calidad.*
- 11.- *Definir políticas que promuevan la participación de las personas en las diferentes instituciones del Sistema.*
- 12.- *Fijar las políticas y normas de inversión en*

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

*infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.*

13.- *Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, tanto en el nivel regional como nacional, y*

14.- *Las demás que le confieran las leyes y reglamentos."*

Se presentaron las siguiente indicaciones:

- Del Ejecutivo, para agregar, en la letra a) del N° 1, a continuación de las palabras "políticas de Estado", la siguiente expresión, precedida de una coma (,): **"planes y programas generales"**.

Indicación de las señoras Cristi y Tohá y de los señores Aguiló, Cornejo, Jaramillo, Lagos, Letelier, don Felipe; Lorenzini, Ojeda, Olivares, Ortiz, Quintana y Robles, para consignar, en el número 1, **la siguiente letra e), nueva:**

**"e) Dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas al sistema, de acuerdo con las políticas fijadas."**

De las mismas señoras y señores diputados para anteponer el siguiente párrafo en el número 2:

**"2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas. Asimismo, dictar normas sanitarias en aspectos tales como autorizaciones sanitarias; saneamiento básico; calidad de los alimentos; sobre medio ambiente, de acuerdo con la ley N° 19.300; ambiente laboral; y en lo referente a todas aquellas materias reguladas y sancionadas por el Código Sanitario."**

Sin debate, puestas en votación ambas indicaciones,  **fueron aprobadas por unanimidad.**

-----

Se deja constancia de que el Ejecutivo presentó en la sesión 10ª del día 4 de septiembre de 2002, sendas indicaciones considerando las ideas contenidas en las presentadas por los parlamentarios antes mencionados integrantes de las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud con el objeto de obviar cualquier problema de admisibilidad.

-----

3.- En la discusión, en relación con este número, se consultó si fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley, a través de la Secretaría Regional Ministerial respectiva, comprende a todos los actos que el Ministerio desarrolla.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) expresó que este número tiene su fundamento en que el Ministerio de Salud no fiscaliza, sino que lo hace a través de otros entes dependientes o independientes, como el Instituto de Salud Pública u otro organismo de este tipo.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Insistió en que esta disposición constituye una norma esencial de este proyecto en razón que delega funciones en las secretarías regionales ministeriales. Es importante dejar establecidas las funciones que por esta ley les están siendo dadas, porque hay otros organismos e instituciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud e instituciones autónomas que también tienen la función de fiscalización, como lo son el Fondo Nacional de Salud o el Instituto de Salud Pública. Esa es la idea central de este numeral.

Cerrado el debate y puesto en votación el número 3 del artículo 4º nuevo, **fue aprobado**, en los mismos términos, **por mayoría de votos**.

Los números 4 y 5, **fueron aprobados**, sin debate, **por unanimidad**,

Del Ejecutivo, para sustituir el número 6 por el siguiente:

**6.- Formular el presupuesto sectorial a nivel de cada órgano y servicio que integre el Sistema.**

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) expresó que la indicación del Ejecutivo recoge la de los Diputados y precisó que no sólo hay servicios dependientes del Ministerio, sino también órganos que son autónomos. Por ello, en la redacción no se puede hacer referencias sólo a los "servicios".

En el seno de la Comisión se consideró que la explicación del Ministro era acertada y que responde al objetivo perseguido con la indicación.

Puesta en votación la indicación la indicación que sustituye el número 6 del artículo 4º, **fue aprobada por unanimidad**.

Los números 7, 8 y 9, no fueron objeto de indicaciones. Puestos en votación, fueron aprobados por unanimidad, en los mismos términos propuestos.

Puesto en discusión el número 10, el señor Bayo presentó la siguiente indicación:

Para eliminar la conjunción "y" que figura después del vocablo "políticas" e intercalar la expresión "y programas", entre el término "planes" y la preposición "de"

El Ejecutivo presentó indicación para añadir, a continuación de "planes y programas", el vocablo "generales".

La diputada señora Tohá y los diputados señores Palma y Robles formularon indicación para agregar, a continuación de la palabra "eficacia", el término "calidad".

Sin debate, puesto en votación el número 10 con las indicaciones, **fue aprobado por unanimidad**.

Los números 11, 12, 13 y 14, **fueron aprobados** en los mismos términos **por unanimidad**.

Puesto en votación el número 1), **fue aprobado por asentimiento unánime**.

**Nº2. Intercala un artículo 4º bis, nuevo.**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

*"Artículo 4º bis.- La fiscalización que realice el Ministerio de Salud la ejecutará a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de las facultades que le competan a la Superintendencia de Garantías en Salud, a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y al Instituto de Salud Pública.*

*La inspección o verificación del cumplimiento de las normas, podrá ser delegada en terceros debidamente calificados para cumplir tales funciones."*

Se presentaron las siguientes indicaciones:

El Ejecutivo presentó las siguientes indicaciones que contienen las ideas de otras presentadas por diversos señores diputados:

a) Para reemplazar, en el inciso primero, la expresión "a la Superintendencia de Garantías en Salud, a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y al Instituto de Salud Pública", por la siguiente, precedida de una coma (,): **"por ley, a otros organismos públicos"**.

b) Para reemplazar, en el inciso segundo, la expresión "calificados para cumplir tales funciones" por la siguiente: **"acreditados conforme al reglamento respectivo"**.

Puestas en votación las indicaciones antes señaladas,  **fueron aprobadas por mayoría de votos.**

Por igual votación, **se declaró** aprobado el numeral 2.

**Nº3. Sustituye el artículo 5º.**

*"Artículo 5º.- El Ministerio de Salud está integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública, y las Secretarías Regionales Ministeriales.*

*El Ministerio estará organizado en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.*

*El Ministro de Salud, mediante decreto, determinará la estructura y organización interna del Ministerio y asignará las funciones y atribuciones específicas que correspondan a cada uno de los niveles jerárquicos existentes."*

Se presentaron las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para sustituirlo por el siguiente:

**"Artículo 5º.- El Ministerio de Salud estará integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública, y las Secretarías Regionales Ministeriales.**

**El Ministerio estará organizado en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.**

**El Ministro de Salud, mediante decreto, determinará la estructura y organización interna del Ministerio y asignará las funciones y atribuciones específicas que correspondan a cada uno de los niveles jerárquicos existentes.**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

b) Del Diputado señor Bayo, al inciso primero, para reemplazar la frase **"las Subsecretarías de Redes Asistenciales; la Subsecretarías de Salud pública"** por **"el subsecretario"**.

c) De la Diputada señora Mella y de los Diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo, Escalona, Lagos; Letelier, don Felipe; Lorenzini, Olivares, Ortiz, Robles, y Rossi, para agregar, en el inciso final, a continuación del punto final (.), el siguiente párrafo: **"Dicho decreto deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de diseño de políticas y planes en el ámbito de la salud de las personas y el ambiente, financieras e inversiones en el Sistema, gestión de recursos humanos, regulación, epidemiología, estadísticas y auditoría"**.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) expresó que, en consideración a las nuevas atribuciones que se otorgan a esa Secretaría de Estado en materias tan importantes como la rectoría y la regulación, es fundamental que exista una subsecretaría que se preocupe de la salud pública y la fiscalización, pero también, en igualdad de condiciones y de relevancia, debe existir otra capaz de coordinar las redes asistenciales, pues ha existido un esfuerzo importante para centralizar el aparato productor de servicios de salud del Estado, pero varias de estas redes sobrepasan a cada servicio de salud y a cada región, ya que muchas personas requieren de servicios especializados que deben ser realizados en otros establecimientos. Insistió en que la práctica ha indicado que, en la medida en que se fortalece la capacidad de coordinar a los distintos servicios de salud, se contribuye a la solución de los problemas de las personas. Existen numerosos ejemplos de ello, como el programa de Infecciones Respiratorias Agudas, IRA, en el cual justamente la capacidad de coordinar ha sido esencial para su buen éxito.

Agregó que, si no existe capacidad de coordinar por sobre los servicios de salud, difícilmente se podrán solucionar los problemas que afectan actualmente a las personas, como lo es el caso de la Posta Central de Santiago. Por ello, reiteró que se requiere de una autoridad con facultades que permita favorecer la solución de los problemas de los pacientes más allá de cada servicio de salud. Destacó que se están clarificando roles, funciones y responsabilidades por lo que al Ejecutivo le parece esencial, para preservar el papel prestador del Estado en términos eficaces, efectivos y eficientes, la existencia de estas subsecretarías como son la de salud pública y la de red.

Respecto de la indicación signada con la letra b), su autor, el señor Bayo señaló que ella se fundamenta en las siguientes razones. La primera es que le parece contradictorio que en un proyecto de ley y, en especial, en una reforma que, en su conjunto, trata de descentralizar los problemas de salud, asignando atribuciones y responsabilidades a los secretarios regionales ministeriales y a los jefes de servicios, lo que conlleva precisamente a establecer diferentes tipos de funciones para determinar y fortalecer las acciones normativas, supervisoras y de evaluación del Ministerio, y que ha costado mucho conseguir, se pretenda, precisamente, establecer dos subsecretarías, claro ejemplo de centralización. En definitiva, reitera que le parece contradictorio que con esta norma se fortalezca el nivel central.



## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Añadió que del análisis de las funciones que se les asignarían a cada uno de los subsecretarios no hay duda de que existe una diferencia de peso entre quien tiene atribuciones respecto de las redes asistenciales y aquel que tiene que ver lo relacionado con la salud pública. Destacó que el subsecretario de salud pública tendrá a su cargo el funcionamiento y el régimen interno del ministerio y, además, le corresponderá coordinar todo lo relacionado con las funciones de regulación y fiscalización del sector salud. De manera tal que se tendrá un subsecretario con una gran carga de trabajo y con todo el aparato administrativo que ello conlleva, y otro dedicado a controlar y supervigilar el funcionamiento interno del ministerio y las acciones de la salud pública que en muchas regiones se ha encomendado por largos años a una enfermera con formación en salud pública, lo que se hace en forma tremendamente eficiente.

Consultó, finalmente, de cuál Subsecretaría van a depender los secretarios regionales ministeriales. Asimismo, si se va a tener un subsecretario de mayor categoría, quien será el contralor, administrador de las secretarías regionales ministeriales, y otro, de menor categoría, que no tendrá esta atribución.

En el debate se hizo presente que se podrían comprender las razones por las cuales justificar la creación de otra subsecretaría que tendría como función primordial la de coordinar las redes asistenciales dentro del marco de la reforma de salud, donde, básicamente, existirá un plan denominado Auge que ofrecerá determinada cantidad de garantías que buscan hacer más eficiente el sistema estatal, coordinar adecuadamente las prestaciones de éste con el sector privado y generar mayor eficiencia. Sin embargo, se estimó que también es bueno que se tengan presentes las funciones que actualmente están asignadas al Fondo Nacional de Salud, Fonasa, que tiene la responsabilidad de llevar adelante muchas de estas acciones. Además, se debería considerar la última modificación legal que otorgó la posibilidad de destinar hasta el 10 por ciento del presupuesto del Fondo Nacional de Salud para contratar servicios con el sector privado en caso de que el sector público no los pueda otorgar.

Así es como uno de los aspectos de eficiencia que busca la reforma estará a cargo de Fonasa, el cual deberá hacer cumplir la garantía en conjunto con un segundo organismo que se estaría creando y que es motivo de discusión en la ley Auge en la Comisión de Salud, cual es la creación de una nueva Superintendencia de Garantías en Salud. Sobre el particular, se hace constar que varios diputados son de la opinión de que debe haber una sola superintendencia. No obstante, se está creando una nueva instancia del Estado que va a ser el organismo donde podrán reclamar los beneficiarios del sistema público y privado que no vean cumplida de manera adecuada su garantía, además de contar con el Instituto de Salud Pública y con los Secretarios Regionales Ministeriales.

Entonces, hay que considerar que cuando se empiezan a desglosar cuáles son los organismos del Estado llamados a intervenir, no aparece claramente establecida la justificación de crear una nueva

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

subsecretaría para que coordine a instancias que están descoordinadas entre sí, en las cuales no ha existido claridad o un adecuado mecanismo de concursos públicos para colocar a las personas idóneas. Se puso énfasis en que las controversias que han existido en el sector salud en el último tiempo están situadas entre los ministros de Salud y de Hacienda, porque los recursos son insuficientes o porque uno de ellos maneja los recursos y el otro no. Pero ese conflicto no se soluciona con la creación de una nueva subsecretaría. Asimismo, tampoco se solucionan los problemas que han existido entre los directores de hospitales con los funcionarios bajo su dependencia.

Además, la existencia de una nueva subsecretaría tampoco aborda ni soluciona los problemas que existen y existirán en lo futuro entre los secretarios regionales ministeriales y los Intendentes, ya que, si bien los primeros dependen administrativamente del Ministerio de Salud, ejecutivamente lo son del intendente.

Por ello, se estimó que las instancias que existen más las nuevas atribuciones que se han otorgado al Fonasa, más una adecuada coordinación hacen que la posibilidad de crear una nueva subsecretaría con estas características no sea un tema determinante en el éxito de la reforma. Se entiende que puede haber argumentos por parte del ministro en cuanto a que ella podría ayudar; pero, al final, se debe considerar que, al incorporar nuevos elementos de administración, éstos podrían entorpecer la coordinación, más que ayudar a su éxito.

Finalmente, en el seno de la Comisión se expresó que la creación de una nueva subsecretaría posibilitará separar funciones y simplificar la labor de la actual subsecretaría. Se destacó que los que han sido partícipes del sistema, en calidad de ex directores de un Servicio de Salud, pueden dar fe de las complejidades que afronta el Subsecretario para cumplir su función y del recargo que tiene la subsecretaría, al deber que manejar la totalidad de la red asistencial pública y todos los elementos de fiscalización, adecuar toda la normativa vigente y manejar los planes y programas, que implican una cantidad gigantesca de trabajo y de labores, para lo cual un subsecretario es realmente insuficiente.

Por ello, se estimó enteramente razonable que esta subsecretaría se abra en dos: una, para manejar la red asistencial a lo largo y ancho de nuestro país, como las redes de atención primaria, secundaria y terciaria y de especialidades, y otra que se preocupe del establecimiento de normas y de fiscalización, lo cual simplemente implica adecuar la situación actual a una real reforma.

Se insistió en que, para manejar la reforma de la salud, hacerla más flexible y operativa y fortalecer al sector público de salud, es básico y elemental crear esta apertura de la actual subsecretaría en dos, porque ello significará dar mucho mejor atención por parte del subsecretario de redes a toda la red asistencial, especialmente en todo lo que dice relación con coordinar la atención primaria con la secundaria y terciaria, en lo cual existe gran desvinculación entre los distintos niveles de atención de salud,

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

fundamentalmente, en el sistema de referencia y contrarreferencia al interior de cada una de las regiones.

Cerrado el debate y sometida a votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con la letra b), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con la letra c), **fue aprobada por unanimidad.**

Puesto en votación el artículo, **fue aprobado por mayoría de votos.**

**N° 4. Modifica el artículo 6°.**

Sin debate y **por mayoría de votos, fue aprobado** el número 4, que propone *derogar el inciso final del artículo 6° del decreto ley N° 2.763, de 1979.*

**N° 5. Suprime el artículo 7°.**

Sin discusión y **por mayoría de votos, fue aprobado** el N° 5, que *suprime el artículo 7° del decreto ley N° 2.763, de 1979.*

**N° 6. Modifica el artículo 8°.**

**"a)** *Reemplánse los incisos primero y segundo por el siguiente:*

*"Artículo 8°.- La Subsecretaría de Redes Asistenciales tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de salud pública asociadas a las prestaciones individuales, tales como la alimentación complementaria y vacunaciones, y las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud."*

**b)** *Derógase el inciso final."*

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para reemplazar los incisos primero y segundo por el siguiente:

**"Artículo 8°.- La Subsecretaría de Redes Asistenciales tendrá a su cargo la coordinación y control del Sistema y de todo lo relacionado con la provisión de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud, salvo en las materias que sean de la competencia de la Subsecretaría de Salud Pública."**

b) Del Diputado señor Bayo, para reemplazar los incisos primero y segundo por el siguiente:

**"El Subsecretario tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de salud pública asociadas a las prestaciones individuales, tales como la alimentación complementaria y vacunaciones y las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud."**

INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

c) Del Ejecutivo, para modificar el inciso tercero, que ha pasado a ser segundo, del siguiente modo:

**I.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto y coma (;) la conjunción "y".**

**II.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción "y" con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).**

**III.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

d) Del Ejecutivo, para sustituir el inciso final por el siguiente:

**"La Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá contar con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de las acciones de salud del Sistema."**

Respecto de la indicación signada con la letra b), su autor, el señor Bayo, hace presente que ella concuerda con otra que fue rechazada. En todo caso, desea que quede constancia de ello a fin de que sea considerada en las instancias posteriores de la tramitación legislativa.

Sin debate, sometida a votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada, por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con la letra b), **fue rechazada**, sin discusión, **por mayoría de votos.**

Respecto de la indicación del Ejecutivo que suprime los dos párrafos de la letra d), se expresó en el debate que se está eliminado todo lo relacionado con la administración del financiamiento de las prestaciones por tanto, es necesario conocer los fundamentos del Ejecutivo para tomar esta determinación.

Se insistió en que una de las atribuciones importantes que la Subsecretaría siempre ha tenido es la relacionada con la administración de las prestaciones. En el caso del Régimen de Garantías en Salud, ello adquiere mayor relevancia, en razón de que el Subsecretario tiene que velar por que las prestaciones, tanto las garantizadas como las no garantizadas, sean efectivamente prestadas a las personas.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) responde que las funciones de control y gestión y la de política sanitaria son distintas y, por tanto, ambas tienen una traducción financiera. La Subsecretaría de Salud Pública es, por así decirlo, la continuadora de la antigua División de Presupuesto del Ministerio de Salud, y es la que tiene que seguir con las políticas sanitarias, tarea distinta a la de control y gestión. Por lo tanto, se estimó de toda lógica que esas responsabilidades quedaran plenamente separadas.

Cerrado el debate y puestas en votación las indicaciones, signadas con la letras a), b), c) y d) **fueron aprobadas por mayoría de votos.**

Puesto en votación el numeral 6, **fue aprobado por mayoría de votos.**

**N° 7. Sustituye el artículo 9°.**

*"Artículo 9°.- La Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio.*

*A dicha Subsecretaría le corresponderá coordinar todo lo relacionado con las funciones de regulación y fiscalización del sector salud, salvo en las materias que sean de competencia de la Subsecretaría de Redes Asistenciales."*

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para sustituirlo por el siguiente:

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

**"Artículo 9º.- La Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con:**

**1.- Las funciones de regulación y fiscalización del sector salud.**

**2.- Las acciones de salud pública.**

Para los efectos de lo dispuesto en este número, a la Subsecretaría le corresponderá, entre otras cosas, administrar el financiamiento de las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de cobertura nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, sin consideración a la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie. Para el cumplimiento de lo señalado, la ley de Presupuestos deberá contemplar los montos parciales y totales que se destinarán a cada una de ellas.

El Subsecretario estará facultado para requerir las correcciones que sean necesarias cuando, de oficio o por presentación de reclamo, detecte incumplimiento de la normativa que rija a las prestaciones y actividades indicadas en el inciso anterior. La dictación de estas normas se entenderá sin perjuicio de las modificaciones o innovaciones que apruebe en relación con las iniciativas que, con fines de mejoramiento de calidad o eficiencia, le sean propuestas.

Asimismo, la Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio.

La Subsecretaría de Salud Pública contará con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de sus funciones."

b) Del Diputado señor Bayo, para sustituirlo por el siguiente:

**"Artículo 9º.- El Subsecretario tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y le corresponderá coordinar todo lo relacionado con las funciones de regulación y fiscalización del sector salud."**

En el debate se hizo presente que esta disposición es la misma que figura en el texto de la ley N° 19.650, que introdujo modificaciones en diversas normas del área de la salud y, en especial, en las que tenían relación con el Fondo Nacional de Salud en lo cual se otorgó al Subsecretario de Salud esta misma función.

Por otra parte, se expresó que esta indicación otorga a la Subsecretaría de Salud Pública facultades para realizar las acciones de salud pública, lo que implica administrar el financiamiento, coordinar, restringir, corregir y comprobar su incumplimiento. Sin embargo, es necesario conocer las razones por las cuales en esta indicación se hace una enumeración tan exhaustiva y un desarrollo tan extenso de dichas facultades.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) precisó que lo único que se está haciendo con esta indicación es repetir la norma ya aprobada por

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

el Parlamento en los mismos términos. Se está haciendo mediante indicación, por cuanto se está reparando una omisión.

Puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con la letra b), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesto en votación el número 7, **fue aprobado por mayoría de votos.**

**Nº 8. Sustituye el artículo 10.**

*"Artículo 10.- Corresponderá a cada Subsecretaría, dentro de su competencia, ejercer las siguientes atribuciones:*

*a.- Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del Sistema, y coordinar su ejecución por los organismos que integran dicho Sistema;*

*b.- Impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma que garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de manera integral, eficiente y uniforme; y*

*c.- Ejercer las demás funciones que le asignan las leyes y reglamentos."*

Se presentaron las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para reemplazar la letra a) por la siguiente:

**"a) Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del sector salud; y coordinar su ejecución por los organismos que integran el Sistema;"**

b) Del Diputado señor Bayo, al artículo 10, para sustituirlo por el siguiente:

**"Artículo 10.- Asimismo, corresponderá al Subsecretario:**

**a) Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del Sistema, y coordinar su ejecución por los organismos que integran dicho sistema;**

**b) Impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma que se garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de manera integral, eficiente y uniforme, y**

**c) Ejercer las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos."**

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada, por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con la letra b), **fue rechazada, por mayoría de votos.**

Antes del cierre de la votación, se solicitó dejar constancia de que la votación en contra de la aprobación de las indicaciones y de los

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

numerales es consecuente con la posición en contra de la creación de otra subsecretaría.

Puesto en votación el número 8, **fue aprobado, por mayoría de votos.**

**N° 9. Deroga los artículos 11, 12 y 13.**

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) señala que la supresión de estos artículos concuerda con la idea de dejar en la ley sólo las funciones genéricas y con ello dar la posibilidad de que, en lo sucesivo, el Ministerio de Salud mantenga sus funciones y se pueda ir adaptando a los requerimientos de los tiempos.

Se hizo presente que es importante aclarar que el artículo 5° señala que el Ministerio estará organizado en divisiones, departamentos, secciones y oficinas.

Asimismo, se solicitó dejar constancia de las aprensiones en esta materia, en orden a que no se deja establecido en la ley que estas funciones deben existir siempre. Además, de que este criterio de flexibilización no haya sido aplicado a la subsecretaría.

Cerrado el debate y puesto en votación el numeral 9, **fue aprobado por unanimidad.**

**N° 10. Modifica el artículo 14.**

*"a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con las palabras "el que deberá" y termina con la expresión "siguientes:", por: "sin perjuicio de las oficinas provinciales o locales que pudieran requerirse."*

*b) Suprímense los literales desde la letra a) a la j).*

Sin debate, puesto en votación este numeral, **fue aprobado por mayoría de votos.**

**N° 11. Intercala, a continuación del artículo 14, los artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D, 14 E, 14 F, 14 G y 14 H.**

En consideración con la complejidad e importancia de las disposiciones, se acuerda proceder a la votación y discusión de los artículos en forma separada.

**Artículo 14 A.**

*"Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.*

*El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la salud pública."*

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) De los Diputados Accorsi y Robles, para agregar, en el inciso segundo, a continuación de las palabras "**profesional universitario**", la frase "**del área de la salud**".

b) Del Ejecutivo, para agregar, en el inciso segundo, antes del punto final (.), la siguiente frase, precedida de una coma (,): "**de acuerdo con lo que señale el reglamento**".



## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

En el debate se enfatizó que la primera indicación implica un cambio de fondo respecto de lo propuesto en el proyecto, ya que limita el campo de los profesionales que puedan desempeñar el cargo de Secretario Regional Ministerial de Salud sólo a aquellos que tengan relación con el área de la salud. Ello es incompatible con la tendencia actual, en que existen personas que, sin poseer títulos ligados a un área determinada del conocimiento, poseen la experiencia necesaria para desempeñar determinados cargos. En ese sentido, se estima que no se debe aprobar la indicación signada con la letra a).

Una opinión en contrario se expresó en el sentido de que para desempeñar este cargo en lo dice relación con la salud, se debe poseer cierta experiencia en ese campo, sobre todo si se consideran las nuevas atribuciones que se le están asignando. Si no posee acabados conocimientos en salud acreditados en ese ámbito, difícilmente podrá asesorar bien al intendente. Por lo anterior, quiere decir que una enfermera, una matrona o una persona especializada en salud pública, perfectamente puede asesorar al intendente. Se recalcó que lo único que se pretende es que el Seremi sea un profesional de la salud. No se está haciendo distinción con respecto a que otros profesionales puedan desempeñarse en el área de la gestión, por ejemplo.

Se añadió, además, que existen innumerables ejemplos de personas con títulos de abogado, ingeniero, o de médico veterinario que poseen vasta experiencia laboral y de estudios de posgrado en el área de la salud que pueden perfectamente cumplir las funciones de asesorar al Intendente en estas materias. La más importante es la de liderar el proceso de reforma en la región.

También se destacó que la indicación en debate tiene por finalidad no restringir la experiencia, los conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito público, ya que podría tratarse de un profesional con amplia experiencia en salud, pero en el ámbito privado.

En un prolongado debate se destacó que no existe ninguna norma sectorial que establezca requisitos para el nombramiento de un secretario regional ministerial, que es de la exclusiva confianza del Presidente de la República. Él determinará a quién nombra y por qué lo nombra. Se supone que no se va a equivocar en una cuestión tan importante.

Se insistió en que no se puede restringir el nombramiento de Secretario Regional Ministerial de Salud a determinadas profesiones de la salud, sino que lo que debe validarse es que la persona tenga experiencia y trayectoria en el área. Esta cuestión está bien recogida en el artículo propuesto.

Cerrado el debate y sometida a votación, la indicación signada con la letra a), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con la letra b), **fue aprobada por unanimidad.**

**Artículo 14 B.**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

*"Artículo 14 B.- La organización de la Secretaría Regional Ministerial será definida por resolución del Ministerio de Salud.*

*Sin perjuicio de lo anterior, existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo, cuyas funciones e integrantes, que no serán remunerados, se determinarán por decreto del Ministerio de Salud."*

Se presentaron las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para sustituir, en el inciso primero, la palabra "resolución" por **"decreto"**.

b) Del Diputado señor Bayo para sustituir, en el inciso primero, la palabra "resolución" por **"decreto supremo"**.

c) De los Diputados Accorsi y Robles, para reemplazar, en el inciso primero, la frase "resolución del Ministerio de Salud" por **"resolución del respectivo secretario regional ministerial"**.

d) Del Ejecutivo, para intercalar, a continuación del inciso primero, el siguiente inciso segundo, pasando el actual a ser tercero:

**"Dicho decreto deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de inspectoría en materias sanitarias ambientales y de calidad de los prestadores; salud pública; epidemiología, y acreditación de establecimientos de salud."**

e) Del Ejecutivo, para reemplazar el inciso segundo, que ha pasado a ser tercero, por los siguientes incisos tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo y octavo, nuevos:

**"Sin perjuicio de lo anterior, existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señale esta ley, el reglamento y las que el Secretario Regional Ministerial le someta a su consideración.**

**El Consejo Asesor estará integrado por:**

**1.- Los directores de los Servicios de Salud correspondientes;**

**2.- Dos alcaldes o quienes los representen para estos efectos, elegidos por los alcaldes de la región;**

**3.- Un representante de los colegios profesionales del área de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;**

**4.- Un representante de los trabajadores del área de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;**

**5.- Un representante de las agrupaciones de usuarios de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;**

**6.- Un representante de las juntas de vecinos de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;**

**7.- Un representante de las agrupaciones de las entidades productivas o del comercio de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

**8.- Un representante de la Comisión Regional del Medio Ambiente, elegido por ésta;**

**9.- El Secretario Regional Ministerial de Educación; y**

**10.- Un representante de las universidades o centros de formación superior de la región, si existieren, elegido en la forma que señale el reglamento.**

**El Consejo podrá realizar consultas adicionales a las instancias que estime pertinentes.**

**Los integrantes del Comité Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.**

**Corresponderá al Ministerio de Salud definir, para cada región, el número de representantes a que se refieren los numerales 3, 4, 5 y 6, teniendo en cuenta, entre otras variables, el número de habitantes de la región.**

**El reglamento señalará el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento.”**

Respecto de la indicación signada con la letra a), se solicitó aclaración respecto de los alcances de las expresiones “resolución”, “decreto”, “decreto supremo” y “resolución del secretario regional ministerial”.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) precisó que la indicación del Ejecutivo tiene por propósito concordar esta disposición con las normas de la ley orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, la que contiene normas muy específicas en todas las materias que tienen relación con los gobiernos regionales y las secretarías regionales ministeriales. Por lo tanto, lo que corresponde legalmente usar es la palabra “decreto”.

Puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por unanimidad.**

Se hizo presente que la indicación signada con la letra b), se daba por rechazada, al haber sido aprobada por unanimidad la anterior.

El señor Presidente declaró **inadmisible** la indicación de los señores Accorsi y Robles, signada con la letra c)

En el debate de la indicación signada con la letra d), se destacó que esta indicación del Ejecutivo otorga al Secretario Regional Ministerial funciones de inspectoría en materias sanitarias, ambientales, además de otras, con lo cual se otorgan al Secretario Regional Ministerial funciones ejecutivas.

Se hace presente que, actualmente, las secretarías regionales ministeriales no tienen dichas funciones, sino que ellas son realizadas a través de las direcciones de los servicios de salud.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) informa que el Ejecutivo al formular esta indicación, tiene como propósito que las funciones relacionadas con el cuidado, fomento y prevención de la salud de la población de un territorio queden radicadas en el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo y las que dicen relación con la salud de las personas y el

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

otorgamiento de prestaciones, es decir, aquellas relativas al rol de prestadores, correspondan al Director del Servicio de Salud.

Destaca que todas las materias que tengan que ver con la calidad de vida y la salud de la población deben estar señaladas en el decreto que define la organización de esta secretaría regional ministerial. Así se establece al señalar que la función de inspectoría será de competencia del Secretario Regional Ministerial, ya que se pretende que el responsable tenga una amplia visión de los distintos problemas que competen a la región, como lo son las materias sanitarias, la calidad de vida, la epidemiología, la acreditación y el ambiente. Todas ellas son situaciones que no deben separarse unas de otras. Separarlas sería mutilar algo imposible de cercenar, dado que el ser humano vive en sociedad y en un entorno medioambiental y todos estos aspectos afectan su calidad de vida, su salud, de manera que el secretario regional tiene la responsabilidad de velar por todas estas cosas, por lo que debe contar con las atribuciones para que esta función se pueda cumplir debidamente.

Por otra parte, se expresó en contrario que, en el decreto a que alude el nuevo inciso segundo, se debe considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de inspectoría, por cuanto aquí aparecen como acciones de tipo ejecutivo, en circunstancias que corresponden a acciones de tipo normativo, de supervisión y de evaluación, que ya están consignadas y aprobadas en el artículo 14.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con la letra d), **fue aprobada por mayoría de votos.**

En el debate de la letra e) se mencionó, por un sector de la sala, que, en general, se manifestaba de acuerdo con la composición del Consejo Asesor. Pero, a la vez, tenía dudas respecto del representante de las agrupaciones de usuarios de la salud de cada región, ya que estimaba que son pocas las organizaciones que puede haber en el país y que ha costado que se organicen. De igual manera, se desconoce que exista alguna asociación que represente a los usuarios del sector público. En todo caso, se consideró que es una buena idea, pero de difícil aplicación práctica.

En segundo lugar, se destacó la falta de, al menos, un representante de los prestadores de la salud privada de cada región. Con el objeto de salvar esta omisión, se anunció la presentación de una indicación en tal sentido, ya que ello cerraría el ciclo completo de quienes podrían asesorar al secretario regional ministerial, más aun si éste va actuar sobre el sector privado, al menos en lo que al plan Auge se refiere.

Por otra parte, en el seno de la Comisión se compartió la proposición sobre la composición del Consejo Asesor. Pero se objetó que sus integrantes no fueran remunerados, porque se trata de un consejo que, en general, ejecutará funciones consultivas o de asesoría, las cuales, además, son relevantes para el desempeño de la secretaría regional ministerial, Se añadió que la experiencia indica que, cuando son cargos *ad honórem*, es poco lo que se puede exigir. Si realmente se valora la función y se cree importante que exista, debería remunerarse a los integrantes. Si sólo se establece para dar

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

una señal de participación, sin que tenga mayor relevancia su actuación, lo mejor sería que no existiera. Por las razones expuestas, se solicitó votar en forma separada el inciso sexto.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) expresó que las organizaciones de usuarios, existen actualmente en el país debidamente formalizadas, por lo que se las va a estimular, ya que ellas tendrán una participación preponderante, a fin de asegurar el adecuado nivel de control social que se quiere en el modelo que se está construyendo.

Respecto de la participación de un representante del sector prestador privado, acotó que se había pensado que esos prestadores también estuvieran representados a través del director de la red. Pero que, si la Comisión estima que es conveniente que participen en el Consejo Asesor, no existe ninguna objeción en tal sentido.

En relación con la posibilidad de que los integrantes del Consejo reciban remuneración, expresa que el Ejecutivo no es partidario de esa proposición y que, por lo tanto, no está en condiciones de asegurar el patrocinio para esa indicación.

Finalmente, se hizo presente que existiría un problema de redacción entre lo que establece el inciso cuarto, que señala que "el consejo asesor estará integrado" y lo dispuesto en el inciso séptimo, que establece que "corresponderá al Ministerio de Salud definir, para cada región, el número de representantes a que se refieren los numerales 3, 4, 5 y 6, teniendo en cuenta, entre otras variables, el número de habitantes de la región". Por lo anterior, se solicitó la aclaración de este punto.

Cerrado el debate, se presentaron las siguientes indicaciones:

1) Del Diputado señor Von Mühlenbrock, al N° 2, para eliminar las palabras **"o quienes los representen para estos efectos"**.

2) Del Diputado señor Dittborn, al número 5, **para suprimirlo.**

3) De los Diputados señores Bayo, Masferrer y Melero, **para agregar el siguiente N° 5, nuevo:**

**"5.-Un representante de los prestadores privados de salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento."**

4) Del Diputado señor Bayo, al número 9, para agregar, la siguiente frase final **"o su representante"**.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) fundamenta la indicación del Ejecutivo para reemplazar el inciso segundo, que ha pasado a ser tercero, en que se consideró conveniente dejar explícita en la ley la composición del Consejo Asesor, quedando encomendado al reglamento sólo la forma de elegir a determinados integrantes.

Asimismo, reitera que es necesario estimular a las agrupaciones de usuarios que hoy existen y que es importante que se considere su participación en este tipo de entidades. El Ejecutivo no tiene ninguna observación ni objeción a la indicación propuesta por el Diputado señor Melero.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Se consultó si existe un plazo para dictar el reglamento que permitirá la elección de representantes al Consejo Asesor.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) respondió que no está establecido, pero que, para la historia de la ley, desea que se deje constancia de que asume el compromiso de publicarlo en un plazo no superior a 180 días, no sólo este reglamento en especial, sino que todas aquellas materias reglamentarias.

Sometidos a votación los numerales 1, 3, 4, 6, 7 y 8 **fueron aprobados por unanimidad.**

Puesta en votación la indicación signada con el número 1, **fue aprobada, por mayoría de votos.**

El Diputado señor DITTBORN fundamentó su indicación señalando que no justifica la participación de los usuarios en el Consejo Asesor, por cuanto constituyen una parte demasiado interesada y poco objetiva, ya que presionarán por mayores servicios en relación con la patología a la que representen si se trata de una organización que corresponda a enfermos o familiares de pacientes. Piensa que no se les puede pedir objetividad ni que sean un aporte real en estas materias, por tratarse de una parte demasiado interesada en la organización y orientación de ese Consejo. En definitiva, no cree que sea prudente que sean parte del Consejo Asesor.

Sometida a votación la indicación signada con el número 2), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con el número 3, **fue aprobada por mayoría de votos.**

El Diputado señor BAYO fundamentó su indicación señalando que ella tiene por objeto asegurar la participación de un representante de la Secretaría Ministerial de Educación en el Consejo Asesor, para que este funcione en los términos que el señor Ministro desea.

Puesta en votación la indicación signada con el número 4, se contabilizaron 9 votos a favor, 8 en contra y una abstención. Por no haberse reunido el quórum reglamentario, repetida la votación, **fue aprobada, por unanimidad.**

Accediendo a la solicitud del Diputado señor Rossi, se procede a la votación del inciso sexto en forma separada, **fue aprobado, por mayoría de votos.**

**Artículo 14 C.**

*"Artículo 14 C.- Las Secretarías Regionales Ministeriales tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud, a través de las respectivas Subsecretarías:*

- 1.- Representar al Ministerio de Salud en la Región.*
- 2.- Colaborar con el Intendente y asesorarlo en las materias sectoriales que sean de su competencia.*
- 3.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad y proponer las adecuaciones de dichas políticas a la realidad de cada región.*

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

4.- Supervisar a los organismos indicados en el artículo 15, en cuanto al cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud. Para tales efectos, entre otras cosas, podrán requerir de la autoridad correspondiente la adopción de las medidas administrativas que procedieren si detectare el incumplimiento de las obligaciones o deberes por parte de tales organismos.

5.- Mantener el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

6.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre calidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, por parte de los prestadores de salud, sean personas naturales o jurídicas que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas.

Lo anterior no podrá significar una limitación de las potestades que le correspondan a la Superintendencia de Garantías en Salud ni a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, en la fiscalización del Régimen de Garantías en Salud.

7.- Colaborar, conforme a las instrucciones del Subsecretario de Redes Asistenciales, con las acciones de salud pública, mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

8.- Dictar las normas sanitarias de su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias, elaborar informes en materias sanitarias, acreditar establecimientos y fiscalizar la calidad de atención de salud en la región.

Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, por parte de los Secretarios Regionales Ministeriales, serán homogéneas para los establecimientos de salud públicos y privados.

9.- Desempeñar las funciones y atribuciones que el Código Sanitario confiere a la autoridad sanitaria, excepto aquellas que por su naturaleza competen al Instituto de Salud Pública de Chile o a los Servicios de Salud.

10.- Ejecutar las acciones necesarias para la protección de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de la calidad de los elementos básicos del ambiente.

11.- Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicio que otorguen los prestadores de salud, tanto públicos como privados, siempre que no exista otro órgano administrativo que resuelva tales reclamos, en especial respecto de las atribuciones que le competan a la Superintendencia de Garantías en Salud y a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

De lo resuelto por el Secretario Regional Ministerial podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud, en la forma que señala el artículo 14 G,

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

*sin que sea aplicable lo dispuesto en la letra n) del artículo 24 de la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.*

*Un reglamento establecerá el procedimiento para la presentación y resolución de estos reclamos.*

*12.- Colaborar, a solicitud de la Superintendencia de Garantías en Salud y de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos que se refieran al incumplimiento de garantías en salud, que escapen al ámbito de su competencia, especialmente cuando se trate de los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respecto de los reclamos que pudieren efectuar ante la Superintendencia de Garantías en Salud y la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.*

*Los procedimientos a que se refiere este numeral, deberán ser concordados con las mencionadas Superintendencias.*

*13.- Organizar, bajo su dependencia, y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y, en general, ejecutar, por sí o por terceros, todas aquellas prestaciones de carácter médico-administrativas, y*

*14.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos."*

En el debate, se hizo mención de que este artículo fija las atribuciones del secretario regional ministerial de salud y de que es importante analizarlas antes de entrar a la discusión de las indicaciones.

Se expresaron opiniones discrepantes con las del Ejecutivo sobre las facultades relativas a materias ambientales que se otorgan a los secretarios regionales ministeriales de salud, las que actualmente están radicadas en un órgano técnico.

Se puso énfasis en que la discusión debe centrarse en la conveniencia de suprimir el Sesma y traspasar sus funciones a las secretarías regionales ministeriales. A diferencia de lo que el Ejecutivo está planteando, se estima que lo ideal sería que existieran, por menos, trece Servicios de Salud del Ambiente, uno por cada región, sin necesidad de ampliar plantas, sino que redestinando las funciones que hoy se cumplen en los servicios de salud.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) estimó interesante la sugerencia en cuanto a la creación de organismos similares al Sesma en todo el país, pero que desea hacer presente que ello corresponde a una materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República,

Cerrado el debate, se adoptó acuerdo unánime en el sentido de votar los numerales separadamente.

**Al número 3,** se presentaron las siguientes indicaciones:

De los señores Bayo, Hidalgo, Lagos y Robles, para agregar, a continuación de la palabra "planes", el vocablo "**programas**".

Del Ejecutivo, para agregar, antes del punto aparte (.), la siguiente frase, precedida de una coma (,) "**oyendo previamente al Consejo Asesor**".



## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Puestas en votación las indicaciones, fueron **aprobadas por unanimidad.**

**Al número 4,** el Ejecutivo formuló indicación para agregar, después del guarismo "15", la siguiente frase, precedida de una coma (,): "**en el ámbito de su competencia regional**".

Sometida a votación la indicación, fue **aprobada por unanimidad.**

**Al número 6,** formuló las siguientes indicaciones:

a) Al párrafo primero, para suprimir la siguiente frase "**que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas**"

b) Al párrafo segundo, para sustituir la frase "la Superintendencia de Garantías en Salud y a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional", por la siguiente: "**otros organismos públicos**".

Luego de un breve intercambio de opiniones, puestas en votación las indicaciones, **fueron aprobadas por unanimidad.**

De los Diputados Accorsi, Girardi y Robles, para agregar el siguiente **N° 6 bis**, que pasó a ser número 7:

**"6 bis.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre salud ambiental y velar por la adecuada coordinación de las acciones sobre las personas y sobre el medio ambiente de los Servicios de Salud de las Personas y del Ambiente en el ámbito de jurisdicción de sus respectivos territorios."**

La indicación **fue aprobada por mayoría de votos**

**Al número 7,** que pasó a ser 8, el Ejecutivo, formuló indicación para sustituir la expresión "de Redes Asistenciales" por la siguiente: "**correspondiente**".

Sin debate, puesta en votación la indicación, fue **aprobada por unanimidad.**

Del Ejecutivo, para agregar, antes del punto final (.), precedida de una coma (,) , la siguiente frase: "**especialmente con los Servicios de Salud y las entidades administradoras de salud municipal respectivas.**"

Sin debate, esta indicación **fue aprobada por unanimidad.**

**Al artículo 14 C, números 8, 9 y 10,** indicación de los señores Accorsi y Robles, para eliminarlos.

El fundamento de esta indicación se basa en que en dichas disposiciones están contenidas las funciones medioambientales a que se ha hecho referencia durante la discusión y en la necesidad de que estas materias queden radicadas en organismos absolutamente autónomos que resistan cualquier presión política.

Se insistió en que la idea es dar forma a una buena ley y no destruir por medio de ella organismos como el Sesma, que han dado

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

cumplimiento a una excelente función, la que debe alcanzar a todas las regiones del país.

Luego de un breve intercambio de ideas, cerrado el debate, los números 8, 9 y 10 **fueron rechazados por mayoría de votos.**

Por lo anterior, las indicaciones del Ejecutivo al número 8 y 10 y del señor Bayo al número 10 **se dieron por desechadas.**

Dichas indicaciones son del siguiente tenor:

**Al N° 10**, del Ejecutivo, para agregar, a continuación del punto final (.) que pasa a ser seguido (.), el siguiente párrafo: **"Para estos efectos, cada Secretaría Regional Ministerial deberá desarrollar un departamento, sección u oficina especialmente dedicada al cumplimiento de esta función, debiendo coordinar su labor con las demás entidades públicas competentes, especialmente con los Municipios de la región, a los cuales se les podrá delegar funciones tales como la inspección o verificación del cumplimiento de estas normas, mediante la celebración de los convenios respectivos."**

Del Diputado señor Bayo, **al N° 10**, para sustituir el vocablo "Ejecutar" por la expresión **"Velar por la ejecución"**.

**Al N° 11**, que pasó a ser número 9, se formularon las siguientes indicaciones:

a) De la Diputada señora Cristi y de los Diputados señores Masferrer, Melero y Von Mühlenbrock, para reemplazarlo por el siguiente:

**"9.- Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicio que otorguen los prestadores de salud del sector público, siempre que no exista otro órgano administrativo que resuelva tales reclamos.**

**De lo resuelto por el secretario regional ministerial, podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud en el plazo de 15 días, contados desde que se notifique la resolución, sin que sea aplicable lo dispuesto en la letra n) del artículo 24 de la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional. El ministro de Salud tendrá 30 días para resolver.**

**Un reglamento establecerá las demás disposiciones que sean necesarias para el funcionamiento de este procedimiento de reclamo."**

b) Del Ejecutivo, para sustituir, en el primer párrafo de la oración que comienza con las palabras "siempre que" y termina con el vocablo "Previsional", por la siguiente: **"sin perjuicio de las facultades que les competen a otros organismos públicos"**.

c) "Del diputado señor Bayo, al inciso primero, para eliminar la frase **"a la Superintendencia de Garantías en Salud y"**.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) solicita que se declare la inadmisibilidad de la indicación signada con la letra a).

Por otra parte, precisa que la indicación del Diputado señor Bayo está recogida en la del Ejecutivo.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

El Diputado señor CORNEJO (Presidente accidental) declara inadmisibles las indicaciones signadas con la letra a).

Sin debate, sometida a votación la indicación del Ejecutivo, signada con la letra b), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Puesto en votación, el N° 11, que pasó a ser número 9, con la indicación antes aprobada, **fue aprobado por mayoría de votos.**

**Al N° 12,** que pasó a ser número 10, se formularon las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para sustituir el N°12, que pasó a ser número 10, por lo siguiente:

**"10.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.**

**Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento."**

b) Del Diputado señor Bayo, para eliminar, en el primer párrafo, las frases **"la Superintendencia de Garantías en Salud y a"** y "Superintendencia de Garantías en Salud y la".

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada, por unanimidad.** Por lo anterior, la indicación signada con la letra b) quedó desechada.

Puesto en votación el artículo 14 C, **fue aprobado por mayoría de votos.**

**N° 11, intercala un artículo 14 D, nuevo.**

*"Artículo 14 D.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, todas aquellas materias que actualmente corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud.*

*En caso de conflicto, ya sea por la materia regulada o el ente fiscalizado, se resolverá en favor de la competencia del organismo fiscalizador que corresponda."*

El Ejecutivo formula indicación para **suprimir el inciso final.**

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) señaló que el Ejecutivo estima conveniente suprimir el inciso segundo, pues la ley de Bases es muy precisa sobre este tema. De mantenerlo, se podría entrar en una contradicción con ese cuerpo legal, que para estos efectos tiene un rango superior.

Sin debate, puesta en votación la indicación, fue **aprobada por unanimidad.**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Puesto en votación el artículo, fue **aprobado por igual votación.**

**N° 11, intercala un artículo 14 E, nuevo.**

*"Artículo 14 E.- El Secretario Regional Ministerial podrá aplicar las siguientes sanciones, por incumplimiento de la normativa vigente que le compete fiscalizar:*

- 1.- Amonestación.*
- 2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento.*
- 3.- Clausura.*
- 4.- Cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.*
- 5.- Las demás que las leyes y reglamentos autoricen aplicar a la autoridad sanitaria."*

Se presentaron las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para sustituir el primer párrafo del artículo 14 E por el siguiente:

**"Artículo 14 E.- En uso de las atribuciones que le confiere el artículo 14 C, números 6 y 11, el Secretario Regional Ministerial, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá aplicar las siguientes sanciones: "**

b) Del Diputado señor Bayo, al N° 2 del artículo 14 E, para agregar, a continuación de la palabra "multa", la expresión **"a beneficio fiscal", y**

c) Del mismo señor Diputado, para agregar el siguiente inciso final:

**"Las sanciones serán aplicadas en consideración a la cantidad de usuarios afectados y a la gravedad de la infracción."**

En la discusión se precisó que esta disposición establece la posibilidad de instruir sumarios de manera general y no sólo sobre temas ambientales, además de otorgar potestad para aplicar amonestaciones, multas, clausuras, etcétera.

Concordando con lo anterior, se añadió que hay que aclarar que esta norma es de aplicación general y dice relación con otras atribuciones de los Secretarios Regionales Ministeriales, pero que no está relacionada con el Código Sanitario.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) señaló que está consciente de la controversia sobre el tema medioambiental y también está seguro de que se buscará una fórmula para resolverlo, pues se ha producido un vacío legal al haberse suprimido los números 8, 9 y 10 que es necesario corregir en forma racional e inteligente.

Puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por mayoría de votos.**

El Diputado señor CORNEJO (Presidente accidental) declaró **inadmisible** la indicación signada con la letra b).

Sometida a votación la indicación signada con la letra c) **fue rechazada por mayoría de votos.**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

**N° 11, intercala un artículo 14 F, nuevo.**

*"Artículo 14 F.- Para el cumplimiento de sus funciones, el Secretario Regional Ministerial podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos, sea que obren en poder del organismo fiscalizado o de terceros, y requerir de ellas o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por el Secretario Regional Ministerial, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen.*

*Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes de los organismos fiscalizados o de terceros, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones."*

Se formularon las siguientes indicaciones.

a) Del Ejecutivo, para modificar el artículo 14 F, del siguiente modo:

1) Para sustituir el inciso primero por el siguiente:

**"Artículo 14 F: "Para el cumplimiento de sus funciones fiscalizadoras a que se refieren los artículos anteriores, el Secretario Regional Ministerial podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos que obren en poder del organismo fiscalizado, y requerir de éste o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar, a éstos o a terceros directamente relacionados con la materia fiscalizada, la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por el Secretario Regional Ministerial, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen."**

2) Para agregar, en el inciso segundo, a continuación de la palabra "terceros", la siguiente frase **"directamente relacionados con la materia fiscalizada"**.

b) De los Diputados señores Accorsi, Bayo, Hidalgo y Lagos, para intercalar, en el inciso primero, entre las palabras "documentos" y "que obren", la frase **"relacionados explícitamente con salud"**.

c) De los Diputados señores Accorsi, Bayo, Hidalgo, Lagos y Robles para agregar un inciso tercero, nuevo, del siguiente tenor:

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

**“En el cumplimiento de las funciones fiscalizadoras, la autoridad deberá cautelar los derechos de las personas consagrados en la ley 19.628, las normas sobre secreto profesional.”**

En el debate se consultó si todas las facultades que por una parte se le están otorgando al secretario regional ministerial - igual que en uno de los artículos que ya se han visto -, por otra se le están quitando al director del servicio de salud. ¿O éstas se superponen y se le suman al secretario regional ministerial, además de permanecer en el ámbito del director del servicio de salud?

El señor CORNEJO (Presidente accidental) informó que esta materia quedó bastante clara por el artículo 14 D -que ya fue aprobado- en el que se les quitaron todas las atribuciones a los directores de servicio.

Por otra parte, se estimó que esto es de mucha importancia, por cuanto se le están concediendo excesivas atribuciones al secretario regional ministerial. De acuerdo con el texto propuesto por el Ejecutivo, incluso puede pedir bienes, libros, cuentas y archivos. Esto significa injerir en el ámbito administrativo de los entes sujetos a su fiscalización, sean públicos o privados. Su función es fiscalizadora, normativa y supervisora, pero no puede inmiscuirse en la forma en que se administran las clínicas, por ejemplo. Si se mantiene el texto que está proponiendo el Ejecutivo, el día de mañana podría incorporar bajo su dependencia el control de los libros, cuentas, archivos, etcétera, y eso sería introducirse en el ámbito administrativo de una entidad, privada o no, que tiene convenio con el ministerio y que está cumpliendo los planes, programas y directrices técnicas de éste. Aquí se están incorporando, de manera exagerada, materias de carácter administrativo, cuestión que significaría poner en riesgo al sector privado.

Continuando el debate, se expresó que el artículo 14 D señala que se darán al secretario regional ministerial las facultades que hoy día tienen los servicios de salud, pero la idea es que no se les quiten esas facultades a los servicios de salud. No hay una transferencia de facultades. Lo que se está haciendo es dar al secretario regional ministerial las mismas facultades que hoy tiene el director de servicio, con lo cual se produciría una duplicidad, lo cual puede crear un significativo desorden administrativo y de fiscalización.

El señor ARTAZA. (Ministro de Salud) expresó que, en primer lugar, no existe colisión de potestades. Al aprobar el artículo 14 C, número 6, las funciones que tendrá el secretario regional ministerial no implican limitación de las potestades que corresponden a la superintendencia o a otros organismos públicos.

En segundo lugar, dentro de ese mismo artículo, al secretario regional ministerial se le dan funciones relacionadas con la defensa de los intereses y derechos ciudadanos respecto de las características que debe tener la prestación de servicios, tanto en las entidades públicas como privadas de sus respectivos territorios. Por lo tanto, se le otorgan son atribuciones para que pueda cumplir sus funciones. Estas facultades hoy ya las tienen distintas entidades, como la Superintendencia, y no han sido objeto de cuestionamiento.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

No son intromisiones indebidas, sino materias que hoy existen en otros ámbitos regulatorios; por lo tanto, son facultades propias de un ente regulador. Esta entidad regional va a tener una función regulatoria importante desde el punto de vista de los prestadores y de la calidad de la prestación.

Se argumentó, en el sentido contrario de lo que señaló por quien se opone a esta norma, que es absolutamente necesario, y bueno para la salud de la población, que exista un órgano que fiscalice tanto al servicio de salud pública como al sistema de salud privado, toda vez que existen dos sistemas que funcionan con principios distintos. O sea, el sistema de salud público funciona bajo la lógica del principio del beneficio, y el privado bajo la lógica del principio del lucro. Por lo tanto, es absolutamente necesario –como señaló el señor ministro– que tenga todas estas facultades para poder cumplir las funciones determinadas en los artículos que los preceden.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Se fundamentó la indicación signada con la letra b) en que actualmente el Ministerio de Salud y sus servicios tienen todas las atribuciones respecto de las municipalidades en lo referido a la exigencia del cumplimiento de los planes, normas y programas del Ministerio. Sin embargo, ni éste ni el secretario regional ministerial pueden inmiscuirse en las materias administrativas de las municipalidades. De manera que parece realmente un paso hacia atrás que hoy se permita aquello, porque significaría terminar con lo que se ha avanzado en materia de salud municipal.

Puesta en votación la indicación signada con la letra b), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Se fundamentó la indicación que propone agregar un inciso tercero nuevo, en que es muy importante entender que hay una protección fijada por la ley N° 19.628, que también está dada por la Constitución, en el sentido del secreto profesional. Eso se quiere resguardar en forma absoluta.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación signada con la letra c), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesto en votación el artículo 14 F, **fue aprobado por mayoría de votos.**

**Número 11, intercala un artículo 14 G, nuevo.**

*"Artículo 14 G.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte el Secretario Regional Ministerial, 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.*

*El Secretario Regional Ministerial deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.*

*Resuelto por el Secretario Regional Ministerial el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ella, dentro del plazo de quince días hábiles contado desde la notificación de la medida, ante el Ministro de Salud, el cual dispondrá de treinta días para resolver."*

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) Del Diputado señor Bayo para sustituir el artículo 14 G por el siguiente:

**"Artículo 14 G.- El afectado por clausura o por cancelación de la autorización sanitaria para funcionar podrá reclamar de ella ante el juez de letras en lo civil que corresponda dentro del plazo de diez días, contado desde la fecha de la notificación.**

**La reclamación se someterá a las normas del procedimiento sumario y su interposición no suspenderá la caducidad decretada, salvo que el juez de la causa resuelva en contrario.**

**Las notificaciones que practique el Secretario Regional Ministerial se harán por carta certificada y los plazos a que ella se refiera empezarán a correr tres días después de recibida por la empresa de correos."**

b) Del Ejecutivo para agregar, en el inciso primero del artículo 14 G, a continuación de la palabra "Ministerial", la siguiente frase, precedida de una coma: **"en uso de las facultades de fiscalización descritas en los artículos anteriores,"**.

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación signada con la letra b) **fue aprobada por mayoría de votos.**

c) Del Diputado señor Melero:

1) Al inciso tercero, para sustituir la palabra "medida" por "resolución".

2) Para agregar un inciso final, nuevo:

"Las notificaciones a que se refiere el inciso primero de deberán efectuarse por carta certificada y los plazos a que ella se refiera se empezarán a correr tres días después de recibida por la empresa de correos."

Se fundamentó la indicación en que necesario mantener una coherencia en el uso del lenguaje, por lo que debe usarse alguno de los conceptos a que alude el inciso primero.

Asimismo, se señaló que la segunda indicación tiene por objeto establecer un procedimiento para las notificaciones, las que se efectuarán por carta certificada, y además, se señala desde cuándo se contará el plazo.

Sin debate, sometidas a votación las indicaciones signadas con la letra c), **fueron rechazadas por mayoría de votos.**

Puesto en votación el artículo, fue aprobado por mayoría de votos.

**Número 11, Artículo 14 H.**

*"Artículo 14 H.- Será facultad del Secretario Regional Ministerial instruir sumarios administrativos al personal directivo de los Servicios de Salud, en lo referente al cumplimiento de las normas de calidad, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan los Directores de dichos organismos y la Contraloría General de la República.*



## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

*Asimismo, el Secretario Regional Ministerial podrá aplicar al Director del Servicio de Salud o al Director del establecimiento público de salud respectivo, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones emitidas por dicho Secretario en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada una vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa responderá personalmente el infractor."*

El Ejecutivo formuló indicación para sustituir, en el inciso primero del artículo 14 H, la frase "instruir sumarios administrativos al" por la siguiente: **"ordenar, a la autoridad que corresponda, la instrucción de investigaciones o sumarios administrativos respecto del"**.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) señaló que esta indicación no tiene otro objeto que mantener el espíritu del Estatuto Administrativo.

Puesto en votación el artículo con la indicación, **fue aprobado por unanimidad.**

**N° 12. Sustituye el artículo 15.**

*"Artículo 15.- Los siguientes organismos dependerán del Ministerio de Salud, en la forma que establece esta ley:*

- 1.- Los Servicios de Salud;*
- 2.- El Fondo Nacional de Salud;*
- 3.- La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud;*
- 4.- Los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud; y*
- 5.- El Instituto de Salud Pública de Chile.*

*Dichos organismos dependerán del Ministerio a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, excepto el Instituto de Salud Pública de Chile, el que lo hará a través de la Subsecretaría de Salud Pública."*

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para agregar, en el N° 4 del inciso primero, a continuación de la palabra "Salud", la siguiente frase, precedida de una coma (,): "conforme a dichos cuerpos legales".

b) Del diputado Bayo, para sustituir el inciso final por el siguiente:

"Dichos organismos dependerán del Ministerio a través del Subsecretario."

**El señor ARTAZA (Ministro de Salud) señaló que la indicación del Ejecutivo aclara que todos estos establecimientos de carácter experimental tienen sus propios cuerpos legales.**

Puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por mayoría de votos.**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Sometida a votación la indicación signada con la letra b), **fue rechazada por mayoría de votos.**

Puesto en votación el numeral 12, con la indicación, **fue aprobado por mayoría de votos.**

**N° 13. Modifica el artículo 16.**

"a) Sustitúyense, en el primer párrafo del inciso primero, la expresión "los Servicios" por "los Servicios o el Servicio"; y la frase "fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas:", por la frase "promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud:".

"b) Sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: "Siete en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente y Servicio de Salud del Ambiente.", por el siguiente: "Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente."

"c) Sustitúyese el inciso final por el siguiente:

"Su sede, territorio y población potencialmente beneficiaria serán establecidos por decreto supremo."

Se presentaron las siguientes indicaciones:

1) Del Ejecutivo, para sustituir la letra a) por la siguiente:

**"a) Sustitúyese, en el primer párrafo del inciso primero, la expresión "los Servicios" por "los Servicios o el Servicio", y la frase "fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas:" por "promoción, fomento, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud:"**

2) De la Diputada Mella y de los Diputados Accorsi, Aguiló, Cornejo, Escalona, Lagos; Letelier, don Felipe; Lorenzini, Olivares, Ortiz y Robles, **para suprimir la letra c) del numeral 13.**

3) Del Ejecutivo, **para suprimir la letra c) del numeral 13.**

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con el N° 1, **fue aprobada por unanimidad.**

En la discusión se precisó que la letra b) del proyecto suprime el Servicio Metropolitano del Ambiente.

Sometida a votación la letra b) del N° 13, fue **rechazada por mayoría de votos.**

El señor LORENZINI (Presidente) hizo presente que existen dos indicaciones con el mismo propósito; suprimir la letra c) de este numeral. Una, corresponde al Ejecutivo y la otra ha sido presentada por diputados.

Se mencionó que esta situación se ha producido con anterioridad. Las indicaciones de los parlamentarios y del Ejecutivo son concordantes, pero habiendo sido presentadas antes las de los parlamentarios.

Se acuerda proceder a votar la indicación que primero se presentó y esta fue la de los Diputados.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Se fundamentó la indicación en razón que, si se fija el territorio y población de cada servicio de salud, se estaría vulnerando el principio de red.

Se ejemplificó el problema señalando que un servicio de salud como el de la Región del Maule tiene como potencial beneficiaria a la población de esa región. Pero hay materias que no pueden ser tratadas en la región, porque no existe en ella la tecnología necesaria, como es el caso de los tratamientos oncológicos, patologías que deben ser tratadas en hospitales de referencia que se encuentran en la Región Metropolitana. Por lo tanto, para el caso de estos hospitales, su beneficiaria es la población de todas las regiones que no cuentan con la tecnología requerida. Se destacó que, si queda la restricción que plantea la letra c) del numeral 13 del proyecto, habría razones para no atender a una gran parte de la población.

Sometida a votación la indicación signada con el N° 2, **fue aprobada por unanimidad.**

**Se hace presente que la signada con el número 3** se da por desechada.

N° 14. Intercala un artículo 16 bis, nuevo.

*"Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, incluidos los de atención primaria de salud municipal, y los privados que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud dentro de su territorio, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí, para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.*

***La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población."***

**Se presentó la siguiente indicación:**

**Del Ejecutivo, al inciso primero del artículo 16 bis nuevo, para reemplazar la expresión "que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud" por la siguiente: "en convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley,"**

Sometida a votación la indicación del Ejecutivo, **fue aprobada por unanimidad.**

N° 15. Deroga los incisos segundo y tercero del artículo 17.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) expresó que con la proposición de eliminación de estos incisos se está señalando que se derogan todas las funciones que no corresponden a las prestaciones que tienen relación con fomento, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Puesto en votación el numeral, **fue aprobado por unanimidad.**

**N° 16. Sustituye el artículo 18.**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

*"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director designado por decreto supremo del Ministerio de Salud y que será funcionario de la confianza del Presidente de la República.*

*El Director deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la gestión en salud. Será nombrado a partir de un proceso de selección público y será evaluado anualmente por el Ministerio de Salud, de acuerdo con los resultados de su gestión y con los objetivos diseñados al momento de su nombramiento, en la forma que señale el reglamento."*

Sin debate, puesto en votación el numeral, **fue aprobado por mayoría de votos.**

**N° 17. Intercala un artículo 18 bis, nuevo.**

*"Artículo 18 bis.- Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud.*

***El Director deberá, asimismo, velar por la efectiva y eficiente derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red."***

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, al inciso primero, para agregar, a continuación de las palabras "control de", la siguiente frase: **"las acciones de salud que prestan"**.

b) Del Ejecutivo, para agregar el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando el actual a ser tercero:

**"Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención."**

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) señaló que la indicación recoge la proposición de algunos señores Diputados en orden a precisar más esta materia.

Sin debate, sometido a votación el numeral con las indicaciones antes señaladas, **fue aprobado por unanimidad.**

**N° 18. Modifica el artículo 20.**

**"a) Sustitúyese la letra a) por la siguiente**

**"a) Dirigir la ejecución de las acciones de salud y coordinar, asesorar y controlar todos los establecimientos que conforman la Red Asistencial, velando especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención;"**.

**"b) Derógase la letra m).**

**"c) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción "y" y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).**

**"d) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o) y p), nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser letra q):**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

*"o) Disponer el traspaso de los funcionarios, en comisión de servicios, a cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, sin limitación de tiempo;*

*p) Declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación, y".*

Se presentaron las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para sustituir la letra a) por la siguiente:

"a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial, como asimismo coordinar, asesorar y controlar todos los establecimientos del servicio."

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) señaló que esta indicación tiene por objeto precisar algunas acciones que le corresponde desarrollar al director de la red, ya que, en el caso de la atención primaria, tiene como función velar por el cumplimiento de los planes, mientras que en el resto de los establecimientos le corresponde dirigir. Por lo tanto, esta redacción da cuenta de que en una red asistencial hay establecimientos de distinto carácter y dependencia.

Sin debate, sometida a votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por unanimidad.**

b) Del Ejecutivo, para reemplazar la letra m) por la siguiente:

**"m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;"**.

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

c) Del Ejecutivo, a la letra d), para sustituir la letra o), que se intercala, por la siguiente:

**"o) Disponer, mediante resolución fundada, el traspaso de los funcionarios, en comisión de servicios, a cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, por el término de tres años, prorrogables por una sola vez por resolución fundada. Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren."**

d) Del Diputado señor Melero, a la letra o) que se intercala para reemplazar la frase "por el término de tres años prorrogables por una sola vez, por resolución fundada" por la siguiente: **"sin límite de tiempo, no pudiendo, en todo caso, extenderse por más de diez años"**.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) manifestó que la indicación tiene por finalidad favorecer ordenada y racionalmente la posibilidad de que el director de la red asistencial pueda ir reconvirtiendo al personal desde la atención hospitalaria hacia la atención ambulatoria. Esta facultad está relacionada con el futuro del sistema y da tranquilidad a los funcionarios en el sentido de que siempre habrá una tarea que hacer.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Informó que el Ejecutivo, más adelante, perfeccionará esta letra, en atención a que hay distintos tipos de funcionarios en el sector salud. Por ello están en estudio aspectos tocantes, por ejemplo, a los especialistas. Solicita que se apruebe la indicación en los términos en que se ha propuesto, en el entendimiento de que en los próximos trámites será modificada.

Fue consultado en relación con la comisión de servicios respecto de si está tendrá lugar en los establecimientos de la red de cada servicio de salud o en cualquier establecimiento público del país.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) respondió que sólo tendrá lugar en establecimientos del servicio de salud. Preciso que éste es uno de los temas que se encuentran analizando y que serán abordados en una indicación que en esta materia perfeccione la norma.

Aclaró que las comisiones de servicio no tendrán ningún costo, ya que ellas sólo podrán ocurrir dentro del mismo servicio de salud.

Se le consultó sobre las razones por las cuales se cambió de criterio, ya que en el proyecto se señalaba que la comisión de servicios no tenía limitación de tiempo y ahora es hasta por seis años. Es decir, es de tres años, renovables por otros tres años. Entiende que el sentido de esta indicación es que la red asistencial aproveche lo mejor posible a los funcionarios que tiene y cubra las áreas en las cuales se pueda, en algún momento, generar determinadas debilidades en la atención o en el acceso de la gente, lo cual es muy bueno, pues da flexibilidad a la autoridad para cumplir bien su rol. Estima que podría ser necesario un período mayor, más aun cuando se sabe que las plantas de cada uno de los servicios u hospitales están, en algunos casos, bastante restringidas y, en otros, muy abultadas.

Se hizo presente que la experiencia demuestra que las comisiones de servicio, en el servicio público, se prestan para "castigar" a los funcionarios o eludir la aplicación de sanciones a quienes no están desempeñando bien el cargo. Esto es, se usa esta medida como una forma de "sacárselos de encima". Se consulta si se podría establecer como requisito adicional que el funcionario esté calificado en lista 1.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) precisó, finalmente, que los funcionarios pueden ser trasladados a cualquier establecimiento que forme parte de la red y si un centro privado es parte del servicio también lo es de la red, por lo que sus funcionarios podrían ser enviados en comisión de servicios.

Sobre la fijación de plazos para la comisión de servicios, señala que con ello se está dando cumplimiento a lo establecido en la ley de Bases de la Administración del Estado.

Puesta en votación la indicación signada con la letra c), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con la letra d) **fue rechazada, por mayoría de votos.**

Puesto en votación el numeral 18, **fue aprobado, por mayoría de votos a favor.**

**N° 19. Sustituye el artículo 21.**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

*"Artículo 21.- La estructura y la organización interna de los Servicios serán determinadas en el reglamento.*

*Con todo, en dicho reglamento, se deberá contemplar la categoría de "hospitales de autogestión en red", la que estará constituida por aquellos establecimientos dependientes que cuenten con mayor especialización de sus recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutiva y que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros, de gestión y calidad.*

*En relación con dichos hospitales, un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contemple el proceso; los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias."*

El Ejecutivo presentó indicación para sustituirlo por el siguiente:

**"Artículo 21.- La estructura y organización básica de los servicios serán determinadas en el reglamento, sin perjuicio de la facultad del Director del Servicio señalada en la letra b) del artículo anterior. Dicho reglamento deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de planificación, presupuesto, gestión de recursos humanos, gestión de planes y programas, gestión de la Red Asistencial, estadística, epidemiología y auditoría.**

**Los servicios estarán organizados en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.**

**Con todo, en el mencionado reglamento se deberá contemplar la categoría de "establecimiento de autogestión en red", la que estará constituida por aquellos establecimientos dependientes que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros, de gestión y calidad.**

**En relación con dichos establecimientos, un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contemple el proceso; los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias."**

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) expresó que la indicación tiene por objeto precisar funciones básicas que deben cumplir los servicios de salud para su buen funcionamiento y, además, abrir la posibilidad de adquirir la categoría de autogestión en red a todos los establecimientos dependientes. Asimismo, recoge diversas inquietudes de parlamentarios en orden a que la norma del proyecto era muy restrictiva

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación sustitutiva, **fue aprobada por mayoría de votos.**

N° 20. Intercala los artículos 21 A, 21 B y 21 C, nuevos.

**Artículo 21 A.**

*"Artículo 21 A.- Para ingresar al sistema de postulación como "hospital de autogestión en red", el establecimiento deberá tener, entre otros, los siguientes requisitos:*

*a) Cumplir satisfactoriamente los estándares e indicadores fijados en convenios, normas técnicas u otros instrumentos emanados de la autoridad competente, para la atención de los beneficiarios de la Red Asistencial a la cual pertenece, en términos de oportunidad, calidad e indicadores de gestión clínica.*

*b) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión básicos y desarrollo de competencias, en áreas tales como planificación y control de gestión; gestión de administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna, entre otras.*

*Para cada uno de los sistemas o competencias anteriores, se establecerán estándares e indicadores que luego serán verificados por la autoridad, sobre la base de informes externos, de la forma en que el reglamento lo señale.*

*c) Lograr equilibrio financiero, lo que se expresará, entre otras variables, en que la proyección de los ingresos devengados sea equivalente a la de los gastos estimados para el ejercicio presupuestario siguiente; que el plazo de las obligaciones devengadas y no pagadas no sea superior a sesenta días; y que la proyección del gasto en personal se encuentre financiada para el año correspondiente.*

*d) Obtener niveles de satisfacción de los usuarios, conforme a parámetros definidos en un sistema objetivo de medición."*

**El Ejecutivo formuló indicación para sustituir el artículo 21 A, por el siguiente:**

**"Artículo 21 A.- Para que los establecimientos puedan ingresar al sistema de postulación como "establecimiento de autogestión en red", el reglamento exigirá, como mínimo, el cumplimiento de los siguientes requisitos:**

**a) Cumplir satisfactoriamente los estándares e indicadores fijados en convenios, normas técnicas u otros instrumentos emanados de la autoridad competente, para la atención de los beneficiarios de la ley 18.469, en términos de oportunidad, calidad e indicadores de gestión clínica.**

**b) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión básicos y desarrollo de competencias, en áreas tales como planificación y control de gestión; gestión de administración de personal; atención y apoyo al usuario;**



## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

**administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de participación de los trabajadores y usuarios del establecimiento; sistemas de cuenta pública y control social, entre otras.**

**Para cada uno de los sistemas o competencias anteriores, se establecerán estándares e indicadores que luego serán verificados por la autoridad, sobre la base de informes externos, de la forma en que el reglamento lo señale.**

**c) Lograr equilibrio financiero, lo que se expresará, entre otras variables, en que la proyección de los ingresos devengados sea equivalente a la de los gastos estimados para el ejercicio presupuestario siguiente; que el plazo de las obligaciones devengadas y no pagadas no sea superior a sesenta días; y que la proyección del gasto en personal se encuentre financiada para el año correspondiente.**

**d) Obtener niveles de satisfacción de los usuarios, conforme a parámetros definidos en un sistema objetivo de medición."**

En el debate se consultó, en relación con la letra b), a qué se refiere la expresión "informes externos".

Respecto de la letra c), donde se plantea como requisito haber logrado el equilibrio financiero para el ejercicio presupuestario siguiente, se consultó cuántos establecimientos estarían en condiciones de adquirir la categoría de autogestión en red considerando la exigencia de que no tengan un desequilibrio para el presupuesto siguiente y que sus deudas no sean superiores a sesenta días.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) expresó que la razón que fundamenta la indicación es la modificación de lo que establecía el proyecto. Recuerda que aquí se está hablando de las condiciones para ingresar a esta categoría y, dentro de ellas, hay algunas que dicen relación con el cumplimiento de las metas sanitarias con que la red obliga al establecimiento en relación con los beneficiarios de la ley N° 18.469. Lo segundo, son estándares o condiciones propias de una buena gestión. Respecto de esta exigencia, lo que se quiso agregar es que parte de una buena gestión sea la participación de los trabajadores y de los usuarios. Dentro de lo que se entiende como una gestión moderna, se da el criterio de lo que se entiende como gestión participativa. Por lo tanto, que el establecimiento tenga un funcionamiento verificable, un sistema de gestión participativa, le parece que es una condición tan importante como su manejo administrativo contable o su equilibrio financiero. Ése es el fundamento de la indicación.

Respecto de los informes externos, señala que los sistemas de verificación se basan en que existan entidades distintas de los interesados. Por lo tanto, es una buena práctica que el balance de una empresa sea realizado por una entidad externa, y que verifique que los estándares que exige la autoridad se hayan aplicado. Esto tiene que ver con la transparencia del Estado y con la posibilidad de que se pueda efectuar un adecuado control social.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Asimismo, precisó que es la autoridad la que define el estándar y, luego de definido éste, es verificado.

En relación con la deuda, reconoce que, si la ley estuviera en vigencia hoy, no habría más de veinte establecimientos en condiciones de adquirir la categoría de autogestión. Es decir, habría hospitales en condiciones de acceder; pero ellos son muy pocos.

Cerrado el debate y puesta en votación la indicación del Ejecutivo, que sustituye el artículo 21 A, **fue aprobada, por unanimidad.**

**Artículo 21 B.**

**"Artículo 21 B.- Los establecimientos a que se refiere el artículo 21 contarán, de acuerdo con la etapa del proceso en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:**

a) *Administrar y disponer de sus ingresos propios, conformados por los recursos obtenidos de la facturación por ventas y servicios a privados; por la recuperación de seguros de accidentes; por la recuperación de subsidios por incapacidad laboral; y por donaciones, de acuerdo con la normativa presupuestaria que les fuere aplicable.*

b) *Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud, para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas.*

c) *Celebrar contratos de prestaciones de servicio con personas naturales o jurídicas, de cualquier naturaleza, para el desempeño de tareas o funciones clínicas, generales o específicas, aun cuando sean propias o habituales del establecimiento, que requiera para el cumplimiento de sus funciones, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud.*

*El monto de recursos financieros asignados a este gasto, se determinará anualmente en una glosa de la ley de Presupuestos, en la partida del Ministerio de Salud.*

d) *Todas las atribuciones en materias de gestión y administración interna de sus recursos.*

e) *Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, los que alcanzarán al director y al personal de éste regido por el decreto ley N° 249, de 1973, en la forma, monto y condiciones que se determinen en la ley, mientras mantenga la categoría de "hospital de autogestión en red".*

*Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la Red Asistencial, serán supervigilados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, y fiscalizados por el Secretario Regional Ministerial, conforme a la ley.*

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

*Mediante resolución fundada del Ministerio de Salud, deberá revocarse la clasificación otorgada cuando los establecimientos dejen de cumplir los requisitos o incurran en incumplimiento de sus funciones u obligaciones, conforme lo determine el reglamento."*

**El Ejecutivo formuló indicación para sustituir el artículo 21 B por el siguiente:**

**"Artículo 21 B.- Los establecimientos a que se refiere el inciso tercero, del artículo 21 contarán, de acuerdo con la etapa del proceso en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:**

**a) Administrar y disponer de sus ingresos propios, conformados por los recursos obtenidos en la facturación por ventas y servicios a privados; por la recuperación de seguros de accidentes; por la recuperación del subsidio por incapacidad laboral, y por donaciones, de acuerdo con la normativa presupuestaria que le fuere aplicable.**

**El 20 por ciento del monto que resulte del total de dichos ingresos, descontados los costos fijos y variables necesarios para la generación de éstos, será destinado a un Fondo que será administrado por el Servicio de Salud respectivo, para la capacitación del personal, adquisición y equipamiento crítico, cumplimiento del régimen de la ley 18.469 y fortalecimiento de la atención primaria de la Red Asistencial correspondiente.**

**b) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud, para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas. Estos convenios deberán ser previamente autorizados por el director del Servicio de Salud respectivo, a fin de velar por lo dispuesto en la letra a) del artículo precedente.**

**c) Celebrar contratos de compra de prestaciones de servicio con personas naturales, para el desempeño al interior del establecimiento de tareas y funciones clínicas, generales o específicas, que requiera para el cumplimiento de sus funciones, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud. Dichos contratos deberán contemplar similares condiciones remuneracionales para los funcionarios de dichos establecimientos, de acuerdo con las funciones y responsabilidad que desempeñen.**

**El gasto asignado a este ítem no podrá exceder del 20 por ciento del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.**

**d) La gestión y administración de sus recursos. El establecimiento que haya cumplido todas las etapas contará con la plenitud de las facultades en esta materia.**

**e) Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, los que alcanzarán al director y al personal de éste regido por el decreto ley N° 249, de**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

**1973, en la forma, monto y condiciones que se determinen en la ley, mientras mantenga la categoría de "establecimiento de autogestión en red".**

**Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la red asistencial, serán supervigilados y controlados por el servicio de salud respectivo, y fiscalizados por el secretario regional ministerial, conforme a la ley.**

**Se adquirirá la clasificación mediante resolución fundada del Ministerio de Salud, previa visación del Ministerio de Hacienda. De igual manera, deberá revocarse la clasificación otorgada cuando los establecimientos dejen de cumplir los requisitos o incurran en incumplimiento de sus funciones u obligaciones, conforme lo determine el reglamento."**

En la discusión se señaló que debería quedar establecido que los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación de los establecimientos y que alcanzarán al director y al personal también deberían beneficiar a los cargos directivos superiores, ya que se puede dar el caso que, al otorgarse mayores beneficios a un director de hospital, este quede percibiendo una remuneración mayor que la del director del servicio de salud. Esta situación debe ser abordada en esta disposición para evitar que un director superior de servicio obtenga una menor remuneración que su subordinado.

Se solicitó precisar el concepto de costos fijos y variables señalados en el párrafo segundo de la letra a).

Se destacó el desacuerdo con la norma del párrafo segundo de la letra a), que permite destinar el 20 por ciento de los recursos propios a la formación de un fondo, por estimarse que el total de recursos que genere un establecimiento hospitalario debe quedar en su poder y que ellos deben ser destinados al mejoramiento del propio hospital como, por ejemplo, a adquisición de equipamiento crítico.

Respecto del párrafo segundo de la letra a), en relación con los recursos que se generen, se expresó que esto constituyó un desincentivo que tuvieron durante mucho tiempo los directores de hospitales, quienes se veían obligados, respecto de los recursos que generaban, a que después se les castigaran las partidas presupuestarias del año siguiente, situación que fue corregida.

Sin embargo, ahora pende una segunda espada de Damocles o desincentivo, cual es darles un destino en el 20 por ciento a esos recursos que se autogeneran tanto para la capacitación y la adquisición de equipamiento crítico como para el fortalecimiento de la atención primaria. Es decir, con los recursos que ellos generan, como producto de una buena gestión, se les están, poniendo objetivos que incluso van más allá de la gestión hospitalaria, como es fortalecer la atención primaria. Como se ha señalado, ello es materia de competencia de las municipalidades, tiene otro objetivo y puede ser muy loable fortalecerla. Pero, por qué a los ingresos propios de un hospital,

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

que es propio de la excelente gestión de un director y de su equipo, se le quita un porcentaje que se destinará por ley para fortalecer la atención primaria.

La capacitación del personal, indudablemente, es muy importante, pero ¿por qué se va a fortalecer la salud primaria contra este ítem? ¿Acaso no es un rol del Estado, considerado en el presupuesto de la nación, tener que capacitar a su gente? ¿Por qué se ponen dificultades a un elemento clave de incentivo al hacer una buena gestión, como es destinar estos recursos de esta forma?

En consecuencia, se señaló que gustaría que el Ministro indicara cuál es la filosofía que se establece en este punto, por cuanto, por un lado, se fortalece a los directores de hospitales para que tengan recursos propios y, por otro, se les están desviando. Además, se entiende que el equipamiento crítico es muy caro. El nivel central y el presupuesto de la nación deberían preocuparse de estas cosas, porque nuevamente se carga lo que constituye el principal acicate para hacer una buena gestión. La mayor parte de esos recursos deberían ser destinados para fortalecer el propio establecimiento, pero no a las distracciones que se están dando.

En relación con el artículo 21 B, se señaló que el hospital clínico regional de Concepción, el centro hospitalario más grande de Chile, enfrenta un déficit que ha ido aumentando no en razón de la ineficiencia del personal profesional y paramédico, sino en función de que ha efectuado muchas más prestaciones año tras año.

Se añadió que se ha expresado inquietud al iniciarse las labores de esta Comisión, en el sentido de que, si se les va a exigir autofinanciamiento a los hospitales, es obvio que ello va a significar realizar un menor número de prestaciones.

También se ha dicho que los hospitales públicos no tienen la capacidad para recuperar sus prestaciones de ventas y servicios a privados, esto es, a las Isapres.

Se preguntó si están dadas las condiciones, a través del personal del Ministerio de Salud, para que los hospitales puedan cobrar el costo efectivo de las prestaciones realizadas por los servicios de privados.

En segundo lugar, en la letra b) del mismo artículo 21 B, se señala "Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud...", en las mismas condiciones. El presupuesto que se fija, año tras año, a Fonasa tiene un tope presupuestario, y en las glosas respectivas está establecido que Fonasa puede hacer equis prestaciones a tal nivel. ¿En qué condiciones van a comenzar a operar, si es que estos hospitales, efectivamente, empiezan a otorgar mayores prestaciones a través de estos convenios con Fonasa? ¿Las prestaciones van a ser a precio real y efectivo?

Se expresó que esta norma contiene los incentivos para la gestión hospitalaria y que el monto que será destinado para cosas más generales es el 20 por ciento líquido. Es decir, se han descontado los costos fijos y variables. Parece que no se está hablando de un porcentaje tan grande del total.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

En segundo lugar, se cree que no hay que olvidar que, si bien se está pidiendo a los hospitales un mejoramiento de la gestión, hay que recordar que estos hospitales son parte de una red, que tiene un objetivo común, y que en esa red los consultorios y la salud primaria cumplen un rol determinado. El fortalecimiento de la salud primaria puede implicar un ahorro en los propios hospitales. El traspaso de recursos, que no es sólo para la salud primaria, va a realizarse sobre la base de convenios establecidos con la salud primaria. Es decir, estos convenios van a poder ser dirigidos justamente a aquellas áreas críticas de los hospitales o servicios de salud que se necesiten fortalecer en la salud primaria para ahorrar costos y mejorar el sistema de red. Por lo tanto, parece que es un incentivo correcto, desde el punto de vista de crear una red para la atención de salud.

El señor ARTAZA (Ministro de Salud) aclaró que actualmente los hospitales no tienen prácticamente ningún incentivo para generar ingresos propios y que, una vez que entre en vigencia este cuerpo legal, existirán los incentivos para hacerlo. Considera que redestinar el 20 por ciento de los ingresos propios líquidos a otras materias no se traducirá en un desincentivo. En todo caso, recuerda que los hospitales generan ingresos propios con equipos e infraestructura que son parte o propiedad de la red. Por lo tanto, se puede entender que hay una suerte de arrendamiento de infraestructura o de equipos con los cuales se generan dichas utilidades. Visto así, puede considerarse un justo término.

Se presentaron, además, las siguientes indicaciones:

**a) Del Diputado señor Melero, para reemplazar, en el párrafo segundo de la letra a), el guarismo "20 por ciento", por "10 por ciento".**

**b) Del Diputado Bayo, para reemplazar el párrafo segundo de la letra a) por el siguiente:**

"Los montos que resulten del total de dichos ingresos, descontados los costos fijos y variables necesarios para la generación de éstos, serán destinados a un fondo que será administrado por el establecimiento respectivo. Se tendrán presentes, entre otros, los problemas de capacitación de personal, adquisición de equipamiento, atención primaria y eventuales contratos de compra de prestaciones de servicios con personas naturales necesarios para el cumplimiento de sus funciones."

**c) Del Diputado señor Bayo, para asignarles las letras f) y g) a los dos últimos párrafos de la letra e).**

Se señaló que la indicación signada con la letra b) es consistente con una política que está inmersa en todo el proyecto de reforma de la salud, que tiende a descentralizar y a otorgar más atribuciones al servicio de salud y a las direcciones de hospitales. No se debe restringir ni limitar la descentralización, sino que, por el contrario, hay que conceder todas las facilidades para que, utilizando la flexibilización que ya se les ha otorgado en el uso de los recursos humanos, manejen los fondos que, como producto de su excelente gestión, el día de mañana les permitan capacitar en mejor forma a

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

sus funcionarios y generar contratos acordes con criterios de buena administración.

En relación con la indicación signada con la letra c), el señor ARTAZA (Ministro de Salud) precisó que los dos últimos párrafos no corresponden a la letra e), sino que son incisos del artículo.

Puesta en votación la indicación sustitutiva del Ejecutivo, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometidas a votación las indicaciones signadas con las letras a), b) y c), **fueron rechazadas por mayoría de votos.**

Puesta en votación la indicación sustitutiva, **fue aprobada por mayoría de votos.**

**Artículo 21 C.**

*"Artículo 21 C.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, el que tendrá un carácter consultivo y conocerá de la gestión del Servicio, en lo referido a sus planes de trabajo, así como de su gestión programática, financiera y presupuestaria.*

*En el desempeño de sus funciones, este Consejo conocerá, anticipadamente, el plan anual de trabajo del Servicio y la rendición de cuentas de su autoridad, dejando constancia de los reparos y alcances que surjan, los que serán enviados al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud.*

*El Consejo estará constituido por representantes de usuarios y de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.*

*La composición y funcionamiento del Consejo serán determinados en el reglamento."*

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**N° 21. Modifica el artículo 23.**

*"Sustitúyese, en el artículo 23, la frase "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".*

Sin debate, **fue aprobado por unanimidad.**

**N° 22. Sustituye el artículo 24.**

**"Artículo 24.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:**

*a) Con los pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;*

*b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la ejecución de acciones de salud pública;*

*c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;*

*d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial, o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;*

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

e) *Con los bienes que adquieran por donación, herencia o legado;*

f) *Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y*

g) *Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios."*

El Ejecutivo, formuló indicación para intercalar, en la letra a), las palabras "**aportes y**", entre las palabras "con los" y "pagos".

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

Por la misma votación, **fue aprobado** el numeral.

**N° 23. Modifica el artículo 27.****"En el inciso primero del artículo 27:**

a) *Agrégase, en la letra a), a continuación de la palabra "ley" y antes del punto y coma (;), la siguiente frase: "y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo".*

b) *Suprímese, en la letra d), la conjunción "y", con que finaliza.*

c) *Intercálanse, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):*

*"e) Otorgar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 el Régimen de Garantías en Salud.*

*f) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de la Superintendencia de Garantías en Salud en la materia; y".*

El Ejecutivo **formuló indicación para sustituir la letra c) por la siguiente:**

**"c) Intercálanse, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser g):**

**"e) Otorgar a los beneficiarios de la ley 18.469 el Régimen de Garantías de Salud y financiar a éstos las prestaciones que no formen parte de dicho Régimen, conforme a la ley;**

**"f) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos conforme a la ley; y".**

Sin debate, sometida a votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

Por la misma votación, **fue aprobado** el numeral 23.

**N° 24. Modifica el artículo 30.**

*"Intercálase, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva, pasando las actuales letras k) y l) a ser l) y m), respectivamente:*

**"k) Proponer a la autoridad que corresponda la aplicación de las medidas administrativas que procedieren a los**



## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

**funcionarios que incurrieren en incumplimiento de los convenios relacionados con las garantías establecidas en el Régimen de Garantías en Salud;".**

Sin debate, puesto en votación el numeral **24**, fue **aprobado por unanimidad.**

**N° 25. Modifica el artículo 31.**

**"Sustitúyese, en el inciso segundo, el numeral "28" por el numeral "31".**

Sin debate, sometido a votación el numeral 25, fue **aprobado por unanimidad.**

**N° 26, nuevo.**

Los Diputados señores Cornejo, Lorenzini, Melero y Robles formularon indicación *para agregar un numeral 26, nuevo.*

**"26) Agréganse, a la letra c) del artículo 37 del decreto ley N° 2.763, de 1979, los siguientes incisos, a continuación del primer punto aparte (.):**

**"Deberá satisfacer las necesidades de productos biológicos que surjan frente a emergencias sanitarias, catástrofes, ausencia o insuficiencia de ellos u otros eventos que afecten la salud de la población.**

**"Para estos efectos, el Instituto de Salud Pública deberá mantener una línea permanente de investigación y desarrollo en el área de los productos biológicos."**

El Diputado señor LORENZINI (Presidente) declaró **inadmisible** la indicación.

**N° 26. Modifica el artículo 39.**

**"a) Sustitúyese, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".**

**b) Derógase la letra l)."**

El Ejecutivo, **formuló indicación para sustituir la letra b) por la siguiente:**

**"b) Sustitúyese la letra l) por la siguiente:**

**"l) Delegar sus atribuciones conforme a la ley".**

Sin debate, puesta en votación la indicación, fue **aprobada por unanimidad.**

**N° 27. Modifica el artículo 40.**

**"Sustitúyese, la frase "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".**

Sin debate, sometido a votación el numeral, fue **aprobado por unanimidad.**

**N° 28. Sustituye el artículo 42.**

**"Artículo 42.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra k) del artículo 39 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna del Instituto, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que lo**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

integran."

Sin debate, puesto en votación el numeral, **fue aprobado por unanimidad.**

**N° 29. Modifica el artículo 50.**

"a) *Sustitúyese, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".*

b) *Derógase la letra f)."*

El Ejecutivo **formuló indicación para sustituir la letra b) por la siguiente:**

**"b) Reemplázase la letra f) por la siguiente:**

**"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;"**.

Sin debate, puesto en votación el numeral con la indicación, **fue aprobado por unanimidad.**

**N° 30. Sustituye el artículo 51.**

*"Artículo 51.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra e) del artículo 51 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna de la Central, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que la integran."*

Sin debate, sometido a votación el numeral, **fue aprobado por unanimidad.**

N° 31, nuevo. Modifica el artículo 52.

El Ejecutivo formuló indicación para agregar, a continuación del numeral 30, el siguiente numeral 31, nuevo:

**"31) Sustitúyense, en el inciso segundo del artículo 52, las letras a) y b) por las siguientes:**

**"a) El Subsecretario de Redes Asistenciales, o su representante, que la presidirá;**

**b) Un representante del Ministro de Salud;"**

Se solicitó votar las letras en forma separada, y así se acordó.

Sin debate, puesta en votación la letra a) del numeral 31, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sin debate, sometida a votación la letra b) del numeral 31, **fue aprobada por unanimidad.**

**ARTÍCULO 2°.**

*Sustituye el artículo 5° del Código Sanitario por el siguiente:*

*"Artículo 5°.- Cada vez que el presente Código haga referencia a la autoridad sanitaria, se entenderá por ella el Ministro de Salud o el Secretario Regional Ministerial de Salud, según corresponda, o las personas en quienes deleguen sus funciones o atribuciones."*

El Ejecutivo **formuló indicación para sustituirlo por el siguiente:**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

**“Artículo 5º.- Cada vez que el presente Código aluda a la autoridad sanitaria, deberá entenderse por ella al Ministro de Salud, en las materias que son de competencia de dicha Secretaría de Estado; a los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud, como sucesores legales de los Servicios de Salud y del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, respecto de las atribuciones y funciones que este Código radica en dichas autoridades y que ejercerá dentro del territorio regional de que se trate; y al Director del Instituto de Salud Pública, en relación con las facultades que legalmente le corresponden respecto de las materias sanitarias que este Código regula, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado válidamente sus atribuciones.”**

Se hizo presente en el debate que existe un problema de coherencia entre las normas del artículo 1º del proyecto y la contenida en la indicación.

Por otra parte, se destacó que el problema radica en que se mantiene el Sesma, pero las facultades relacionadas con el tema ambiental se traspasaron a las Secretarías Regionales Ministeriales, de manera tal que este punto debe ser reestudiado. Se sugirió rechazar la indicación.

Puesta en votación la indicación, fue **rechazada por unanimidad.**

Sometido a votación el artículo, fue **rechazado por unanimidad.**

**ARTÍCULO 3º.**

***“Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, establezca las normas necesarias para regular las materias que se expresarán, a saber***

*a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1º;*

*b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos, en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley N° 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;*

*c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás Directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;*

*d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;*

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos ni, en general, cese de funciones o término de la relación laboral;

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza de ley a que se ha hecho referencia en las letras anteriores;

l) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en la presente ley."

El Diputado señor Bayo **formuló indicación para reemplazarlo por el siguiente:**

**"Artículo 3º.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, establezca las normas necesarias para regular las materias que se expresarán, a saber:**

**a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1º;**

**b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos, en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

que establece la ley 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos ni, en general, cese de funciones o término de la relación laboral;

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza de ley a que se ha hecho referencia en las letras anteriores;

l) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

**involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en la presente ley.”**

Para sostener su indicación, hizo presente que, durante su larga vida parlamentaria, muy pocas veces ha visto una disposición que otorgue tantas facultades al Presidente de la República. Estimó que, aparentemente, aquí están absolutamente todas las atribuciones que se han concedido a diferentes organismos durante la discusión del proyecto.

Agregó que, hace poco, se analizó la importancia que tenía el funcionamiento de la salud en red. Se vieron las atribuciones que tenían los directores de los servicios y los directores de los establecimientos en red asistencial para trasladar gente y para contratar y dividir el horario a jornada parcial.

Sin embargo, en la letra d) también se otorga al Presidente de la República la facultad para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Es la misma atribución que se le había otorgado ya al director de la red del establecimiento.

La letra g) señala que la aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicio o supresión o fusión de empleo, situación de la que también se había hablado anteriormente.

Lo que más le hace fuerza para plantear la indicación es que se faculta al Presidente de la República para reorganizar los servicios y organismos públicos o crearlos. El senador señor Mariano Ruiz-Esquide y algunos miembros de la Comisión de Salud saben lo que costó crear el Servicio de Salud Araucanía Norte. Puede ser bueno o malo, pero fue creado después de cuatro años de tramitación. Asimismo, hace presente que el Diputado Ortiz es testigo y conoce los beneficios que ha traído a su zona el tener un servicio de salud diferente, separado del de Concepción, de la misma forma en que él sabe lo que es el Servicio de Salud Araucanía Norte con respecto al de Araucanía en general. Sin embargo, aquí, mediante una disposición, se le está otorgando al Presidente de la República la facultad para que por sí y ante sí cree un servicio de salud.

Hace un llamado a sus colegas médicos, que saben lo que significa esto, desde el punto de vista de lograr una mejor salud en Chile, a que apoyen su indicación, mediante la cual se otorgan facultades al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de la ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, el que también deberá llevar la firma del Ministro de Hacienda establezca, las normas necesarias para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1º.

Por otra parte, se insistió en que la aplicación de la ley requerirá de las facultades extraordinarias a que alude este artículo, especialmente porque existen una serie de disposiciones en que es necesaria la dictación de un decreto con fuerza de ley para que se materialicen sus normas.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Se destacó, también, que es necesario efectuar varias precisiones en este artículo sobre las atribuciones que puede tener el Presidente de la República. Parece excesivo que tenga las facultades para crear un servicio de salud. No corresponde que tenga una facultad de ese tipo. Por lo anterior, se propone la idea de reestudiar estas facultades que se dan al Presidente de la República.

Asimismo, se reconoció que las facultades que se otorgan al Presidente de la República en el artículo 3° son muy amplias. Ello hace pensar que el trabajo que se ha efectuado respecto del artículo 1° y de las modificaciones del decreto ley N° 2.763 no tiene sentido.

El tema de la salud es tremendamente complejo y presenta innumerables problemas. El Ejecutivo ha dado muestra, en esta sesión, de no tener todo enteramente resuelto. Por lo tanto, se estimó peligroso cerrar la puerta completamente y no dejar ninguna facultad al Presidente de la República para que enmiende las cosas que se deben modificar en terreno. Es evidente que pueden ser miles los imponderables que en esta Comisión probablemente no se han previsto, por lo que se considera que deben otorgarse facultades al Presidente de la República para poner en vigencia esta ley.

Puesta en votación la indicación para sustituir este artículo, **fue rechazada por mayoría de votos.**

Se accede a la solicitud de someter a votación el artículo por letras.

Puestas en votación las letras a), c) y l), **fueron aprobadas por mayoría de votos.**

Sometidas a votación las letras b), d), e), f), g), h), i), j) y k), **fueron aprobadas por unanimidad.**

**ARTÍCULOS TRANSITORIOS.****Artículo 1°.**

*"Lo dispuesto en el artículo 14 D, que se agrega al decreto ley N° 2.763, de 1979, regirá a contar de la fecha de vigencia de la presente ley."*

Puesto en votación el artículo, **fue aprobado, por unanimidad.**

**Artículo 2°.**

*"El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley, se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud."*

Sometido a votación el artículo, **fue aprobado, por unanimidad.**

**VII.- ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS POR LA COMISIÓN.****a) Artículos rechazados:**

Se encuentra en esta situación el artículo 2° del proyecto

**b) Indicaciones rechazadas:**

**Al N° 3, que sustituye el artículo 5°.**

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

- Del Diputado señor Bayo, al inciso primero, para reemplazar la frase "la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública" por "el subsecretario".

**Al N° 6, que modifica el artículo 8°.**

- Del Diputado señor Bayo, para reemplazar la letra a) por la siguiente:

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo por el siguiente:

"El Subsecretario tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de salud pública asociadas a las prestaciones individuales, tales como la alimentación complementaria y vacunaciones y las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud."

**Al N° 7, que sustituye el artículo 9°.**

- Del Diputado señor Bayo, para sustituirlo por el siguiente:

7) Sustitúyese el artículo 9° por el siguiente:

"Artículo 9°.- El Subsecretario tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y le corresponderá coordinar todo lo relacionado con las funciones de regulación y fiscalización del sector salud."

**Al N° 8, que sustituye el artículo 10.**

- Del Diputado señor Bayo, al artículo 10, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 10.- Asimismo, corresponderá al Subsecretario:

a) Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del Sistema, y coordinar su ejecución por los organismos que integran dicho sistema;

b) Impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma que garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de manera integral, eficiente y uniforme, y

c) Ejercer las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos.

**Al N° 11, que agrega un artículo 14 A.**

a) De los Diputados Accorsi y Robles para agregar en el inciso segundo, a continuación de las palabras "profesional universitario", la frase "del área de la salud".

**Al N° 11, que agrega un artículo 14 B.**

- Del Diputado señor Bayo, para sustituir, en el inciso primero, la palabra "resolución" por "decreto supremo".

- Del Diputado señor Dittborn, al artículo 14 B, inciso cuarto, N° 5, para suprimirlo.

**Al N° 11, que agrega un artículo 14 C.**



## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

- De la Diputada señora Cristi y de los Diputados señores Dittborn, Masferrer, Melero y Von Mülenbrock, al artículo 14 C, número 6, para reemplazarlo por el siguiente:

“6) Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre la calidad de las prestaciones que se otorguen en el sistema público de salud”.

- Del Ejecutivo, al artículo 14 C, número 8, para sustituir la frase “Dictar las normas sanitarias de” por la siguiente, “Adoptar las medidas sanitarias que corresponda según”.

- Del Diputado señor Bayo, al artículo 14 C, número 10, para sustituir la palabra “Ejecutar” por la frase “Velar por la ejecución”.

- Del Ejecutivo, al artículo 14 C, número 10, para agregar, antes del punto aparte (.), la siguiente frase, precedida de una coma (,) “debiendo coordinarse, para estos efectos, con las entidades que correspondan”.

- Del Ejecutivo para agregar, al artículo 14 C, en el N° 10, a continuación del punto final (.) que pasa a ser seguido (.), el siguiente párrafo: “Para estos efectos, cada Secretaría Regional Ministerial deberá desarrollar un departamento, sección u oficina especialmente dedicada al cumplimiento de esta función, debiendo coordinar su labor con las demás entidades públicas competentes, especialmente con los Municipios de la región, a los cuales se les podrá delegar funciones tales como la inspección o verificación del cumplimiento de estas normas, mediante la celebración de los convenios respectivos.”

- Del Diputado señor Bayo, al artículo 14 C, N° 11, al párrafo primero, para eliminar la frase “a la Superintendencia de Garantías en Salud y”.

- Del Diputado señor Bayo, al artículo 14 C, N° 12, para eliminar, en el primer párrafo, las frases “la Superintendencia de Garantías en Salud y a” y “Superintendencia de Garantías en Salud y la”.

**Al N° 11, que intercala un artículo 14 E.**

- Del Diputado señor Bayo, para agregar el siguiente inciso final:

“Las sanciones serán aplicadas en consideración a la cantidad de usuarios afectados y a la gravedad de la infracción.”

Al N° 11, que intercala un artículo 14 F.

- De los Diputados señores Accorsi, Bayo, Hidalgo, Lagos y Robles, al artículo 14 F, para agregar un inciso tercero, nuevo, del siguiente tenor: “En el cumplimiento de las funciones fiscalizadoras, la autoridad deberá cautelar los derechos de las personas consagrados en la ley N° 19.628, las normas sobre secreto profesional.”

**Al N° 11, que intercala un artículo 14 G.**

- Del Diputado señor Bayo, para sustituir el artículo 14 G, por el siguiente:

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

“Artículo 14 G.- El afectado por clausura o por cancelación de la autorización sanitaria para funcionar podrá reclamar de ella ante el juez de letras en lo civil que corresponda dentro del plazo de diez días, contado desde la fecha de la notificación.

“La reclamación se someterá a las normas del procedimiento sumario y su interposición no suspenderá la caducidad decretada, salvo que el juez de la causa resuelva en contrario.

“Las notificaciones que practique el Secretario Regional Ministerial se harán por carta certificada y los plazos a que ella se refiera empezarán a correr tres días después de recibida por la empresa de correos.”

- Del Diputado señor Melero, al artículo 14 G, inciso tercero, para reemplazar el vocable “medida” por “resolución”.

- Del Diputado señor Melero, al artículo 14 G, para agregar un inciso final, nuevo:

“Las notificaciones a que se refiere el inciso primero de este artículo deberán efectuarse por carta certificada y los plazos a que ella se refiere empezarán a correr tres días después de recibida por la empresa de correos.”

**Al N° 12, que sustituye el artículo 15,**

- Del diputado señor Bayo, para sustituir el inciso final por el siguiente:

“Dichos organismos dependerán del Ministerio a través del Subsecretario.”

**Al N° 13, que modifica el artículo 16.**

- Del Ejecutivo, para suprimir la letra c) del numeral 13.

**Al N° 18, que modifica el artículo 20.**

- Del Diputado señor Melero, a la letra o) que se intercala para reemplazar la frase “por el término de tres años prorrogables por una sola vez, por resolución fundada” por la siguiente: “sin límite de tiempo, no pudiendo, en todo caso, extenderse por más de diez años”.

**Al N° 20, que intercala un artículo 21 B).**

- Del Diputado señor Bayo, para reemplazar el párrafo segundo de la letra a) por el siguiente: “Los montos que resulten del total de dichos ingresos, descontados los costos fijos y variables necesarios para la generación de éstos, serán destinados a un fondo que será administrado por el establecimiento respectivo. Se tendrán presentes, entre otros, los problemas de capacitación de personal, adquisición de equipamiento, atención primaria y eventuales contratos de compra de prestaciones de servicios con personas naturales necesarias para el cumplimiento de sus funciones”.

- Del Diputado señor Melero, para reemplazar, en el párrafo segundo de la letra a), el guarismo “20%”, por “10%”.

- Del Diputado señor Bayo para asignarles las letras f) y g) a los dos últimos párrafos de la letra e).

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

**Al artículo 2°.**

- Del Ejecutivo, para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 5°.- Cada vez que el presente Código aluda a la autoridad sanitaria, deberá entenderse por ella al Ministro de Salud, en las materias que son de competencia de dicha Secretaría de Estado; a los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud, como sucesores legales de los Servicios de Salud y del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, respecto de las atribuciones y funciones que este Código radica en dichas autoridades y que ejercerá dentro del territorio regional de que se trate; y al Director del Instituto de Salud Pública, en relación con las facultades que legalmente le corresponden respecto de las materias sanitarias que este Código regula, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado válidamente sus atribuciones.”

**Al artículo 3°.**

- Del Diputado señor Bayo, para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 3°.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, establezca las normas necesarias para regular las materias que se expresarán, a saber:

a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1°;

b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos ni, en general, cese de funciones o término de la relación laboral;

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza de ley a que se ha hecho referencia en las letras anteriores;

l) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en la presente ley."

Indicaciones inadmisibles.

**Al N° 11, que agrega un artículo 14 B).**

- De los Diputados Accorsi y Robles, para reemplazar, en el inciso primero, la frase "resolución del Ministerio de Salud", por "resolución del respectivo secretario regional ministerial".

**Al N° 11, que agrega un artículo 14 C.**

De la Diputada señora Cristi y de los Diputados señores Masferrer, Melero y Von Mühlenbrock, para reemplazar el número 11 por el siguiente:

"11.- Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicios que otorguen los prestadores de salud del sector público, siempre que no exista otro órgano administrativo que resuelva tales reclamos.

De lo resuelto por el secretario regional ministerial, podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud en el plazo de quince días, contados desde que se notifique la resolución, sin que sea aplicable lo dispuesto en la letra n) del artículo 24 de la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional. El ministro de Salud tendrá treinta días para resolver.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Un reglamento establecerá las demás disposiciones que sean necesarias para el funcionamiento de este procedimiento de reclamo."

**Al N° 11, que intercala un artículo 14 E.**

- Del Diputado señor Bayo, al N° 2 del artículo 14 E, para agregar, a continuación de la palabra "multa", la expresión "a beneficio fiscal".

**N° 26, nuevo, que modifica el artículo 37.**

De los Diputados Cornejo, Lorenzini, Melero y Robles, para agregar un numeral 26, nuevo.

26) Agréganse, a la letra c) del artículo 37 del decreto ley N° 2.763, de 1979, los siguientes párrafos nuevos, a continuación del primer punto aparte (.):

"Deberá satisfacer las necesidades de productos biológicos que surjan frente a emergencias sanitarias, catástrofes, ausencia o insuficiencia de ellos u otros eventos que afecten la salud de la población.

Para estos efectos, el Instituto de Salud Pública deberá mantener una línea permanente de investigación y desarrollo en el área de los productos biológicos."

-----

En mérito de lo expuesto y por la consideraciones que, en su oportunidad, dará a conocer el señor Diputado Informante las Comisiones Unidas de Hacienda y de Salud recomiendan la aprobación del siguiente

**PROYECTO DE LEY**

**ARTÍCULO 1°.-** Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:

**1)** Sustitúyese el artículo 4° por el siguiente:

"Artículo 4°.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Gobierno. Además, le corresponderá desempeñar las siguientes funciones:

1.- Ejercer la rectoría del sector salud, lo cual comprende, entre otras materias:

a) La formulación, control y evaluación de políticas de Estado, planes y programas generales en materia de salud.

b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.

c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.

d) La coordinación y cooperación internacional en salud.

e) Dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas al Sistema, de acuerdo con las políticas fijadas.

2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas. Asimismo, dictar normas sanitarias en aspectos tales como autorizaciones sanitarias; saneamiento básico; calidad de los alimentos; medio

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

ambiente, de acuerdo con la ley N° 19.300; ambiente laboral, y en lo referente a todas aquellas materias reguladas y sancionadas por el Código Sanitario.

3.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley, a través de la Secretaría Regional Ministerial respectiva, y que no estén encomendadas a otros organismos.

4.- Definir las normas y efectuar la medición y monitoreo nacional de la situación de salud y de vigilancia de salud pública.

5.- Recopilar y generar información en materia de salud y de gestión en salud.

6.- Formular el presupuesto sectorial a nivel de cada órgano y servicio que integre el Sistema.

7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGÉ", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

8.- Establecer las normas, procedimientos y el sistema de medición y acreditación de la calidad de atención en todos los niveles de complejidad del sector.

9.- Definir políticas destinadas a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la atención de salud y reglamentar los mecanismos de reclamo y apelación que serán implementados por la Secretaría Regional Ministerial respectiva.

10.- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y programas generales de salud, especialmente en lo relativo a su eficiencia, eficacia y calidad.

11.- Definir políticas que promuevan la participación de las personas en las diferentes instituciones del Sistema.

12.- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

13.- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, tanto en el nivel regional como nacional, y

14.- Las demás que le confieran las leyes y reglamentos."

**2)** Intercálase, a continuación del artículo 4º, el siguiente artículo 4º bis, nuevo:

"Artículo 4º bis.- El Ministerio de Salud ejecutará la fiscalización a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de las facultades que le competan, por ley, a otros organismos públicos.

La inspección o verificación del cumplimiento de las normas, podrá ser delegada en terceros debidamente acreditados conforme al reglamento respectivo.

**3)** Sustitúyese el artículo 5º por el siguiente:

"Artículo 5º.- El Ministerio de Salud está integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública, y las Secretarías Regionales Ministeriales.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

El Ministerio estará organizado en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

El Ministro de Salud, mediante decreto, determinará la estructura y organización interna del Ministerio y asignará las funciones y atribuciones específicas que correspondan a cada uno de los niveles jerárquicos existentes. Dicho decreto deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de diseño de políticas y planes en el ámbito de la salud de las personas y el ambiente, financieras e inversiones en el Sistema, gestión de recursos humanos, regulación, epidemiología, estadísticas y auditoría."

**4)** Derógase el inciso final del artículo 6º.

**5)** Derógase el artículo 7º.

**6)** En el artículo 8º:

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo, por el siguiente:

"Artículo 8º.- La Subsecretaría de Redes Asistenciales tendrá a su cargo la coordinación y control del Sistema y de todo lo relacionado con la provisión de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud, salvo en las materias que sean de la competencia de la Subsecretaría de Salud Pública."

b) Modifícase el inciso tercero, que ha pasado a ser segundo, del siguiente modo:

i.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto y coma (;), la conjunción "y".

ii.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción "y" con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).

iii.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.

c) Sustitúyase el inciso final por el siguiente:

"La Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá contar con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de las acciones de salud del Sistema."

**7)** Sustitúyese el artículo 9º por el siguiente:

"Artículo 9º.- La Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con:

1.- Las funciones de regulación y fiscalización del sector salud.

2.- Las acciones de salud pública.

Para los efectos de lo dispuesto en este número, a la Subsecretaría le corresponderá, entre otras cosas, administrar el financiamiento de las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de cobertura nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, sin consideración a la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie. Para el cumplimiento de lo señalado, la ley de Presupuestos deberá contemplar los montos parciales y totales que se destinarán a cada una de ellas.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

El Subsecretario estará facultado para requerir las correcciones que sean necesarias cuando, de oficio o por presentación de reclamo, detecte incumplimiento de la normativa que rija a las prestaciones y actividades indicadas en el inciso anterior. La dictación de estas normas se entenderá sin perjuicio de las modificaciones o innovaciones que apruebe en relación con las iniciativas que, con fines de mejoramiento de calidad o eficiencia, le sean propuestas.

Asimismo, la Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio.

La Subsecretaría de Salud Pública contará con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de sus funciones."

**8)** Sustitúyese el artículo 10 por el siguiente:

"Artículo 10.- Corresponderá a cada Subsecretaría, dentro de su competencia, ejercer las siguientes atribuciones:

a.- Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del sector salud, y coordinar su ejecución por los organismos que integran el Sistema;

b.- Impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma de que se garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de una manera integral, eficiente y uniforme; y

c.- Ejercer las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos."

**9)** Deróganse los artículos 11 a 13.

**10)** En el artículo 14:

a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con las palabras "el que deberá" y termina con la expresión "siguientes:", por: "sin perjuicio de las oficinas provinciales o locales que pudieran requerirse."

b) Suprímense los literales desde la a) a la j).

**11)** Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D, 14 E, 14 F, 14 G, y 14 H, nuevos:

"Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la salud pública, de acuerdo con lo que señale el reglamento."

"Artículo 14 B.- La organización de la Secretaría Regional Ministerial será definida por decreto del Ministerio de Salud.

Dicho decreto deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de inspectoría en materias sanitarias, ambientales y de calidad de los prestadores; salud pública; epidemiología, y acreditación de establecimientos de salud.



## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Sin perjuicio de lo anterior, existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señalen esta ley y el reglamento y las que el Secretario Regional Ministerial le someta a su consideración.

El Consejo Asesor estará integrado por:

- 1.- Los directores de los Servicios de Salud correspondientes;
- 2.- Dos alcaldes elegidos por los alcaldes de la región;
- 3.- Un representante de los colegios profesionales del área de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 4.- Un representante de los trabajadores del área de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 5.- Un representante de los prestadores de salud privada de la región, elegido en la forma que señale el reglamento.
- 6.- Un representante de las agrupaciones de usuarios de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 7.- Un representante de las juntas de vecinos de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 8.- Un representante de las agrupaciones de las entidades productivas o del comercio de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 9.- Un representante de la Comisión Regional del Medio Ambiente, elegido por ésta;
- 10.- El Secretario Regional Ministerial de Educación o su representante, y
- 11.- Un representante de las universidades o centros de formación superior de la región, si existieren, elegido en la forma que señale el reglamento.

El Consejo podrá realizar consultas adicionales a las instancias que estime pertinentes.

Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

Corresponderá al Ministerio de Salud definir, para cada región, el número de representantes a que se refieren los numerales 3, 4, 5 y 6, teniendo en cuenta, entre otras variables, el número de habitantes de la región.

El reglamento señalará el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento."

"Artículo 14 C.- Las Secretarías Regionales Ministeriales tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud, a través de las respectivas Subsecretarías:

- 1.- Representar al Ministerio de Salud en la región.
- 2.- Colaborar con el Intendente y asesorarlo en las materias sectoriales que sean de su competencia.
- 3.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad y proponer

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

las adecuaciones de dichas políticas a la realidad de cada región, oyendo previamente al Consejo Asesor.

4.- Supervisar a los organismos indicados en el artículo 15, en el ámbito de su competencia regional, en cuanto al cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud. Para tales efectos, entre otras cosas, podrá requerir de la autoridad correspondiente, la adopción de las medidas administrativas que procedieren si detectare el incumplimiento de las obligaciones o deberes por parte de tales organismos.

5.- Mantener el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

6.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre calidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, por parte de los prestadores de salud, sean personas naturales o jurídicas.

Lo anterior no podrá significar una limitación de las potestades que les correspondan a otros organismos públicos, en la fiscalización del Régimen de Garantías en Salud.

7.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre salud ambiental y velar por la adecuada coordinación de las acciones sobre las personas y sobre el medio ambiente de los Servicios de Salud de las Personas y del Ambiente, en el ámbito de jurisdicción de sus respectivos territorios.

8.- Colaborar, conforme las instrucciones del Subsecretario correspondiente, con las acciones de salud pública, mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan, especialmente con los servicios de salud y las entidades administradoras de salud municipal respectivas.

9.- Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicio que otorguen los prestadores de salud, tanto públicos como privados, sin perjuicio de las facultades que les competan a otros organismos públicos.

De lo resuelto por el Secretario Regional Ministerial, podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud, en la forma que señala el artículo 14 G, sin que sea aplicable lo dispuesto en la letra n) del artículo 24 de la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

Un reglamento establecerá el procedimiento para la presentación y resolución de estos reclamos.

10.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

11.- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y, en general, ejecutar, por sí o por terceros, todas aquellas prestaciones de carácter médico-administrativas, y

12.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.”

“Artículo 14 D.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, todas aquellas materias que actualmente corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud.”

“Artículo 14 E.- En uso de las atribuciones que le confiere el artículo 14 C, números 6 y 9, el Secretario Regional Ministerial, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá aplicar las siguientes sanciones:

- 1.- Amonestación.
- 2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento.
- 3.- Clausura.
- 4.- Cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.
- 5.- Las demás que las leyes y reglamentos autoricen

aplicar a la autoridad sanitaria.”

“Artículo 14 F.- Para el cumplimiento de sus funciones fiscalizadoras a que se refieren los artículos anteriores, el Secretario Regional Ministerial podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos relacionados explícitamente con salud, que obren en poder del organismo fiscalizado, y requerir de éste o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar, a éstos o a terceros directamente relacionados con la materia fiscalizada, la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por el Secretario Regional Ministerial, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes de los organismos fiscalizados o de terceros directamente relacionados con la materia fiscalizada, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones.”

“Artículo 14 G.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte el Secretario Regional Ministerial, en uso de la facultades de fiscalización descritas en los artículos anteriores, 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.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

El Secretario Regional Ministerial deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Resuelto por el Secretario Regional Ministerial el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ello; dentro del plazo de quince días hábiles contado desde la notificación de la medida, ante el Ministro de Salud, el cual dispondrá de treinta días para resolver."

"Artículo 14 H.- Será facultad del Secretario Regional Ministerial ordenar, a la autoridad que corresponda, la instrucción de investigaciones o sumarios administrativos respecto del personal directivo de los Servicios de Salud, en lo referente al cumplimiento de las normas de calidad, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan los Directores de dichos organismos y la Contraloría General de la República.

Asimismo, el Secretario Regional Ministerial podrá aplicar al Director del Servicio de Salud o al Director del establecimiento público de salud respectivo, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones emitidas por dicho Secretario en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada un vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor."

**12)** Sustitúyese el artículo 15 por el siguiente:

"Artículo 15.- Los siguientes organismos dependerán del Ministerio de Salud, en la forma que establece esta ley:

- 1.- Los Servicios de Salud;
- 2.- El Fondo Nacional de Salud;
- 3.- La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud;
- 4.- Los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud, conforme a dichos cuerpos legales, y
- 5.- El Instituto de Salud Pública de Chile.

Dichos organismos dependerán del Ministerio a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, excepto el Instituto de Salud Pública de Chile, el que lo hará a través de la Subsecretaría de Salud Pública."

13) Sustitúyese, en el primer párrafo del inciso primero del artículo 16, la expresión "los Servicios" por "los Servicios o el Servicio", y la frase "fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas", por la siguiente: "promoción, fomento, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud:"

**14)** Intercálase, a continuación del artículo 16, el siguiente artículo 16 bis, nuevo:

"Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud, estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, incluidos los de atención primaria de salud municipal y los privados en convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, dentro de su territorio, los cuales deberán colaborar y

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población."

**15)** Deróganse los incisos segundo y tercero del artículo 17.

**16)** Sustitúyese el artículo 18 por el siguiente:

"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director designado por decreto supremo del Ministerio de Salud y que será funcionario de la confianza del Presidente de la República.

El Director deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la gestión en salud. Será nombrado a partir de un proceso de selección público y será evaluado anualmente por el Ministerio de Salud, de acuerdo con los resultados de su gestión y con los objetivos diseñados al momento de su nombramiento, en la forma que señale el reglamento."

**17)** Intercálase, a continuación del artículo 18, el siguiente artículo 18 bis, nuevo:

"Artículo 18 bis.- Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud.

Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención.

El Director deberá, asimismo, velar por la efectiva y eficiente derivación y contradervación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red."

**18)** En el artículo 20:

a) Sustitúyese la letra a) por la siguiente

"a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como asimismo coordinar, asesorar y controlar todos los establecimientos del Servicio."

b) Sustitúyese la letra m) por la siguiente:

"m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;"

c) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción "y" y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

d) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o) y p), nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser letra q):

"o) Disponer, mediante resolución fundada, el traspaso de los funcionarios, en comisión de servicios, a cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, por el término de tres años, prorrogables por una sola vez por resolución fundada. Los funcionarios mantendrán, por el

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

tiempo que dure la comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren.

p) Declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación, y".

**19)** Sustitúyese el artículo 21 por el siguiente:

"Artículo 21.- La estructura y organización básica de los Servicios serán determinadas en el reglamento, sin perjuicio de la facultad del Director del Servicio señalada en la letra b) del artículo anterior. Dicho reglamento deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de planificación, presupuesto, gestión de recursos humanos, gestión de planes y programas, gestión de la Red Asistencial, estadística, epidemiología y auditoría.

Los Servicios estarán organizados en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

Con todo, en el mencionado reglamento se deberá contemplar la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", la que estará constituida por aquellos establecimientos dependientes que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros, de gestión y de calidad.

En relación con dichos establecimientos, un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contemple el proceso; los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias."

**20)** Intercálanse, a continuación del artículo 21, los siguientes artículos 21 A, 21 B y 21 C, nuevos:

"Artículo 21 A.- Para que los establecimientos puedan ingresar al sistema de postulación como "Establecimiento de Autogestión en Red", el reglamento exigirá, como mínimo, el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Cumplir satisfactoriamente los estándares e indicadores fijados en convenios, normas técnicas u otros instrumentos emanados de la autoridad competente, para la atención de los beneficiarios de la ley N° 18.469, en términos de oportunidad, calidad e indicadores de gestión clínica.

b) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión básicos y desarrollo de competencias, en áreas tales como planificación y control de gestión; gestión de administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de participación de los trabajadores y usuarios del establecimiento; sistemas de cuenta pública y control social, entre otras.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

Para cada uno de los sistemas o competencias anteriores, se establecerán estándares e indicadores que luego serán verificados por la autoridad, sobre la base de informes externos, de la forma en que el reglamento lo señale.

c) Lograr equilibrio financiero, lo que se expresará, entre otras variables, en que la proyección de los ingresos devengados sea equivalente a los gastos devengados para el ejercicio presupuestario siguiente; que el plazo de las obligaciones devengadas y no pagadas no sea superior a sesenta días, y que la proyección del gasto en personal, se encuentre financiada para el año correspondiente.

d) Obtener niveles de satisfacción de los usuarios, conforme a parámetros definidos en un sistema objetivo de medición.”

“Artículo 21 B.- Los establecimientos a que se refiere el inciso tercero del artículo 21 contarán, de acuerdo con la etapa del proceso en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:

a) Administrar y disponer de sus ingresos propios, conformados por los recursos obtenidos de la facturación por ventas y servicios a privados; por la recuperación de seguros de accidentes; por la recuperación de subsidios por incapacidad laboral, y por donaciones, según la normativa presupuestaria que les fuere aplicable.

El 20% del monto que resulte del total de dichos ingresos, descontados los costos fijos y variables necesarios para la generación de éstos, será destinado a un fondo que será administrado por el Servicio de Salud respectivo, para la capacitación del personal, adquisición de equipamiento crítico, cumplimiento del Régimen de la ley N° 18.469 y fortalecimiento de la atención primaria de la Red Asistencial correspondiente.

b) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas. Estos convenios deberán ser previamente autorizados por el Director del Servicio de Salud respectivo, a fin de velar por lo dispuesto en la letra a) del artículo precedente.

c) Celebrar contratos de compra de prestaciones de servicio con personas naturales, para el desempeño al interior del establecimiento de tareas o funciones clínicas, generales o específicas, que requiera para el cumplimiento de sus funciones, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud. Dichos contratos deberán contemplar similares condiciones remuneracionales que los funcionarios de dichos establecimientos, de acuerdo con las funciones y responsabilidad que desempeñen.

El gasto asignado a este ítem no podrá exceder del 20% del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.

d) La gestión y administración de sus recursos. El establecimiento que haya cumplido todas las etapas contará con la plenitud de las facultades en esta materia.

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

e) Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, los que alcanzarán al director y al personal de éste regido por el decreto ley N° 249, de 1973, en la forma, monto y condiciones que se determinen en la ley, mientras mantenga la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red".

Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la Red Asistencial, serán supervigilados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, y fiscalizados por el Secretario Regional Ministerial, conforme a la ley.

Se adquirirá la clasificación mediante resolución fundada del Ministerio de Salud, previa visación del Ministerio de Hacienda. De igual manera deberá revocarse la clasificación otorgada, cuando los establecimientos dejen de cumplir los requisitos o incurran en incumplimiento de sus funciones u obligaciones, conforme lo determine el reglamento."

"Artículo 21 C.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, el que tendrá un carácter consultivo y conocerá de la gestión del Servicio, en lo referido a sus planes de trabajo, así como de su gestión programática, financiera y presupuestaria.

En el desempeño de sus funciones, este Consejo conocerá, anticipadamente, el plan anual de trabajo del Servicio y la rendición de cuentas de su autoridad, dejando constancia de los reparos y alcances que surjan, los que serán enviados al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud.

El Consejo estará constituido por representantes de usuarios y de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

La composición y funcionamiento del Consejo serán determinados en el reglamento."

**21)** Sustitúyese, en el artículo 23, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

**22)** Sustitúyese el artículo 24 por el siguiente:

"Artículo 24.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:

a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;

b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la ejecución de acciones de salud pública;

c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;



## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

e) Con los bienes que adquieran por donación, herencia o legado;

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios."

**23)** En el inciso primero del artículo 27:

a) Agrégase, en la letra a), a continuación de la palabra "ley" y antes del punto y coma (;), la siguiente frase: "y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo".

b) Suprímese, en la letra d), la conjunción "y", con que finaliza.

c) Intercálanse, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):

"e) Otorgar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 el Régimen de Garantías en Salud, y financiar a estos las prestaciones que no formen parte de dicho Régimen, conforme a la ley;"

"f) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley, y".

**24)** Intercálase, en el artículo 30, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva, pasando las actuales letras k) y l), a ser l) y m), respectivamente:

"k) Proponer, a la autoridad que corresponda, la aplicación de las medidas administrativas que procedieren a los funcionarios que incurrieren en incumplimiento de los convenios relacionados con las garantías establecidas en el Régimen de Garantías en Salud;"

**25)** Sustitúyese, en el inciso segundo del artículo 31, el numeral "28" por el numeral "31".

**26)** En el artículo 39:

a) Sustitúyese, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".

b) Sustituye la letra l) por la siguiente:

"l) Delegar sus atribuciones conforme a la ley."

**27)** Sustitúyese, en el artículo 40, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

**28)** Sustitúyese el artículo 42 por el siguiente:

"Artículo 42.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra k) del artículo 39 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna del Instituto, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que lo integren."

**29)** En el artículo 50:

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

a) Sustitúyese, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".

b) Reemplázase la letra f) por la siguiente:

"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley."

**30)** Sustitúyese el artículo 51 por el siguiente:

"Artículo 51.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra e) del artículo 51 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna de la Central, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que la integren."

**"31)** Sustitúyense, en el inciso segundo del artículo 52, las letras a) y b) por las siguientes:

"a) El Subsecretario de Redes Asistenciales, o su representante, quien la presidirá;"

"b) Un representante del Ministro de Salud;"

**ARTÍCULO 2º.-** Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias, saber:

a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1º;

b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos, en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley N° 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás Directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de

## INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA

continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos ni, en general, cese de funciones o término de la relación laboral;

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza de ley a que se ha hecho referencia en las letras anteriores;

l) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en esta ley.

**ARTÍCULOS TRANSITORIOS**

**Artículo 1° transitorio.-** Lo dispuesto en el artículo 14 D, que se agrega al decreto ley N° 2.763, de 1979, regirá a contar de la fecha de vigencia de esta ley.

**Artículo 2° transitorio.-** El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud."

-----

Se designó Diputado Informante, al señor **ROBLES**, don Alberto.

SALA DE LAS COMISIONES UNIDAS, aprobado en sesiones de fechas 15, 17, 29 y 31 de julio, 7, 14 y 21 de agosto, 4 y 11 de septiembre de 2002, con la asistencia del Diputado señores Pablo Lorenzini, Presidente, de las Diputadas señoras María Angélica Cristi y Carolina Tohá, y de los Diputados

---

**INFORME COMISIONES UNIDAS SALUD Y HACIENDA**

señores Enrique Accorsi, Sergio Aguiló, Claudio Alvarado, Rodrigo Álvarez, Francisco Bayo, Alberto Cardemil, Patricio Cornejo, Julio Dittborn, Camilo Escalona, Marcelo Forni, Guido Girardi, Carlos Hidalgo, Enrique Jaramillo, Eduardo Lagos; Juan Masferrer, Patricio Melero, Sergio Ojeda, Carlos Olivares, José Miguel Ortiz, Osvaldo Palma, Alberto Robles, Exequiel Silva, y Gaston von Mühlenbrock.

Asimismo, asistieron, por la vía del reemplazo, la Diputada señora María Eugenia Mella, y los Diputados señores Felipe Letelier, Carlos Abel Jarpa, Jaime Quintana, Fulvio Rossi.

HÉCTOR PIÑA DE LA FUENTE  
Secretario de las Comisiones Unidas

## DISCUSIÓN EN SALA

### 1.4. Discusión en Sala

Legislatura 348, Sesión 2, 02 de octubre de 2002. Discusión general queda pendiente.

#### **NUEVA ESTRUCTURA DE SECTOR PÚBLICO DE SALUD. Primer trámite constitucional.**

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- En el Orden del Día, corresponde conocer, en primer trámite constitucional, el proyecto de ley que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

Diputado informante de las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud es el señor Alberto Robles.

*Antecedentes:*

*-Mensaje, boletín N° 2980-11, sesión 11ª, en 2 de julio de 2002. Documentos de la Cuenta N° 1.*

*-Informe de las Comisiones unidas de Salud y Hacienda, sesión 1ª, en 1 de octubre de 2002. Documentos de la Cuenta N° 26.*

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Me permito informar a la Sala que después de rendido el informe de las Comisiones unidas, se iniciará la discusión en general, correspondiendo a dichas Comisiones el estudio de las indicaciones formuladas por el Presidente de la República durante el segundo trámite reglamentario.

Tiene la palabra el señor diputado informante.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, me ha correspondido el alto honor de ser nominado por mis pares de las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud como diputado informante del primer proyecto de ley que ingresa a la Sala de esta Cámara, del total que ha presentado el Ejecutivo para realizar una reforma al sistema de salud chileno.

El Ejecutivo ha ingresado cinco proyectos de ley que buscan, en su conjunto, una mejor salud para todos los chilenos, garantizando la igualdad de derechos e implementando políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad sanitaria, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de las políticas y de los programas sociales.

Dos de esos proyectos están siendo analizados por la Comisión de Salud de la Cámara: el proyecto de acceso universal con garantías explícitas y el de derechos y deberes de los pacientes. Los otros tres están siendo estudiados por las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud: los proyectos de autoridad

## DISCUSIÓN EN SALA

sanitaria y gestión, la reforma de las isapres y el de financiamiento de estas iniciativas.

Hoy, en mi condición de diputado informante y como miembro integrante de la Comisión de Salud, me referiré a los alcances del proyecto de autoridad sanitaria y gestión, iniciado en un mensaje de su Excelencia el Presidente de la República, el cual ha sido analizado en general y en particular por las Comisiones unidas de Salud y de Hacienda.

Los recursos de que dispone el país para cuidar la salud de la población son limitados y escasos, por lo que es necesario fijarles una buena orientación, la que para estos efectos estará dada fundamentalmente por los objetivos nacionales de salud.

El Ejecutivo señala, respecto de los mismos, lo siguiente: "La formulación de objetivos nacionales de salud es un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, ya que en el pasado fue precisamente la fijación de objetivos claros, medibles y practicables lo que permitió los grandes avances en la salud de la población.

"En el marco de la reforma, estos objetivos son el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población.

"En este sentido, las metas que se deben plantear para la década 2000-2010, deben tener como objetivos:

"a) Disminuir las desigualdades en salud.

"b) Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.

"c) Proveer servicios acordes con las expectativas de la población, y

"d) Mejorar los logros sanitarios alcanzados".

Los objetivos nacionales de salud deben expresarse mediante un instrumento de gestión sanitaria, de forma que constituyan una efectiva vinculación entre las necesidades de la población y la gestión de los recursos destinados a salud. Y deben gestionarse mediante una institucionalidad más flexible y descentralizada.

La situación actual de la autoridad sanitaria presenta una serie de problemas, tales como dispersión, burocracia e ineficacia; capacidad normativa desigual; insuficiente fiscalización de la calidad de las prestaciones; insuficiente regulación de los administradores privados del seguro de salud; insuficiente comprensión del rol de la autoridad sanitaria por parte de la ciudadanía; insuficiencias en la legislación vigente.

Es necesario tener en cuenta, para contextualizar adecuadamente la propuesta legislativa, que para nadie es un misterio que hoy se viven las consecuencias de la reforma del sistema de salud realizada en los primeros años de la década de los '80, de la cual el decreto que se modifica por el proyecto es su principal componente.

En dicha reforma se pretendió, en primer lugar, concentrar en el ministerio las tareas normativas y descentralizar en los servicios la gestión de la atención de salud. Sin embargo, en esos servicios se concentraron también las facultades fiscalizadoras, tanto del proceso asistencial -lo cual transformó a

## DISCUSIÓN EN SALA

dicha autoridad en juez y parte de su trabajo- como del ámbito de la salud pública, lo que significó heredar las deficiencias de los mismos.

Esta doble condición de gestor asistencial y autoridad sanitaria está dificultando que se resuelvan adecuadamente los problemas que se presentan en ambas áreas.

Una segunda medida de dicha reforma contribuyó a generar elementos que distorsionaron más las cosas: la municipalización de los consultorios y postas. En efecto, si bien dicha medida ha tenido efectos positivos, tuvo también, a lo menos, uno negativo: escasa integración y fluidez de procesos que deben existir en una red asistencial. En la práctica, los servicios concentraron su trabajo en los establecimientos de su dependencia, hecho que debilitó la coordinación entre los distintos niveles de complejidad y restringió el traspaso de recursos del hospital a la atención primaria. Con ello se mantuvo una estrategia que se tornó ineficiente para solucionar los problemas de salud de las personas.

Para reaccionar adecuadamente a los desafíos que impone la transición epidemiológica, se requiere una permanente capacidad de ajustes en las habilidades de respuesta del sistema asistencial.

Los problemas que hoy existen en los servicios de salud, contenidos en el mensaje, son los siguientes:

En el nivel primario existe baja capacidad de resolución, lo que ocasiona excesivas derivaciones; insuficiente anticipación al daño; baja cobertura de problemas crónicos del adulto mayor; acceso restringido a ciertos horarios; bajo control de calidad; baja capacidad de gestión; poca atracción hacia médicos y otros profesionales para que se inserten en el nivel primario; mínimo acceso de la población a especialistas y a exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico; poca confiabilidad; dificultades de trato y baja participación social.

En el nivel secundario, los problemas pesquisados dicen relación con una baja cobertura de los problemas de salud del adulto mayor y de enfermedades crónicas; limitaciones en la resolución y manejo ambulatorio de diversas patologías; baja capacidad de adecuación de las respuestas frente a la demanda desde el nivel primario y de urgencia; baja tasa de devolución de pacientes al primer nivel -es decir, la contrarreferencia no está funcionando desde el nivel secundario al primario-; dificultades en la autonomía e información a los pacientes respecto de su diagnóstico y tratamiento; ausencia de capacidad de escoger prestadores, y bajo control y participación social.

A nivel terciario existe una mínima cobertura de los problemas del adulto mayor y enfermedades crónicas; listas de espera que crecen en el tiempo; escasa descentralización y capacidad de gestión de los recursos; en muchos casos, hospitalizaciones innecesarias; centralización en lo hospitalario; concentración de recursos; aumento sistemático de las deudas de los hospitales; servicios clínicos segmentados entre sí, en los que existe poca colaboración; procedimientos administrativos altamente burocráticos; falta de articulación con centros de atención primaria, secundaria y de alta complejidad, e indefinición de los mecanismos de derivación y de pago.

## DISCUSIÓN EN SALA

La búsqueda de soluciones a los problemas antes reseñados, que fundamentan la iniciativa en comento, se pueden resumir en los siguientes temas:

1. Red asistencia territorial con énfasis en la atención primaria. En Chile, el perfil epidemiológico ha sufrido un drástico cambio a partir de los años '50, época en la que se creó el Servicio Nacional de Salud. Ahora, las situaciones de mayor peso, como causa de muerte y pérdida de calidad de vida, son las enfermedades crónicas, degenerativas y de salud mental, lo que requiere un modelo de atención distinto y, sobre todo, más flexible.
2. Las estrategias de organización de los recursos que el país destina a la salud deben ajustarse a las realidades y exigencias del perfil epidemiológico, al cambio tecnológico, a las mayores exigencias de gestión planteadas por los costos incrementales y a las exigencias de los usuarios del sistema.
3. En relación con el avance tecnológico, cabe señalar que la perspectiva tecnológica ofrece hoy capacidades para pesquisar y tratar las enfermedades en sus distintas etapas de avance y otorga procedimientos menos invasivos, lo que permite efectuar una mejor distribución de los recursos a lo largo del proceso de la enfermedad, con un considerable beneficio para el enfermo.

En cuanto a las ideas matrices y objetivos del proyecto, el mensaje señala que éste tiene por objeto proponer una nueva estructura sanitaria del sector público de salud, que se ajuste a las actuales exigencias que impone la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población. Asimismo, se contemplan nuevas facultades de gestión para superar las restricciones actuales, que originan ineficiencia en la administración de los recursos que el Estado y las personas destinan al cuidado de la salud de la población.

En suma, la iniciativa legal en comento tiene tres propósitos fundamentales:

Primero, fortalecer la institucionalidad y las potestades de la autoridad sanitaria, estableciendo una clara separación de funciones con la gestión de los servicios de salud.

Segundo, establecer normas que permitan mejorar la gestión de los servicios de salud, adecuándola a los requerimientos del sistema AUGE. Así, se determina la constitución de redes asistenciales con mayor flexibilidad administrativa que la actual, con la obligación de rendir cuenta a la ciudadanía.

Tercero, estatuir instancias de participación ciudadana a nivel de las secretarías regionales ministeriales, de las direcciones de los servicios de salud y de los hospitales públicos.

Las ideas matrices o fundamentales del proyecto se desarrollan en tres artículos permanentes y dos transitorios.

El artículo 1º contiene 30 numerales por los cuales se propone introducir diversas modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979.

El artículo 2º sustituye el artículo 5º del Código Sanitario, a fin de establecer que el concepto de autoridad sanitaria corresponde al ministro de Salud o al secretario regional ministerial de salud, según corresponda.

El artículo 3º faculta a su Excelencia el Presidente de la República para



## DISCUSIÓN EN SALA

que, mediante la dictación de decretos con fuerza de ley, regule diversas materias relacionadas con los servicios y organismos a que se refiere la iniciativa.

Por último, el artículo 1º transitorio establece la vigencia de la ley, y el 2º transitorio, su financiamiento.

Los contenidos del proyecto se pueden agrupar en los siguientes temas:

Autoridad sanitaria, como tema central. El proyecto entiende como tal a la institucionalidad del Estado encargada de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la salud y en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de la población en el territorio nacional y, en lo fundamental, la radica en el Ministerio de Salud y en los organismos que de él dependen y que tengan atribuciones en ese ámbito.

Su papel principal será la rectoría, regulación y fiscalización de los sectores público y privado de la salud y de los agentes cuyas actividades inciden en la salud de la población.

Entre sus funciones se destacan: dictar y dirigir las políticas nacionales de salud; definir los objetivos nacionales de salud; fortalecer y desarrollar su acción en el espacio intersectorial para promover y desarrollar políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias; definir normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención; fortalecer el desempeño de las funciones esenciales de salud pública; definir el plan de salud, y establecer sus garantías.

La autoridad sanitaria regional que la iniciativa propone se constituye separando de los servicios de salud las funciones propias de gestión de las redes asistenciales de las de la autoridad. Las funciones de gestión continúan residiendo en el director del servicio, y las de autoridad pasan a ser desempeñadas por el secretario regional ministerial.

Dicha separación se traduce en que el secretario regional ministerial, con nuevos poderes, además de apoyar al intendente en los ámbitos de su competencia, desarrollará todas las funciones de vigilancia epidemiológica, fiscalización sanitaria medioambiental, verificación de las normativas de calidad de los prestadores públicos y privados, recepción de opiniones y quejas, y solución de controversias.

Otro de los grandes temas que el proyecto propone es el fortalecimiento de la gestión de los servicios mediante la regulación y reorganización de la red asistencial y la existencia de hospitales con mayor capacidad de autogestión en red.

El proyecto define la red asistencial como el conjunto de establecimientos de atención de salud que operen dentro del territorio asignado a un servicio de salud, actuando en forma coordinada mediante lazos institucionales o contractuales.

Esas redes incluirán, al menos, a los establecimientos que actualmente dependen de los servicios de salud. Los de la atención primaria municipal se podrán incorporar, mediante convenios, a establecimientos privados debidamente acreditados por la autoridad sanitaria.

La red funcionará con una lógica territorial y tendrá bajo su

## DISCUSIÓN EN SALA

responsabilidad la atención de los usuarios de la ley N° 18.469, las emergencias y las atenciones convenidas para los afiliados al sistema de las isapres y a toda la población en las acciones de salud pública.

La autogestión de hospitales en red corresponde a aquellos establecimientos que cuenten con mayor especialización de sus recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive y que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros y de calidad.

Un reglamento regulará, entre otras materias, el sistema de postulación y clasificación, las etapas que contempla el proceso, los requisitos que deberá cumplir, las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas, los mecanismos de evaluación y de control, y las causales de revocación de la clasificación otorgada.

Los hospitales clasificados como "hospital de autogestión en red", contarán, de acuerdo con la etapa en que se encuentren, con las distintas atribuciones especificadas en el reglamento.

Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la red asistencial; serán supervigilados y controlados por el servicio de salud respectivo, y fiscalizados por el secretario regional ministerial.

Otro aspecto que contiene el proyecto es la participación ciudadana, para lo cual propone la creación de un consejo regional de salud para que colabore, con carácter consultivo, con el secretario regional ministerial.

Asimismo, se contempla la existencia de un consejo consultivo del Servicio de salud, que es concebido como un organismo colegiado, con representación de los usuarios y de los establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la red asistencial del servicio.

Su función será conocer el plan anual de trabajo del servicio de salud, así como su cuenta pública semestral, y podrá formular observaciones y reparos, los que quedarán consignados en las actas públicas de dicho consejo.

Por otra parte, el proyecto propone modificar el decreto ley N° 2.763, de 1979, y sustituir el artículo 5° del Código Sanitario.

En cuanto a los artículos calificados como normas de carácter orgánico constitucional o de quórum calificado, la Comisión acordó que el número 19 del artículo 1°, que sustituye el artículo 21 del decreto ley N° 2.763, de 1979, tiene el carácter de ley orgánica constitucional.

Asimismo, determinó que no existen normas de quórum calificado.

La Comisión, en el cumplimiento de su cometido, contó con la concurrencia del ministro secretario general de la Presidencia, señor Mario Fernández; del ministro de Hacienda, señor Nicolás Eyzaguirre; del ministro de Salud, señor Osvaldo Artaza; del ministro del Trabajo, señor Ricardo Solari; del director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, doctor Walter Brocking; del director del hospital Sótero del Río, doctor Alejandro Vlastelica; del presidente del Colegio Médico de Chile A.G., doctor Juan Luis Castro; del presidente de la Fenats Base del Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, señor Héctor Retamal; del superintendente de Isapres, señor José Pablo

## DISCUSIÓN EN SALA

Gómez; del director del Fondo Nacional de Salud, doctor Álvaro Erazo; de la directora del Instituto de Salud Pública, señora Jeanette Vega, y del secretario ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud, señor Hernán Sandoval.

Las exposiciones de las distintas autoridades y de las personas que asistieron a la Comisión están resumidas en el informe del proyecto. Sin embargo, quiero dejar constancia de que la Comisión escuchó, en audiencia pública, en el ex edificio del Congreso Nacional, a todas las personas que quisieron hacer uso de la palabra para expresar su testimonio y preocupación por el tema.

En razón de que el estudio y aprobación de este proyecto fue encomendado por la honorable Cámara a las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud, no fue necesario someterlo a la consideración de la Comisión de Hacienda.

Por otra parte, en la discusión general los honorables diputados hicieron mención de distintos aspectos del proyecto, refiriéndose especialmente a las facultades que se entregaban al Ministerio de Salud y a aquellas que se le restaban, de conformidad con lo que hoy establece el decreto ley N° 2.763, como asimismo a la creación de dos subsecretarías con funciones distintas.

Otro tema importante que se comentó fue la poca coherencia en el mensaje entre el fortalecimiento de la atención primaria y el hecho de que no se realice ninguna propuesta de modificación legal que incida en el mejoramiento de dicha atención.

Se destacó que el proyecto debería poner especial énfasis en la descentralización y en corregir el principal defecto que tuvo el proceso de municipalización: la falta de coordinación entre el sector público y el sector municipal.

Las modificaciones que el proyecto incorpora en las potestades ambientales fue otro motivo de análisis y de discusión, sobre todo en cuanto al tema de dónde deberían quedar establecidas las capacidades normativas respecto de las de fiscalización y control.

La idea del Ejecutivo de flexibilizar la capacidad de gestión de las distintas instituciones públicas para mejorar su cometido fue ampliamente acogida. Sin embargo, se hizo hincapié en que no debería incluirse sólo a los hospitales más tecnificados para ser acreditados como establecimientos hospitalarios autogestionados en red, sino a todos los establecimientos del país, de acuerdo con el nivel que tengan, con las acciones de salud que ejecuten y con los parámetros indicados por la autoridad que cumplan.

También fue debatido el alcance de las atribuciones.

En la discusión se subrayó el convencimiento de que la experiencia moderna en el mundo -sobre todo después de la segunda mitad del siglo XX y de lo que va corrido del siglo XXI- ha demostrado que básicamente los derechos ciudadanos en salud se resguardan cuando existe un sector público poderoso, que está motivado e incentivado por los propósitos de mejorar la prevención, la formación de hábitos saludables, la curación y la rehabilitación, y cuando la enfermedad es tratada en forma integral. Ésa es la experiencia de todos los países de Europa, sin excepción.

## DISCUSIÓN EN SALA

Se destacó que los objetivos del Gobierno se orientan a fortalecer el sector público y a tener a su cargo toda la red pública asistencial del país. Por lo anterior, se estimó muy importante que el ministerio establezca decisiones de rectoría, de definiciones de salud pública, etcétera.

De igual modo se indicó que los cargos de secretario regional ministerial, director del servicio, director y subdirector del hospital y jefaturas clínicas deberían ser servidos por técnicos calificados.

Al realizar esta reforma, debe existir transparencia, ya que el proyecto de ley no se refiere claramente a la forma de designación de los cargos.

Se estimó que la participación ciudadana debe explicitarse, pues se está focalizando al usuario como meta. Pero, en el nivel primario, no está expresada la participación de las fuerzas vivas de la comunidad en las corporaciones de derecho privado.

Por lo tanto, la participación ciudadana debe estar expresada desde el nivel primario hasta los niveles secundario y terciario. Sin embargo, eso no está consagrado en la ley.

Se insistió en el debate en que, si se realizaran estos cambios, sería muy importante tener referencia de los centros nacionales de derivación, sobre todo en patologías como el trauma, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. En esta materia sería importante contar con sistemas resolutivos en el norte, centro y sur del país.

En el seno de las Comisiones unidas se destacó la importancia de este proyecto, ya que contiene una nueva concepción de la autoridad sanitaria y de las distintas modalidades de gestión, por lo que deben definirse claramente las diversas redes de atención.

Cerrado el debate y puesto en votación el proyecto en general, se aprobó la idea de legislar por la unanimidad de los señores diputados presentes en la sesión.

En cuanto a la discusión y votación del proyecto, puedo señalar que se procedió a discutir cada artículo en particular y se revisaron todas las indicaciones, tanto del Ejecutivo como de los señores parlamentarios.

En este punto, cabe destacar la actitud positiva del ministro de Salud en cuanto a recoger las indicaciones de los diputados y transformarlas en indicaciones del Ejecutivo, en consideración a las ideas que ellas contenían, con el objeto de obviar cualquier problema de admisibilidad.

En la discusión particular -cuyos detalles constan en el informe- casi todo el proyecto se aprobó, con algunas modificaciones menores y con las indicaciones del Ejecutivo.

Se rechazó cambiar las potestades ambientales desde los servicios de salud a los seremis, como asimismo el artículo 2º, que proponía sustituir el artículo 5º del Código Sanitario.

Termino expresando que para las Comisiones unidas fue muy importante la labor desarrollada. Trabajamos intensamente durante varios días de cada semana en esta materia para alcanzar a discutir este proyecto de ley en el tiempo comprometido.

Sin duda, es de tremenda importancia para el sector público y para la

## DISCUSIÓN EN SALA

salud de la población de nuestro país que hoy la Sala comience la discusión de la iniciativa que he resumido.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el ministro de Salud.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, en primer lugar, agradezco el detallado, cabal y riguroso informe entregado por el diputado señor Alberto Robles, y, a través de él, a todos los honorables diputados de las Comisiones unidas, que hicieron un trabajo de gran calidad, muy meticuloso y altamente participativo.

Los señores diputados pueden ver, a la luz del número de indicaciones acogidas por el Ejecutivo, el nivel de consenso, de aporte y la altura de miras con que el proyecto ha sido tratado hasta la fecha.

En breves palabras, quiero establecer el marco general en el que está contextualizado este proyecto. Como ustedes saben, la iniciativa forma parte de cinco proyectos de ley cuya finalidad es reformar profundamente el sistema sanitario chileno.

Este proceso de reforma reconoce y acoge nuestro pasado y nuestra historia. Los pueblos sin pasado son incapaces de tener futuro. Por lo tanto, en este esfuerzo por mejorar la salud de los quince millones de chilenos, primero hay una mirada comprensiva y cariñosa de nuestro pasado sanitario, porque en Chile se han hecho grandes y buenas cosas en salud.

Podemos sentirnos orgullosos de los logros alcanzados. Hace pocas semanas recordamos la creación del Servicio Nacional de Salud, entidad que se creó poco después del *The National Health Service*, de Inglaterra. Desde esa fecha hasta hoy, junto con los servicios de atención debidamente organizados, con la preocupación de los distintos gobiernos, a través de varias décadas, los cuales han colocado el debido acento en la cuestión social, nuestro país puede exhibir buenos indicadores sanitarios, de los cuales estamos orgullosos.

Pero, a pesar de todos esos avances innegables, tenemos motivos de preocupación, que son suficiente acicate para efectuar los cambios que proponemos.

Es de todos conocido que el país ha cambiado profundamente desde el punto de vista de su demografía y de su epidemiología. Nuestra población está envejeciendo a pasos agigantados. Eso, sin duda, tiene un correlato en salud.

Además, junto con los niveles y condiciones de vida distintos de los que teníamos hace décadas, debemos enfrentar problemas totalmente diferentes.

Por lo tanto, las causas por las cuales hoy nuestra población pierde años de vida saludable por muertes prematuras o por discapacidades o muertes evitables son, como saben sus Señorías, los problemas cardiovasculares, el cáncer, los accidentes, las enfermedades crónico-degenerativas, entre otras.

Pero no sólo han cambiado las causas de muerte o de discapacidad en nuestra población, sino también nuestros ciudadanos. Las personas hoy tienen una postura distinta frente a los servicios de atención. Hoy es clave entender la

## DISCUSIÓN EN SALA

salud en el contexto de los derechos inalienables de las personas, de los derechos humanos.

Es esencial, básico e incuestionable el derecho a la vida, y a la vida en plenitud. Por lo tanto, una sociedad organizada debe considerar ese derecho tan fundamental. Hoy está consagrado en casi todas las constituciones del mundo. Pero así como en la mayoría de las constituciones está contemplado expresamente ese derecho y su cuidado, también en casi todos, por no decir en todos los países del mundo, no se cumple.

Naciones inmensamente ricas, que gastan diez o veinte veces más en salud, aún no son capaces de garantizar ese derecho a todos sus habitantes. ¡Con cuánta dificultad lo podríamos lograr nosotros, dado que somos un país con recursos limitados, mucho más que otros! Por ello, es mucho más importante y esencial el cómo nos organizamos y usemos los recursos para cumplir con ese derecho esencial.

Hoy, las personas quieren plantearse como ciudadanos frente al mercado y frente al Estado. Para los ciudadanos plenos, sujetos de derecho, ya no es suficiente la dádiva o la limosna paternalista del Estado ni tampoco aceptan ser considerados como meros consumidores de un producto del mercado.

Suficientes elementos de la experiencia internacional nos señalan que ambas miradas han fracasado en sostener este derecho humano esencial para todos.

Por lo tanto, hoy existen poderosas razones para el cambio, desde nuestra historia, desde nuestro pasado, desde los motivos de nuestro orgullo. Tenemos razones sanitarias, económicas -de no hacer reformas profundas, la carga de enfermedades que se nos viene encima como consecuencia del envejecimiento de la población, desde el punto de vista financiero, harán insostenible nuestro modelo sanitario- y también ciudadanas que nos motivan a cambiar.

Quiero traer a colación un estudio realizado el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud, en el que se evaluó el desempeño de todos los sistemas sanitarios del mundo. Nuestro país quedó en el lugar 33, inmediatamente después de Estados Unidos.

En ese estudio, en el que globalmente Chile fue muy bien evaluado, en mortalidad del niño menor de cinco años nuestro país ocupó el primer lugar del mundo, mientras que en capacidad de adaptación del sistema financiero a los nuevos problemas de salud y expectativas de la población, aparece en los últimos lugares en el mundo.

Eso tiene una explicación. En las últimas dos décadas, se fueron consolidando dos sistemas de salud distintos, con diferentes lógicas. Por lo tanto, tenemos un país, pero con dos sistemas, cuyas lógicas sanitarias son diversas. Al existir esa dualidad, estamos viviendo las dificultades, limitaciones y problemas de cada uno de los sistemas.

Eso explica que en el sector privado existan todas las dificultades, limitaciones y problemas propios de un mercado desregulado. Algunos pensadores han sostenido que, en salud, el mercado es perfecto. ¿Es perfecto?

## DISCUSIÓN EN SALA

Sí, porque es perfectamente imperfecto. Esto quiere decir que en un mercado en salud desregulado, en el que se subsidian las demandas, muchas de las cuales son innecesarias, se origina una espiral de costos, la que no siempre tiene un correlato en resultados en salud de las personas.

Por eso, cuando el mercado no está debidamente regulado no podemos garantizar a los ciudadanos que el dinero que aportan tenga un correlato en beneficios en salud.

Por otra parte, no sólo no podemos asegurar efectividad, es decir, más salud para el dinero disponible, sino, además, hay una fuerte y mantenida percepción -que se ha ido agudizando en el último tiempo- de desprotección. Eso le ocurre especialmente a la clase media, a pesar de los miles de planes -cuarenta mil autorizados por la Superintendencia de Isapres- que operan en el mercado.

A su vez, existe el Fondo Nacional de Salud, fondo público que subsidia la oferta; pero no siempre podemos darle a la ciudadanía la garantía de que el subsidio a la oferta se traducirá en resultados o impactos efectivos en salud.

Por otro lado, el racionamiento, que es propio de países de recursos limitados, se traduce en vergonzosas listas de espera que están determinadas por muchas variables y condiciones, pero no siempre por una debida priorización desde el punto de vista sanitario.

En síntesis, hoy puedo señalar responsablemente que, dado que Chile es un país con recursos escasos, estamos racionando, tanto en el sector privado como en el público, y lo estamos haciendo mal. En el sector privado, el racionamiento está determinado por precio y capacidad de pago, no por algún tipo de lógica de salud, y en el sector público, por listas de espera determinadas por muchas variables, pero no por el orden de prioridad que corresponde.

En esas circunstancias, dado que los recursos seguirán siendo escasos, estamos obligados, tanto en el sector público como en el privado, a buscar una lógica distinta para ordenar el uso de ellos.

Consecuente con ello, lo que corresponde es hacer una reforma que permita que ambos sectores, conservando sus identidades y diferencias naturales, compartan una sola lógica sanitaria. Eso es lo que estamos intentando: pasar de ser un país con dos sistemas de salud a uno con una sola lógica sanitaria.

Hoy, a pesar de nuestros avances y triunfos, estamos viviendo un sistema fuertemente fragmentado, segmentado.

En la práctica, para las personas de carne y hueso, con nombre y apellido, un sistema fragmentado significa que los distintos actores, los consultorios y los hospitales, conversan con dificultad, y esa conversación dificultosa la viven los pacientes que deben soportar el calvario de las interconsultas.

Un sistema fragmentado también significa que no conversan en forma adecuada, en las distintas regiones de nuestro país, el sistema público con el privado, lo que trae como consecuencia que muchas veces se duplique o se subutilice infraestructura de alto costo. Eso es éticamente reprochable en un

## DISCUSIÓN EN SALA

país de escasos recursos.

Por lo tanto, cuando nos referimos a un sistema fragmentado, queremos decir que no hemos sido exitosos en lograr unir lo que debería estar unido.

Por otra parte, un sistema segmentado significa que las condiciones de acceso de un pobre son diametralmente opuestas de las de un rico. Eso, para un país como el nuestro, éticamente no es conveniente o adecuado.

Chile está en condiciones de dar un salto de equidad, un salto moral para ofrecerles a sus quince millones de habitantes un nivel ético, decente y aceptable en salud. ¡Estamos en condiciones de hacerlo!

Eso es lo que proponemos; eso es lo que hemos estado debatiendo día tras día en las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud, y lo que hoy comenzaremos a discutir en esta Sala.

Por otra parte, existen insuficiencias graves en materias de suyo importantes, como la capacidad del Estado para cumplir funciones esenciales.

Hoy, el Estado no sólo es prestador de servicios, sino que, además, debe cumplir adecuadamente nuevos roles, que son reconocidos a nivel internacional como esenciales para un Estado moderno: el de rector, el de definir políticas públicas. Lo público no es sinónimo de estatal. Hoy en los Estados modernos lo público es mucho más que lo meramente estatal. En Chile debemos agrandar el espacio de lo público en salud para que distintos actores puedan tener y compartir objetivos públicos y sociales. Ésa es la gran convocatoria que debemos hacer y lograr. Para eso necesitamos un Estado capaz de definir políticas públicas para todos los actores por igual y de regular que se cumplan adecuadamente. ¿De qué sirve definir una política si no tenemos las herramientas para regular su cumplimiento? Ambas cosas hay que hacerlas equilibrada y armónicamente.

Por otra parte, existen fallas de efectividad que se traducen en problemas de adaptación a los nuevos desafíos sanitarios. Año a año suben los costos en salud, pero no tenemos evidencia de que se traduzcan en mejores condiciones de salud. Ojalá fuera así. Ojalá tuviéramos la seguridad de que el mayor gasto significara mejores condiciones de salud; pero no la tenemos. Debemos mejorar esa capacidad para que exista una relación estricta, sobre todo cuando el país cuenta con recursos escasos. También es un tema ético y moral tener la convicción de que cada dinero adicional que se gaste tenga un impacto en salud, en especial en la de los más pobres.

Por otro lado, debemos hacernos cargo de la insatisfacción ciudadana en materia de salud, tanto del sector público como del privado.

Convoco a los señores parlamentarios a que terminemos con esta suerte de guerrilla entre el sector público y el privado. No es sostenible que, desde el sector privado, se cuestione al sector público y se pretenda que éste no exista. Tampoco es sustentable que, desde lo público o estatal, se pretenda estigmatizar al sector privado y hacerlo desaparecer. En salud debemos aprender a convivir y a trabajar juntos en un objetivo común, que es un objetivo público y social. Eso es lo que necesitamos hacer, y dejar, de una vez por todas, de ver la paja en el ojo ajeno y no la viga en el propio.

Lo que está pidiendo el Gobierno es mejorar lo que tenemos, con



## DISCUSIÓN EN SALA

cariño y comprensión con el pasado, reconociendo las dificultades que tenemos hoy y hacia el futuro, poniendo como único norte las necesidades de las personas, sobre todo de las más pobres. Y, con esa condición única, exigir al sector público y al privado que mejoren. Eso es lo que debemos hacer como país.

En los objetivos sanitarios que nos hemos propuesto para los próximos diez años han participado todas las corrientes políticas y expertos de todos los sectores: el Colegio Médico, las sociedades científicas, las facultades de medicina; todos los sectores. Hay pleno consenso en los objetivos, los que se pueden resumir en mejorar la salud de la población, prolongar la vida y la calidad de esos años ganados y reducir las desigualdades actuales, con servicios más acordes a lo que las personas están esperando. Esos tres propósitos: resolver los problemas sanitarios, disminuir las desigualdades y hacerlo de acuerdo con las personas, se pueden realizar en forma simultánea. Chile está en condiciones de hacerlo. Por ejemplo, la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas ha disminuido exitosamente. Ya no mueren niños por diarreas o bronconeumonias. Ustedes han visto el éxito de las campañas sobre infecciones respiratorias agudas, IRA. En mortalidad infantil, hemos llegado a 8,9 por mil nacidos vivos, lo que nos coloca al nivel de los países desarrollados en este tema.

Por otro lado, la mortalidad por cáncer cervicouterino y por infarto de miocardio ha disminuido muy levemente. Debemos estar muy insatisfechos por eso. Peor aún, la mortalidad por cáncer de mamas no se ha modificado en nada en las últimas décadas, y la mortalidad por cáncer de vesícula, de próstata, por accidentes del tránsito y por problemas asociados a diabetes ha aumentado en los últimos años.

No sólo hay problemas que no hemos resuelto, sino que, además, quiero dar tres o cuatro ejemplos que son un bofetón a la conciencia de cualquier chilena o chileno bien nacido. La mortalidad infantil, que he señalado como motivo de orgullo, de 8,9, es veinte veces superior en Puerto Saavedra que en Vitacura. ¡Veinte veces superior, diputado señor Escalona, en Puerto Saavedra que en Vitacura! La mortalidad por cáncer es dos veces superior en Lota que en La Reina; la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es dos veces superior en Lota que en Providencia. Aparte de que no hemos sido suficientemente exitosos en enfrentar estos nuevos problemas, tenemos brutales diferencias entre chilenos y chilenas. En salud, hay chilenos de primera, de segunda, pero también de décima condición. Mientras algunos chilenos exhiben indicadores propios de Manhattan, otros presentan niveles propios del Asia más pobre. Eso, éticamente, es un bofetón, suficiente elemento, honorables diputados, para hacer un cambio profundo. Esas cifras no toleran cruzarse de brazos. Por lo tanto, cuando tratemos estos proyectos, cuando analicemos artículo por artículo, piensen en las personas de Puerto Saavedra, de Lota. Eso es lo que debemos hacer y a eso los convoco.

*(Aplausos).*

## DISCUSIÓN EN SALA

¿En qué contexto estamos? En un nuevo rol del Estado. Pensar en un nuevo rol para el Estado en salud no es una visión estatista nostálgica, sino, justamente, avanzar en el sentido correcto de un Estado moderno, que cumple con funciones clave para dar fe, confianza y protección a los 15 millones de chilenos y chilenas. Implica, también, pensar en un nuevo rol para los privados; preguntarles si están disponibles para cumplir con un rol social, con una función pública. Estoy seguro de que no son antagónicos. Estoy convencido de que no son antagónicos la función pública y el objetivo social con el rol de los privados. ¿Estamos dispuestos a que los privados tengan un espacio y puedan desarrollarse en el ámbito de la función pública y del objetivo social en Chile? Debemos ser categóricos: ¿estamos o no estamos dispuestos? Creo que es posible. Si logramos esa visión y mirada común, se abren los espacios para la complementariedad, para buscar la sinergia y el mutuo apoyo. Ése es el camino que queremos abrir.

En agosto del año pasado, el supremo Gobierno envió el proyecto sobre deberes y derechos, que pretende transformar al individuo que asiste como consumidor a alguna clínica o paciente beneficiario de un sistema público, en persona con derechos. Que deje de ser el riñón enfermo o el "cirrótico de la cama 23" para pasar a ser un ser humano que tiene necesidades integrales: necesidad de que se le informe, de que se le reconozca su voluntad, de tal manera que la pueda ejercer informadamente; derecho a que se le atienda en su integralidad, con apoyo emocional, espiritual y de su familia que requiere cualquier ser humano pleno de derechos y de dignidad. Ése es el sentido del proyecto que está en la Comisión de Salud.

Por otra parte, el proyecto sobre el plan Auge se encuentra en su discusión en particular en la Comisión, en los artículos 8º o 9º.

En pocas palabras, dicha iniciativa legal pretende establecer un plan común, una lógica común, un conjunto de derechos iguales para los quince millones de chilenos y chilenas. Ello implica que, independientemente de su condición económica o del lugar donde viva, cada chileno tendrá derechos sociales que podrá exigir, con estándares categóricos y claros de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

¿Es posible, en un país que gasta 300 dólares por persona al año, dar todo a todos? Desafortunadamente, no es posible. Si no lo ha conseguido Estados Unidos, que gasta 3.500 dólares por persona al año, en un total de casi más de quince puntos del producto; ni Inglaterra, que gasta 1.200 dólares por persona al año, con listas de espera de sobre un año, difícilmente lo podrá lograr Chile en las próximas décadas, con 300 dólares por persona al año.

Si los grandes, los ricos, no lo han hecho posible, ¿cómo puede Chile dar un nivel ético y moral de igualdad en salud? Lo que hace el Auge es apuntar correctamente en ese sentido. No podemos dar todo a todos, pero sí lo mejor a todos. ¿Qué significa eso? Lo que está comprobado que tiene tratamiento efectivo; lo que está constatado que mata, pero se puede prevenir; lo que está probadamente señalado en la experiencia internacional que produce discapacidad y se puede prevenir. Probablemente, hay muchos problemas de salud, y hoy nuestro país no está en condiciones de dar solución a todos; pero

## DISCUSIÓN EN SALA

sí debemos hacer el esfuerzo por dar lo mejor a todos por igual.

Si un niño de dos años de edad es tratado de leucemia linfoblástica, tiene 80 por ciento de probabilidades de sobrevivir sin secuelas y hasta el promedio de edad que hoy viven los hombres en Chile, que ya se acerca a los 75 años.

Cuando un niño no tiene tratamiento oportuno para esa enfermedad por ser pobre, significa que la sociedad ha fracasado y ha perdido 73 años de vida saludable por no ser capaz de contar con un sistema debidamente organizado para dar a todos sus hijos esa solución. Cuando una mujer de cuarenta años tiene una diabetes no diagnosticada a tiempo, no tratada correctamente, porque es pobre o porque vive en un lugar alejado -generalmente coinciden la pobreza y la marginalidad-, el país le está quitando casi cuarenta años de calidad de vida, porque si hubiese sido diagnosticada y tratada a tiempo, podría haber vivido hasta casi los ochenta años, edad a la que hoy están llegando nuestras mujeres.

A eso me refiero al hablar de Auge: de cómo organizar las cosas que hoy, probadamente, por el conocimiento de la ciencia, si son previstas a tiempo, sabemos que pueden impactar sobre las causas que matan o que dejan discapacidad. Pero no podemos hacer todo. Sería demagógico, populista, y estoy seguro de que ustedes no darán su voto para mentirle al pueblo. Al pueblo no se le debe mentir; hay que hablarle con la verdad y decirle, sin complejos: ¡No podemos dar todo a todos!

El señor **MASFERRER**.- Siempre que el Gobierno tenga la voluntad para hacer eso, porque lleva once años y no ha hecho nada.

*-Hablan varios señores diputados a la vez.*

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Ruego a los señores diputados guardar silencio.

Puede continuar, señor ministro.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- En salud, señor diputado, no le podemos dar todo a todos; pero le voy a pedir su ayuda para dar lo mejor, pero a todos, sin diferencia de condición socioeconómica ni del lugar donde se viva. Voy a pedir su ayuda y su voto para conseguir ese objetivo; pero no se le puede decir al pueblo que le vamos a solucionar todos los problemas, porque eso es imposible hasta en Estados Unidos, donde gastan veinte veces más que nosotros en salud.

En Chile no sólo se debe instaurar un plan común o Auge, sino que, además, se debe generar una institucionalidad para que las personas puedan hacer efectivos sus derechos personales y sociales. ¿De qué sirve decir a un ciudadano que será operado de vesícula en un mes, si después eso no se cumple? Ahí le encontraría razón al diputado señor Masferrer; pero no queremos que eso pase. Es preciso contar con una institucionalidad que vele por los derechos del ciudadano, y si no se puede entregar la prestación en un

## DISCUSIÓN EN SALA

hospital público, se debe dar en un centro privado.

Con mucho afecto le digo al diputado señor Masferrer que haremos todos los esfuerzos para que el hospital de su región pueda operar esa vesícula en un mes, porque está comprobado que si en una vesícula hay una piedra que permanece más del tiempo razonable, tiene altísimo riesgo de generar cáncer de las vías biliares, una de las causas de muerte en ascenso en nuestro país, y que golpea principalmente a las mujeres de menores recursos. Eso es lo que debemos solucionar. Por eso es importante una institucionalidad que vele efectivamente por los derechos de los ciudadanos.

Además, se debe cambiar y fortalecer el sistema de las isapres...

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Señor ministro, el diputado señor Vilches le solicita una interrupción.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Termino de inmediato, señor Presidente.

El señor **VILCHES**.- Señor Presidente, deseo intervenir antes de que el ministro termine su exposición.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Por la vía de la interrupción, puede hacer uso de la palabra el diputado señor Vilches.

El señor **VILCHES**.- Señor Presidente, he escuchado con mucha atención la exposición del señor ministro, y con mucho respeto quiero decirle que está en el núcleo, en el alma de la atención de salud para los chilenos.

No puedo desconocer que su discurso ha abarcado una parte fundamental. Pero, antes de que termine, le pido que se pronuncie sobre un problema que está inserto en esto y respecto del cual no lo he escuchado. Me refiero al costo de atención de salud, que se ha escapado del valor que los chilenos podemos pagar. El ministro se ha referido a los 300 dólares de aporte que tenemos como asignación para asegurar el sistema básico de atención de salud.

Quiero conocer su opinión al respecto, porque semana a semana nos "pasan el platillo" -a todas las personas, entre ellas a los parlamentarios- para pagar una intervención o una atención compleja de salud de un menor, de un adulto mayor o de cualquier persona. Eso está absolutamente fuera del alcance de lo que hoy gana un chileno.

Quiero que me señale qué se hará al respecto, porque cuando un miembro de una familia tiene la desgracia de enfermarse, quedan todos endeudados y prácticamente arruinados por el resto de sus días. Eso es lo que está ocurriendo en la actualidad en la atención pública y privada de salud.

Antes de que finalice su intervención, quiero que el ministro entregue una respuesta fundada a esta inquietud.

He dicho.

## DISCUSIÓN EN SALA

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Recupera el uso de la palabra el ministro de Salud.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor diputado, agradezco su intervención, por cuanto me permite volver a enfatizar un punto: Chile necesita invertir más en salud. Cuando los señores diputados analicen los presupuestos de salud de este año y los venideros, deben tener presente que nuestro país invierte muy poco en salud, incluso en relación con los países de América Latina y el Caribe. No olviden jamás eso. Piensen en las personas que viven en sus distritos.

Como Chile es un país que no tiene recursos ilimitados, pasarán varias décadas para siquiera acercarnos a los 600 dólares que Argentina invierte en salud, o a los 900 que invierte España. Debemos transitar hacia ese objetivo, y les pido que nos ayuden en esa tarea.

Respecto de la pregunta relacionada con el uso de los recursos, debo señalar que existe claridad en esa materia. Hace tiempo, ya que terminamos con la discusión bizantina respecto de qué es más importante: si los recursos o la gestión. Ambas cosas son necesarias. Quiero ser muy transparente al respecto: no se trata de un problema del sector público, sino de todo el sistema sanitario chileno. El sector privado de salud gasta más de 400 dólares por persona al año, y puedo asegurar que es posible hacer rendir ese dinero de mejor forma que en la actualidad. Por su parte, el sector público de salud gasta 250 dólares por persona al año, y con plena conciencia debo señalar que también podemos sacarles más provecho.

Repito: no se trata de un problema del sector público o del privado, sino del conjunto del sistema. Por eso es clave contar con el piso común del régimen de garantías del Auge, porque lo que hace es lo siguiente: dado que solucionar los problemas es lo que más rinde en salud, hagámoslo sobre la base de protocolos, estándares y en forma racional. No puede ser que frente a un mismo problema, un señor deba hacerse dos resonancias nucleares magnéticas y veinte exámenes, y otro, limitarse a que el médico lo ausculte y practique una buena anamnesis, un buen examen físico. Eso no puede suceder en un país que tiene recursos escasos, porque esa diferencia se traduce en personas que se quedan sin atención o que obtienen menos de lo que les corresponde por su dinero. Esta es una razón para contar con el plan Auge y hacer modificaciones a la salud pública y privada.

En cuanto al sector privado, hoy en la tarde se empieza a tratar el proyecto sobre isapres, instituciones que fueron diseñadas para otorgar seguros individuales, que se basan en la capacidad de pago del beneficiario. Sobre esa base y tomando en cuenta el riesgo del asegurado, se establece una prima que se traduce en un plan diseñado a la medida de quien lo suscribe, pero no de sus necesidades de salud. Por lo tanto, la sensación o percepción de desprotección es inevitable.

¿Por qué no transformar los seguros privados en seguridad social administrada por privados? Este no es un discurso antiprivados. Así lo han hecho con mucho éxito numerosos países europeos. He señalado públicamente

## DISCUSIÓN EN SALA

en varios lugares de Latinoamérica que debemos exportar un modelo distinto del que tenemos, debido a que no ha funcionado en forma correcta.

Cuando discutamos el proyecto sobre isapres y para estas instituciones sea obligatorio introducir el plan Auge, espero que no se vea como un discurso antiprivados o como una amenaza a la participación de los privados, sino como una oportunidad para que ese sector se ubique en una lógica distinta y así resolver mejor los problemas de sus beneficiarios. ¿Qué tiene de malo eso?

En lo que se refiere al sector público, hoy examinamos el proyecto relativo a la autoridad sanitaria y la gestión. Como muy bien lo planteó el diputado informante, la iniciativa viene a fortalecer y a reforzar el rol del Ministerio de Salud como ente rector de todo el sistema público y privado de salud, de modo de regular debidamente, no con una visión centralista y anticuada, sino con una óptica moderna y desde las regiones. Por eso tienen un rol tan potente los secretarios regionales ministeriales. Así como existe una autoridad sanitaria nacional, también habrá una autoridad sanitaria regional. ¿Qué mejor que actuar desde las regiones para lograr una debida coordinación y una potente acción multisectorial?

Cuando los señores diputados debatan el proyecto en particular, verán que apunta a nudos críticos esenciales: el rol del Estado como ente rector regulador apunta a la descentralización de esa competencia, a la transformación de los servicios de salud en entidades que coordinen lo que hoy está descoordinado, de tal forma que la atención primaria de salud funcione fluidamente con los hospitales y, lo más importante, que no se puede perder de vista, la capacidad real de transferir más recursos, tanto financieros como humanos, a la atención primaria de salud, aspecto que el proyecto viene a resolver. Por último, un tema que ustedes siempre han discutido y que se encuentra en el tapete público: la gestión hospitalaria. ¡Por años hemos hablado de los problemas de gestión hospitalaria; por años nos hemos quejado del tema de la deuda; por años nos hemos quejado de los reglamentos anticuados y de las reglas rígidas! ¡Hay cientos de miles de páginas en los diarios, que recogen los reclamos sobre esos temas; pero al fin un gobierno se ha puesto los pantalones y quiere poner remedio a los problemas de gestión hospitalaria! ¡Ustedes tienen la ocasión histórica de terminar con los lamentos y aprobar una ley moderna que solucionará los problemas profundos que existen en ese ámbito!

*(Aplausos).*

A pesar de las múltiples discusiones que hemos sostenido, una vez que el proyecto vuelva a las Comisiones unidas, deberemos actuar con amplitud de criterio y generosidad para resolver un problema que el diputado Robles señaló muy bien, esto es, dónde residirán las competencias para los temas medioambientales. El Ejecutivo está dispuesto a buscar un buen consenso, de forma de lograr dos objetivos básicos: primero, separar funciones, a fin de que los servicios de salud fortalezcan su capacidad gestora, y segundo, contar con entidades medioambientales independientes, efectivas, eficientes, que den

## DISCUSIÓN EN SALA

seguridad y confianza a la ciudadanía.

Con toda transparencia, quiero señalar que dicho tema aún no está adecuadamente resuelto, y que el Ejecutivo se compromete a trabajar con los parlamentarios para buscar una buena ecuación.

Por último, hemos incorporado al proyecto una indicación muy relevante, que viene a mejorar las condiciones del recurso humano hospitalario. Pensamos que la gestión y el recurso humano son indisolubles. Por lo tanto, estimamos que deben venir juntos ambos elementos y, por lo mismo, hemos incorporado, mediante indicación, el tema del recurso humano hospitalario.

Como recordarán, hace poco tiempo sus Señorías aprobaron un proyecto que mejora las condiciones de la atención primaria. Asimismo, trataron otra iniciativa que beneficiaba a distintos grupos. Ahora nos corresponde preocuparnos de los profesionales no médicos y del personal auxiliar, y lo estamos llevando a cabo en la misma forma en que lo hicimos con los otros grupos: asociándolos a resultados, al cumplimiento de metas y al mejoramiento de la calidad de la atención.

Termino agradeciendo la buena disposición que ha existido en las comisiones y expresando mi confianza en que se aprobará en general este proyecto de ley, que es fundamental para mejorar las condiciones de salud de todos los chilenos y chilenas. Quiero reiterar que formulamos una indicación que va en la línea de modernizar los recursos humanos, en forma paralela al mejoramiento de sus condiciones.

Muchas gracias.

*-Aplausos.*

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Informo a la Sala que los señores diputados disponen de 15 minutos para su primer discurso, y de cinco para el segundo, tiempos que pueden usar de una sola vez.

Tiene la palabra el diputado señor Patricio Cornejo.

El señor **CORNEJO**.- Señor Presidente, honorables colegas, estamos discutiendo el primer proyecto de ley que llega a esta Sala, de un conjunto de cinco iniciativas legales que permitirán llevar a cabo la reforma de la salud en que se encuentran empeñados el Gobierno y el Congreso Nacional. Con ellos, la ciudadanía tiene la legítima esperanza de ver resueltos sus problemas de acceso, oportunidad, calidad, cobertura y protección financiera, frente a eventuales amenazas a su salud.

Estos proyectos de ley son los siguientes:

1. El que crea el denominado acceso universal a garantías explícitas, conocido también como plan Auge, que busca garantizar, por ley, el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera frente a las enfermedades, tanto para el sector público como para el privado;
2. El relativo a gestión pública y autoridad sanitaria, que hoy nos ocupa, que pretende fortalecer el sector público de salud, a fin de dotarlo de herramientas adecuadas para enfrentar las demandas del Chile de hoy y del

## DISCUSIÓN EN SALA

futuro;

3. El que reforma el sector privado de salud, representado por las instituciones de salud previsional, isapres, con la finalidad de dar mayor transparencia a sus planes, mejorar la cobertura, crear mejores mecanismos de control de calidad, evitar la discriminación por sexo y edad, limitar el alza de precios en forma unilateral y uniformar los aranceles;
4. El relacionado con el financiamiento, que busca allegar los recursos necesarios para financiar las mayores demandas que importa la implementación del sistema AUGE, y
5. El que legisla sobre deberes y derechos de los pacientes, orientado a otorgar mayor poder a los ciudadanos frente a los prestadores de salud, públicos y privados, ante los cuales los pacientes siempre están en desventaja por la lógica asimetría de la información existente entre ambos.

Entrando en materia, es claro que los movimientos de reforma sanitaria se generaron porque los modelos vigentes no fueron capaces de dar respuesta a las necesidades de salud de su época.

La primera gran reforma se produce en Chile en 1952, con la fusión de la Junta de Beneficencia y Asistencia Social, que era la dueña de los hospitales, asilos y casas de expósitos; el Departamento Médico de la Caja del Seguro Obligatorio, cuya red nacional de consultorios y algunos hospitales para los trabajadores atendían la salud laboral desde 1924, con un diseño pionero en el mundo de protección de los trabajadores, como fue la ley N° 4.054; los servicios dependientes del Servicio Nacional de Salubridad, que manejaban la dimensión de salud pública, al amparo de la ley del Código Sanitario; los servicios de la Dirección General de la Protección a la Infancia y a la Adolescencia, Protinfa, responsable del cuidado infanto-juvenil en nuestro país; el Instituto Bacteriológico de Chile; los servicios médicos de la Sección de Higiene y Salubridad Industrial del Ministerio del Trabajo, y los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades más importantes del país.

Todas estas instituciones dieron lugar al Servicio Nacional de Salud, cuyo objetivo estaba orientado a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud en un modelo integral, donde concordaron y confluyeron pensamientos de salubristas y políticos tan destacados como los doctores Salvador Allende Gossens, materialista, racionalista y laico; Eduardo Cruz Coke, humanista social cristiano, y Sótero del Río, liberal conservador. Ellos, representantes de vertientes tan distintas, creyeron que era importante y necesario para Chile contar con un solo servicio de salud que unificara la salud del país, con una inspiración clara y categórica en su símil inglés, que se originó en 1950, es decir, dos años antes. Hasta hoy día, Gran Bretaña mantiene una estructura de medicina socializada, a pesar de ser la cuna de la economía de mercado.

El director de ese servicio era nombrado y removido, junto con el contralor general de la República, por el Senado, y en su directorio también estaba representado el Congreso.

Su existencia se extendió hasta 1982, fecha de la segunda gran reforma de la salud, llevada a cabo por el gobierno militar. Ella dividió el Servicio



## DISCUSIÓN EN SALA

Nacional de Salud en 26 servicios regionales y subregionales -con gran autonomía en su administración, y sólo alguna en el área técnica, pero con sujeción a las normas ministeriales- que se hacen cargo de la salud de sus respectivos territorios, conservando sus directores prácticamente las mismas atribuciones del antiguo director general del Servicio Nacional de Salud. Pero, además, esa reforma traspasó la atención primaria a los municipios, medida que aún es materia de controversia.

Esa reforma promueve un reordenamiento y configuración del sector privado de salud en dos líneas. La primera de ellas, al permitir que los usuarios del sector público puedan acceder indistintamente a prestadores privados a través de la denominada modalidad de libre elección de Fonasa, ente continuador, de algún modo, del antiguo Servicio Médico Nacional de Empleados, Sermena, el cual, además, operaría como organismo recaudador de los fondos destinados a toda la salud pública.

Lo más característico de esa reforma fue la creación de las instituciones de salud previsional, isapres, sistema de seguros privados de salud, que también podían recibir el 7 por ciento de la cotización obligatoria de salud de todos los trabajadores. Dichos seguros nacieron con un fuerte subsidio estatal, bajo la forma de programas de salud pública, educación sanitaria, programa de inmunizaciones y de alimentación complementaria, licencias maternas, etcétera; el 2 por ciento del subsidio por los planes colectivos, eliminado el año 2002 por este Parlamento, y otras formas de subsidios indirectos en la propia red pública que opera como un reaseguro implícito, expresado fundamentalmente en los sistemas de atención de urgencia y también en las atenciones electivas de consultorios y hospitales.

Así nace hoy, veinte años después, la tercera reforma de la salud, para corregir los defectos de la segunda, o más bien para adaptar la actual situación a la demanda del Chile de hoy y de los próximos veinte o treinta años. No lo sabemos, pero a lo mejor en diez años más vamos a estar pensando en una cuarta reforma.

Cabe hacer notar que entre la primera y la segunda reforma mediaron treinta años, de 1952 a 1982, y entre la segunda y la que hoy día nos ocupa, veinte años; es decir, tenemos tres reformas en cincuenta años, hecho no menor en la historia sanitaria de nuestro país.

Los resultados sanitarios chilenos han sido exitosos a lo largo de estos cincuenta años, 1952-1982. Nuestra legislación sanitaria es frondosa y compleja, pero ha servido de soporte para lograr un avance indiscutible. La mantención de un sistema público representado por el Servicio Nacional de Salud y, después, por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, con distintos énfasis en democracia o en dictadura, ha permitido desarrollar con éxito las acciones de fomento, educación y prevención en salud pública, a través de una vasta red de prestadores, partiendo por los más básicos: estaciones médico-rurales, postas, consultorios urbanos y rurales, hasta llegar a los más complejos: los hospitales tipo 4, 3, 2 y 1, y los centros de alta complejidad, como son los institutos de especialidades. Pocos países del mundo tienen una red sanitaria como la nuestra.

## DISCUSIÓN EN SALA

La mortalidad infantil; la mortalidad general por distintas causas; el notable retroceso de las enfermedades infectocontagiosas; la atención profesional del parto y del recién nacido; la erradicación de la desnutrición infantil como problema de salud pública; la notable cobertura de inmunizaciones; la red de atención de urgencia; el médico general de zona; la mantención de una dotación de medicamentos genéricos de bajo costo como consecuencia de la creación del Formulario Nacional de Medicamentos; el notable aumento de las expectativas de vida de los chilenos, entre 1970 y 2000: de 60 a 75 años, en promedio -es decir, este país ha sido capaz de regalarle 15 años de sobrevida a su población en sólo treinta años-, etcétera, son sólo algunos de los grandes logros de la salud chilena de los últimos cincuenta años.

Sin embargo, aún subsisten importantes problemas de fondo y de forma, por lo que es necesario dar un nuevo salto en la salud del país. Una fuerte inequidad en el acceso; falta de cobertura en el sistema público por las listas de espera o carencias de recursos; modelos de gestión inapropiados; falta de integralidad, equidad y solidaridad en el sistema privado; insuficiente contribución del Estado a la salud: un aporte cercano al 1,5 por ciento del producto interno bruto, que debería subir sustancialmente; falta de cobertura en el sistema de isapres por preexistencias, carencias y exclusiones; alta prevalencia e insuficiente cobertura en las áreas de la salud mental y odontológica, son algunos de los hechos que justifican la tercera reforma histórica del sector, cuyo proceso ha comenzado.

El proyecto de ley que hoy nos toca examinar está encaminado a fortalecer el sector público de salud, que tiene características que lo hacen muy distinto del privado.

En primer lugar, fortalece el concepto de autoridad sanitaria como ente regulador y fiscalizador en salud. Estará en sus manos la aplicación del Código Sanitario y sus 26 reglamentos, lo que no es menor, porque dicen relación con la protección y la promoción de la salud; el control de las enfermedades venéreas; los laboratorios de salud pública; la profilaxis y protección sanitaria internacional; la higiene y seguridad del ambiente, en materia de agua, alcantarillado, residuos industriales y seguridad en las construcciones; los residuos sólidos domésticos e industriales; la higiene y seguridad de los lugares de trabajo; el control de productos farmacéuticos, cosméticos y artículos de uso médico; el ejercicio de la medicina y profesiones afines; laboratorios, farmacias, almacenes farmacéuticos y botiquines; la internación de enfermos mentales; inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres; tejidos y órganos para trasplantes o fines científicos, y toda la temática relacionada con los sumarios sanitarios y sanciones. Todos estos temas fundamentales quedarán en manos de autoridades sanitarias mejor definidas que las actuales: los secretarios regionales ministeriales.

En segundo lugar, entrega al director del Servicio de Salud el rol de controlar la red asistencial de su jurisdicción, otorgándole mayores atribuciones para que coordine los establecimientos de nivel primario, secundario, terciario y privados con convenio.

## DISCUSIÓN EN SALA

En tercer lugar, crea en dicha red los hospitales autogestionados, entregándoles mayor capacidad para administrar sus recursos.

En cuarto lugar, crea componentes muy importantes de participación ciudadana: los consejos regionales de salud, que estarán asociados a los secretarios regionales ministeriales, y los consejos consultivos de salud, a nivel de los servicios de salud.

Éstos son los elementos más importantes que contiene el proyecto que estamos analizando, e invito a todos los colegas a intervenir y a aportar ideas a esta importante iniciativa que fortalece el sistema público de salud.

Por último, quiero hacer un reparo relacionado con una indicación enviada ayer por el Ejecutivo, que modifica la ley N° 18.096, incorporando una serie de preceptos relacionados con la administración del personal hospitalario. A mi juicio, debería ser materia de otra iniciativa, porque contiene disposiciones absolutamente distintas de las que trata el proyecto de ley sobre gestión pública y autoridad sanitaria que estamos tramitando. Además, creo que no existirían inconvenientes para que fuera tramitada por las Comisiones unidas de Salud y de Hacienda, con el objeto de lograr su pronto despacho.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el diputado Fernando Meza.

El señor **MEZA**.- Señor Presidente, he escuchado con atención el encendido discurso del ministro de Salud, y todos coincidirán en que su diagnóstico ha sido el correcto. Sin embargo, como siempre sucede en medicina, cabe preguntarse: ¿Será también adecuado el tratamiento? Trataré de aportar algunas ideas al respecto.

Lo primero que quiero señalar es que, a mi juicio, esta reforma no modifica sustancialmente el modelo establecido entre 1979 y 1981, durante el gobierno militar, que sustentó la medicina privada en las isapres y dividió el sistema público en los servicios municipalizados, a cargo de atención primaria, y los servicios de salud, a cargo del sistema hospitalario y de algunos consultorios.

Este proyecto ha llevado a algunas personas a decir que, más que a una reforma sanitaria, asistimos al perfeccionamiento de los seguros públicos y privados de salud.

Los servicios de salud son organismos descentralizados con patrimonio propio. A lo largo de los años hemos conocido un sistema desarticulado, en el cual los servicios de salud sólo pueden ser objeto de una fiscalización técnica por parte de los municipios, que, a veces, tienen conductas correctas, y en otras, antojadizas, con resultados heterogéneos, y una medicina privada desregulada, con falta de transparencia y de equidad.

Tenemos un sistema de salud que no se anticipa al daño, con grandes inequidades y que no se adapta a los cambios de perfil epidemiológico de la población. También debemos decir que es un sistema altamente exitoso, con notables resultados sanitarios y una fuerte tradición de salud pública:

## DISCUSIÓN EN SALA

vacunaciones, planes de alimentación complementaria, atención profesional del parto, paternidad responsable, indicadores biomédicos, etcétera.

Tenemos un sistema público con problemas de oportunidad y acceso, y, adicionalmente, con serias dificultades de financiación y gestión de los recursos; un sistema de salud desintegrado y desarticulado, debido a una salud privada que no está integrada a la red, y un sistema municipalizado débil y desprofesionalizado.

Éste es el contexto que justifica una reforma del sistema de salud.

En relación con este proyecto de gestión y autoridad sanitaria, debo señalar que los servicios de salud son organismos descentralizados. En la práctica, la propuesta del Ejecutivo desarticula, desintegra y reduce los servicios de salud a una unidad casi gerencial, con muy pocas atribuciones, pues se las traspa a las seremis, que son organismos desconcentrados, lo que representa un claro retroceso conceptual en términos de regionalización. Las seremis son una proyección del organismo central en las regiones, restándoles casi todas sus atribuciones a los servicios de salud. Esto es un paso atrás en la descentralización.

No deja de ser preocupante y grave la aseveración que el diputado Patricio Cornejo hizo al diario "La Tercera", con fecha 17 de septiembre. En su página 12 se refiere a las Comisiones de Salud y de Hacienda, que estudian los proyectos de ley, señalando textualmente: "Si hemos planteado esto -se refiere a las isapres- es porque también hemos desintegrado al señor público". Conceptualmente, es muy difícil entender que sea una propuesta de un gobierno de la Concertación.

La autoridad sanitaria -autoridad política- será la que, además, definirá quiénes son los prestadores, sin participación de gremios, universidades u otros organismos colegiados que podrían realizar esta labor. La acreditación de prestadores debería ser una actividad colegiada, con participación de los colegios Médico, de Químicos y Farmacéuticos, así como de universidades y otros entes calificados.

Con respecto al control de la gestión hospitalaria, la nueva autoridad sanitaria, en manos del seremi, podrá sancionar a los directores de servicios y de hospitales, incluso pecuniariamente, cuando no se cumplan las garantías de calidad. ¿Quién podrá responder por ello en un sistema público de salud altamente endeudado, que trabaja al límite en recursos humanos y financieros y que deberá preferir las acciones garantizadas y financiadas de alto costo por la complejidad que encierran? Esto hace suponer un fuerte desplazamiento de acciones no garantizadas, con el consiguiente aumento de listas de espera para esas patologías, que tendrán las mismas garantías actuales, pero que, en los hechos, se verán desplazadas por aquellas de garantías explícitas y, probablemente, la financiación de esas prestaciones continuará subvalorada.

Los hospitales necesitan modernizar su gestión, para lo cual los directores requieren de un "pool" de horas que puedan ser contratadas o actividades que puedan ser compradas o vendidas directamente, externalizar otras actividades y producir incentivos al interior de los mismos para mejorar su calidad y eficiencia.

## DISCUSIÓN EN SALA

Este proyecto conduce a una completa desarticulación de la red pública, pues le entrega atribuciones al director del hospital para que compre servicios directamente, a fin de que pueda financiarse. Con eso lo saca de la red, pues el hospital autogestionado puede comprar lo que quiera sin coordinarse con los directores de servicios.

En relación con el plan Auge, en un reciente documento de la escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, "La reforma del sector de la salud en Chile", de agosto de 2002, reflexionando sobre este punto, los académicos se preguntaban: "¿Quién o quiénes han puesto esta espada de Damocles sobre el sistema público chileno? ¿Con qué objeto se tensiona de tal modo el sistema público?".

Pero aquí hay un problema mayor: que en salud no existe, como existió en la educación, un fondo inicial de inversiones que mejore la infraestructura y el equipamiento. Por lo tanto, hoy los hospitales tendrán que abordar las prestaciones no garantizadas, y también las garantizadas, con grandes déficit estructurales. Como la no respuesta oportuna origina demandas al Estado, necesariamente los directores deberán resolver las patologías o prestaciones, empujando el sistema al fortalecimiento de los privados, incluso en comunas pequeñas, y probablemente ocurrirá algo similar a lo que ha sucedido con los colegios municipalizados y los subvencionados: los primeros se han empobrecido, y los últimos se han fortalecido. Por eso, lo sano es fijar un marco de acciones transferibles a los privados.

En relación con las patologías incluidas en el plan Auge, se han dado algunos ejemplos. El universo de pacientes beneficiados será proporcionalmente menor que los que no están considerados en el plan Auge. De modo inverso al financiamiento, ocurrirán cosas como las siguientes: un hombre con cáncer de próstata tiene garantías y financiamiento asegurado; pero ese mismo hombre con cáncer de esófago, no los tiene; una mujer con depresión, entre 20 y 45 años, tiene garantías; pero no las de 18 ó 50 años, a quienes les está prohibido deprimirse. Deberán tratarse, primero, los casos incluidos en el plan Auge, lo que producirá una sensación de discriminación y de engaño por parte de la autoridad.

Mi apreciación es que tal como está concebida la reforma, se produce una gran presión al sistema público, lo que lo obliga a derivar hacia los privados, a abrir las redes públicas a los pacientes de las isapres - especialmente cuando se trate de prestaciones complejas-, y establece escasos mecanismos de apelación de los sancionados por la autoridad sanitaria, que tendrá un enorme poder sin contrapeso; un poder unipersonal, concentrado e incontrarrestable.

Se dice que ésta es una reforma sanitaria y no financiera. Sin embargo, nadie se explica por qué no se abordan los exámenes preventivos de displasia de caderas, el estudio y tratamiento de mujeres posmenopáusicas, la obesidad y otras enfermedades claramente costo-eficaces. Todo esto hace suponer que esta reforma tiene un perfil economicista.

Creo que todo debería estar orientado a la atención primaria resolutiva. Debemos tener un enfoque distinto y apuntar a mejorar la resolutividad del

## DISCUSIÓN EN SALA

nivel primario, a fortalecer un modelo de atención cercano a la familia y a los hogares, con énfasis en las prestaciones ambulatorias, estadías acortadas, visitas domiciliarias e integradas territorialmente, altamente participativas y centradas en la prevención. El modelo propuesto, particularmente en el Auge, no puede basarse en una mirada exclusivamente curativa, que actúa sobre la enfermedad.

Deberíamos crear incentivos para que los profesionales médicos y no médicos trabajen en el sector público, para que realicen mejores exámenes de laboratorio e imagenología, para que puedan atraer y comprar actividades de los interconsultorios. El diseño actual hará que en el año 2004 -en tiempos de elecciones- tengamos que hacernos cargo de una gran insatisfacción, pues la gente sentirá que ha sido engañada cuando se entere de que su prestación no está garantizada y de que deberá quedar en listas de espera más numerosas que las actuales, porque las patologías garantizadas y financiadas desplazarán a las otras. Así, los pacientes en listas de espera para cirugía de hernias, prótesis de cadera, várices, tiroides, miomas uterinos y tumores ováricos deberán seguir esperando, con la agravante de que las patologías venosas tendrán complicaciones que aumentarán los costos.

Ahora, lo positivo de la reforma de la salud -con esto termino- es, obviamente, la importancia que ocupa en la agenda del Presidente Lagos. Nunca antes había existido tal consenso respecto de la necesidad de mejorar el sistema sanitario chileno ni de la oportunidad política para abordar el asunto. Nunca antes los chilenos tuvieron tanta información, que ha permitido dar transparencia a un sistema con fuertes inequidades y alta inflexibilidad, pero que también ha tenido grandes éxitos en el ámbito nacional e internacional.

Parece positivo el establecimiento de una tarifa plana para las isapres, el fortalecimiento de la autoridad sanitaria del Estado de Chile y la obtención de financiamiento a costa de externalidades negativas, como el tabaco y el alcohol.

Parece positiva la incorporación de los derechos y deberes de los usuarios; la inclusión del concepto de derechos exigibles por los usuarios; la incorporación activa de los ciudadanos; abordar el mejoramiento de la gestión hospitalaria, y la introducción de herramientas que otorguen flexibilidad en la gestión de estos recursos.

Por último, parece positiva la introducción de un criterio vertical, ordenador y priorizador en lo sanitario y administrativo, como es el Auge, y terminar con la integración vertical de las isapres, limitándolas exclusivamente a su rol asegurador.

La reforma no debería excluir de los servicios de salud la inteligencia epidemiológica ni las acciones de salud del ambiente o, por lo menos, no debería radicarla en la autoridad política.

La reforma debería entregar a un consejo plural y colegiado en el ámbito de la autoridad sanitaria, la acreditación, autorización y fiscalización de los prestadores.

Los protocolos Auge deben ser discutidos y consensuados con las sociedades científicas, con las universidades y con grupos de expertos; no

## DISCUSIÓN EN SALA

como hasta hoy, que han sido elaborados por un reducido grupo de personas que no están relacionadas necesariamente con los médicos clínicos.

Deberían establecerse diversos niveles de garantías. Aquellas enfermedades catastróficas, como las oncológicas, deberían tener el ciento por ciento de las garantías ahora. Otras de mayor prevalencia o impacto, un segundo nivel de garantías, de manera de crear el concepto de exigibilidad, con gradualidad, ampliando el abanico de alternativas a otras enfermedades y perfeccionando el sistema público.

Como ya lo dije, todo debería estar focalizado a la atención primaria, entregando más financiamiento y mayor resolutivez.

Las prestaciones deberían financiarse en su valor real -esto es muy importante-, en el ciento por ciento de los casos, y no como sucede hoy, en que existe un costo subvalorado y con un techo en el número de prestaciones. Por ejemplo, se financian 300 intervenciones de catarata; si se realizan más, no se pagan; si se hacen menos, se descuentan al hospital.

Debería existir un solo sistema de salud comunal, cuando las comunas sean pequeñas y exista un hospital tipo 4, a fin de optimizar el uso de los recursos.

Pero lo más importante es que debería existir un fondo inicial de inversiones que permita corregir los déficit en infraestructura y equipamiento de los establecimientos de los servicios de salud. La reforma debería recuperar el sentido de la salud integral.

Por último, la reforma debería considerar que las propuestas actuales en gestión hospitalaria no abordan el pago del ciento por ciento de las prestaciones realizadas. En ese caso, no habría justificación para tener deudas. Sólo asistimos a un perfeccionamiento parcial del modelo sanitario actual, y los municipios no son tocados.

Falta hacer muchísimos aportes, y lo más importante es que estamos dispuestos a recibirlos y a compartirlos. Los actores involucrados y los ciudadanos de nuestro país tienen la palabra.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el diputado señor Exequiel Silva por un asunto reglamentario.

El señor **SILVA**.- Señor Presidente, entiendo que los distintos proyectos de salud, de alguna manera, están concatenados y que ésta no es una sesión especial para analizar la reforma, sino para estudiar la iniciativa relacionada con la autoridad sanitaria y las distintas modalidades de gestión. Pero después de escuchar al diputado que me antecedió en el uso de la palabra, me da la impresión de que aquí estamos discutiendo el proyecto de reforma en general, el proyecto Auge, etcétera.

En honor al tiempo de que disponemos, deberíamos dedicarnos a evaluar y a circunscribir nuestra intervención al proyecto en debate. En caso contrario, terminaremos discutiendo la reforma en general y no avanzaremos mucho con la legislación.

## DISCUSIÓN EN SALA

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Solicito el acuerdo de la Sala para prorrogar el Orden del Día hasta las 13 horas.

Acordado.

Tiene la palabra el diputado señor Patricio Melero.

El señor **MELERO**.- Señor Presidente, después de doce años de gobiernos de la Concertación, resolvieron mandar a trámite legislativo una reforma integral a la salud que, en un conjunto de seis proyectos de ley, de los cuales estamos conociendo el primero de ellos, relativo a la gestión y a la autoridad sanitaria, pretende ir a uno de los ejes centrales, a mi juicio, de lo que ha sido la principal causa del fracaso de muchas de las políticas de salud que se han implementado y que no se han traducido en un mejoramiento sustancial de la atención de salud de la gente.

Y se produce una aparente paradoja en el sentido de que, a pesar de que Chile exhibe buenos indicadores de salud, es líder a nivel latinoamericano y muchas veces con indicadores de salud superiores a los de los países desarrollados en mortalidad infantil, en la atención profesional del parto, en el control de determinadas enfermedades que devastan a otras poblaciones en el mundo, hay un nivel importante de insatisfacción por parte de los chilenos respecto del acceso y de la forma de atención de la salud.

¿Qué duda cabe que de aquí se deriva uno de los factores importantes de los cuales resulta necesario poner el eje conductor de la reforma en uno de los capítulos fundamentales, que es la gestión y la autoridad sanitaria! ¿Qué duda cabe que hoy los chilenos vivimos más! Estamos en torno de los 75 años de edad. ¿Qué duda cabe que la medicina, por su tecnología, cada día se hace más cara! ¿Qué duda cabe que los chilenos cada vez van buscando mejores condiciones de vida y de salud!

En este contexto, me parece importante la impresión de la opinión pública sobre cómo ve nuestro sistema de salud público. La última encuesta del CEP, del 6 de agosto de 2002, señala que el 72 por ciento de los chilenos está en desacuerdo con la afirmación de que en Chile los hospitales están bien administrados. Es decir, sólo un 28 por ciento de los chilenos cree que los hospitales funcionan bien; un 72 por ciento estima -a mi juicio, con un acertado diagnóstico- que el eje fundamental está en la administración de los hospitales. De ahí la importancia de enfrentar el tema de la gestión.

Pero no sólo eso. Además, el 52 por ciento de los chilenos está de acuerdo con la siguiente afirmación: a pesar de que en los últimos diez años se han triplicado los recursos públicos entregados a la salud pública, no han mejorado los servicios que entrega. Se ha hecho un tremendo esfuerzo presupuestario: más de un 200 por ciento en el gasto público de salud -las cifras las dio el señor ministro, están a la vista-. Sin embargo, la mayoría de los chilenos siente que esto no ha mejorado.

De ahí surge la tercera afirmación: cambiar la administración es lo más urgente. Tres de cada cuatro encuestados, es decir, el 75 por ciento de los



## DISCUSIÓN EN SALA

chilenos, está de acuerdo con la afirmación de que en Chile los gremios de la Salud están más preocupados de sus propios intereses que de los pacientes. Con seguridad, ahí estará buena parte de los escollos para enfrentar este cambio sustancial en la gestión.

¿Qué ha seguido ocurriendo en el país? ¿Cuáles son las mochilas -sería bueno que el Ejecutivo respondiera a través del ministro de Salud- que van en contra de avanzar, en lo que nosotros teníamos la esperanza de que fuera un cambio sustancial a la gestión estructural de fondo, de esa cirugía mayor a la salud chilena, y que siguen afectando nuestro sistema público, fundamentalmente?

Recién sostenía que en los últimos doce años ha habido un aumento sustancial en el gasto público. El verdadero "auge" ha estado en el auge de recursos adicionales, que no se han traducido en mejores atenciones de salud. Hemos metido y metido recursos en lo que hemos denominado el "hoyo negro de la salud", sin que ello se haya traducido en aumento sustancial de la atención.

Las proyecciones al año 2005 nos llevan a un gasto funcional en salud de un mil millones setecientos cuatro mil setecientos dieciséis millones de pesos. Una cifra realmente trascendente que no se está traduciendo en una mejoría sustancial.

No sólo ha habido un aumento de los recursos, sino, lo más grave, esto se ha convertido en una caída de la productividad del uso de los recursos; es decir, por cada peso gastado que los chilenos, con nuestros impuestos, hemos destinado a la salud, la productividad, en vez de aumentar, ha caído. En eso, los propios estudios del Gobierno, a través del informe de los funcionarios Rodríguez y Tokman, ambos de la Subsecretaría del Ministerio de Hacienda, con el apoyo de la Cepal, han determinado que la productividad del gasto en salud cayó en un 9,2 por ciento anual en la década de los '90. Los hospitales públicos son los principales responsables de esa caída de productividad.

El estudio concluye que mientras el gasto público experimentó un aumento extraordinario de un 195 por ciento, el número de prestaciones de salud valorada ofrecidas a través del Fonasa, sólo se incrementó en un 22 por ciento.

El estudio mismo, realizado a través de la Cepal, atribuye este fenómeno a la disminución de la productividad del personal y al aumento desmesurado del gasto en subsidios por incapacidad laboral. ¡Otro cuello de botella: las licencias médicas y la modalidad de libre elección!

La eficiencia del gasto en personal disminuyó en 45 por ciento entre 1992 y 1999, debido al aumento extraordinario de las remuneraciones y a la baja de la productividad del 6 por ciento en el período. Proporcionalmente, eso significa que la cantidad de personal contratado en los servicios de salud aumentó más que su respectiva producción. Ahí tenemos otro problema que debiera ser enfrentado mediante el proyecto en debate.

¿Qué otra mochila existe? Las listas de espera. Los estudios de la empresa Altura Management, no desmentidos hasta hoy, son claros y categóricos en señalar que 50 mil chilenos están hoy en listas de espera para

## DISCUSIÓN EN SALA

ser intervenidos quirúrgicamente. Eso no es todo: deben esperar entre 36 y 50 semanas para ser intervenidos; en la práctica, alrededor de un año.

Me imagino que todos los diputados deben recibir estos reclamos de la larga espera por una cama o un derecho a pabellón. En la Región Metropolitana, esta cifra es de 18.117 personas en lista de espera, entre las que se consideran intervenciones de vesícula, hernia, várices, adenoma prostático y otras dentro de las más postergadas.

Como si esto fuera poco, una tercera mochila enfrenta este cambio de la gestión: la abultada deuda hospitalaria. Las cifras son variables, pero en la Comisión de Salud el Gobierno habló oficialmente de 45 mil millones de pesos; el Colegio Médico, de más de 60 mil millones, y las proyecciones llevan a 80 mil millones. En todo caso, lo que está claro es que son muchos miles de millones de pesos.

Más allá de la fría cifra de la deuda hospitalaria, tendríamos que preguntarnos qué significa que los hospitales no paguen a los proveedores, al que vende jeringas, guantes quirúrgicos, medicamentos. Significa que no hay de esos insumos para atender a la gente. Sin embargo, ahora, bajo una presión máxima, el Gobierno notifica a los directores de hospitales que serán despedidos si no reducen los gastos, ante lo cual aquéllos deciden atender menos pacientes. En definitiva, esta situación se traduce en peor salud para la gente.

Resulta dramático leer testimonios de directores de hospitales que dicen que no tienen antibióticos, insumos quirúrgicos, oxígeno ni los remedios necesarios para atender a la gente. Es una realidad que podemos comprobar al visitar los hospitales públicos del Chile de hoy.

La deuda hospitalaria podría constituir, al menos, la mitad de los 150 mil millones de pesos que se van a entregar al sistema AUGE. ¿Iría este incremento a tapar la deuda? ¿Podremos enfrentar una reforma de la gestión de salud pública con una mochila de 70 mil millones u 80 mil millones de pesos? ¿Cómo enfrentará el Gobierno esta situación? Es importante que se resuelvan estas incógnitas, porque los usuarios pierden con la deuda.

Como si esto fuera poco, los directores de hospitales están cuoteados políticamente: tantos para el Partido Socialista, tantos para el PPD, tantos para el Partido Radical, tantos para la Democracia Cristiana. ¿Son las personas más idóneas? A veces sí, a veces no.

Conocimos el escándalo -no tiene otra denominación- que se produjo en el San José cuando el médico personal de su Excelencia el Presidente de la República se enfrentó con el director del hospital. El hilo se cortó por la parte más delgada: ¡Se fue el director del hospital!

Cuoteo político durante doce años en la conducción de los hospitales públicos del país. Esperamos, sinceramente, que este proyecto de ley, que establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria y las distintas modalidades de gestión, termine con el cuoteo político y tengamos a profesionales idóneos, independientemente de su posición política, dirigiendo los hospitales públicos.

Me preocupa, sí, que, en el último llamado a concurso público, en el

## DISCUSIÓN EN SALA

hospital San José se hayan presentado más de 80 postulantes, la mayoría buenos administradores, y que al final, como quedaron tres o cuatro postulantes que al parecer no eran del gusto del director del servicio, del Partido por la Democracia, se declarara desierto. Era el primer llamado hecho por el Gobierno, la primera vez que se avanzaba en esta materia, pero el concurso se declaró desierto.

Señor Presidente, el señor ministro está hablando por celular. Como está prohibido su uso en la Sala, le agradeceré que le pida que termine para que pueda escuchar mi intervención.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Señor ministro, le ruego no hablar por el celular.

El señor **MELERO**.- Gracias, señor Presidente.

Como si estas mochilas fueran poco, a través de los medios de comunicación se ha hecho una campaña publicitaria millonaria para dar a conocer a la gente que esta reforma le significará mejor salud. ¡Propaganda! El Congreso todavía no aprueba un proyecto de ley en ese sentido y ya la están promocionando. ¡La tierna imagen del señor ministro con una guagua en los brazos! ¡El acceso a la atención! ¿Cuánto están gastando en publicidad?

Recuerdo que cuando partió esto, en abril pasado, la Sala de la Cámara de Diputados pidió al Gobierno, por mayoría, en virtud del número 1) del artículo 48 de la Constitución Política, que informara cuánto se estaba gastando en publicidad. ¡Hasta hoy no ha habido respuesta! *No se oye, padre*. ¿Este es el Gobierno que se dice transparente?

Emplazo al señor ministro para que, en un plazo de 24 horas, nos informe si ha gastado más o menos de mil millones de pesos en publicitar el programa Auge. Que diga de cara a Chile cuánto cuesta. Es una vergüenza que en un sistema democrático el Gobierno se niegue a entregar información acerca de cuánto está gastando por ese concepto, a pesar de haberle sido solicitada varias veces por esta rama de un poder del Estado. ¿Tienen algo oculto? ¿Sacan el dinero de malos lugares? ¿Están gastando recursos de otros sectores para hacer publicidad?

Veinticuatro horas, señor ministro. Lo emplazo a que nos diga si se han gastado más o menos de mil millones de pesos en la publicidad del programa de reforma de la salud. Dígalo de cara al pueblo y sea consecuente con la transparencia que ofrecen en esta materia. No distraigamos recursos en publicitar cosas que generan ilusiones en la gente, ilusiones que después podrían transformarse en desilusión.

Otra mochila: la focalización del gasto público. Es crucial que los recursos lleguen a la gente más pobre. El cruzamiento que se hizo entre el Servicio de Impuestos Internos y el Fonasa, Fondo Nacional de Salud, demuestra que más de 500 mil personas declaradas indigentes no son tales porque tienen una renta que, aunque ínfima, les imposibilita acceder a los beneficios de salud en forma gratuita. Así se filtran los recursos. Quinientos mil chilenos se atienden en el sistema público de salud gracias a una mala

## DISCUSIÓN EN SALA

focalización y falta de control, con lo cual se pierden recursos. ¡Otro problema en la gestión y administración de los hospitales!

¡Para qué hablar de lo que está ocurriendo con las licencias médicas! Hay un 200 por ciento de aumento por este concepto. Se ha modificado el sistema y cambiado la ficha de las licencias médicas. Es una aproximación, pero no resuelve el tema de fondo, porque los ministros de fe en su otorgamiento son médicos, y algunos, lo digo con gran respeto, vulneran todos los días la fe pública al dar licencias que no corresponden. Pareciera ser que hemos perdido la capacidad de asombro y no veo un esfuerzo claro en esa dirección.

Campaña publicitaria costosa, cuoteo político...

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Terminó su primer discurso, señor diputado. Puede continuar en el tiempo del segundo discurso, de cinco minutos.

El señor **MELERO**.- Gracias, señor Presidente.

Cuoteo político en los hospitales, falta de focalización, campañas publicitarias millonarias, deudas hospitalarias abultadas, listas de espera, aumento del gasto público. ¡Magnífico! ¡Estamos enfrentando una reforma! ¿Solucionará todos estos problemas? ¿Podremos blanquear la situación? Con la inyección de nuevos recursos que el Gobierno quiere, también vía impuestos, ¿vamos a llevar adelante esta reforma?

Al igual que el diputado que me antecedió en el uso de la palabra, considero importante contestar estas interrogantes.

Ahora, el proyecto en cuestión constituye un avance respecto de la situación actual, pero es un avance tibio, temeroso, políticamente calculado; que no vaya a tocar mucho, que no se vayan a alentar presiones mayores.

De más está decir que no hay un solo gremio de la salud que esté de acuerdo con esta reforma, desde el Colegio Médico hacia abajo. Pasaron por la Comisión. ¡Ni uno! Ni siquiera presentaron indicaciones. Dijeron: "no nos gusta". En fin, habrá también que enfrentar muchas de esas situaciones.

El gran tema de la administración pública de la salud no pasa, como lo enfrenta el proyecto, principalmente por la reorganización de las autoridades en esta materia, desde los directores de servicio a los seremis, sino que pasa por generar incentivos a la eficiencia de la administración de los recursos de que se dispone.

En efecto, la gestión en el sector público ha sido eficiente en los incentivos adecuados bajo los que funciona. Pareciera ser que más bien estamos reorganizando, traspasando funciones de aquí para allá más que ir al tema fundamental: los incentivos o la generación de mayores eficiencias.

El proyecto no es en sí mismo negativo, pero claramente falta avanzar mucho más para lograr la mayor eficiencia anhelada en el funcionamiento actual del sistema.

Habría mucho más que hablar sobre temas que no están considerados en el proyecto, como la subsecretaría de la red de servicios de salud; emitir

## DISCUSIÓN EN SALA

opiniones sobre la descentralización efectiva, la facultad de fiscalización de los seremi, la flexibilidad laboral; pero, en razón del tiempo, voy a dejar en esta aproximación político-económica nuestra visión en relación con la reforma. Los señores Masferrer, Forni y Dittborn y la señora Cristi, en las sesiones de los días próximos, abordarán los aspectos más coyunturales.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, seré muy breve, para que alcance a hablar otro señor diputado.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Señor ministro, le hago presente que su tiempo no se descuenta.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, por su intermedio, quiero señalar al diputado señor Melero que no necesito 24 horas para responder su consulta. Puedo decirle hoy, con toda claridad y fuerza, que el monto que se ha invertido para dar a conocer a la opinión pública el plan Auge -lo que, por lo demás, constituye un deber del Gobierno y un derecho de los ciudadanos- es infinitamente menor que la cifra que ha indicado. A lo mejor, las instituciones de salud previsional han gastado cifras de ese tipo al utilizar muchos medios, pero nosotros hemos usado los recursos con mucha seriedad y responsabilidad.

No quiero dejar pasar lo que expresó el diputado señor Melero sobre los mil millones de pesos, porque no es cierto. Quiero ser claro y transparente: ¡no es cierto!

*-Hablan varios diputados a la vez.*

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Ruego a los señores diputados guardar silencio.

Continúa con la palabra el señor ministro.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, agradezco que la participación del diputado señor Melero en la discusión del proyecto en las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud haya sido muy distinta del discurso público que ha tenido hoy. Hago votos por que su participación hacia el futuro siga siendo generosa y con altura de miras.

La discusión de este proyecto es de país, de nación, y espero que tengamos generosidad para sacarlo adelante porque Chile lo necesita. Algunos sueñan con hacer desaparecer a los privados, y otros seguramente con que desaparezca el sistema público. ¡No, señor, a nadie le vamos a dar en el gusto porque eso no es posible, ya que quedaríamos paralizados por siempre! Este Gobierno tiene la responsabilidad de solucionar los problemas de la gente, de

## DISCUSIÓN EN SALA

desatar los nudos, de sortear los puntos críticos.

En ese sentido, con mucho afecto, quiero decir al diputado señor Melero que considero que ha sido muy participativo y que ha aportado mucho en las comisiones. Hago votos por que siga participando así.

He dicho.

El señor **MELERO**.- Señor Presidente, ¿resta algo del tiempo de mi segundo discurso?

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Terminó su tiempo, señor diputado. Corresponde que haga uso de la palabra el diputado señor Bayo.

El señor **MELERO**.- Señor Presidente, por su intermedio, solicito al diputado señor Bayo que me dé una breve interrupción, dado el emplazamiento que me ha hecho el señor ministro.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Con la venia del diputado señor Bayo, tiene la palabra el diputado señor Melero.

El señor **MELERO**.- Señor Presidente, hay un viejo adagio popular que dice: "Lo cortés no quita lo valiente". Siempre seré cortés; siempre seré colaborador. Pero no por eso voy a dejar de decir la verdad sobre una serie de hechos que fluyen de mi análisis del sector salud y de lo que expresa la opinión pública.

En segundo lugar, lamento profundamente que el ministro de Salud nuevamente no haya sido capaz de dar a conocer en la Sala cuánto se ha gastado en publicidad. Le pido que responda el oficio que se le envió en virtud de lo que establece el artículo 48, Nº 1), de la Constitución, y diga cuál es la cifra. Vuelvo a preguntar: ¿Se gastaron más o menos de mil millones de pesos en publicidad? Que nos dé el detalle. ¿Son ochocientos millones, novecientos millones o quinientos ochenta millones de pesos? Las preguntas fueron muy claras, señores diputados. Si el día de mañana otros son Gobierno, ustedes querrán que ese Gobierno les responda las preguntas que ustedes le formulan a través de la Cámara de Diputados. Llevamos cinco meses esperando respuesta, pero aún no la tenemos.

Vuelvo a emplazar al ministro de Salud para que en 24 horas nos dé la cifra, para la tranquilidad y el conocimiento de todos.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Había pedido el acuerdo para terminar el Orden del Día a las 13 horas. Sin embargo, como el debate está interesante y hay varios diputados inscritos, propongo a la Sala dejar sin efecto el tratamiento de proyectos de acuerdo y que el Orden del Día se prorrogue hasta las 13.30 horas.

¿Habría acuerdo?

No hay acuerdo.

## DISCUSIÓN EN SALA

Tiene la palabra el diputado señor Bayo.

El señor **BAYO.-** Señor Presidente, sólo restan cinco minutos para el término del Orden del Día.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Señor diputado, si hoy no alcanza a terminar su discurso, queda inscrito para mañana.

El señor **BAYO.-** Señor Presidente, si es tan amable, solicito que me deje inscrito para hacer uso de la palabra en el primer lugar de la sesión de mañana.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra, por cinco minutos, el diputado señor Burgos.

El señor **BURGOS.-** Señor Presidente, los diputados que no pertenecemos a las Comisiones unidas de Salud y de Hacienda no hemos tenido la oportunidad de conocer con anticipación el proyecto. De hecho, recibí el texto ayer tarde, y cuando iba a Santiago pude hacerle una primera revisión relativa. En consecuencia, me he impuesto a través de la intervención del diputado informante y particularmente por lo señalado por el ministro del Salud, respecto de los objetivos que se persiguen y sobre cómo trabajaron las Comisiones unidas, además de escuchar las críticas de la Oposición.

Creo que lo esencial y lo que esperan los chilenos es que el Ejecutivo, y en especial el Congreso, seamos capaces de afrontar una verdadera reforma, que responda a las necesidades de la gente y no a la demagogia. No queremos discursos para la galería ni ese tipo de cosas. Lo que anhelan los chilenos es que saquemos un nuevo sistema de salud que reconozca la especificidad de lo público y de lo privado, y que, en definitiva, otorgue una mejor salud. Para ser bien concreto, que evite tanta espera a los que están en el sistema público para la atención de salud, y que a los que están en el sistema privado no les sigan esquilmando sus pocos recursos cambiándoles los planes unilateralmente, cuando les da la gana. Eso es lo que espera la gente. En eso debemos trabajar, particularmente los técnicos en la materia.

Desde esa perspectiva, quiero hacer dos comentarios menores sobre lo que alcancé a revisar del proyecto.

En primer lugar, no queda muy claro para los lectores de la iniciativa la razón por la cual es necesario crear dos subsecretarías en el Ministerio de Salud. Estoy mucho más cerca de la propuesta del diputado señor Bayo, en el sentido de que no hay razón para crear más burocracia. Bastaría con una subsecretaría y dos subdivisiones, una para la salud primaria y otra dedicada a la salud pública.

Además, creo que la orgánica de los ministerios funciona mejor cuando hay una autoridad que tiene imperio sobre las dos divisiones y no con la existencia de dos subsecretarías, que se van a igualar en ese sentido. Creo que los técnicos debieran revisar aquello, desde el punto de vista del

## DISCUSIÓN EN SALA

funcionamiento y de la burocracia.

En segundo término, el sentido fundamental de los consejos regionales de asesoramiento es que la ciudadanía participe, pero hay algunas omisiones. Por eso, junto a los diputados señores Riveros y Saffirio, presentamos una indicación para que se incorpore a las organizaciones del adulto mayor. Los adultos mayores son quienes, por excelencia, recurren más al sistema público de salud, por lo que deberían estar representados en dichos consejos para que los secretarios ministeriales y aquellos que tomen decisiones desde el punto de vista de la gestión escuchen cuáles son las realidades que viven los que hoy llegan al 14 por ciento, pero que en los próximos veinte años alcanzarán a más del 20 por ciento, entre los que me incluiré yo, y que esperan una mejor atención del sistema público y del privado.

Lo que la gente espera -reitero- es que seamos capaces de sacar adelante un proyecto para Chile, no pensando en el candidato del año 2005.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Ha terminado el Orden del Día.

Hago presente a quienes están inscritos y que no alcanzaron a intervenir, que podrán hacer uso de la palabra en la sesión de mañana. Si después de ella aún quedaran señores diputados sin intervenir, podrán hacerlo en la sesión del próximo martes.



## DISCUSIÓN EN SALA

### 1.5. Discusión en Sala

Legislatura 348, Sesión 3, 03 de octubre de 2002. Discusión en general queda pendiente.

#### **NUEVA ESTRUCTURA DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD. Primer trámite constitucional. (Continuación).**

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Corresponde continuar, en primer trámite constitucional, la discusión en general del proyecto que modifica el decreto ley Nº 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria de las distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

De los diputados inscritos para hoy, el primer turno corresponde al diputado del Partido Socialista, señor Fulvio Rossi.

El señor **ROSSI**.- Señor Presidente, me parece de extraordinaria importancia la rapidez con que se ha tramitado en Comisiones unidas de Hacienda y de Salud un proyecto tan fundamental para la población, cuyo objetivo central es mejorar la gestión de los recursos en salud.

La reforma es absolutamente imprescindible, como lo demuestran la mayoría de las encuestas de opinión pública. Al preguntársele a la gente si estaba de acuerdo con el sistema de salud actual y si era necesaria una reforma, más del 60 por ciento de las personas afirmaron que sí era necesario hacerla.

Es importante señalar que el mundo ha cambiado en diversos aspectos, no sólo en el ámbito económico, sino que también ha variado el perfil epidemiológico de nuestro país. Hace treinta o cuarenta años la gente moría a causa de enfermedades infectocontagiosas, había problemas en la atención del parto y gran morbilidad y mortalidad materno-infantil. Esa realidad se ha logrado superar, y hoy la gente principalmente muere debido a afecciones cardiovasculares, a patologías asociadas al envejecimiento, a patologías degenerativas, a cánceres y a traumas. De hecho, la principal causa de muerte entre los jóvenes es, precisamente, debido a traumas ocasionados por accidentes de tránsito. Eso nos demuestra que debemos tener un sistema de salud acorde a esa realidad y a los cambios ocurridos en las últimas décadas.

Sabemos que en salud los recursos son siempre escasos y lo serán más aún en la medida en que la tecnología y la ciencia avancen, porque aumentarán los costos para otorgar prestaciones de calidad que cumplan con ciertos estándares óptimos. Por eso, el proyecto de mejoramiento de la gestión, de fortalecimiento de la autoridad sanitaria y de fomento de la participación ciudadana en salud es imprescindible.

Ante tantas críticas hechas en el último tiempo, es importante señalar que dentro de las cinco iniciativas presentadas, la que establece un régimen de

## DISCUSIÓN EN SALA

garantías hace necesaria también la creación de un sistema que fiscalice su implementación. La iniciativa en discusión permitirá a la gente tener acceso de manera oportuna a la salud, terminar con las listas de espera y contar con protección financiera. Es decir, habrá menos familias que verán dilapidados sus recursos para atender las necesidades y cuidados de un paciente miembro de ella.

Además, las personas contarán con estándares óptimos de calidad en la atención, y no como hoy, en que hay una salud de primer nivel y con los últimos avances científicos para los que tienen más, y otra de segundo nivel, con menos recursos, más lenta y menos eficiente para los que tienen menos. De alguna forma, la enfermedad dejará de ser vista como una amenaza, debido a la incertidumbre que se genera al no tener capacidad financiera para su atención.

Se ha dicho que la reforma no se centra en la atención primaria, lo cual considero una profunda equivocación. Creo en la buena intención de quienes lo señalaron, pero, precisamente, como lo ha dicho el ministro de Salud, uno de los objetivos centrales de la reforma es cambiar la perspectiva desde un modelo hospitalocéntrico, que, obviamente, no resulta eficiente para satisfacer las demandas actuales, hacia un modelo de atención basado en el fortalecimiento de la atención primaria, de la atención en los consultorios.

Hoy la atención primaria no está funcionando bien. Hay bastantes rechazos de atención en los consultorios y excesiva derivación, lo que implica una escasa capacidad para resolver los problemas de salud de la gente. La reforma permitirá que los especialistas acudan a los consultorios, para que las personas no caigan en la burocracia de tener que esperar meses antes de ser atendidas en un hospital por un especialista, en circunstancias de que su problema de salud podría haber sido bien solucionado por un médico general en el consultorio que le corresponde, a escasa distancia de su casa. Eso también implica dilapidación de recursos, los cuales -reitero- son siempre escasos.

La iniciativa permitirá terminar, de una vez por todas, con las trabas administrativas y burocráticas que impedían que los gestores en salud, los directores de hospitales, los directores de servicios de salud pudiesen optimizar sus recursos y tener la capacidad de innovar y de autogestionar políticas de autofinanciamiento. En ese sentido, cobra especial importancia lo que pueden hacer los servicios de salud de la red asistencial respecto de los pensionados y la venta de servicios. Todo eso redundará en mayores recursos para satisfacer las necesidades de salud de los más necesitados.

La reforma de la salud no es para ningún grupo de interés, no responde a intereses corporativos, sino que se efectuará para la inmensa mayoría de los chilenos adscritos al sistema público y que requieren un mejoramiento de la calidad de atención.

La reforma de la salud es para los pacientes con catarata, mayores de 60 años de edad, quienes verán resuelto su problema antes de tres meses. La reforma de la salud es para los pacientes con insuficiencia renal crónica, quienes podrán ser conectados a las máquinas de diálisis antes de un mes.

## DISCUSIÓN EN SALA

Hoy ocurre algo distinto. La reforma de la salud es para los que requieren de un especialista, quienes antes de un mes podrán obtener hora para una consulta. La reforma de la salud es para los pacientes con patologías degenerativas, especialmente adultos mayores con artrosis, pues el sistema de salud se hará cargo no sólo de la radiografía, sino también de los medicamentos y de la prótesis, que es lo más caro (una prótesis vale entre uno y dos millones de pesos). La reforma de la salud -así está contemplado en el régimen de garantías- es para las jóvenes menores de catorce años, quienes verán solucionado su problema dental en cuanto a sellantes, y también para los adultos mayores, los que recibirán implantes de titanio para tener una dentadura adecuada. La reforma de la salud es para los enfermos con insuficiencia renal crónica, para los diabéticos que hoy no cuentan con los recursos económicos para comprar los medicamentos (actualmente se gastan 15 mil millones de pesos en atender a esos pacientes). La reforma de la salud es para las familias que tuvieron la desgracia de recibir un menor con cardiopatía congénita y para las mujeres mayores de cuarenta años con cálculos a la vesícula, que, como sabemos, es una condición precancerígena, quienes antes de tres meses serán sometidas a una intervención quirúrgica (no como hoy, que pueden estar en lista de espera un año o un año y medio). La reforma de la salud es para todas las personas que acuden al consultorio de su sector y no obtienen hora de atención. Con la reforma deberán ser atendidas antes de 48 horas.

Ésos son los beneficios de la reforma de la salud. A veces hablamos de las cosas negativas y no de las positivas.

Quiero referirme también al sistema privado de salud.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Señor Rossi, la diputada señora María Angélica Cristi le solicita una interrupción.

El señor **ROSSI**.- Señor Presidente, me gustaría terminar mi intervención para no perder la ilación.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Puede continuar su Señoría.

El señor **ROSSI**.- Señor Presidente, quiero referirme a la regulación del sistema privado de salud.

Con la reforma de la salud vamos a terminar con la segmentación por riesgo, que determina la calidad de la atención según la capacidad de pago; vamos a terminar con las exclusiones del adulto mayor, de la mujer embarazada. Recordemos que sólo el cinco por ciento de los adultos mayores se atiende por las isapres y el 91 por ciento por el Fonasa; que el 90 por ciento de los pacientes con insuficiencia renal crónica y cerca del ciento por ciento de los pacientes con sida se atienden por el Fonasa.

Por eso es tan importante fortalecer la autoridad sanitaria y terminar con el rol de juez y parte de los directores de los servicios de salud.

El proyecto en debate establece que el director del servicio de salud se

## DISCUSIÓN EN SALA

dedicará a ejecutar las políticas de salud, a entregar las prestaciones, es decir, será un gestor de Salud, y los seremis cumplirán el rol de autoridad sanitaria, de promover la salud, de fiscalizar, de regular. También se incorpora, y es muy importante decirlo, la participación ciudadana. En los consejos regionales de salud, que asesorarán a los seremis en todo Chile, estarán incorporados los ciudadanos. ¡Qué importante es este concepto de participación que involucra la reforma!

Estas son algunas de las cosas que me parece pertinente mencionar respecto del proyecto, en general y en particular.

Por último, debemos avanzar en el tema medioambiental.

Es necesario que la entidad encargada de fiscalizar en materia de salud ambiental sea independiente, con cierto grado de autonomía, como el Sesma metropolitano, el cual, lamentablemente, no tiene correlato a nivel regional. Es un tema que, como bien ha dicho el ministro, está pendiente.

Considero que no es bueno distorsionar la verdad en cuanto al objetivo de los proyectos, más aún cuando muchas de esas mismas personas han formulado indicaciones.

Insisto en que la reforma de salud es para la inmensa mayoría de los chilenos y no debe responder a ningún interés corporativo.

Para los que conocemos el calvario de las listas de espera, la ausencia de medicamentos en los consultorios, el calvario de las personas que no cuentan con recursos para costear sus tratamientos, el proyecto en estudio constituye un notable avance.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Por un asunto de Reglamento, tiene la palabra la diputada señora María Angélica Cristi.

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Señor Presidente, encuentro muy interesante la intervención del diputado señor Rossi, quien además es médico, pero debemos hacer un esfuerzo por centrarnos en el proyecto en discusión, que trata de la gestión y es mucho más árido y difícil de abordar que el plan Auge.

Ese esfuerzo debemos hacerlo todos, aunque resulte difícil abordar el tema. Si estamos discutiendo sobre gestión, debemos atenernos a eso y dejar lo relativo al Auge para cuando se presente el proyecto respectivo.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el diputado señor Rossi.

El señor **ROSSI**.- Señor Presidente, comparto la opinión de la señora Cristi, pero todos los diputados que me antecedieron en el uso de la palabra ayer, incluso los de su bancada, hablaron del proyecto de reforma en general, y no del de gestión en particular.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene razón, señor diputado. La

## DISCUSIÓN EN SALA

Mesa analizó el tema. Lo correcto es discutir el proyecto que envió el Ejecutivo.

El mensaje en el cual se consignan los objetivos del proyecto dice que se propone una nueva estructura sanitaria del sector público de salud.

En suma, son tres sus propósitos fundamentales:

Primero, fortalecer la institucionalidad y las potestades de la autoridad sanitaria, estableciendo una clara separación de funciones con la gestión de los servicios de salud.

Segundo, establecer normas que permitan mejorar la gestión de los servicios de salud, adecuándolos a los requerimientos del sistema Auge. Así es como se determina la constitución de las redes asistenciales con mayor flexibilidad administrativa que la actual, y con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía.

Tercero, establecer instancias de participación ciudadana en las secretarías regionales ministeriales y en las direcciones de los servicios de salud.

Por lo tanto, la Mesa solicita a los señores diputados no referirse al proyecto sobre el plan Auge, que vendrá después, sino al que se encuentra en discusión. Cuando se apruebe en general irá a la Comisión, en la cual se analizarán las indicaciones del Ejecutivo. Después volverá a la Sala para su discusión en particular.

Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, comparto su opinión, pero creo que será inevitable que los señores parlamentarios ocupen una parte de su tiempo para hacer referencia a la globalidad o integralidad de los proyectos, dado que todos se relacionan entre sí. A lo mejor, como solución podría respetarse el espíritu de lo que su Señoría propone, y a la vez permitir que los señores parlamentarios, por lo menos al inicio de su intervención, puedan dar una opinión global.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Señor ministro, le ruego que me disculpe, pero la Mesa es la que dirige el debate, y debe preocuparse de que la opinión pública que ve la sesión por televisión perciba que se discute el tema que nos convoca. De lo contrario, nadie entenderá de qué trata este proyecto, que es el pilar fundamental para lo que viene después.

El señor **OJEDA**.- Pido la palabra por un asunto de Reglamento.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra su Señoría.

El señor **OJEDA**.- Señor Presidente, en la misma línea de lo señalado por el ministro de Salud, si bien es cierto que estamos discutiendo un proyecto concreto, específico, sobre autoridad sanitaria y gestión hospitalaria, no es menos cierto que estamos frente a una reforma global de la salud. De manera que estamos sectorizando un problema más amplio. Sabemos que hay cinco proyectos distintos sobre la misma materia. Entonces, ¿en qué momento

## DISCUSIÓN EN SALA

vamos a referirnos a la reforma de la salud en general, que es un tema mucho más amplio y complejo?

Creo que, inevitablemente, en algún momento deberemos referirnos a ello, porque debemos reconocer que se está generando una transformación sustancial en la gestión sanitaria, en la atención prioritaria de las enfermedades, en los derechos y deberes de los pacientes, en materia de isapres y en una serie de otras consideraciones.

Por eso, soy partidario de que podamos referirnos también a la reforma de la salud en general.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Señor diputado, ésa no es una cuestión de Reglamento.

Tiene la palabra el diputado señor Escalona.

El señor **ESCALONA**.- Señor Presidente, con el máximo respeto que me merece, lamento disentir de su Señoría, porque la ley orgánica constitucional del Congreso Nacional garantiza absoluta libertad de opinión a los ministros de Estado. De manera que, en primer lugar, su Señoría no debería haber hecho tal prevención al ministro señor Artaza, y, en segundo, el mensaje dice claramente que éste es uno de los cinco proyectos que forman parte de la reforma de la salud, y algunas de sus disposiciones, que aprobaremos en unos pocos minutos más o en la sesión del próximo martes, crean dos subsecretarías que dicen relación con toda la reforma. Por eso, lamento que la Mesa haya tomado una resolución que restringe el ámbito de la discusión, pero que, lamentablemente, es inaplicable.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Señores diputados, el proyecto relativo al plan Auge aún no ha llegado a la Cámara. Resulta comprensible que los señores diputados se refieran a la reforma de la salud en general, pero su obligación es opinar sobre este proyecto; de lo contrario, estaríamos debatiendo sobre un proyecto que no está en la Tabla. Es a eso a lo que me he referido.

El ministro intervino extensamente en la sesión de ayer, pues no tiene límite de tiempo para expresar sus ideas. Mi intención no ha sido llamarle la atención, sino manifestarle que la Mesa debe velar por que la discusión se centre en el articulado del proyecto que nos convoca.

Por cierto, resulta inevitable que algunos diputados se refieran a iniciativas que no están en debate. Por eso les pido que traten de referirse al proyecto en análisis; de lo contrario, nadie entenderá de qué trata el proyecto.

Tiene la palabra el diputado Francisco Bayo.

El señor **BAYO**.- Señor Presidente, en primer lugar, antes de referirme al proyecto en discusión, quiero hacer algo que hemos olvidado hasta este momento: rendir un homenaje sencillo y breve, pero muy sentido y sincero, a todos los funcionarios que laboran en los hospitales de Chile.

## DISCUSIÓN EN SALA

Es necesario recordar a los parlamentarios médicos, a los funcionarios profesionales y no profesionales de la salud y a todos los chilenos, que hace muchos años, en un día como hoy, se inauguró en Chile el hospital San Juan de Dios, y que hoy se celebra el Día del Hospital en todo el país. La Cámara de Diputados está discutiendo hoy un proyecto trascendente para la salud, y no es posible que esta fecha pase inadvertida. De manera que reitero mi reconocimiento a todos los funcionarios que durante los 365 días del año laboran las 24 horas del día en nuestros hospitales.

Entrando en materia, me alegro por el pequeño debate habido hace pocos minutos, que considero que fue consecuencia de la forma en que se desarrolló la discusión en la sesión de ayer.

No quiero decir que yo seré más racional, porque eso sería una falta de respeto a los oradores que me antecedieron en el uso de la palabra; pero sí trataré de darle un carácter más técnico a las materias relacionadas con la salud.

El diputado que me antecedió en el uso de la palabra dijo que ésta es una política de Estado, que está por sobre partidos políticos e intereses de grupos, y así debe ser.

Por lo tanto, en mi intervención trataré de ser lo más objetivo posible, y ofrezco mis disculpas si, debido a la discusión que se pueda suscitar en algún momento, caigo también en el pecado de la pasión, que siempre obnubila la razón y que, por supuesto, también desencadena el mismo sentimiento en quienes piensan de manera distinta.

Hoy analizamos el primero de un grupo de proyectos que, en conjunto, plantean una reforma de la salud en Chile. Me refiero al proyecto que establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria y distintas modalidades de gestión, a mi juicio, el más importante de todos, porque no hay dos opiniones de técnicos en la materia que desconozcan que cualquier reforma o perfeccionamiento de la salud apunta a mejorar la gestión del aparato público.

El sistema de salud chileno, a pesar de sus buenos resultados en relación con los de países de similares niveles de desarrollo, indudablemente presenta problemas de inequidad, ineficiencia, ineficacia e insatisfacción de la población, no obstante los esfuerzos hechos por todos los gobiernos en las últimas décadas. Todos los estudios y encuestas realizados así lo confirman, tal como fue recordado ayer en la Sala. Es, pues, este hecho el que nos congrega: reformar o, más bien, perfeccionar el sistema vigente.

Es indudable que desde una perspectiva macroeconómica se observa una preocupante expansión del gasto público y privado e ineficiencia en la asignación de recursos y productividad. Existe dispersión, burocracia, ineficiencia y prácticamente ausencia de fiscalización en diferentes niveles del aparato público. Asimismo, hay insuficiente regulación de los administradores privados de seguros de salud, la ciudadanía tiene escasa comprensión del rol de la autoridad sanitaria y falta una integración armónica de los dos subsistemas: el público y el privado, lo que genera sobreinversión de recursos, subutilización de infraestructura y equipos y deficiente utilización de los recursos humanos.

## DISCUSIÓN EN SALA

*(Hablan varios señores diputados a la vez).*

A veces, escuchamos intervenciones que parecen "fuera de tiesto" porque, lamentablemente, algunos colegas no escuchan con atención ni con el debido respeto las intervenciones de quienes están haciendo uso de la palabra. Lo lamento, porque se trata de un tema que es, quizás, uno de los más importantes para el país y que interesa especialmente a los parlamentarios cuando se acercan las elecciones, pero no cuando ellas están lejanas.

El esquema que he resumido hace necesario plantear una estructura sanitaria con instrumentos de gestión que permitan responder a las necesidades de la población, ojalá con la mayor optimización en el uso de los recursos, porque en salud -como dijo el diputado señor Rossi-, no sólo en Chile, sino en todas partes del mundo, los recursos siempre son escasos. Si no es así, que alguien me diga por qué Estados Unidos, que asigna el 16 por ciento de su producto interno bruto a la salud, tiene 45 millones de habitantes sin acceso a ella.

Aquí se plantea una estructura sanitaria con instrumentos de gestión, poniendo especial énfasis en el carácter normativo, supervisor y evaluador que tendrá el Ministerio de Salud y dejando la parte operativa a los servicios de salud. Quiero recordar que esto no es algo nuevo, puesto que el decreto ley N° 2.763 establece claramente que corresponden al Ministerio de Salud las funciones normativas, supervisoras, evaluadoras y fiscalizadoras, y si ello no ha operado hasta la fecha, no ha sido por falta de legislación, sino exclusivamente de responsabilidad de las autoridades pertinentes, no sólo del actual equipo, sino de los equipos de salud que han operado a nivel central desde siempre.

En general, en Chile existe una tendencia a no fiscalizar, a no controlar, a no evaluar, y cuando se realiza, se hace en forma ineficiente o superficial. Ésa es la razón de las deudas que hoy agobian a todos los hospitales de Chile; no son producto de una mala gestión de los últimos directores de hospitales ni de las últimas autoridades de salud, sino que se han venido acumulando a través de los años. Sin embargo, vemos una falta de reacción de la autoridad central frente a este hecho que se generó hace muchos años.

El proyecto en discusión apunta en el sentido correcto, puesto que se adecua a las actuales exigencias que impone la transición epidemiológica, la tecnología médica y las necesidades de salud de la población. Para ello, hay que cumplir bien las funciones que establecen los elementos normativos y legislativos, hay que fortalecer la institución y las potestades de la autoridad sanitaria y recordar lo que dispone el decreto ley N° 2.763: una clara separación de funciones en la gestión de los servicios de salud.

El establecimiento de redes asistenciales, la mayor flexibilidad administrativa y la participación de la ciudadanía en los niveles regionales y locales son aspectos positivos que están considerados en la iniciativa en análisis, pero en el marco de la descentralización, que también está presente en ella. Es a través de esa descentralización que las decisiones pueden



## DISCUSIÓN EN SALA

acercarse a las personas que requieran atención o que sean sujetos de ella y se pueden emprender acciones adecuadas a las características epidemiológicas de cada región, considerando sus realidades demográficas que son totalmente diferentes a lo largo del país. Mediante el proceso de descentralización podemos redistribuir el poder, trasladando el desafío de la toma de decisiones a nivel operativo, sin depender, como sucede muchas veces hoy, sólo del nivel central.

Respecto de la participación, hago notar un hecho que mucha gente desconoce: en general, las personas no consideran que el principal responsable y el mejor agente del cuidado de su salud son ellas mismas.

Por su parte, el subsistema privado, eminentemente ejecutor, debe potenciarse en aras de una mejor competencia. La obtención lógica de mayor eficiencia traerá bienestar e indudables beneficios a sus afiliados y -algo muy importante- su definitiva consolidación, porque, a pesar de toda la contrapropaganda realizada, no se ha podido destruir un sistema que hoy atiende a alrededor de 3 millones de chilenos. Es absolutamente cierto que mientras más chilenos estén en el sistema privado, mayores serán los recursos fiscales destinados a los más pobres. Todo apunta en el sentido correcto.

Por eso, al iniciarse su trámite parlamentario, nuestro partido se comprometió a contribuir responsablemente a que todos los proyectos relacionados con la reforma de la salud -como el que estamos analizando hoy- sean despachados por la Cámara Baja en el curso de este año.

Compartimos la cronología seguida por las Comisiones unidas, pero nos habría gustado que la discusión de este proyecto por la Sala no se hubiera realizado con la premura que se está haciendo. Tan claro es esto, que hemos podido escuchar a algunos parlamentarios referirse a otros proyectos de ley, que forman parte de la reforma de la salud, pero que no están en Tabla.

Asimismo, a pesar de la premura y de las diferencias que podamos tener con las Comisiones unidas respecto de la forma en que se podrían haber manejado algunas cosas, debo destacar la predisposición siempre favorable de los parlamentarios de la Alianza por Chile para perfeccionar el proyecto. Muchas indicaciones fueron presentadas por el Ejecutivo minutos antes de iniciarse las sesiones respectivas; sin embargo, siempre estuvimos dispuestos a analizarlas, animados por un espíritu superior y por considerar que las políticas de salud están por encima de los partidos políticos y de grupos de interés. Consideramos que las materias de salud deben ser políticas de Estado y, como tales, deben ser consensuadas y tener un carácter nacional de manera de asegurar estabilidad y viabilidad a su desarrollo.

Creemos que no es propio de una buena acción legislativa la presentación de tantas indicaciones a un proyecto del Ejecutivo. Ayer recibimos la última de las indicaciones contenida en un documento de más de veinte páginas, cuando el proyecto original, aprobado por las Comisiones unidas, se estaba discutiendo en la Sala. Tampoco compartimos la práctica de que el Ejecutivo transforme en suyas algunas indicaciones de los parlamentarios.

En definitiva, votaremos positivamente la idea de legislar, pero repondremos algunas indicaciones rechazadas por las Comisiones unidas, como

## DISCUSIÓN EN SALA

aquella que se refiere a la proposición de crear dos subsecretarías. No entraré en detalles, pero parece algo contradictorio e inconsecuente. Si el proyecto, en su conjunto, tiende a descentralizar, a entregar más atribuciones a los secretarios regionales ministeriales y a los directores de servicios, a crear un ministerio central más normativo, supervisor y evaluador, la creación de dos subsecretarías no está en consonancia con ese espíritu descentralizador. Me alegro de que el diputado señor Burgos haya expresado ayer su acuerdo con nuestra posición.

También vamos a insistir en otra indicación que presentamos junto con el diputado señor Accorsi, que lamentablemente fue rechazada por las Comisiones unidas, a fin de establecer que dentro de las numerosas atribuciones que se le entregan al secretario regional ministerial, quede salvaguardado el secreto profesional. No es posible que una persona que ocupa un cargo eminentemente político -incluso, puede que no sea un médico- tenga la posibilidad de acceder a información que forma parte de nuestra intimidad y que el día de mañana, violándose el secreto profesional, podría llegar a conocimiento de una autoridad administrativa o política. Por eso, insistiremos en esa indicación.

Finalmente, quiero hacer algunas precisiones relacionadas con la intervención del señor ministro en la sesión de ayer.

Para que las cosas queden claras -como lo señaló el diputado señor Rossi-, en Chile hay sólo un sistema de salud, que es mixto, con participación de un subsistema privado y de un subsistema público, y ambos deben complementarse. Comparto su opinión, en cuanto a que falta mayor integración público-privada. Pero, ¿quién es el responsable de esa falta de integración? Conocemos el problema, y no cabe duda alguna de que esa responsabilidad recae en el sector público. Los servicios de salud no coordinan su acción con las municipalidades; los problemas de derivación o de falta de coordinación entre los niveles primario y secundario -el primario, en manos de las municipalidades, y el secundario, en manos del sector público- son responsabilidad del sector público.

Es necesario que se ejecute la acción normativa supervisora...

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- ¿Me permite, señor diputado? Le restan dos minutos del tiempo de sus dos discursos.

El señor **BAYO**.- Señor Presidente, termino manifestando que es necesario modificar esto, porque, al contrario de lo que se ha dicho aquí, la atención primaria es la mejor evaluada por la población. Perfeccionemos la relación entre los niveles primario y secundario, que no es responsabilidad de los municipios ni de la gente, en general, sino del sector público de salud.

En relación a que se necesitan mayores recursos, bienvenidos sean; pero primero debemos velar por que se usen bien los recursos con que contamos actualmente. No se puede hablar de más recursos en un país que tiene tantas necesidades, no sólo de salud, si antes no demostramos que los recursos de que dispone el sector están siendo bien utilizados. Esperamos que

## DISCUSIÓN EN SALA

las facultades que ya tiene el ministro: normar, fiscalizar, controlar y evaluar, sean ejercidas a cabalidad, de manera que, a futuro, las reformas que hoy estamos discutiendo y que ojalá mañana sean aprobadas resulten eficaces.

Quiero hacer un último llamado a los médicos parlamentarios. Por primera vez en la historia del Congreso Nacional, diez médicos y una distinguida enfermera forman parte de la Cámara de Diputados, lo que constituye un gran aporte a la Comisión de Salud. Por eso, es un desafío para nosotros que tanto esta iniciativa como todos los proyectos que conforman la reforma de la Salud, salgan de la Cámara de Diputados en buena forma, a fin de evitar el bochorno de que los errores cometidos por la Cámara Baja sean enmendados por el Senado, en el cual no existe tan alta presencia de profesionales de la salud.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el señor ministro de Salud.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero agradecer la intervención del diputado señor Bayo y reconocer públicamente su activa, generosa e inteligente participación durante la tramitación del proyecto. Asimismo, a través de usted agradezco la participación de muchos otros parlamentarios que han tomado la reforma de la salud como un tema de Estado.

Aprobada esta iniciativa en general, volverá a las Comisiones unidas, en las cuales se verán otros asuntos pendientes que serán resueltos con prudencia y sabiduría.

De manera que le digo al diputado señor Bayo que estoy seguro de que saldrá un muy buen proyecto, y nos sentiremos orgullosos no sólo por ello, sino que, además, porque nos hemos hecho cargo de la necesidad de salud de las personas.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- En el tiempo de la Unión Demócrata Independiente, tiene la palabra la diputada señora María Angélica Cristi.

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Señor Presidente, ante todo deseo ampliar mi comentario previo sobre los esfuerzos que deberíamos hacer para concentrarnos en el proyecto en discusión, y no entrar en la tentación de referirnos al plan Auge que, obviamente, es mucho más entendible.

Eso se ha debido -tal como lo manifestamos al principio- a que la reforma de la salud se ha presentado a través de distintos proyectos, lo que ha hecho más difícil separar las materias. Es obvio que se trata de una reforma general, pero no se formuló como una gran reforma en un solo paquete, sino que por capítulos. Todos han dicho que hoy estamos discutiendo este proyecto sobre autoridad sanitaria y modalidades de gestión, que es el primer pie de la reforma. Sin embargo, hace mucho tiempo, cuando era ministra de Salud la

## DISCUSIÓN EN SALA

señora Michelle Bachelet, se nos dijo que el primer proyecto de la reforma de la salud era el relativo a los derechos y deberes de los pacientes, el que aún no es despachado por las Comisiones unidas, y que deberíamos haber tratado en primer lugar.

Después de éste, vendrán el proyecto sobre el plan Auge, el de las isapres -cuyo análisis se inició ayer-, y el relacionado con el financiamiento, que es una incógnita porque hasta hoy no lo conocemos. De manera que estamos discutiendo un proyecto que no sabemos cómo se va a financiar, lo que no deja de ser angustiante.

A propósito de angustia, quiero ser muy honesta y decir que, sin ser médico -no puedo atribuirme una profesión que estoy lejos de tener-, como diputada siento gran preocupación y angustia al tener que discutir esta gran reforma de la salud; la siento como una carga personal -aunque no debería ser así porque ha sido propuesta por el Ejecutivo-, porque considero que se han creado enormes expectativas en la ciudadanía respecto de lo que será en la práctica la reforma de la salud.

Todos sabemos que uno de los temas más sensibles para los chilenos es la salud, porque la salud es vida y, en ese sentido, no podemos engañarlos. El ministro dijo ayer -me alegro que lo haya dicho en esta Sala- que el proyecto no resuelve todos los problemas de salud. La propaganda y las grandes campañas publicitarias realizadas para promover la reforma de la salud han estado orientadas a dar a entender a la población que se van a resolver todos sus problemas, pero no va a ser así. Esto hay que plantearlo desde ya, porque sería muy injusto adoptar esta reforma durante este Gobierno, y que los chilenos vean sus resultados en el próximo período presidencial y culpen a ese presidente de su eventual fracaso.

Por eso, desde junio hemos estado insistiendo en que el proyecto sobre autoridad sanitaria y gestión que hoy debatimos era indispensable para empezar a discutir la reforma de la salud. ¿Por qué? Porque resulta ilusorio pensar en implementar una reforma tan importante como el plan Auge, sobre la base de un sistema estructural debilitado, endeudado e incapaz de responder a las nuevas necesidades y demandas que significará dicho plan. De manera que era importante ver la forma de robustecer el sistema estructural de los hospitales para responder a la reforma.

El diputado Escalona preguntó cómo se iba a llevar a cabo la reforma en su distrito, cuando el hospital apenas tiene dos médicos y carece de infraestructura y equipamiento. Entonces, es injusto que la reforma se vaya a implementar sólo en algunos hospitales. De hecho, debo destacar que en mi comuna de Peñalolén acaba de inaugurarse el hospital Luis Tisné, que es espectacular y constituye un lujo para la salud pública chilena. Es lo que quisiéramos para todos los chilenos. No puede ser que se trate de destruir el sistema de salud privado con el argumento de que hay desigualdades en la atención en salud. Es cierto que las hay y nadie lo puede negar, pero queremos disminuirlas mediante el fortalecimiento del sistema público, sin destruir el sistema privado.

Ojalá todos los establecimientos de salud de Chile fueran como el Luis

## DISCUSIÓN EN SALA

Tisné, donde las personas más modestas pueden atenderse al mismo nivel exhibido por una clínica de Las Condes. Ese hospital no puede quedar en estado de abandono. Su construcción costó 10 millones de dólares y en la actualidad sólo se encuentra operativa la sala de maternidad.

Aprovecho la presencia del ministro de Salud para pedirle que se preocupe por ese gran hospital, que atenderá a gran parte de la población de Santiago. La idea es que se le entreguen los recursos necesarios para que funcione en forma completa y no a media máquina.

La semana pasada me tocó visitar a una mujer enferma en el hospital Salvador. Pensé en lo triste que es estar así y rodeada de un ambiente tan sórdido. No digo que la atención sea deficiente o el recinto se encuentre sucio, pero el entorno es triste y dramático. La madre que se encontraba hospitalizada no pudo concurrir al funeral de su hija, que había sido asesinada el día anterior. ¡Qué situación más triste!

La reforma debe aplicarse sobre estructuras sólidas, en hospitales que hayan resuelto sus deudas de arrastre. Todos los representantes de los demás gremios, de los médicos y de las distintas asociaciones han planteado la necesidad de resolver la deuda hospitalaria antes de implementar el plan Auge. El ministro lo sabe. ¿Cómo poner en marcha nuevas prestaciones en establecimientos que no cuentan con la infraestructura y el equipamiento necesarios, y que debido a las deudas que arrastran no pueden adquirir los implementos básicos para llevar a cabo una cirugía?

Desgraciadamente, según el análisis que hemos efectuado, el proyecto de ley sobre gestión hospitalaria no resuelve los problemas básicos planteados. ¿Cómo se puede realizar una operación si el establecimiento no cuenta con los equipos necesarios para llevarla a cabo?

En todo caso, es bueno señalar que la Alianza por Chile siempre ha considerado necesaria la reforma y la ha apoyado. En ese sentido, hemos mostrado la mejor disposición. Lamentablemente, en algún momento se sostuvo en la Comisión que se trataba de una encerrona preparada por el Gobierno para que la Alianza por Chile rechazara el proyecto. ¡Qué cosa más ridícula! Si ello fuera así, careceríamos de sentido político. Al contrario, queremos apoyar una buena reforma, que apunte a resolver los problemas más graves de los chilenos.

El proyecto, que delimita en mejor forma las atribuciones de las autoridades sanitarias, no resuelve los problemas estructurales vinculados con la autogestión de los hospitales, la autonomía hospitalaria y la necesidad de que los directores de hospitales sean elegidos no por cuoteos políticos, sino simplemente porque son las personas más capacitadas técnicamente para administrarlos. ¿Cómo controlar a este grupo que está más preocupado de vincularse con partidos políticos que de la salud de los chilenos?

Ayer, el ministro de Salud hizo referencia a los conceptos de la reforma. En ese momento sentí que politizó la salud mediante un discurso político que parecía pronunciado desde una tribuna -como señaló él mismo- para ser aplaudido por el pueblo. Ello no responde al espíritu de la reforma. Aquí la consigna debe ser "todos por la salud de los chilenos", más allá de los partidos,

## DISCUSIÓN EN SALA

de los protagonismos personales.

Como señalé al principio de mi intervención, con la salud de los chilenos no se juega. El proyecto no resuelve los problemas básicos para la aplicación de la reforma, que incluye la atención de nuevas patologías.

Por otra parte, el proyecto no considera un punto muy importante: el mejoramiento de las remuneraciones de los trabajadores de la salud. Ellos no figuran en ninguna parte de la iniciativa, lo que ha sido refrendado por institutos, el Senado, etcétera. No me parece lógico que una vez aprobado en la Comisión respectiva, se presenten indicaciones en la Sala para agregar un capítulo que se relacione con el mejoramiento económico del recurso humano.

Queda la sensación de que se quiere agregar un apéndice sobre el cual recién las partes se han puesto de acuerdo. ¿Cómo se puede pensar en una reforma de salud sin antes hacer una propuesta de mejoramiento e incentivo al recurso humano, el más importante y necesario de los componentes de cualquier estructura que se quiera modificar? Afortunadamente, ese aspecto ya se consideró. Espero que incluya los incentivos suficientes y que se otorguen las facultades necesarias a las autoridades de salud para satisfacer las necesidades del personal y dinamizar atención de los pacientes.

Me llama la atención el hecho de que el proyecto relativo a una nueva concepción de la autoridad sanitaria otorgue una serie de nuevas facultades a los seremis. No estamos de acuerdo con el hecho de que existan dos subsecretarías, una con las características de la actual y otra focalizada a atender las redes asistenciales. Ello da y quita atribuciones a la autonomía de los hospitales, e impone a los que demuestren una gestión exitosa la derivación de un porcentaje de sus utilidades a la atención de la salud primaria. La reforma tampoco se resuelve si no se refuerza la salud primaria. Repito, en el capítulo referido a las redes asistenciales, se propone que un 20 por ciento de las utilidades se destinen a financiar la salud primaria. Ello me parece absolutamente desmotivante para los hospitales que buscan realizar una mejor gestión.

En cuanto a las facultades presidenciales, pareciera que todas las atribuciones que se conceden a los seremis, a los ministerios y a las subsecretarías también estarán en manos del Presidente de la República, quien, al ejercerlas, podría sobrepasar al ministro de Salud, brazo derecho y principal asesor suyo. Así las cosas, podrían provocarse discrepancias entre las autoridades a la hora de aplicar estas facultades. Se me ocurre que podría originarse una inamovilidad que no sería buena en el ámbito de la administración de la salud.

Apoyaremos la reforma de la salud, pero el verdadero responsable de su puesta en marcha es el Gobierno de Chile, que es el que tiene atribuciones y facultades para proponerla y el ente que ha ido marcando el camino y la pauta en esta materia.

Si se tiene claro que lo que debe primar es el bien común, más allá de cualquier otro interés y de la politización, hago un llamado para que trabajemos por la consecución de ese fin. En este sentido, el gran objetivo no debe apuntar a destruir la salud privada y, con ello, quitar beneficios a quienes

## DISCUSIÓN EN SALA

tienen más, sino que dar la mejor salud a quienes tienen menos, a fin de que, en lo posible, todos los chilenos, incluidos los más desposeídos, puedan acceder a una atención equitativa en materia de salud.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el ministro de Salud.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, quiero hacer dos comentarios muy breves.

Comparto la preocupación de la diputada señora Cristi respecto de las expectativas, tópico que nos debe hacer reflexionar a todos. El hecho de generar expectativas que no se puedan cumplir puede hacer mucho daño a los 15 millones de chilenos y chilenas. Es más, no sólo la comparto, sino que estimo que la discusión en torno a la reforma de la salud y las críticas de que ha sido objeto se han efectuado en un marco de mucha responsabilidad en cuanto a no generar expectativas que no se podrán cumplir. No es posible exigir a la reforma que garantice la solución de todos los problemas.

Al mismo tiempo, aprovecho de convocar a quienes participan en este debate tan importante para que, a expensas de criticar la reforma, no exijan de ella cosas que no es posible entregar por el alto nivel de recursos que el país requiere para aquello.

En segundo lugar, en relación con las inversiones, se ha programado para los próximos años un calendario para poder mantener el nivel técnico que tienen los hospitales públicos y completar los nuevos.

En el proyecto de ley de Presupuestos, para el año 2003, que en el corto plazo se va a discutir, hay tres mil millones de pesos destinados justamente para el equipamiento y complementación, paso a paso, de los nuevos hospitales. Por lo tanto, en su momento, les ruego que tomen en consideración que es para ese fin y les pido que apoyen la partida.

En tercer lugar, es clave salir del círculo vicioso en que hoy se encuentran los hospitales desde el punto de vista de su endeudamiento, y la única manera de hacerlo es dándoles herramientas distintas a las de hoy. Podremos discutir si son suficientes o no, pero por lo menos este proyecto da un paso para proporcionar herramientas nuevas.

Estoy absolutamente abierto a debatir si son suficientes o no, pero está claro que este proyecto proporcionará herramientas nuevas que permitirán salir del círculo vicioso.

Por último, respecto de la subsecretaría que se ha mencionado en más de una ocasión -es la tercera persona que la menciona; de hecho, el diputado señor Bayo fue un firme oponente-, quiero señalar que hemos reflexionado mucho sobre la materia y analizado con cuidado la experiencia internacional. Por eso, estamos buscando un modelo en el que las funciones y responsabilidades estén claramente delimitadas y diferenciadas.

Habrà una autoridad sanitaria nacional que englobará los subsistemas público y privado y los hará colaborar adecuadamente. Uno se refiere a la

## DISCUSIÓN EN SALA

función rectora y reguladora del Estado y otro distinto al rol prestador que tiene el Estado y que hemos dicho que continuará.

Hoy, los sistemas más efectivos y eficientes son los que hacen cooperar y, por lo tanto, necesitamos, al más alto nivel, una instancia técnica que logre hacer cooperar a las redes territoriales, incluidas las privadas.

Se han evaluado distintas modalidades para generar esa instancia técnica con la menor burocracia posible, porque sería controvertible llegar a una dirección general como la antigua que tenía el ex Servicio Nacional de Salud para establecer un nivel supraterritorial.

Por lo tanto, concluimos que ésta es la manera más adecuada, lo que no quiere decir que no la podamos seguir debatiendo en los próximos pasos legislativos.

Muchas gracias.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el diputado señor Jaramillo.

El señor **JARAMILLO**.- Señor Presidente, es muy bueno que las generaciones actuales y futuras sepan de esta tremenda revolución que el Gobierno del Presidente Lagos va a lograr con la aprobación de los distintos proyectos de ley que conforman el plan Auge, cada uno con un tratamiento especial.

A propósito de intervenciones anteriores, la Mesa lo hizo bien. El artículo 2º del Reglamento la respalda.

Por otro lado, estimo que el ministro don Osvaldo Artaza pasará a la historia en el área de la salud de Chile por su excelente y especial capacidad de comunicarse, que demostró ayer y hoy con motivo del tratamiento del proyecto de ley. Su respuesta es inmediata y clara, sin dudas; corrige los errores. Por lo tanto, el Gobierno no puede tener mejor conductor de la reforma que el ministro señor Osvaldo Artaza.

Ha destacado que se disminuirán las desigualdades en salud, se enfrentarán los desafíos del envejecimiento de la población y los cambios de la sociedad; se proveerán servicios acordes con las expectativas de la población y mejorarán los logros sanitarios ya alcanzados.

Si traigo estos comentarios a colación es porque a juicio de quien habla este proyecto de ley, el primero de los que conforman esta importante reforma -desde la década del 50, para los que son más jóvenes y no recuerdan el inicio del Servicio Nacional de Salud-, es una muestra de justicia y de atrevimiento político -lo ha dicho el ministro Artaza-, porque, pese a las circunstancias de la economía nacional y mundial, el Gobierno propone una ecuación que significará mejorar la gestión en salud, de manera que los chilenos, especialmente los más humildes, eternos postergados, reciban una atención más digna.

Es muy fácil dejar que las cosas sigan su curso y no innovar. Así, no hay conflictos, ni roces ni que lidiar con la resistencia de organizaciones vinculadas con la salud, personas o poderes fácticos. Simplemente, es dejarse llevar por la inercia de los asuntos públicos.



## DISCUSIÓN EN SALA

La iniciativa que analizamos demuestra la estatura de estadista del Presidente Lagos, su compromiso por gobernar y no simplemente administrar un sistema agotado o desfasado, a fin de llegar a una nueva realidad que nos impone la situación epidemiológica, terapéutica y socioeconómica del país.

Resalto el carácter antiburocrático del proyecto, porque pretende terminar con las inflexibilidades que impiden aunar medios humanos y materiales en una lógica sistemática para aprovecharlos de mejor forma. Esos medios, que siempre serán escasos en relación con las necesidades de la población, por definición debieran ser ascendentes en el tiempo.

Asimismo, es un proyecto que al estar centrado en las personas, las convierte en actores de los sistemas público y privado de salud, dejando de ser simples pacientes sin derechos sanitarios, lo que se asegura con el ordenamiento jurídico que luego se dispondrá.

La sola intervención del señor ministro le da fuerzas a quien habla para asegurar y pensar que los derechos de los pacientes será un hecho real que debe ser resaltado y apoyado de manera decisiva por esta Sala. Con ese apoyo, indudablemente, se logrará la eficiencia del sistema.

Tampoco puedo dejar de mencionar la orientación de la defensa y promoción de los derechos asegurados, es decir, de los pacientes, de los seres humanos que, día a día, concurren a los hospitales públicos y privados para sanar sus dolencias y rehabilitar su quebrantada salud. Son ellos, los pacientes, quienes verán ahora mejorada la atención que deben recibir, pasando por alto las desigualdades materiales, las diferencias de origen, para obtener una atención integral e igualitaria para todos los chilenos.

Para quienes representamos un distrito preeminentemente rural, el proyecto también es una esperanza, por cuanto, a través de él, se busca homogeneizar la calidad y la cantidad de las prestaciones. En las zonas apartadas de nuestro país hay serios problemas con los hospitales locales, que, en muchos casos, no son nada más que meros consultorios. Ellos son esenciales para la salud de la población en provincias. Sin embargo, no cuentan con los medios que tienen los centros de mayor complejidad ubicados en las capitales regionales.

Confiamos en que una autoridad sanitaria más eficiente y dotada de poderes reales será capaz de atender también la calidad de las prestaciones que se brindan en esos servicios y, sobre todo, asegurarles la igualdad de trato a los pacientes del campo y a los indígenas del sur, que, a veces, y no a veces, sino que muchas veces no reciben el trato digno que merecen por su calidad de personas, que son y que demandan.

Pensando en esas personas, me preocupan las intervenciones que aquí he escuchado. Todos queremos esta reforma, pero algunos, con ideas, dicen que no es buena. En consecuencia, que la concordancia de las ideas nos lleve a todos a transformar el proyecto en uno bueno.

Pensando en las personas que tienen más complicaciones en la vida, el ministro ha dicho que el cambio de atención de salud primaria es la gran realidad que realizará esta modificación y que también tendremos especialistas. Por eso me alegra escuchar a los parlamentarios que son

## DISCUSIÓN EN SALA

médicos que se sienten interpretados con el cambio profundo a que nos están llevando estos proyectos.

Me alegra pensar en que, a pesar de las mínimas diferencias, podremos encontrar la concordancia en la Cámara de Diputados de Chile para sacar adelante este gran proyecto del Presidente Lagos y de uno de los conductores especiales, el ministro Artaza.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Con cargo al tiempo del Partido Socialista, tiene la palabra el diputado señor Camilo Escalona.

El señor **ESCALONA**.- Señor Presidente, la verdad es que esta discusión, debate o diálogo aborda una de las dos reformas sociales probablemente más importantes de nuestro país, que marcarán las políticas sociales por muchos años.

La primera, por cierto, es la reforma educacional, implementada desde hace algunos años, respecto de la cual el país está haciendo un esfuerzo gigantesco, ya que se está implementando la jornada escolar completa. Además, el Presidente Lagos ha tomado la iniciativa de extender la escolaridad obligatoria hasta el término de la enseñanza media y tomar medidas con el propósito de entregar a los jóvenes que ingresan a la educación superior la garantía, ya sea que estén en universidades públicas o en privadas, de que podrán culminar su formación en la última etapa educacional. En realidad, ésta es una inversión para el futuro, para después de nosotros.

La otra reforma social importante es ésta, la reforma de la salud. Por eso que se realiza mediante varios proyectos que son difíciles de separar y que, además, están articulados entre sí. En el debate, se han tocado varios aspectos, por ejemplo, el de los recursos, el del financiamiento. Bueno, por cierto, existe un proyecto en relación con esa materia, el que, sin duda, tendremos que abordar y discutir en el curso de las próximas semanas. No obstante, a pesar de que no se está discutiendo nada sobre el financiamiento, este proyecto sobre la autoridad sanitaria conlleva decisiones y medidas que, sin duda, apuntan a una mejor utilización de los recursos.

Al respecto, es muy importante mencionar en este diálogo el hecho de que hay una reorganización del sistema público de salud de una amplísima trascendencia. Se constituyen dos subsecretarías en el Ministerio de Salud: una, de Redes Asistenciales, y otra, de Salud Pública.

La primera tendrá a su cargo la articulación, coordinación, organización y ejecución de las acciones de salud en hospitales y servicios, es decir, en terreno, en el contacto directo entre el sistema público y los pacientes, entre los miles o millones de personas que requieren atención de salud y la organización estatal que las va a satisfacer.

La segunda deberá fiscalizar, normar y orientar; en el fondo, dirigir las acciones que corresponden al Estado en cuanto responsable en última instancia de la atención de salud de la población. Corresponde a esa subsecretaría una tarea, de suyo, sumamente compleja y difícil, porque su labor tendrá

## DISCUSIÓN EN SALA

importancia en las acciones de salud que realice el sector privado, ya que las labores de fiscalización que se ejecutarán ahora a través de las secretarías regionales ministeriales de salud, naturalmente que en una visión de conjunto, en la articulación de un sistema nacional de salud que deberá obtener el máximo provecho de los sectores públicos y privados, conlleva, en consecuencia, traspasar responsabilidad del sector público hacia el sector privado.

Ésa es una labor que también tendrán los directores de salud, porque esta visión de establecer redes asistenciales significa coordinar y hacer coincidir en la base las acciones del sistema público con el sistema privado.

También este proyecto tiene un aspecto que es muy interesante respecto de los establecimientos gestionados en red. Podremos discutir y analizar si el proyecto establece muchos o pocos, es decir, podrán existir áreas de discrepancia al respecto, pero la iniciativa conlleva la autogestión de los establecimientos. ¿De cuáles establecimientos? De los que actúan y operan en red, o sea, de los que forman parte de un sistema articulado, en el cual las acciones de salud tienen un sentido y una perspectiva de finalidad que las hagan eficientes y que, en consecuencia, eviten la dispersión o el mal uso de los recursos.

En otras palabras, este proyecto sobre la autoridad sanitaria establece aspectos de fondo, los que tienen como propósito lograr dar respuesta a las nuevas necesidades del país en materia de salud pública y que coinciden y ejecutan los principios de la reforma de salud que ha expuesto el Presidente Ricardo Lagos en el Mensaje del 21 de mayo, que son los que con mucha pasión ejecuta y lleva adelante el ministro Osvaldo Artaza.

¿Cuáles son esos principios? Los de equidad, solidaridad, efectividad, eficiencia y participación social. Parte de ellos -muy importantes- se indican en este proyecto que establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria.

En la sesión de ayer hubo intervenciones de representantes de la UDI, específicamente del diputado señor Melero, quien, con bastante temeridad, señaló que la responsabilidad de la crisis asistencial en el país se debe a los hospitales, en los cuales ha centrado el foco de las deficiencias, de las fallas y de lo que llamó "la crisis del sistema de salud pública".

En ese sentido, hay una manifiesta exageración, que podría ser razonable y explicable, porque no todos tenemos por qué mirar la realidad de la misma manera. Unos pensamos que en algunos hospitales se cometen más errores; otros, no tanto, ya que son más eficientes. Es lógico que existan márgenes de diferencia para enfocar una situación, en especial porque no todos los hospitales son iguales: unos son muy eficientes, pero es probable que haya otros deficientes. En todo caso, presiento que el problema de fondo radica en un enfoque ideológico, según la exposición del diputado señor Melero. ¿Cuál es? Que siempre ve los defectos en el sector público y los méritos, en el sector privado. Es obvio que ese enfoque no se condice con la necesidad de una reforma para que exista una salud moderna, en la cual se articularán los esfuerzos de los sectores público y privado.

Se habla mucho de que en los últimos años ha aumentado el gasto en

## DISCUSIÓN EN SALA

salud, pero no así la eficiencia. Sobre esa materia, también es importante establecer algunos límites y exponer claramente que el sector público ha hecho esfuerzos notables, en muchos aspectos más relevantes que los del sector privado.

Tengo algunos datos. Por ejemplo, desde 1993 a la fecha, en cardiocirugía el sector público brindó 798 prestaciones de alto nivel; en 2000, 2.933 -o sea, hubo un incremento del 267 por ciento-; en neurocirugía, en 1994, atendió a 1.350 pacientes; en 2000, fue capaz de tratar a 1.952 -es decir, tuvo un aumento del 44,6 por ciento-; en trasplantes renales, en 1994 se realizaron 141; en 2000, 248 -el aumento fue del 76 por ciento-; en quimioterapia infantil, en 1996 se sometieron a este tratamiento 512 pacientes; en 2000, 4.499 personas -el incremento fue del 28,1 por ciento-; en escoliosis, en 1997 se trataron 164; en 2000, las operaciones aumentaron a 204 -lo que corresponde a un alza de 24 por ciento-; en 1998 se atendió a 179 fisurados por labio leporino; en 2000, a 595, registrándose un aumento de 232 por ciento; atenciones a personas con quemaduras gravísimas: en 1998 fueron 53; en 2000, 271 -aumentaron en 411 por ciento-; en 1999, hubo 64 cánceres de mamas; en 2000, ascendió esa cantidad a 2.529 -es decir, se incrementó en 162 por ciento-.

En esta forma, aclaro que hubo respuesta del sector público con la debida explicación sobre los recursos.

¿Lo señalado anteriormente ha resuelto los problemas de atención? No, pero, sin duda, el sector público ha hecho un esfuerzo muy importante por mejorar su capacidad de atención a la población. Y los resultados son concretos.

Otro aspecto que habría que tomar en cuenta es por qué no se avanzó más. Probablemente, por cuanto desde 1990 en adelante hubo que hacer un esfuerzo muy importante para aumentar la inversión en infraestructura. No olvidemos el estado lamentable en que se encontraba el sistema de salud en dicho año, tal vez por la misma razón ideológico-económica que expresara el diputado de la UDI señor Melero. Es decir, según su criterio, el sector público de salud necesaria y fatalmente estaba condenado a desaparecer y sólo era posible reemplazar ese sistema por uno privado. Eso no ocurrió y ya tenemos más de veinte años de experiencia en esa materia. No es posible que exista un sistema de salud en que la responsabilidad recaiga exclusivamente en el sector privado.

Esto no significa que estemos pensando en eliminar al sector privado, que ahora atiende al 20 por ciento más pudiente de la población a través de las isapres, según cifras que ayer, en las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud, todos los diputados y la opinión pública pudieron conocer, por ser televisadas sus sesiones. El 60 por ciento de la población de menores ingresos, que corresponde a sectores bajos, indigentes, pobres, medio pobres y también de la clase media, se atiende en el Fonasa. Ésa es la realidad.

No estamos pensando en que ese 20 por ciento de personas de mayores ingresos dejen de tener un sistema privado que los atienda. No es así. Está en estudio la articulación de un sistema solidario, en que el Fonasa cumpla con su

## DISCUSIÓN EN SALA

responsabilidad y, más allá del mismo, exista un sector público capaz de responder a las necesidades de la población. ¿Cómo lograr destrabar las dificultades del sistema público? Con el plan Auge. Es decir, con un sistema de garantías explícitas que permita que la población tenga una respuesta. Si el sector público no es capaz de dársela, deberá encontrarla en el sector privado. ¿Quién responderá por el financiamiento de aquella prestación? Tendrá que hacerlo el sistema público.

Con respecto a cómo se enfrentará el problema de financiamiento que existe en la pirámide del sistema Auge, en la presentación del proyecto el ministro de Hacienda ha dado una respuesta. Esperamos que se viabilice con la aprobación de los proyectos de ley. ¿Cuál es? Que ahora el financiamiento de los hospitales y de los servicios corresponderá a las prestaciones que éstos entreguen. Como decía la diputada Cristi, éste ha sido uno de los principales puntos que ha concitado la consulta personal.

En el distrito que represento en la Cámara, correspondiente a la comuna de Lota y a la provincia de Arauco, hay hospitales tipo cuatro; es decir, no contamos con especialistas. Esos establecimientos no sólo tienen la responsabilidad de responder por las atenciones que nominalmente entregan, sino que además, en el caso de Arauco, tienen adosados los consultorios de atención primaria. En consecuencia, afrontan un problema de financiamiento porque -debemos recordar- la atención primaria teóricamente se financia por la vía del municipio, y el servicio de salud debe responder por el financiamiento no sólo de las consultas que le corresponden a él, desde el punto de vista de la normativa actual, sino también por la atención primaria que sus establecimientos entregan.

Si las palabras del señor ministro de Hacienda, Nicolás Eyzaguirre, se concretan en la práctica en términos de que los establecimientos reciban el financiamiento por las prestaciones que entregan, estaríamos en condiciones de resolver los problemas de esa índole del servicio de salud y de los hospitales de Lebu, Curanilahue, Cañete y Arauco, como también del hospital de Lota.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Ha terminado el tiempo de su primer discurso, señor diputado, pero puede continuar, por cinco minutos, con cargo al tiempo de su segundo discurso.

El señor **ESCALONA**.- Concluyo, señor Presidente.

A pesar de la realidad que estoy señalando y de las dificultades de la infraestructura hospitalaria del distrito que represento, también allí el sector público ha dado enormes pasos de avance, en particular en lo que se refiere a la mortalidad infantil, aspecto que es de salud pública, pero que tiene que ver con el sentido humanista que, en último caso, debe tener nuestra sociedad.

El Servicio de Salud Arauco, con el esfuerzo desplegado en sus establecimientos por sus profesionales, médicos, paramédicos, trabajadores, auxiliares, y con la articulación del afán de los municipios, ha logrado, en cinco años, disminuir a la mitad la mortalidad infantil en la provincia de Arauco, de

## DISCUSIÓN EN SALA

23,6 a 11,3 por ciento. Es decir, a pesar de las dificultades de financiamiento que ha tenido el sector público, éste ha hecho un tremendo esfuerzo por disminuir, y en lo posible anular, los efectos más negativos de ese problema económico.

Este proyecto, que forma parte de una reforma más amplia de salud, enaltece el servicio público, pone de manifiesto y subraya el sentido social de la labor del Gobierno del Presidente Lagos. Para el Congreso Nacional es un motivo de orgullo, después de cincuenta años, ser actor y protagonista de una reforma social que marcará lo que será el sistema de salud en los próximos veinte, treinta o, tal vez, más años.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el señor ministro de Salud.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero agradecer las palabras del diputado señor Jaramillo. Ellas me obligan a redoblar nuestros esfuerzos por sacar adelante esta reforma en bien de las personas más humildes del país.

Asimismo, aprovecho la ocasión para agradecer las palabras y cifras dadas por el diputado señor Escalona, las que dan cuenta del tremendo esfuerzo hecho por el sistema público en el último tiempo. En verdad, todos tenemos claro que debemos mejorar, pero nadie puede hacerlo a partir de la descalificación.

Deseo convocar a todos los señores parlamentarios a mirar hacia el futuro, no hacia atrás para descalificar los esfuerzos hechos por el país. Hoy las personas necesitan soluciones y con la discusión de los proyectos de ley que en su conjunto conforman el plan Auge, estamos construyendo futuro.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Señores diputados, el Orden del Día termina a las 12.40 horas. Por lo tanto, alcanzarán a hablar dos señores diputados más.

Tiene la palabra el diputado señor Ortiz.

El señor **ORTIZ**.- Señor Presidente, cualquier reforma que se desee efectuar en una actividad importante del país debe ser debatida, analizada y perfeccionada en el Poder Legislativo, como sucedió ayer con la discusión del proyecto en debate. Por ejemplo, la reforma educacional de Eduardo Frei Montalva tuvo gran oposición, pero, con el tiempo, al final todos llegaron a acuerdo en que esa iniciativa era lo mejor para el país.

Todo el mundo sabe que cada quince años, prácticamente, se cambia una generación. Y en el tema de la salud, tal como lo expresaron los colegas, no hay modificaciones, a lo menos, desde 1980, cuando la salud primaria se traspasó desde el nivel central a los municipios. Debido a eso, reconozco que tengo un sesgo casi estadista en los temas de educación y de salud. Al ser miembro titular de la Comisión de Hacienda desde 1996, uno va teniendo otro

## DISCUSIÓN EN SALA

enfoque de la realidad del país. Hoy comenzamos la discusión en general del primero de los cinco proyectos que han ingresado para hacer posible esta gran reforma de la salud. Desde 1990 hasta aquí, nunca se había presentado una reforma a través de tantos proyectos de ley.

Sin embargo, quiero ser claro. Hoy estamos analizando una modificación al decreto ley N° 2.763, de 1979 -de 23 años atrás-, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria de las distintas modalidades de gestión, y fortalecer la participación ciudadana.

Aspiro a que, por lo menos, los 15 millones de chilenos tengamos un piso mínimo de atención en salud. No puede ser que haya salud de primera y de segunda clase, y que las enfermedades catastróficas, que representan un gran sufrimiento para el paciente y sus seres queridos, signifiquen la ruina total de ellas desde el punto de vista económico.

De ahí mi sesgo casi estadista. Creo profundamente en la calidad humana y de servicio público de todos los actores del sistema de salud: profesionales, paramédicos, personal auxiliar. Debido a eso sigo en Fonasa, porque creo en lo que significa el Estado para darnos, a lo menos, un mínimo de salud.

Estoy profundamente convencido de que el que gana más debe aportar más; de que el que gana menos debe aportar menos, y de que el que carece de todo -los tres en igualdad de condiciones-, por solidaridad, debe tener un mínimo de atención en salud.

Por eso, este proyecto de ley tiene tres grandes objetivos: disminuir las desigualdades en salud; enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad; proveer servicios acordes con las expectativas de la población y mejorar los logros sanitarios alcanzados.

En 1950, se creó el Servicio Nacional de Salud. La situación era diferente. En 1980, la salud primaria fue traspasada a los municipios. ¿Qué pasó en marzo de 1990, cuando asumió el gobierno de la Concertación? Encuestas y estudios serios, de personas sin enfoque político, dieron a conocer que en salud pública, durante los dos años anteriores, se dejó de invertir dos mil millones de dólares. Esas cifras no han sido desmentidas ni discutidas.

En 1990, el porcentaje de participación del gasto en salud sobre el PIB, Producto Interno Bruto, era de 0,9 por ciento; en 2000 subió a 3,1 por ciento. Si esto no es preocuparse en forma real y efectiva de mejorar la salud en Chile, ¿qué es, entonces? Lo digo con bastante conocimiento de causa, porque en los últimos tres años he tenido el honor y la gran responsabilidad de ser presidente de la Comisión Mixta de Presupuestos, en la cual, entre otros, está radicado el de Salud.

Daré a conocer unas cifras para que quede constancia de ellas en la historia del establecimiento de la ley. Además, los diez diputados médicos que integran la Sala de esta Corporación pueden dar fe de su veracidad.

La mortalidad infantil ha continuado su descenso progresivo, cayendo de 16 muertes por mil nacidos a 10,1 en 2000, y, de acuerdo con la cifra que se acaba de dar, en 2001 bajó a 8,8 por ciento. En las décadas de los '50, '60, '70 y '80, la mayor mortalidad estaba en los niños y en las personas que, en este

## DISCUSIÓN EN SALA

caso, daban a luz a un hijo o a una hija.

El número de consultas y controles médicos pasó de 21 millones en 1990 a 31 millones en 2000, con una tasa de 3,3 consultas por beneficiario-año. Por otra parte, las intervenciones quirúrgicas mayores se incrementaron en 31 por ciento en el período, es decir, subieron de 331.016 a 423.844; los egresos, en 9 por ciento, y las inmunizaciones, en 5,5 por ciento.

La resolutiveidad del nivel primario de atención se ha visto fuertemente impactada, en especial a través del Programa de Mejoramiento, mediante el cual las consultas médicas subieron en 2002, con respecto al año basal 1999, en más de 50 por ciento, es decir, de 9.647.028 pasaron a 14.552.168.

El rendimiento del recurso humano, medido como la relación entre la producción valorizada y el número de horas contratadas, creció en 23 por ciento entre 1992 y 2000. Son cifras que nadie puede discutir, porque figuran en el Presupuesto de la Nación, en las actas y en los informes que los parlamentarios tuvimos a la vista en los tres últimos años. Además, demuestran que, en 1990, los funcionarios del Ministerio de Salud percibían los sueldos más bajos de la administración Pública.

Ha habido un mejoramiento, pero es insuficiente. Por ello me alegro muchísimo de que el Ejecutivo haya hecho llegar anteayer a esta Corporación 28 indicaciones al proyecto, que tienen por objeto mejorar las remuneraciones de dicho personal.

Cabe recordar, además, que en el período 1990-2001 se invirtieron 766 millones de dólares para reponer, ampliar, habilitar y equipar establecimientos de salud, excluyendo la inversión realizada mediante el Fondo Nacional de Desarrollo Regional. Tales recursos se han concentrado en recuperar y dinamizar la red de atención primaria, mediana y de alta complejidad, a fin de reducir los grandes "cuellos de botella" y listas de espera en las consultas de especialidad, en las intervenciones quirúrgicas y en sus procedimientos asociados.

Ha habido un gran esfuerzo, pero faltan cosas por hacer. Los chilenos necesitamos que en las 56 patologías mencionadas la atención sea rápida y eficaz. No estoy en contra de la salud primaria. Ayer escuchamos en la Comisión a representantes de las isapres, instituciones de salud previsual. Ellas cumplen un rol necesario y positivo; pero hay que tener claro que debe haber una real coordinación entre los respectivos entes, tanto fiscales como particulares.

El proyecto propone una nueva estructura sanitaria del sector público de salud que se ajuste a las exigencias que imponen la transición epidemiológica, la tecnología médica y las necesidades de salud de la población.

Adicionalmente, se sugieren nuevas capacidades de gestión para superar las restricciones actuales, que originan ineficiencia en la administración de recursos que el Estado y las personas destinan al cuidado de la salud de la población.

En suma, el contenido del proyecto es el siguiente:

**Autoridad sanitaria.**



## DISCUSIÓN EN SALA

Su rol principal será la rectoría, regulación y fiscalización de los sectores público y privado de salud y de los agentes cuyas actividades inciden en la salud de la población. La autoridad sanitaria residirá, en lo fundamental, en el Ministerio de Salud y en los organismos que de él dependen y que tengan atribuciones en este ámbito.

Entre sus funciones destacan: elaborar y dirigir las políticas nacionales de salud, definir los objetivos nacionales de salud, fortalecer y desarrollar su acción en el espacio intersectorial para promover y desarrollar políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias, definir normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención, fortalecer el desempeño de las funciones esenciales de salud pública, definir el plan de salud y establecer sus garantías.

La autoridad sanitaria regional, diseñada por el proyecto, se constituye separando de los servicios de salud las funciones propias de gestión de las redes asistenciales, las cuales continúan residiendo en el director del servicio; las de autoridad pasan a ser desempeñadas por el secretario regional ministerial, quien recibe las potestades que la ley le confiere en relación con su ejercicio.

Dicha separación se traduce en que el secretario regional ministerial, con nuevos poderes, no tendrá funciones de autoridad sanitaria, razón por la cual no ejercerá funciones de rectoría y de regulación.

El proyecto propone el fortalecimiento de la gestión de los servicios mediante la regulación y reorganización de la red asistencial y la existencia de hospitales de autogestión en red.

Al respecto, estoy convencido de que el Presidente de la Mesa puede dar fe de lo que significa el hospital clínico regional de Concepción, el más grande de Chile, al cual he pedido las cifras oficiales hasta el momento.

¿Cuál es el problema de los déficit hospitalarios?

Aquí voy a colocar como ejemplo al hospital clínico regional de Concepción. Los precios por prestaciones hechas están subvalorados en relación con los costos, situación corroborada en estudios efectuados por el Ministerio de Hacienda y el Hospital Higuera, de Talcahuano, según los cuales el monto de menor pago en relación con el costo fluctúa entre 14 y 24 por ciento.

Otro problema es el no pago de prestaciones realizadas a otros servicios de salud, las que son de alto costo y que corresponden al 24 por ciento de las atenciones que realiza el hospital clínico regional de Concepción, las que se le derivan como interconsultas. Entre éstas están las enfermedades más complejas, las catastróficas y las intervenciones quirúrgicas más delicadas.

Si en el período enero-agosto de 2002 sumamos la diferencia entre lo facturado a los precios subvalorados y la remesa para el hospital Guillermo Grant Benavente, llegamos a la cifra de 2 mil 856 millones 130 mil pesos. Asimismo, al 30 de agosto de 2002 se facturó por la valorización de las actividades 12 mil 148 millones 581 mil 329 pesos. ¿Cuánto se ha remesado? En el período enero-agosto del presente año 9 mil 292 millones 451 mil pesos. La diferencia en pesos entre lo producido y lo pagado en 2001 es de 4 mil 601

## DISCUSIÓN EN SALA

millones de pesos.

Ésa es la realidad y el arrastre del hospital clínico regional de Concepción, el cual ha sido muy bien conducido, cuenta con grandes profesionales, excelentes paramédicos, muy buen personal y donde se realizan el máximo de prestaciones.

Por lo tanto, se deben presentar indicaciones al proyecto para que los precios sean realmente valorados y las prestaciones se hagan al costo real, a fin de que no ocurra que las prestaciones efectuadas a otros servicios de salud de la región no se devuelvan.

Las prestaciones realizadas a otros servicios durante el presente año bordean los 1.400 millones de pesos. Por eso, si el valor de las prestaciones subiera un poco, el hospital clínico regional de Concepción no tendría deudas.

Por lo tanto, quiero plantear algunos cambios legales, porque no se trata sólo de criticar, sino también de sugerir, sin perjuicio de que debido a algunas de mis proposiciones probablemente tendré problemas con algunos de los señores diputados que son médicos y que están presentes en la Sala.

Propongo separar los cargos de liberados de guardia anterior al año 2000, lo que permitiría que médicos de alto costo pudiesen voluntariamente reducir sus jornadas, ya que es difícil hacerles cumplir las 44 horas semanales de los liberados de guardia.

Asimismo, sugiero facultar en una glosa presupuestaria a los directores de hospital para que puedan destinar a los médicos liberados de guardia a otras dependencias del hospital o establecimientos de salud de la misma comuna.

Ambos planteamientos son respecto de cosas concretas, las que he conversado con personal médico y dirigentes gremiales de diferentes sectores hospitalarios de la Octava Región.

En consecuencia, tal como lo dijimos desde el primer día, la Democracia Cristiana votará favorablemente el proyecto, porque es la primera de las iniciativas para hacer una gran reforma a la salud, que implique beneficios para los quince millones de compatriotas.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el diputado señor Osvaldo Palma.

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, la salud de las personas es un problema especial que no puede tratarse sólo cuantitativamente y no puede medirse únicamente por sus relaciones económicas o financieras.

La salud, más que un gasto, es esencialmente una inversión en las personas, como la educación, pero con urgencias y con necesidades preventivas, no sólo curativas. En la sociedad lo más importante son las personas; de lo contrario, se camina hacia la autoeliminación social y a incentivos perversos.

Es fácil hacer buenos discursos sobre la salud cuando ésta tiene graves problemas. Los que trabajamos en salud, la gente y los enfermos llevamos

## DISCUSIÓN EN SALA

años escuchando muy buenos discursos y más y mejores promesas, pero continuamos esperando los frutos de las siembras de esperanzas que muchos políticos han practicado. El discurso es el mismo. Ya hemos escuchado otros mucho mejores, gobierno tras gobierno, ministro tras ministro, pero los problemas siguen iguales, la gente espera y necesita otra cosa. Parece que el ministro fuera de Oposición o de otro Gobierno, y no de uno que lleva ya más de doce años con amplias mayorías en ambas Cámaras, que podrían haber aprobado cualquier reforma de salud y cumplido todas sus promesas.

Los enfermos no se mejoran con promesas, menos con caras campañas comunicacionales, salvo que éstas sean las prioridades. Así se legisla para la galería, por aplausos. Así sólo se alimentan sueños de una salud digna y al alcance de todos: oportuna, eficaz y eficiente, como se merece cualquier persona, como se merecen todos los hijos, madres y padres; como se merecen todos los chilenos. Porque así tiene que ser algún día, pero mientras no sea así, faltará una reforma verdadera. Todo lo demás siempre será sólo demagogia.

Esta llamada reforma de salud no soluciona todos ni muchos de los problemas de la salud de los chilenos, menos los de los más necesitados y los de la clase media, que por tener algún mejor ingreso económico deben pagar más de lo que les es posible, lo que los hace más vulnerables ante los altos costos de una enfermedad. De hecho, muchas veces mejorarse de una enfermedad le cuesta al paciente, incluso, tener que hasta hipotecar lo logrado con gran esfuerzo en toda una vida, lo cual no puede ni debe ser.

Por lo tanto, se trata de un problema social grave e importante, que requiere solución urgente. Sin embargo, ésta es la triste realidad de la gran mayoría de los chilenos. Es triste, pero es la verdad. Es una verdad sin colores políticos, porque toda la gente se enferma, y toda la gente necesita, quiere y debe mejorarse. Hay que mejorar problemas de gestión y de eficiencia; hay que aumentar el gasto en salud, pero debe aumentarse en la medida en que se logre mejor atención. Sin cambios para una mejor gestión, aumentar el gasto es ineficaz. Hay que lograr establecimientos con atención descentralizada, aumentar la escasa autonomía en su administración, externalizar servicios y, principalmente, fomentar la competitividad. Es esencial integrar los sistemas público y privado para que las personas puedan elegir donde obtengan la mejor atención, a fin de aumentar los incentivos de eficiencia en uno y otro sector. También es necesario ampliar esa integración para no desperdiciar los recursos y no mantener capacidades ociosas.

Enfrascarse en discutir si más Estado o más mercado es un error de base. Es tratar de mantener un anacronismo intelectual muy negativo. La cuestión es mejor o peor gestión; más o menos eficiencia en la gestión y en el gasto; mejores o peores resultados de la gestión y control de gestión. Hay que cambiar la filosofía laboral y administrativa en el sector salud, asociar empleo a desempeño, como en toda relación laboral, pero más en el ámbito de la salud, por su importancia. Sin embargo, allí es donde menos se prioriza este punto. Hay que perderle el miedo a hablar de administrar bien la salud. Ésos son los temas de verdad. Mientras no se reformen, los problemas de salud persistirán.

## DISCUSIÓN EN SALA

La salud es un derecho de las personas. Linda frase, pero es un derecho sólo para algunos; para muchos es un derecho difícil de alcanzar. La salud es muy difícil de alcanzar para muchos y un derecho imposible para tantos chilenos enfermos.

Para hablar de salud hay que saber mucho y no mentir nada para solucionar las cosas; de lo contrario, seguiremos escuchando lindos discursos y más promesas. Sin embargo, con esos lindos discursos no calmamos el dolor y la incertidumbre de un enfermo del corazón que necesita operarse o esperar morir. Y muchos en nuestro país están esperando morir, porque no cuentan con los recursos para seguir viviendo.

Tampoco con discursos alegramos la triste vida que le espera a un humilde niño que nace con una sordera congénita, pues el tratamiento para integrarlo y desarrollar todo su potencial normal en lo que le resta de vida es caro y escaso. Sordo y triste mirará de lejos cómo los otros niños son felices. Eso sólo por falta de dinero, lo cual resulta injusto.

Los escasos recursos de la salud primaria y hospitales endeudados son una realidad. Los chilenos esperan leyes que solucionen esos problemas. Todo lo demás son sólo promesas y una siembra de esperanzas y más sueños, de los que viven y se alimentan los chilenos pobres.

Gracias a Dios, los pobres y la clase media están acostumbrados a esperar. Pero eso no es normal. Nadie debe esperar, ni menos los enfermos. Eso hay que cambiarlo. Ésa es la verdadera reforma. Ése es el cambio que Chile quiere y necesita.

Para hacer una buena ley, hay que adentrarse en los sentimientos de un enfermo que no tiene acceso a una salud digna. Para hacer una verdadera reforma de salud, hay que entender el dolor de las madres que esperan, durante largo tiempo, en frías mañanas, con sus hijos en brazos, y que se agotan de respirar esperando leyes, reformas y presupuestos que obliguen a entregar una buena y oportuna atención, independientemente de la capacidad económica del paciente.

Como siempre, nos sumaremos a todo lo bueno. Votaremos a favor de este proyecto de ley, pero falta mucho más: hacer menos discursos y dar más soluciones.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra la diputada señora Ximena Vidal.

La señora **VIDAL** (doña Ximena).- Señor Presidente, aunque no he estudiado medicina, no quiero dejar pasar esta oportunidad para compartir mi opinión, como representante de un sector de la ciudadanía, respecto de un tema tan importante para el desarrollo y crecimiento del país.

Una vez más nos encontramos frente a un proyecto de ley que mira hacia el futuro y que busca solucionar los tremendos problemas que hoy afectan al sector salud.

Revisando el diagnóstico de este proyecto de ley, cuyo objetivo es establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria de las distintas

## DISCUSIÓN EN SALA

modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana, se aprecia que la realidad se encuentra lejana de la propuesta legislativa. Por lo tanto, es imperioso avanzar con mayor velocidad y depositar nuestra confianza en el trabajo realizado por el Poder Ejecutivo en el tema.

Los problemas denunciados son: dispersión, burocracia e ineficiencia, capacidad normativa desigual, insuficiente fiscalización de la calidad de las prestaciones, insuficiente regulación de los administradores privados del seguro de salud, insuficiente comprensión del rol de la autoridad sanitaria por parte de la ciudadanía, e insuficiencia en la legislación vigente.

Realmente el diagnóstico es completo.

También se habla de los problemas en los niveles primario, secundario y terciario.

Me gustaría destacar los problemas más sentidos por la ciudadanía, como la alta rotación del personal médico -gran problema en nuestros hospitales y consultorios-, excesivas derivaciones, mínimo acceso a especialistas y a los exámenes de apoyo de diagnóstico terapéutico.

También me gustaría destacar la mínima cobertura para abordar los problemas del adulto mayor y de quienes son afectados por enfermedades crónicas, las listas de espera, la escasa descentralización e incapacidad de gestión de recursos.

Para solucionar estos problemas, el proyecto de ley propone fortalecer la autoridad sanitaria, crear nuevas herramientas para la gestión y fortalecer la participación ciudadana.

Por lo tanto, felicito al Gobierno por haber enviado este proyecto de ley que, concretamente, responde a las expectativas de la ciudadanía y a la urgencia de entregar una atención de salud cada vez más eficiente y efectiva.

Algunas señoras diputadas y señores diputados han manifestado sus temores sobre la posibilidad de que la atención privada de salud se menoscabe con el proyecto. Ello no tiene sentido. Cuando se habla de mejorar la salud pública en general, no sólo se debe invertir en mejorar la gestión, sino que también hay que destinar mayores recursos para, como dijo la diputada señora Cristi, contar con la tecnología que permita ofrecer salud a todos y no sólo a quienes tienen dinero para pagar.

No es sostenible como argumento afirmar que este tema ha sido políticamente utilizado por el Gobierno o por el ministro de Salud. Los Poderes Ejecutivo y Legislativo son las instituciones llamadas por la sociedad para crear políticas de Estado. Y nuestro trabajo es discutir si estamos de acuerdo o no con los proyectos. Y esta propuesta es contundente, porque aborda todas las debilidades del sistema para enfrentar el desafío de transformarlas en fortalezas.

Es muy importante dejar en claro que la gestión hospitalaria debe ser mejorada.

La ciudadanía espera que votemos favorablemente el proyecto y no la defraudemos.

He dicho.

## DISCUSIÓN EN SALA

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el diputado señor Juan Masferrer.

El señor **MASFERRER**.- Señor Presidente, hoy estamos convocados para resolver un problema urgente: mejorar la salud de la población chilena.

Nadie puede desconocer que, en estos últimos años, el otorgamiento de prestaciones de salud, a nivel nacional, se ha deteriorado, la gente pide a gritos un mejoramiento. Por eso, el Gobierno remitió varios proyectos de ley, a pesar de que con las actuales disposiciones puede efectuar los cambios requeridos por la población, muy especialmente por la gente más modesta, en especial la que vive en los sectores más apartados del país.

Y hoy estamos convocados para pronunciarnos sobre una modificación al decreto ley Nº 2.763, de 1979, que tiene por finalidad establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana

En términos generales, propone una nueva estructura sanitaria en el sector público de salud que se ajuste a las exigencias impuestas por la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población.

Asimismo, se contemplan nuevas facultades de gestión para superar las restricciones actuales y la ineficiencia en la administración de los recursos que el Estado destina a la salud de la población.

En términos particulares, la iniciativa tiene tres propósitos fundamentales:

Primero, fortalecer la institucionalidad y la potestad de la autoridad sanitaria, estableciendo una separación de funciones con la gestión de los servicios de salud.

Establecer normas que permitan mejorar la gestión de los servicios de salud, adecuándola a los requisitos del sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, AUGE.

Con este objeto se constituyen las redes asistenciales que deberán dar mayor flexibilidad administrativa.

Dichas redes asistenciales tienen la obligación de rendir cuenta a la ciudadanía, lo que nos parece importante porque brindará transparencia.

Crear una instancia de participación ciudadana en la secretarías regionales ministeriales y en las direcciones de servicios de salud.

El proyecto pretende mejorar las serias deficiencias estructurales y administrativas que imperan actualmente en nuestro sistema de salud.

Si el proyecto persigue todas las bondades que he enunciado y quiere dar solución a los problemas reales de la población en materia de atención de salud, llama la atención que la autoridad no haya convencido aún al personal que trabaja en el sector salud. A los funcionarios de los hospitales no les gusta y manifiestan que las autoridades de la región -no sólo el ministro- no han conversado con ellos; no los han convencido.

Cuando ayer el ministro habló muy apasionadamente en la Sala parecía como que nos quería convencer. Estamos conscientes de que hay un problema

## DISCUSIÓN EN SALA

tremendo en el sector salud de nuestro país. Lo que él debe hacer es dar instrucciones para convencer de las bondades de la iniciativa a los funcionarios de ese sector tan importante como es el de la salud, porque, en definitiva, ellos serán quienes van a aplicar la reforma; ellos van a mejorar la salud de la población. Nosotros les vamos a dar los instrumentos para ello y, a lo mejor, mayores recursos. Ahí hay un divorcio, pero todavía es tiempo de revertir la situación.

Queremos un buen proyecto que se aplique a lo largo del país y no sólo en Santiago. Muchas veces se habla de que en los hospitales se va a aplicar mejor tecnología para hacer más operaciones, pero nada se dice de cómo se va a proceder en las regiones.

Se habla de las redes asistenciales, de que la población tendrá acceso a los hospitales para ser intervenida quirúrgicamente. Pero cuando preguntamos cuáles son esas redes, se nos informa que se crea una subsecretaría de redes, con una renta, me imagino, acorde a un subsecretario, que debe ser un poco inferior a la de un ministro; con auto, con teléfono, con alfombras, con secretarías, con fax, con asesores, muchos a honorarios.

Entonces, la gente que representamos en las comunas nos pregunta -a muchos de los diputados presentes les debe ocurrir lo mismo- ¿cómo nos van a atender? ¿Cuándo se van a superar las listas de espera en Santiago, porque en regiones no nos toman en cuenta ni siquiera para hacer una lista de espera? No tenemos derechos, no tenemos acceso a la salud.

El proyecto también se refiere a fortalecer la atención primaria. Uno reconoce, porque ha estado mucho tiempo trabajando en los problemas de salud de la población -para esto no hay que ser médico-, que sin salud primaria no hay salud secundaria ni terciaria.

Sabemos que para la atención primaria, que otorgan principalmente los municipios del país, el Ministerio de Salud entrega un per cápita, una cantidad de plata al mes para atender a un ciudadano doliente, que padece de problemas de salud, que quiere aliviar su dolor en los consultorios de atención primaria.

En ese sentido el ministerio, facultado para fijar el monto per cápita, dividió a las comunas en cuatro categorías. En primer lugar, la comuna rural pobre -que son muchas- recibe mensualmente 1.306 pesos por paciente inscrito. Con ese recurso, la municipalidad debe otorgarle salud los treinta días del mes. La comuna rural no pobre recibe 1.107 pesos mensuales. La comuna urbana pobre recibe 922 pesos y la comuna urbana no pobre recibe 1.088 pesos mensuales por habitante, valores que nos parecen irrisorios.

Debo hacer presente que en algunas comunas hay hospitales, pero creo que en más de cien de ellos no se realizan prestaciones en los servicios de salud, sino que a través de los consultorios.

Reclamo por las comunas en las que no hay hospitales y donde queremos fortalecer la atención primaria, porque todos sabemos que es base, para una mejor salud a nivel nacional, que se incrementen los 1.107 o 1.306 pesos por paciente. Sabemos que el ministro tiene esa facultad, porque todos los años, por decreto, fija esos valores. Entonces, le pido, por su intermedio,

## DISCUSIÓN EN SALA

señor Presidente, que ojalá se haga realidad lo que ha estado diciendo en la Sala y en las distintas reuniones en las Comisiones, en el sentido de que se va a fortalecer la atención primaria en salud, entendiendo por ello la entrega de más recursos.

En diciembre el ministro puede ejercer sus facultades por decreto y fijar los valores. No sacamos nada con aumentar recursos si la atención primaria de salud -que reconocemos como prioritaria- recibe el trato de patio trasero del ministerio a nivel nacional.

El ministro hoy tiene una gran oportunidad, porque creemos que hay que hacer modificaciones y mejorar la atención de salud. Pero no podemos dejar de señalar lo que tantas veces se ha dicho: los alcaldes que tienen mayor conciencia entregan gran parte del presupuesto municipal a los consultorios para que atiendan -más o menos no más- a los habitantes de sus comunas.

Tampoco hay que dictar leyes para que los consultorios tengan especialistas. Hoy mismo podrían contar con ellos; es cuestión de distribuir bien los recursos de todos los chilenos y no dejar la mayor parte de ellos en las grandes ciudades y en la capital para implementar este plan Auge.

Todavía queda tiempo para que el ministro siga conversando con los gremios del sector salud. Los valorizo mucho, porque conozco el trabajo que deben hacer los funcionarios en cada uno de los hospitales, los que no pueden ser marginados de la discusión. A lo mejor, nosotros, con la mejor voluntad, vamos a aprobar los proyectos para hacer un cambio en la salud, pero los que tienen que llevarlo a cabo "no están ni ahí", como dicen los lolos.

Por otra parte, el Colegio Médico tiene la obligación ética de formular, en forma seria y constructiva, las críticas que estime conveniente, y darlas a conocer a las autoridades, a las Comisiones unidas de Salud y de Hacienda a fin de buscar un entendimiento. Así se podría lograr lo que el ministro ha estado tratando de decirnos estos días y en su tan comentado spot publicitario.

Estoy de acuerdo en introducir modificaciones para que mejore la atención de salud; ojalá sea a través de estos proyectos de ley, y lo que se dice realmente se cumpla.

En todo caso, creo que sin estas iniciativas el ministerio podría haber mejorado la salud. El ministro quiere nuevas disposiciones, muchas leyes; pero uno, aunque no es médico, se da cuenta de que él tiene las herramientas para producir esa mejoría. Ahora vamos a entregar las atribuciones que tenían los servicios de salud a los seremis regionales. Tal vez, los establecimientos van a quedar en las mismas condiciones de hoy.

Ya se está pensando en el nombramiento del subsecretario. Quizás haya mucha gente que ya esté postulando a este cargo.

Tampoco veo un plan en esta red. ¿Cuáles son las redes regionales y los hospitales base en la región? Por ejemplo, en la Sexta, con treinta y tres comunas, tenemos quince hospitales, pero funcionan sólo dos, porque el resto no cuenta con profesionales. En algunos establecimientos atiende un médico, como es el caso de Pichidegua. Sin embargo, hay consultorios municipalizados que tienen cuatro o cinco médicos. Seguramente, esos hospitales habrá que transformarlos en consultorios que funcionen las veinticuatro horas.



## DISCUSIÓN EN SALA

Invito a los señores diputados para que, cuando se discuta cuáles son las redes, se interesen en cada región. ¿Cuáles son los hospitales base? ¿Dónde se realizarán las intervenciones quirúrgicas más importantes? No todos los hospitales podrán hacerlo, pero debe indicarse en cuáles y entregarse los recursos a todos estos establecimientos para que algunas enfermedades que están en el Auge, sean tratadas en ellos. Hoy existen hospitales 1, 2, 3 y 4, pero se dice que eso lo vamos a ver más adelante.

Yo estoy nervioso. ¿Qué quiere que le diga, señor Presidente? Lo expreso aquí en la Sala, frente al señor ministro. Estoy preocupado porque en Chile la gente pobre cada día tiene menos acceso a la salud. Espero que en esta ocasión el señor ministro haga un cambio verdadero y podamos decirles a todos los chilenos que tendrán asegurada una atención de salud acorde con los tiempos que estamos viviendo.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el ministro señor Artaza.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, debo reconocer hidalgamente, ya que se está hablando de pasión, que el diputado señor Masferrer me ha ganado lejos, y la próxima vez que vaya a su distrito le voy a pedir que me acompañe para hablar juntos con los trabajadores. Efectivamente, cuando hay procesos de cambios profundos, se genera resistencia, eso es natural y comprensible. Tenemos que darnos el tiempo, la prudencia y la sabiduría para encantar a quienes efectivamente van a estar al lado de los pacientes e implementar este proceso, el que será posible por la aprobación que el Congreso dará a los proyectos de reforma de la salud.

En esta tarea, que es de país, espero contar con usted, señor diputado.  
Muchas gracias.

El señor **MASFERRER**.- Señor Presidente, he sido aludido por el señor ministro.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Señor diputado, su Señoría ocupó más del tiempo de sus dos discursos. La Mesa ha sido bastante generosa.

Ha terminado el Orden del Día.

La discusión del proyecto continuará en la sesión del próximo martes.

Han quedado inscritos para intervenir los diputados señores Forni, Dittborn, Varela, la diputada González, doña Rosa; los diputados señores Silva, Lorenzini, Ojeda, Olivares, la diputada Mella, doña María Eugenia; los diputados señores Tapia, Riveros, Araya, Ascencio, Luksic, Saffirio, García, don René Manuel; Hidalgo, Montes, la diputada Isabel Allende, Jarpa, Lagos y la diputada Carolina Tohá.

El señor **AGUILÓ**.- Señor Presidente, su Señoría me inscribió mucho antes que a los diputados que acaba de mencionar. Si fuera tan gentil, pido

DISCUSIÓN EN SALA

que me incorpore en la lista.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- No hay problema, señor diputado.

## DISCUSIÓN EN SALA

**1.6. Discusión en Sala**

Legislatura 348, Sesión 4, 08 de octubre de 2002. Aprobado en general.

**NUEVA ESTRUCTURA DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD. Primer trámite constitucional. (Continuación).**

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- En el Orden del Día, corresponde continuar la discusión en general del proyecto de ley que modifica el decreto ley Nº 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria y distintas modalidades de gestión, y fortalecer la participación ciudadana.

Tiene la palabra el diputado señor Exequiel Silva.

El señor **SILVA**.- Señor Presidente, el proyecto, de trascendental importancia, nos ha llevado no sólo a centrarnos en la autoridad sanitaria y en las distintas modalidades de gestión, sino más bien a abordar la reforma en toda su magnitud, contenida en las cinco iniciativas que están en tramitación en el Congreso Nacional.

La discusión ciudadana generada al respecto me parece positiva, porque permitirá fortalecer y recoger opiniones; pero no me parece positivo -lo señalo antes de dar a conocer mis puntos de vista- que se pretenda hacer movilizaciones, que pueden ser legítimas, aduciendo que en el Congreso no se han dado los espacios suficientes para discutir acabadamente la materia. Como miembro de la Comisión de Hacienda, quiero señalar que el Colegio Médico y otros gremios han expresado aquí sus puntos de vista.

Derechamente, el proyecto aborda tres cuestiones fundamentales: fortalece el rol rector del Estado, fija políticas para todos los habitantes del país y fiscaliza de manera adecuada y administra los recursos del Estado.

Más allá de desmentir el planteamiento de algunos detractores que, detrás de él, ven la privatización de la salud, fortalece el rol del Estado en el ordenamiento y fijación de objetivos medibles y fiscalizables.

El concepto de redes permitirá terminar con la nula o poca interconexión entre los distintos subsistemas de salud, lo que posibilitará la utilización plena de los recursos invertidos, independientemente del subsistema, debido a la coordinación a través de una subsecretaría, de modo de lograr el objetivo de mejorar el acceso y la oportunidad en la salud de la población.

Por otro lado, la descentralización, en definitiva, no es otra cosa que una mayor participación. ¿Cómo se refleja eso en el proyecto? Mediante la entrega de atribuciones a las secretarías regionales ministeriales.

La entrega de atribuciones del ministro a los secretarios regionales ministeriales permitirá al secretario regional respectivo coordinarse con el resto de las reparticiones públicas, por ejemplo, en relación con el área rural,

## DISCUSIÓN EN SALA

educacional, etcétera, a fin de implementar una política de Estado coherente en materia de salud.

En cuanto a la participación y creación de los consejos consultivos, con el diputado Saffirio, entre otros, hemos presentado una indicación para integrar a las agrupaciones de los adultos mayores, cuyos requerimientos son cada día mayores (valga la redundancia).

Siempre es importante una mayor cercanía a la gente en la toma de decisiones, pero nos interesa que la descentralización de que se trata -ahora las atribuciones las tienen los directores de servicios- sea a fondo y llegue a la autogestión de los hospitales, de manera que signifique una mejor utilización de los recursos y, por ende, una mejor atención de la población.

En ese punto, me parece que no son buenas las discrepancias o la falta de información en relación con los llamados a concurso en algunos hospitales públicos en los últimos días, porque las dudas atentan contra la posibilidad de avanzar en un proceso de descentralización y autogestión, al cual, a mi juicio, hay que darle la mayor transparencia y credibilidad porque, quizás, es lo más importante de la reforma global y está en el proyecto que se debate.

Finalmente, hago un llamado para que en el Congreso se siga trabajando como hasta ahora, desmintiendo lo que se ha señalado en algunas declaraciones públicas y escuchando a quienes quieran dar su opinión en torno del tema, sin olvidar que nosotros somos los llamados a legislar, por mandato popular que se nos entrega mediante el voto. No debemos claudicar a este mandato y lo único que nos debe preocupar en el horizonte inmediato es la salud. Es cierto que son importantes las demandas de los distintos gremios y las aprensiones de los prestadores privados de salud -las isapres-, pero lo más importante es que avancemos en la reforma con la agilidad que los ciudadanos exigen. Son ellos los que requieren, tal como lo ha dicho el señor ministro en la Sala, acceso a la salud, de forma que no se vean arruinados el día de mañana cuando tengan la desgracia de enfermarse.

Por eso, el Congreso debe seguir con su análisis serio, pero también con la rapidez que se necesita para aprobar el proyecto y lograr la reforma de salud que tanto requiere la gente a la brevedad posible.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el diputado señor Marcelo Forni.

El señor **FORNI**.- Señor Presidente, es bueno que la Sala vuelva a discutir el proyecto que nos convoca, relativo a fortalecer la institucionalidad y las potestades de la autoridad sanitaria, crear instancias que fortalezcan la participación ciudadana y -lo más importante- establecer normas que permitan mejorar la gestión, adecuándola a los requerimientos del sistema AUGE.

La idea es que, de aprobarse el proyecto, se superen las serias deficiencias estructurales y administrativas que imperan en nuestro sistema público de salud. El diagnóstico es compartido: la gestión en salud es mala. En esto no hay dos opiniones.

## DISCUSIÓN EN SALA

Escuchemos a la gente. ¿Qué opinan los chilenos en la materia? Consultadas por el Centro de Estudios Públicos respecto de la causa de los actuales problemas de la salud pública en nuestro país, cuatro de diez personas, es decir, un cuarenta por ciento, responde que ello obedece "a que la administración de los hospitales es mala, que hay desorden, que nadie responde y que las cosas no funcionan como debieran".

Ésta no es una opinión aislada. Por el contrario, es compartida por hombres y mujeres, en todos los tramos de edad, del campo y de la ciudad, y de todas las tendencias políticas.

La respuesta es más lapidaria cuando se pregunta por la administración de los hospitales. Aquí la situación es caótica. Un 72 por ciento de los chilenos considera que estos establecimientos están mal administrados.

Por eso, cuando se les consulta sobre el financiamiento de la reforma, la mitad de los consultados prefiere un mejoramiento en la gestión y en la administración de los establecimientos de salud a las otras alternativas de financiamiento propuestas por el Ejecutivo.

Es importante, entonces, saber qué opina el ministro, consultado sobre el tema. En una entrevista concedida al diario "El Mercurio", el ministro dice: "Si hay que evaluar cuántas cosas logra hacer el sistema público con los recursos de que dispone, hay que ponerle un 7; si nos fijamos en cómo las personas perciben que son tratadas, entonces hay que ponerle un 3; si vemos cómo las personas evalúan la accesibilidad al sistema público, tendría que ponerle un 4; si me pide evaluar la gestión hospitalaria, también tendría que ponerle una nota de bajita a mediana". Ésa es la opinión textual del ministro al diario "El Mercurio".

En consecuencia, de promediar las notas que el propio ministro pone al sector público, hay que reconocer que el sistema reprueba.

Por lo tanto, desde el ministro hasta el más humilde de los millones de chilenos que están obligados a recurrir al sistema público, comparten el diagnóstico: la gestión en salud es mala.

Como esto es evidente y los parlamentarios somos los primeros en percibirlo en nuestro trabajo distrital, las Comisiones unidas de Salud y de Hacienda de la Cámara de Diputados decidieron tratar el proyecto con prioridad y aprobarlo en el más breve plazo. El resultado: fue aprobado por unanimidad.

Entonces, cabe preguntarse: ¿Dónde están los problemas de nuestro sistema de salud?

Quizás el principal problema actual de nuestro sistema público es que genera un incentivo claramente inadecuado; genera incentivos para aumentar el uso de recursos sin que ello necesariamente se traduzca en mayores beneficios para los miles de chilenos que diariamente concurren a los consultorios y hospitales de nuestro país.

En la actualidad, tenemos un sistema diseñado en tres niveles: un nivel primario, constituido por consultorios y postas rurales, que recibe un pago per cápita por los beneficiarios que atiende. Lamentablemente, como la demanda es alta, el per cápita es bajo y se genera un déficit, se trata de controlar el

## DISCUSIÓN EN SALA

costo derivando a los pacientes a la instancia superior.

Entre otras razones, esto explica la falta de capacidad resolutive de la atención en postas y consultorios.

El nivel secundario, constituido por los consultorios adosados o de especialidad, tiene sin duda una mayor capacidad de resolución que los consultorios, pero, lamentablemente, muchos también tienden a derivar hacia los hospitales.

Por último, los que "pagan el pato" de este mal diseño son los hospitales, que constituyen el nivel terciario y que actualmente presentan el mayor déficit.

Las razones, a estas alturas, parecen claras, fundamentalmente porque los aportes directos y la facturación por atención prestada a Fonasa no alcanzan a cubrir los costos de las prestaciones.

Dada la falta de capacidad resolutive de los consultorios, la inamovilidad presupuestaria y la inflexibilidad laboral en todos los niveles, no sólo no existen incentivos adecuados, sino que tampoco existen incentivos para mejorar la gestión y la atención de los usuarios.

Los resultados están a la vista: hospitales prácticamente quebrados, producto del alto nivel de endeudamiento (se habla de que la deuda alcanza a los 70 mil millones de pesos; falta de insumos, producto de la deuda con proveedores, y una mala atención en materia de acceso, oportunidad y calidad.

En suma, estamos frente a un problema serio, pues el sistema público tiene un diseño que no le permite entregar más prestaciones sin endeudarse. El problema, entonces, es de diseño y no de mayores recursos.

Las cifras están a la vista. Conclusión de un estudio de la Cepal: en los últimos diez años, una alta inyección de recursos al sector público de salud y una baja en la productividad de la atención.

El rendimiento del gasto público en salud ha disminuido año tras año desde 1990 a la fecha, a una tasa promedio anual de 5,2 por ciento, y la disminución de rendimiento es cercana al 60 por ciento en los últimos diez años.

¿En qué se traduce esto? En un aumento de un 195 por ciento del gasto público en salud entre 1990 y 1999, y en un aumento de sólo un 22 por ciento en el número de prestaciones de salud otorgadas por Fonasa.

La explicación para estas cifras la dan los propios autores del estudio, ambos -por cierto- ligados al Gobierno. Disminuyó la productividad del personal y hubo un gasto desmesurado en subsidios por incapacidad laboral.

A estas causas hay que agregar la inflexibilidad en el sistema de administración, la falta de gestión a nivel de recursos humanos y la ausencia de competencia y de autonomía para una gestión más eficaz.

Estos factores lamentablemente inciden en la capacidad de atención y en la falta de horas disponibles para la atención de consultas médicas y de urgencia, ya que sólo un 31 por ciento del tiempo de los médicos de los consultorios municipales se dedica a la atención de pacientes; el resto se reparte en otras actividades médicas y en tiempo desaprovechado.

Es evidente que la ciudadanía percibe esto. Existe una deficiente

## DISCUSIÓN EN SALA

evaluación de la satisfacción de los usuarios del sector público, que colocan sólo nota 4 a la mayoría de los aspectos evaluados.

Teniendo claro el diagnóstico y siendo éste compartido por la Sala, surge, entonces, la pregunta del millón: el proyecto que discutimos ¿soluciona estos problemas? Convertido el proyecto en ley, ¿tendrá el sistema público una mejor gestión y dará una mejor atención a los usuarios?

Lamentablemente, ninguno de los diputados que han intervenido en el debate se atreve a asegurarlo.

Por eso, nos gustaría que el ministro, que conoce mejor que nadie el estado de nuestro sistema público de salud, se la jugara y asumiera un compromiso ante el país, en el sentido de que, de aprobarse la propuesta del Ejecutivo, los problemas de gestión se terminaran.

Nos estamos acostumbrando a aprobar proyectos "bien encaminados", que "van en la dirección correcta", que "apuntan a la cuestión de fondo", pero que lamentablemente terminan sin solucionar nada.

Por eso, soy partidario de que seamos claros: digámosle al país que en éste, que es quizás el proyecto más importante del paquete de reformas a la salud, el avance es tímido. Nos hubiera gustado introducir elementos que permitieran una mayor complementación de los sistemas privado y público de salud.

Es evidente la ineficiente utilización de la infraestructura pública, que se traduce en largas listas de espera en atención, pese a existir superávit de camas.

No se observan tampoco en el proyecto mayores grados de libertad de Fonasa para comprar servicios a los sistemas público y privado. Esta mayor complementación supone también la existencia de un sistema de competencia entre los prestadores públicos y privados, y también entre los públicos, que genere incentivos para reducir el costo de salud, para mejorar el uso de los recursos utilizados y, en definitiva, para que nuestros usuarios tengan una mejor atención.

Es fundamental un rediseño de fondo del sistema de atención primaria, que le otorgue mayor capacidad de resolución y menos incentivos para la derivación. Deben introducirse incentivos para que los consultorios municipales otorguen más y mejores atenciones.

También hay que mejorar la asignación de recursos a los hospitales y establecimientos del sector público. No se puede seguir entregando recursos con criterios de asignación histórica, sin importar el número y la calidad de las prestaciones que se otorgan, como tampoco la gestión y utilización de esos recursos.

Hay que terminar con el cuoteo político en la dirección de los hospitales. Creo que su Señoría está consciente del problema. Lamentablemente, la experiencia vivida con el concurso realizado en el hospital San José, en el que postularon casi un centenar de personas calificadas, pero se declaró desierto porque ninguno de los dos seleccionados pertenecía al PPD, colectividad a la cual pertenecía el director del servicio de salud del área norte, refleja la gravedad del problema.

## DISCUSIÓN EN SALA

Los directores de establecimientos deben ser elegidos por su capacidad técnica, y no se advierten razones para que no tengan las mismas responsabilidades y atribuciones que los directores de instituciones privadas.

En suma, si bien existen ciertos aspectos destacables en este proyecto, no se observan mayores incentivos para mejorar la gestión, y, con ello, el acceso o la oportunidad y la calidad en la atención de nuestros compatriotas.

Ojalá me equivoque, pero siento que la entrada en vigencia de este proyecto no disminuirá las decenas de quejas que, a diario, nos llegan a nuestras oficinas distritales.

Sería bueno que el señor ministro reconociera hidalgamente en esta Sala que, de no existir cambios profundos en la gestión, seguiremos echando recursos en un saco roto. Su ministerio está estableciendo un precedente muy peligroso: se gastan los recursos con que se cuenta, pero, además, se gastan los que no se tienen. La vía es muy ingeniosa: endeudamiento encubierto a través de postergar el pago a los proveedores.

Durante los últimos diez años, el Estado, año a año, ha incrementado los recursos que aporta al Ministerio de Salud, y siempre han sido insuficientes. ¿Quién nos garantiza que con estos nuevos fondos que se piden no ocurra lo mismo? ¿Quién nos garantiza que esta nueva inyección de 150 mil millones de pesos no irá a resultar igualmente inefectiva que el aumento de casi un billón de pesos registrado en los últimos doce años? Nadie. El señor ministro tampoco puede asegurarlo -lo entendemos-, porque no cuenta, ni contará en esta ley, con herramientas que le permitan mejorar la utilización de estos recursos. Tan dramático es el despilfarro, que si se pudiera mejorar la utilización del gasto sólo en un diez por ciento, se podrían ahorrar 118 mil millones de pesos y no sería necesario gravar a los chilenos con más impuestos. Lamentablemente, como en muchos otros proyectos que se discuten en esta Sala, el Ejecutivo está más preocupado de equilibrarse entre las dos almas que existen al interior de la Concertación -o entre las dos derechas de las que habla el diputado señor Aguiló- que de presentar propuestas efectivas para la solución de los problemas que tiene el país.

También -hay que decirlo- incidió negativamente en los avances de este proyecto el acuerdo firmado por el Gobierno con los gremios de la salud, previo al discurso del Presidente de la República del 21 de mayo pasado. Desgraciadamente, el resultado de esta política lo pagan los chilenos: más recursos y más de lo mismo.

A propósito de recursos, quiero referirme a un tema muy delicado, cual es la negativa del Ministerio de Salud de informar a esta Cámara y al país sobre los recursos que ha gastado en la propaganda de la reforma. Señor ministro, en buena onda -porque creo que ése es su espíritu-, pase a la historia por su buena gestión en la administración de hospitales y por haber encabezado un importante proceso de reforma a la salud, y no como el primer ministro que se burle de la Constitución, de esta Cámara y del país al no entregar información que, entre otras cosas, es fundamental para la transparencia en este proceso de reforma que con tanto entusiasmo y pasión defiende.



## DISCUSIÓN EN SALA

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, quiero hacer dos comentarios acerca de lo que acaba de decir el diputado Forni.

Él hizo mención a una encuesta pública que se realizó para evaluar la administración de los hospitales. Es efectiva la cifra que el diputado ha mencionado en cuanto a que un alto porcentaje de los encuestados opina que los hospitales públicos son mal administrados; pero en esa misma encuesta, cuando se les pregunta si piensan que es posible que un hospital público pudiera llegar a ser tan eficiente como una clínica privada, mayoritariamente responden que sí, y es lo que también piensa el ministro.

Por eso, el diputado me ha interpelado para un compromiso. Sí, con su voto, aprobada esta herramienta, que es el proyecto de ley de gestión, vamos a dar un salto cualitativo muy potente en cuanto a hacer un mejor y efectivo uso de los recursos que el país coloca a nuestra disposición.

Además, ésta no sólo es una materia de mejor administración o gestión. El diputado también sabe perfectamente que necesitamos mayor inversión, no en los hospitales de gran complejidad, sino en la atención primaria. El diputado sabe que hoy nuestro país está invirtiendo una cuantía, de su inversión en gasto público, en la atención primaria significativamente más baja que la de otros países de Latinoamérica y del Caribe, e infinitamente más baja que la de países como Canadá o Francia, en los cuales el 50 por ciento de la inversión en salud se destina a dicha atención.

Por lo tanto, los recursos adicionales que pedimos son, justamente, para dar solución a los problemas más apremiantes de las personas y potenciar una herramienta que hoy -también el diputado está de acuerdo- es urgente relevar.

En este debate, acerca de recursos o gestión, convoco a los presentes a dar un paso adelante. Ambas cosas hay que hacerlas responsablemente bien.

Muchas gracias.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- En el tiempo del Comité Socialista y Radical Social Demócrata, tiene la palabra, por nueve minutos, la diputada señora Isabel Allende.

La señora **ALLENDE** (doña Isabel).- Señor Presidente, este tema es de la mayor trascendencia para nuestra población y quizás uno de los desafíos más importantes que vamos a enfrentar como país.

No puedo comenzar estas reflexiones sin pensar en que, desafortunadamente, la falta de espacio, de discusión y de participación se han esgrimido como razones por las cuales hoy se ha llamado a una movilización. Sin ser miembro titular de las Comisiones unidas de Salud y de Hacienda, pero habiendo asistido prácticamente a todas sus sesiones -porque me parece que este tema es uno de los más trascendentes-, quiero hacerme eco y decir que,

## DISCUSIÓN EN SALA

claramente, no sólo el Colegio Médico, sino otras instancias, tuvieron la posibilidad de participar. En este sentido, quisiera que no renunciáramos en este momento a nuestra labor como legisladores, cual es la de sesionar y sacar adelante un proyecto de mucha importancia para nuestra población. Todos hemos coincidido en el diagnóstico explícito de que debemos hacer cambios profundos en materia de salud.

Con la reforma de los años cincuenta hemos logrado los índices más altos; sin embargo, ha habido cambios epidemiológicos y demográficos que nos obligan, como país, a asumir nuevos desafíos.

Hoy debemos fortalecer una institucionalidad pública, que es rectora y responsable de los objetivos sanitarios del país, como asimismo mejorar la gestión y abrir espacios de participación ciudadana; pero, al mismo tiempo - como se ha señalado-, reconocer que la salud es un derecho y que debemos velar por él, por esa protección social.

Ahora, la salud no sólo es un derecho, sino que también debe ser equitativa y solidaria. De acuerdo con datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, de 2000, Chile ocupa el lugar número 32. Sin embargo, cuando se trata de equidad, desciende al lugar 168. Es decir, algo pasa en nuestro actual sistema que, desgraciadamente, lo hace poco equitativo.

Debemos preocuparnos por fortalecer la institucionalidad pública, por mejorar la gestión, por abrir espacios de participación. Sin lugar a dudas, éstos son los grandes objetivos por los cuales debe velar una reforma integral.

En este momento nos ocupa un tema específico. Este proyecto es, quizás, uno de los más trascendentes de los que forman parte de la reforma integral de salud, y me importa destacar lo que tenemos que atender para que tenga éxito. En primer lugar -esta preocupación le consta al ministro de Salud, porque se la hemos manifestado en más de alguna oportunidad-, debemos ser muy cuidadosos y eficientes en el uso de nuestros recursos, pero también en la asignación de los mismos. Me preocupa que en nuestros hospitales se mantenga el presupuesto sobre bases históricas, sin tomar en cuenta la realidad epidemiológica y demográfica, e incluso la pobreza y los riesgos que afectan a esos sectores.

En ese sentido -para ser bien precisa respecto de este proyecto, al cual le daré mi aprobación-, es importante conocer, por ejemplo, la realidad del Servicio Suroriente, particularmente la del hospital Sótero del Río, el cual, según nos informó su director -agradezco sinceramente al presidente de la Comisión, quien acogió mi sugerencia de escucharlo-, hoy tiene 2 mil funcionarios y atiende a 1 millón trescientas veinte mil personas. Además, comparte la atención con el hospital Padre Hurtado, de reciente construcción - lo que dicho centro asistencial no cubre-, de sectores de La Pintana, de San Ramón y de La Granja. Por lo tanto, estamos hablando prácticamente de 1 millón ochocientas mil personas, cifra que, desde luego, es superior a la de varias regiones del país.

Quiero destacar que en ese hospital, a pesar de que arrastra una deuda muy fuerte, que es motivo de preocupación de sus autoridades, las cuales deberán resolver ese problema y requerirán también del compromiso y ayuda

## DISCUSIÓN EN SALA

del Estado, existe una filosofía que comparto, puesto que no sólo atiende al 50 por ciento de afiliados al Fonasa, sino a ese otro 50 por ciento de personas que no tienen recursos y que deben acudir a un hospital público. Por lo tanto, es un hospital que no va a rechazar pacientes.

Al respecto, quiero llamar la atención sobre algo que poco se destaca. ¡Qué fácil es criticar a nuestros servicios públicos y cuánto nos olvidamos de lo que significa el hecho de que existan hospitales públicos capaces de recibir a todos esos ciudadanos sin recursos suficientes, que son rechazados de los sistemas privados porque son población de riesgo, a los cuales, incluso, se los discrimina, como en el caso de las mujeres en edad fértil, etcétera. Este tipo de hospital no rechaza a nadie; pero, desgraciadamente, mantiene una gran deuda, porque ha atendido a pacientes del Fonasa y de isapres que deben hacer copagos según el tramo en que están, y, sin embargo, no han devuelto al hospital la parte que corresponde. No obstante, el hospital los ha atendido. Por ejemplo, para este año había programado diez trasplantes renales y ha realizado diecisiete.

Le pregunto al ministro de Salud: ¿No es digno de felicitar ese esfuerzo con el mismo personal? ¿No nos indica el compromiso y la voluntad de nuestros trabajadores del sector salud, que tan pocas veces es destacado? Creo que sí. Pero llamo la atención en cuanto a que muchas veces en la asignación de recursos se mantienen las tasas históricas y no se ve la realidad en la cual está inserto, por ejemplo, ese hospital. Su director nos dijo algo interesante en el sentido de que a lo mejor sería bueno que el hospital se entendiera directamente con la isapre, de manera que ésta pagara, y después se entendiera con su beneficiario para el copago que le corresponde como paciente, porque, de lo contrario, pasará lo que se ha señalado: que serán varios cientos de millones de pesos los que quedarán debiéndose a los hospitales públicos del país. Este planteamiento, quizá, podría ayudar a reducir los niveles de endeudamiento.

Celebro, también, cuando un hospital se esfuerza, por ejemplo, en reducir los días cama. Cómo no va a ser interesante que un hospital haga un tremendo esfuerzo por mejorar no sólo en cantidad y en calidad, sino también reduciendo el número de días de hospitalización; en realizar un esfuerzo por disminuir una deuda que muchas veces impide la eficiencia del servicio.

Además, quiero llamar la atención sobre la red asistencial basada en el territorio y en una mejor eficiencia en la asignación de recursos para los hospitales públicos y privados. Debemos velar por que no se transforme en una competencia que, en lugar de ser solidaria y complementaria, termine a lo mejor siendo despiadada, la que no va en la línea correcta que quisiéramos.

Al mismo tiempo, está claramente establecido que la columna vertebral tiene que estar radicada en la atención primaria.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Señora diputada, terminó su tiempo.

La señora **ALLENDE** (doña Isabel).- Discúlpeme, señor Presidente, voy a

## DISCUSIÓN EN SALA

redondear mi idea.

Debiéramos buscar la manera de mejorar nuestra capacidad resolutive a nivel primario para que sólo se derive aquello que es indispensable; además, elevar el profesionalismo, con una menor rotación, mejor capacidad de resolución y con la tecnología que sea necesaria para nuestros consultorios primarios.

En síntesis, tenemos un tremendo desafío y existe una gran oportunidad, que espero que asumiremos como país y avanzaremos en la línea correcta.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Ruego a los señores diputados que se atengan al tiempo asignado por su bancada, puesto que, de lo contrario, le restan el tiempo a su compañero que hace uso de la palabra a continuación.

El Partido Socialista ya ocupó nueve minutos, y le quedan nueve minutos que serán ocupados por los diputados Carlos Jarpa y Eduardo Lagos; la Democracia Cristiana dispone de 24 minutos en total, y ha ocupado ocho; Renovación Nacional tiene 21 minutos; la Unión Demócrata Independiente, 36 minutos, de los cuales el diputado Forni ocupó 14 minutos; el Partido por la Democracia tiene 21 minutos, y aún no ha enviado la lista de los diputados que desean intervenir.

Tiene la palabra el diputado René Manuel García.

El señor **GARCÍA** (don René Manuel).- Señor Presidente, parece raro que un agricultor como yo intervenga sobre temas de salud. La verdad es que, a veces, es mejor que lo haga gente que no sabe de estos temas en profundidad, y en representación de quienes quisieran estar aquí, que son los que no tienen voz: los usuarios.

Cuando uno habla sobre estas cosas, parecen duras, pero en el fondo son críticas que debemos mejorar entre todos, por cuanto apuntan al fondo del problema.

Por ejemplo, hace tiempo todos nos jactamos -en buena onda- de haber subido a 1.600 millones de dólares el presupuesto de la salud durante los gobiernos de la Concertación. He tenido la suerte de ser parlamentario en estos cuatro períodos y siempre he escuchado lo mismo: que debemos mejorar la salud. Nos comparamos con el resto de América o con Estados Unidos, pero en verdad cuando uno analiza lo que se ha hecho en los hospitales, puede darse cuenta de que están pintaditos, muy "remononitos", pero que tienen la misma gente y la misma capacidad de gestión. Esta no ha aumentado. Por ejemplo, en Temuco hay gente que llega a su hospital a las cuatro de la mañana o a las diez de la noche para pedir hora y ser atendida al otro día. Eso se ha publicado en los diarios y se ha difundido en otros medios de comunicación. Entonces, hablan de gestión, de que no hay colas o de que tenemos especialistas, pero uno ve esto diariamente. Invito al señor ministro al hospital de Temuco para que vea a la gente, en las afueras de la iglesia de

## DISCUSIÓN EN SALA

San Francisco, hacer colas toda la noche para poder tener una hora de atención. Eso no es justo. Lo digo de verdad.

Cuando uno conversa con la gente, ésta le dice: "Sabe que más, diputado, no hay colas en los consultorios". Efectivamente, no hay colas; pero todos sabemos que existe una pequeña pillería: muchas horas se piden por teléfono. ¿Y qué pasa? Le dan hora a diez o a quince personas, y al resto no. En consecuencia, el médico atiende a esas personas y no hay colas; lo estamos viendo. Entonces, la gente me dice: "Diputado, estas cosas están pasando a diario".

En todas las ciudades ha aumentado la población, y la gente va a los hospitales porque se siente representada por ellos; pero, realmente, ¿qué ha pasado? Por ejemplo, en la provincia de Cautín los hospitales están endeudados. El de Temuco es una vergüenza: su deuda alcanza a los dos mil millones de pesos. ¿Y cómo han tratado de superar ese déficit? El director regional del Servicio de Salud Araucanía Sur, doctor Celis, suspendió todas las horas extraordinarias, y hoy varios directores de hospital están cuestionados por pagar horas extraordinarias. Voy a explicar esta situación porque aquí hay varios médicos.

Cuando se termina un turno, a la gente le pagan quince o veinte minutos para que informe a quien viene entrando, por ejemplo, sobre tal cama, paciente o remedio. Ahora, si el paciente está en la UTI, ese tiempo es mucho mayor, alrededor de media hora. Pero eso hoy se cuestiona. En consecuencia, lejos de hacer todo lo que se quiere en gestión, se está en contra de la gente, que es la que tiene que estar a favor de estos planes de salud. No entiendo: si esto es tan bueno para todos, ¿por qué hoy mismo estamos viendo que los gremios de la salud protestan contra la gestión que estamos haciendo? No sé si quieren mejorar la salud o si están en contra de la gestión. No sé.

Entonces, tenemos serios problemas, y los discursos que venimos escuchando, de los parlamentarios o de los ministros -si el señor ministro se da el trabajo de pedirlos-, son los mismos en estos últimos doce años: "Que tenemos que mejorar la salud, la gestión, los hospitales". Todos son iguales. En consecuencia, ¿dónde estamos fallando, si tenemos los recursos, todo? Eso es lo que tenemos que ver. Hay hospitales que se están cayendo, como el de Villarrica. El de Loncoche ni siquiera tiene morgue y los muertos deben ser enviados a Temuco, lo cual significa gasto.

Me he reunido con directores de hospitales y me han dicho: "Oiga, diputado, qué sacamos con hablar de gestión si en una operación sólo nos pagan un porcentaje de lo que vale. Por consiguiente, entre más trabajamos, más nos endeudamos". Comencé a averiguar esto, y es verdad.

Daré otro dato. Cuando hablan de privatizar la salud, de verdad, los primeros privatizadores son los propios hospitales del Estado. El señor ministro se preguntará cómo un hospital del Estado va a privatizar la salud. Le voy a explicar -él lo sabe-. Al hospital de Temuco le sale más barato pagar una operación de vesícula en la clínica Alemana que en sus dependencias. O sea, paga los servicios. He enviado varios oficios y todavía no me han contestado

## DISCUSIÓN EN SALA

cuánto cuesta una operación de vesícula. Extraoficialmente, los médicos del hospital me dijeron: "Sabe lo que pasa, diputado, si se la encargamos a dicha clínica sabemos cuánto nos cuesta, pero aquí en el hospital, no". Es una aberración de las más grandes.

Ése es el manejo que estamos reclamando. Por eso decimos que a veces resulta duro hacer una crítica a esto, porque, indudablemente, queremos mejorar la salud del país.

Por último, quiero preguntar al señor ministro sobre el famoso cheque en garantía, que "sigue vivito y coleando". Durante la campaña del Presidente Lagos se sostuvo que jamás se pediría un cheque en garantía por atenciones de urgencia o cuando alguien concurriera poco menos que muriéndose -porque si sólo tiene fracturas, se lo exigen-. Lo hemos visto en varios hospitales de Temuco. Es más, a veces hemos tenido que dejar en garantía un cheque nuestro para que un paciente pueda ser atendido.

Ahora, cuando se dice que esto va a costar 150 mil millones de pesos o 500 mil millones de pesos, uno se pregunta para qué si ya se han otorgado 1.600 millones de dólares, que es mucho más -son varios miles de millones de pesos-. Entonces, para qué seguimos dándole vueltas al tema. Primero, definamos lo que es gestión, pero antes digamos una sola cosa: ésta se hace con la gente de adentro y no con la de afuera. Por ejemplo -lo digo con mucho respeto, porque sé que el señor ministro fue director de un hospital-, no hay peor astilla que la del mismo palo. ¿Cómo un médico puede administrar un hospital si para eso están los ingenieros comerciales? Claro, no he visto que ningún ingeniero comercial pueda operar; pero ellos debieran dirigir los hospitales. Eso no significa pasar por encima de los médicos; son profesiones distintas. A los primeros debemos darles la oportunidad de que administren, lógicamente guiados por un cuerpo médico; pero no podemos permitir que más de la mitad de los recursos del plan Auge, más de 85 mil millones de pesos, se entreguen a los hospitales para que paguen su deuda por remedios. Y, lo que es peor -no nos veamos la suerte entre gitanos-: a uno, cuando conversa con los ministros y con la gente de Hacienda, le dicen: "Momentito, hemos entregado esos recursos para que se paguen remedios. Pero ¿qué ha pasado? Esa plata se ha ocupado en otros ítem, porque no tenemos para comprar gasa o qué sé yo". Dan una serie de explicaciones, pero lo trágico es que esa plata ya se otorgó.

Eso es gestión. Por eso queremos que esto se haga en profundidad. Pero tampoco queremos que vaya en contra de quienes trabajan en los hospitales; debe realizarse con ellos.

Otro dato. Hay, más o menos, diez mil personas en el sistema de salud que tienen edad para jubilar y no lo hacen porque están en las AFP. Si esa gente pudiera traspasarse al antiguo sistema de previsión, podría jubilar con una pensión justa y se produciría un tiraje de chimenea bastante grande. Ahora, en todo el sistema público de salud hay, más o menos, 38 mil personas que no jubilan, porque obtendrían una pensión de 100 mil o 120 mil pesos; en cambio, si se traspasaran al sistema antiguo, jubilarían con 300 mil o 350 mil pesos. Eso lo han dicho los propios funcionarios de los hospitales con quienes

## DISCUSIÓN EN SALA

nos hemos reunido para tratar el tema.

A lo mejor le parecerá muy raro al señor ministro que me refiera a estos asuntos, pero no lo es, porque en esta Cámara, por ejemplo, hay médicos expertos en agricultura. Yo soy agricultor y puedo ser experto en salud. Pero la verdad es que no he hablado como experto en salud, sino como conocedor de los problemas que a diario tienen los usuarios y que son los que me interesan. También me preocupa que se solucione el problema del endeudamiento y que la reforma se haga con la gente de la salud.

Finalmente, me gustaría que el señor ministro nos diera una pequeña explicación acerca de por qué esto ha causado rechazo unánime de todos los gremios de la salud involucrados. Ojalá que Chile tenga buena salud, que nuestros ancianos tengan un mejor pasar y que los hospitales presten sus servicios, de manera que el país sea más solidario, pero no sólo con unos pocos. Ojalá que esto resulte -nos interesa mucho-, pero considerando mis aprensiones.

Por lo tanto, le deseo al señor ministro la mejor de las suertes; que haga una buena gestión a fin de que gran número de chilenos no sigan pagando más impuestos, porque, como bien decía el diputado señor Forni, con una mejor utilización del gasto en sólo un 10 por ciento, tendríamos casi la mitad del plan Auge pagado.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Hago presente a la Sala que este proyecto de ley se votará a las 13.15 horas.

En el tiempo de la UDI, tiene la palabra la diputada señora Rosa González.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Rosa).- Señor Presidente, señor ministro, honorables colegas, he decidido intervenir en razón de que me parece que en este debate hace falta recalcar la importancia de la incorporación de las ideas de todos los sectores que, de una u otra forma, se verán afectados por la iniciativa legal.

Estimo que aún es tiempo de incorporar algunos de los requerimientos de uno de los sectores que, en mi opinión, no ha tenido la participación que merece: los trabajadores de la salud, quienes han dado a conocer reiteradamente sus planteamientos y preocupaciones en relación con esta trascendental reforma. Hoy han llamado a efectuar una marcha en todo el país. Ellos están muy preocupados, especialmente porque no han sido tomados en cuenta en temas tan importantes como el Sesma, que ha sido planteado a quien habla por todos los directores regionales. Asimismo, han mostrado inquietud por la situación en que quedarán los funcionarios si se implementan los cambios aquí planteados, por cuanto se producirá un vacío en tanto no se dicten las leyes vinculadas a la materia.

El señor Héctor Retamal, presidente de la Fenats base del Servicio Metropolitano del Ambiente, expresó en la Comisión que tanto las sanciones como los 7 mil sumarios y las 12 mil apelaciones no podrán ser atendidos en

## DISCUSIÓN EN SALA

forma directa. Aclaró que las sanciones necesariamente traen consigo la instrucción de sumarios sanitarios que no se pueden delegar. Así, por ejemplo, si la autoridad sanitaria se encuentra radicada en Iquique, las tareas de fiscalización que deban efectuarse en Arica podrían ser delegadas, para la aplicación de sanciones, en el seremi de salud de Iquique. Temas como éstos, que son de vital importancia y que atañen directamente a los funcionarios de salud -actores principales en esta importante reforma-, constituyen la base de su protesta, por cuanto muchas de las proposiciones de ellos no han sido acogidas.

Todos queremos una reforma de la salud. No repetiré lo expresado por muchos de mis colegas, pero vale la pena señalar que un gran número de operaciones por dolencias detectadas en centros asistenciales de Arica deben llevarse a cabo fuera de la ciudad. En efecto y como señalaba el diputado señor García, hoy se sabe perfectamente cuánto cuesta una operación de cataratas, valor que nunca logramos conocer oficialmente, a pesar del envío de innumerables oficios.

Al finalizar mi intervención, solicito que los trabajadores de la salud sean mejor considerados. No nos olvidemos de que son ellos quienes llevarán a cabo esta importante reforma.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- En el tiempo del Partido por la Democracia, tiene la palabra el diputado señor Enrique Accorsi.

El señor **ACCORSI**.- Señor Presidente, este proyecto de gestión nos ayudará a solucionar los problemas del área sanitaria.

Hace pocos días, tuve oportunidad de participar en la reunión de la Asociación Médica Mundial. Allí me percaté de que somos un país privilegiado a nivel latinoamericano en materia de atención sanitaria. Si examinamos los indicadores del país, que son realmente espectaculares, concluiremos que estamos castigando muy severamente tanto al mundo de la salud como a los trabajadores y profesionales que laboran en el área. El esfuerzo que realiza el personal de la atención primaria es importantísimo y constituye el pilar del sistema de salud.

Es muy relevante que se haya contradicho un supuesto arrastrado por largos años: la creencia de que la salud se basaba sólo en la gestión. Hoy ha quedado completamente demostrado que la salud no descansa sólo en eso, sino también en el financiamiento. En la reunión aludida, se indicó que el país tiene un gasto per cápita de 210 dólares al año y mejores indicadores en cuanto a mortalidad infantil y expectativas de vida en relación con países europeos o con el propio Estados Unidos. ¿Qué quiero decir con esto? Que estamos bastantes pasos más adelante que otros países que destinan mucho más dinero en salud que Chile.

Uno de los temas fundamentales del proyecto es el financiamiento. Hay que decirlo con absoluta claridad: Chile es el país de América Latina -y está muy cercano de serlo a nivel mundial- que menos invierte en salud desde el



## DISCUSIÓN EN SALA

punto de vista del aporte fiscal. En otras palabras, la mayor parte del gasto en salud -casi el 75 por ciento del financiamiento- sale del bolsillo de las personas. Ustedes se preguntarán cómo opera esa práctica. Sucede que existe un sistema de copago que cubre el 7 por ciento del gasto, el que en verdad se traduce en un 9 por ciento. Cuando una persona concurre a tomarse un examen o a practicarse una intervención quirúrgica, sabe que esos procedimientos están sujetos a copagos, los que -repito- salen del bolsillo de las personas.

Por otra parte, existen problemas en áreas no cubiertas ni por el sistema público ni por el privado. En ese caso se encuentran las enfermedades mentales e, incluso, la rehabilitación. Estamos ad portas de una nueva Teletón y, como bien es sabido, los centros de rehabilitación que funcionan bajo su tutela sólo atienden a pacientes cuya edad no supera los 18 años. Luego, cuando esos pacientes quieren seguir el curso de su rehabilitación, no encuentran cabida en los sistemas privado y público de salud.

El proyecto de gestión en debate ha puesto el punto sobre las íes. ¿A qué conclusión se llegó hace un par de días en la sesión celebrada por la Asociación Médica Mundial? Se señaló que es necesario fortalecer el sistema público de salud. En esa oportunidad se trató el tema del bioterrorismo, accionar que, ojalá, jamás debamos enfrentar. En tal sentido, espero entregar a cada diputado una copia de las resoluciones adoptadas en ese encuentro. Por ejemplo, se señaló que, con ocasión del ataque con ántrax que sufrió Estados Unidos, el sistema norteamericano, por no contar con un sistema público de atención, demostró ser tremendamente feble. Por ese motivo, Estados Unidos, que basa su sistema de salud en la atención privada, está reforzando en forma importante el sistema público de salud.

Resulta fundamental que el proyecto de gestión cuente con viabilidad. Para llevarlo a cabo, es necesario atender el tema del financiamiento. Como chilenos, debemos ser capaces de buscar la manera de que nuestros costos en salud sean reales. De lo contrario, seguiremos transitando en un círculo vicioso, pues no seremos capaces de financiar nuestras prestaciones.

¿Por qué es tan importante el proyecto de gestión? Porque busca algo que es muy importante para el buen funcionamiento del tema sanitario: las redes. Hoy, lamentablemente, ellas no funcionan de forma adecuada. Aquí es necesario coordinar la acción no sólo del sistema público para trasladar, por ejemplo, a un paciente de Arica a Santiago, sino, además, la de las mutuales; asimismo, la atención primaria, la atención privada, los hospitales universitarios y las clínicas.

Hay un sector muy importante, que, en el marco de la discusión del proyecto de gestión, todavía no ha sido objeto de indicaciones: la atención primaria. Vamos a incorporar la indicación correspondiente porque queremos que esa atención sea la base de nuestro sistema sanitario resolutivo, en el cual el inicio de la carrera funcionaria de nuestros equipos de salud sea compatible con el sistema hospitalario. Hoy son dos estancos completamente diferentes, y eso hace que seamos altamente ineficientes. Tenemos que priorizar el tema de la red porque eso nos permitirá ser eficientes. No hay ninguna posibilidad de

## DISCUSIÓN EN SALA

mejorar la productividad y la eficiencia si no tenemos costos reales y una red que funcione adecuadamente.

Otro aspecto muy importante para el proyecto, y que también será incorporado, es el tema de la participación ciudadana en la gestión. No es aceptable que, en la actualidad, la ciudadanía no tenga ninguna participación en el conocimiento de la gestión a nivel de atención primaria u hospitalaria. Por tanto, una de las indicaciones que vamos a presentar dice relación con la participación de las juntas de vecinos y de las organizaciones sociales que estén en torno de las policlínicas de atención primaria, para que puedan estar presentes y saber de qué manera se gestiona, y, además, para que exista un canal de comunicación recíproco: de la gente hacia el personal, y viceversa.

Lo mismo debe ocurrir en los hospitales públicos. Estimamos imprescindible reflatar el tema de los consejos técnicos, que representan a todo el mundo hospitalario, pero no a la comunidad. Esto es imprescindible para que haya transparencia en la gestión y para que la ciudadanía sepa cómo se gestiona y cuáles son los problemas. Por lo tanto, debemos incorporar en ese consejo técnico al mundo ciudadano. Creo que es la única manera de mejorar la gestión.

Respecto del Instituto de Salud Pública y del tema de producción de vacunas, y después de haber participado en el foro sobre bioterrorismo, considero esencial mantener una política como Estado en la producción de aquéllas. Hoy son impresionantes las toneladas de esporas de ántrax, de botulismo y de viruela que hay almacenadas en muchos países. Por lo tanto, tenemos que hacer frente a esa adversidad, que perfectamente puede ser realidad el día de mañana.

En el tema del medio ambiente hemos dejado un espacio, porque es crucial en la gestión. Creemos que ahí lograremos acuerdos sustantivos.

En lo concerniente a recursos humanos, hoy se ha planteado la posibilidad de que una cantidad enorme de personas jubilen. Eso nos interesa mucho para que se produzca un tiraje, un cambio generacional, porque son muchas las personas que trabajan en el sector salud, sobre todo mujeres, que, además, están a cargo de sus hogares y que hoy estarían en condiciones de jubilar. Junto con el Gobierno, debemos buscar un camino para lograr este entendimiento.

Este proyecto de gestión busca agilizar el engranaje sinérgico, tan importante para el funcionamiento de nuestros hospitales.

Hoy los trabajadores de la salud están en una marcha contra esta iniciativa, y tienen las prerrogativas para hacerlo. Es sano que lo hagan; asimismo, considero importante aumentar el grado de participación ciudadana durante el trámite legislativo que queda de aquí a fin de año. Por ello, hago un llamado a los presidentes de las comisiones para que construyamos nuevos espacios de participación, a pesar de que estaremos en la discusión particular. La audiencia pública, a veces, es insuficiente.

Formulo un llamado al Gobierno y al ministro de Salud -está presente- para que abramos las puertas de participación en las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud. Posibilitemos esta participación en forma permanente

## DISCUSIÓN EN SALA

efectuando algunas reuniones extraordinarias para buscar la forma de salir adelante, porque como éste es un tema que no sólo interesa a los parlamentarios, a los gremios y a la ciudadanía, sino a todos los chilenos, nadie puede restarse.

Señor Presidente, formulo este llamado y ojalá tengamos una mesa de diálogo amplia sobre la salud. Es un tema técnico, poco político, y tenemos el deber, como parlamentarios, de aumentar la participación en este proyecto, que será el futuro de nuestro sistema sanitario por muchos años, tal como ocurrió con la reforma de 1952.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- En el tiempo de la Democracia Cristiana, tiene la palabra, por seis minutos, el diputado señor Sergio Ojeda.

El señor **OJEDA**.- Señor Presidente, este proyecto de ley introduce nuevos conceptos en la salud y una nueva institucionalidad en Chile. Por ello, se ha hablado de redes asistenciales, de establecimientos de autogestión en red, de la subsecretaría de redes asistenciales, de los consejos asesores, que estarán en las secretarías regionales ministeriales, y de la verdadera descentralización que se va a generar en salud con respecto a estas mismas secretarías ministeriales, lo que conlleva mayor participación en la salud.

Este proyecto es uno de los cinco presentados por el Ejecutivo para reformar la salud en Chile. En ese contexto, es el más importante y vital, pues tendrá la misión de llevar a cabo esta reforma, es decir, aplicar el plan Auge.

Todos conocemos los problemas de la salud y los inconvenientes en cuanto a la atención y cobertura. La salud -se ha dicho aquí- es un derecho que está consagrado en la Constitución Política. No obstante, a veces los preceptos constitucionales son meras enumeraciones o disposiciones simplemente declarativas, y en Chile el derecho a la salud no está plenamente asegurado. De ahí la disposición del Ejecutivo y del ministro de Salud, don Osvaldo Artaza, de reformar la salud e introducir nuevos mecanismos e instrumentos para crear una nueva institucionalidad sanitaria. Como la actual adolece de ciertas insuficiencias, es lógico pensar que se requiere de una nueva estructura dentro de la administración del Estado en lo referente a salud.

Señor Presidente, de lo que estamos seguros es de que nadie puede quedar al margen de la salud y morir por no tener acceso a ella o por no contar con los recursos suficientes.

Por ello, debemos plantearnos los grandes desafíos contenidos en el mensaje presidencial: proveer los servicios acordes con las expectativas de la población, procurando disminuir las desigualdades en salud; enfrentar el envejecimiento de la población y los cambios de la sociedad, y mejorar los logros sanitarios alcanzados. Ello debemos hacerlo en esta instancia histórica y en este Congreso Nacional, que tiene la posibilidad de discutir este tema abiertamente, y que, en forma mancomunada con todas las fuerzas políticas, ha de combatir y terminar con los problemas actuales que impiden la

## DISCUSIÓN EN SALA

materialización de la atención de la salud.

Es necesario crear los instrumentos, que ya he enumerado, de gestión sanitaria para plasmar una relación efectiva entre las necesidades de la población y la gestión de los recursos destinados a la salud; terminar con los vicios y los lastres que impiden el libre flujo de la atención hacia ella; establecer la nueva estructura sanitaria del sector público de salud de acuerdo con las actuales condiciones epidemiológicas, con la tecnología médica vigente y con las necesidades de salud de la población. Queremos nuevas facultades de gestión para erradicar prácticas que originan ineficiencias en la administración. Se trata de fortalecer la autoridad sanitaria, de que el Ministerio de Salud sea la autoridad sanitaria máxima y rectora, con nuevas facultades. El Estado tiene el deber y la responsabilidad indelegable de guiar el desarrollo del sector salud y de asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias de la población. Hay que dotarlo de mayores facultades y recursos económicos. Debe tener la capacidad de análisis de la realidad epidemiológica, de orientar y reorientar las acciones en las visiones de salud, como fortalecer las medidas de promoción de estilos de vida saludables.

Señor Presidente, sabemos cuáles son los problemas de la salud, especialmente respecto de la autoridad sanitaria, que es el tema que nos convoca hoy. Entre otros, burocracia e ineficacia, como también dispersión de funciones; exceso de normas o falta de ellas en el área asistencial del medio ambiente y ocupacional, lo que lleva a una irregular fiscalización y de escaso impacto sanitario; insuficiencia en la fiscalización de la calidad de las prestaciones y en la regulación de los administradores privados de los seguros de salud. La población no tiene claro cómo canalizar sus demandas o reclamos, ni menos cómo exigir el cumplimiento de sus derechos; la legislación actual consagra un régimen que, al impedir la integración armónica de los subsistemas público y privado, dificulta un buen uso de recursos; en fin, dificultades que hacen lenta y diluyen la atención de salud.

Por ello, señor Presidente, comparto los nuevos objetivos que se han trazado para dar salud en forma objetiva y oportuna, con eficiencia y con recursos económicos, y con base en los principios que enmarcan esta reforma, como la universalidad, la integridad, la solidaridad y la totalidad.

Por eso, como hemos señalado, es importante fortalecer esta institucionalidad y las potestades de la autoridad sanitaria, para lo que se establecen estas normas que mejoran la gestión y permiten la aplicación del sistema AUGE y las instancias de participación ciudadana. Es interesante saber que la ciudadanía va a participar en los consejos asesores, en las secretarías ministeriales de salud, organismos integrados por alcaldes, representantes de los colegios profesionales y de los trabajadores, prestadores de salud y muchos más.

Señor Presidente, debemos solucionar estos principales problemas de gestión que hoy enfrentan los servicios de salud. Para ello se les ha de dotar de capacidad suficiente para responder adecuadamente a las garantías de acceso, de oportunidad y calidad que contiene el sistema, cuyo carácter de

## DISCUSIÓN EN SALA

regulador y fiscalizador de los sectores público y privado de la salud, y de los agentes cuya actividad incide en ésta, debe llevarlo necesariamente a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en esa materia y en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de la población del país.

Por eso, estoy de acuerdo con esta reforma. En la discusión particular iremos diluyendo las dudas y las aprensiones que podamos tener sobre cada una de las instituciones que se están implementando o proponiendo para la mejor aplicación de esta reforma de la salud.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- En el tiempo del Comité Socialista y Radical Social Demócrata, tiene la palabra, por cuatro minutos y medio, el diputado señor Carlos Abel Jarpa.

El señor **JARPA**.- Señor Presidente, cada época y cada sociedad tienen su propio estado de salud, en el cual intervienen una serie de factores, que redundan en las condiciones en que viven los ciudadanos. En cada época y en cada sociedad se van generando, a través de acciones proactivas de gobierno, las condiciones que permitan identificar los problemas y solucionarlos.

Como dije en una oportunidad anterior, durante la Colonia y a pocos años de haberse fundado la ciudad de Santiago, se creó el hospital San Juan de Dios como un organismo más bien de beneficencia, donde se otorgaban prestaciones de salud por razones de caridad. Tampoco debemos olvidar que en 1950 existían la Sociedad de Beneficencia y el Seguro Obrero.

Por otra parte, hubo dos médicos de pensamientos ideológicos diferentes, como los doctores Salvador Allende y Eduardo Cruz Coke, que coincidieron en que la forma de enfocar la salud en Chile era a través de un sistema único, fortalecido, como fue el Servicio Nacional de Salud, creado en 1952. Gracias a sus políticas especialmente enfocadas a la salud materno-infantil y a prevenir y controlar las enfermedades infecciosas, hoy tenemos una atención de salud, como aquí se ha expresado, buena, eficiente, pero desigual. Buena, porque, como ha señalado el doctor Accorsi, los actuales índices biomédicos de nuestro país son del mismo estándar que los de los países desarrollados, y eficiente, porque eso se logra con un gasto muy inferior al de los países desarrollados. Sin embargo, ¿cuáles son nuestras dificultades? La desigualdad, la inequidad que existe entre los diferentes sectores de nuestra sociedad, en nuestras diferentes comunas. Esto se suma a la situación que consigna un informe de la Cámara de Diputados: la preocupación por la espera que deben sufrir las personas para recibir prestaciones de salud en el sector público, así como la preocupación que afecta a quienes reciben atención de salud en el sector privado de que pueden ser desagregados de este sistema en cualquier momento. Éstos son los motivos de preocupación de nuestra población.

Cuando se disgregó el Servicio Nacional de Salud, en 1979, y se descentralizó el sistema, se generó una baja de la inversión en salud. Es así

## DISCUSIÓN EN SALA

como hasta la década del '80 sólo se invirtieron 8 mil millones de pesos, monto que contrasta con los del año 90 en adelante, en que se invirtieron 48 mil millones de pesos. Un solo ejemplo de lo anterior es la normalización del hospital Herminda Martín, de Chillán, lugar en que, precisamente, nació nuestro ministro de Salud, a quien, con agrado, escuchamos en esta Sala. Gracias a que dicho establecimiento cuenta con neurocirujanos y con servicio de escáner, las urgencias son atendidas con la misma resolución que en cualquier hospital de Santiago. Ése es el esfuerzo que se ha hecho en estos años. Sin embargo, por las dificultades de financiamiento que existen, como aquí se ha explicado; por las acciones subvaloradas, señaladas por el diputado René Manuel García, y por la situación que hoy vive el personal, es necesario hacer esta reforma en salud, especialmente en la materia que estamos viendo, que se refiere a la autoridad sanitaria. Queda claramente establecido que los organismos del Ministerio de Salud tendrán una acción reguladora y fiscalizadora.

Por lo tanto, el proyecto fortalece al sector público, crea condiciones para potenciar el sistema Auge y, por último, incluye la participación de los ciudadanos.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- En el tiempo del Comité de la UDI, tiene la palabra el diputado señor Ignacio Urrutia.

El señor **URRUTIA**.- Señor Presidente, no creo que haya absolutamente nadie en esta Sala ni en Chile que esté en contra de mejorar el sistema de salud de nuestro país. Sin lugar a dudas, los principales reclamos que tenemos en los distritos que representamos son la delincuencia, el desempleo y la deficiente atención de salud. En consecuencia, no me cabe ninguna duda de que el proyecto se aprobará por unanimidad en general.

Tengo, sí, algunas dudas que deseo plantear, por su intermedio, señor Presidente, al señor ministro. Por ejemplo, no entiendo realmente por qué en el mismo momento en que estamos discutiendo uno de los proyectos de ley del plan Auge para votarlo en un rato más, en Santiago están protestando los gremios de la salud y los médicos.

Esperaba tener una visión más clara de por qué los médicos se oponen a este plan después de escuchar las palabras del diputado señor Accorsi. Sin embargo, quedé con la sensación de que se cambió de bando.

Por tanto, me gustaría que el señor ministro, en breves palabras, nos explicara por qué protestan los gremios de la salud y los médicos, ya que se supone que ellos deberían entender mejor que nadie la problemática que está viviendo ese sector.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- En el tiempo del Comité de Renovación Nacional, tiene la palabra el diputado señor Francisco Bayo.

El señor **BAYO**.- Señor Presidente, en el transcurso de las tres sesiones

## DISCUSIÓN EN SALA

en que se ha discutido este proyecto en la Sala se han dicho diversas cosas, lo que confirma que el tema de la salud es muy complejo. Por supuesto, su análisis y discusión se tornan aún más complicados cuando interfieren posicionamientos ideológicos o, incluso, aseveraciones que sólo están parcialmente basadas en la realidad de los hechos. La gente, en general, desconoce lo que pasa en materia de salud, y se preocupa de ello solamente cuando la afecta en forma directa.

Cuando el tema de la salud se trate en forma despolitizada, desideologizada y sin pasiones -como a ratos ha ocurrido en esta Sala-, entonces la población podrá esperar un resultado final que dé satisfacción a todos, que tenga, en especial, un sustento técnico que dé garantía de estabilidad en el tiempo y, a su vez, la posibilidad de que, al ser internalizada por la mayor parte de la población, cada uno de los actores se sienta comprometido con la reforma que aprueben la Cámara de Diputados y el Senado de la República.

Comparto algunas aseveraciones recientemente hechas por el diputado señor Accorsi, en el sentido de que parece raro que haya tal revuelo respecto de la salud, en circunstancias de que Chile exhibe los mejores indicadores biomédicos de América Latina, y cuando, aparentemente, somos los que gastamos menos en el continente en relación con nuestro Producto Interno Bruto. Eso es verdad. Chile destina, en salud, un poco menos que Inglaterra y la mitad de lo que gasta en estos momentos Estados Unidos. El país del norte ocupa el 16 por ciento de su Producto Interno Bruto en salud para sus habitantes, pero 40 millones de norteamericanos no tienen acceso a ella. Eso lo quiero resaltar, porque significa que el recurso económico no es lo más importante por sí solo. Por esa razón, Inglaterra, con la mitad del Producto Interno Bruto que utiliza Estados Unidos, exhibe el día de hoy, en salud, iguales resultados que ese país, porque existe otra forma de entregar salud. Chile destina a este objeto una cifra similar a la de Inglaterra; pero tenemos una infraestructura que, nacida en los albores de la década de los '50 en brazos del Servicio Nacional de Salud, nos permite entregar a la ciudadanía una atención en salud que no existe prácticamente en ninguna otra parte del mundo, porque, además, contamos con un equipo de profesionales y de no profesionales, paramédicos y auxiliares, que, en la mayoría de los casos, ingresan a este servicio público con una vocación digna de aplauso.

¿Por qué, si tenemos esta realidad, en la actualidad todo el mundo se preocupa de la atención de salud? Por algo muy sencillo: porque hay insatisfacción en la población. La principal causa del reclamo de la gente radica en que es mal atendida, en la existencia de las largas listas de espera. Asimismo, hay poca transparencia en el sector privado al aplicar exclusiones que no deberían subsistir. Estamos ante hechos concretos que se deben corregir.

Ésa es la razón por la que algunos -entre los que me cuento-, más que de reforma de salud, hablamos de perfeccionamiento del sistema actualmente imperante. En Chile existe un sistema de salud mixto, con un subsistema público y un subsistema privado que se deben complementar, es decir, sumar

## DISCUSIÓN EN SALA

y no restar. El hecho de que esta complementación no se materialice no es de responsabilidad del sector privado, sino del público.

Como aquí se ha dicho, hay que fortalecer un sector público que demuestre su eficiencia, la cual hoy está cuestionada. Existen miles de ejemplos para confirmarlo. Si es posible reconocer ese problema, es necesario hacerlo aterrizar técnica y científicamente. Ésa es la razón por la que en la Comisión de Salud solicitamos al señor ministro que realizara una auditoría en tres servicios de Salud: en el de La Araucanía Norte, en el de la Séptima Región y en el de un tercer servicio, por lo menos, en la Región Metropolitana. ¿Por qué? Porque no sólo debemos aceptar que se sospeche que existe ineficiencia, o la necesidad de entregar más recursos porque los actuales no alcanzan, sino demostrar que se utilizan bien los fondos actuales, tanto humanos como materiales y económicos. Así, el día de mañana podremos decir, con certeza, que para el plan Auge, para el régimen de garantías explícitas y para mejorar la atención primaria necesitamos tantos miles de millones de pesos. Primero, queremos que nos digan cómo se están usando hoy los recursos. Luego, con costos reales y depurados, diremos que la llamada reforma de salud requiere tantos millones de pesos más. Manifiesto, con absoluta seguridad, que contarán con el apoyo de todos nosotros para aprobar esas cifras, pero siempre y cuando nos demuestren previamente cómo se están usando los dineros. También es importante que la gente sepa que en determinado servicio de salud el recurso médico se malgasta; que en otro hay gestiones tendientes a distribuir los recursos económicos, materiales y humanos en cuatro o cinco establecimientos diferentes, en circunstancias de que podrían concentrarse en uno solo; que las plantas fijadas inicialmente en sesenta, setenta, ochenta o cien personas, aparecen, por obra y gracia del Espíritu Santo, duplicadas e incluso, en algunos casos, triplicadas. Queremos tener una explicación racional de esa modificación de las plantas, la seguridad absoluta de que los recursos están siendo bien usados y conocer cuál es el costo real de la salud en Chile.

Si el día de mañana contamos con esos antecedentes, cuando nos corresponda analizar en particular el financiamiento de este plan se dilucidarán muchas sombras y quedará clarificada la actuación futura, tanto la nuestra como la del Gobierno. Aquí no estamos ante un problema de mejor gestión o de más dinero, sino ante la necesidad de contar con mejor atención para demostrar que los fondos que se otorgan -muchos o pocos- siguen siendo bien usados.

Creo, señor ministro, que la intención del proyecto es buena y que apunta en el sentido correcto, pero quiero asegurarme de que la ejecución del mismo, su implementación, su desarrollo y evaluación posterior nos indicarán o revelarán claramente que hay un cambio en la gestión hospitalaria, la que hoy es deficiente. No deseamos que se vuelva a repetir el mito de que el servicio público es eficiente por los indicadores biodemográficos, los cuales significan en el país mayor desarrollo, agua potable, preocupación por la gente del sector rural, cuidado del medio ambiente, buenas políticas del Ministerio de Salud y priorización en cuanto a la solución de las necesidades.



## DISCUSIÓN EN SALA

Aquí está el resultado de una importancia creciente en el nivel primario de atención, de una muy buena política de implementación de los servicios de neonatología y del control del parto. Hoy, Chile se enorgullece de ser uno de los países de América Latina y del mundo en los que, en la práctica, el ciento por ciento de los embarazos y partos son controlados profesionalmente.

De manera que los indicadores muestran la suma del crecimiento y progreso del país, una muy buena priorización del sector central, del ministerio, y un excelente accionar de otros ministerios, como los de Obras Públicas y de Educación, en lo que se refiere a aportes.

Es necesario saber cuánto cuesta la atención de salud que todos los chilenos quieren; hay que responder a la población insatisfecha por los problemas existentes y reconocer que hay mala gestión en algunos servicios de salud. Se debe indicar al país cuáles son las deficiencias y las trancas de algunos gremios de la salud, a fin de que el resultado de esta discusión surja sin las presiones corporativas que, muchas veces, obnubilan el pensamiento y la razón. Asimismo, se requiere que el día de mañana el ministerio fiscalice, controle y prevenga los problemas con un buen instrumento legal en sus manos -el de la autoridad sanitaria-, con el objeto de que la gestión de los hospitales esté acorde con las necesidades actuales, implícitas en el proyecto, para lo cual no sólo se necesita, sino que se exige, a nivel central, un ministerio que prevenga los problemas, que no espere que la deuda hospitalaria llegue a decenas de miles de millones de pesos, sino que le ponga coto a tiempo a esa situación.

Espero que el señor ministro, coautor de la iniciativa, quien confía en que será aprobada por unanimidad en la Sala, el día de mañana asuma la responsabilidad que le cabe a nivel central, en lo que se refiere a la supervisión y fiscalización de los servicios de salud, en los cuales, no cabe duda, está el talón de Aquiles del sistema de salud.

Reitero que Renovación Nacional votará favorablemente el proyecto y, a su vez, que la transformación de esta iniciativa en ley compromete a ese ministerio a cumplir con el mandato legal que se le entrega.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra, hasta por cuatro minutos, el diputado señor Carlos Olivares.

El señor **OLIVARES**.- Señor Presidente, ha ingresado a la Sala uno de los proyectos de ley que conforman la reforma de la salud, impulsada por el gobierno del Presidente Ricardo Lagos. Debo señalar que este importante esfuerzo se hace para superar los grandes problemas de los sistemas de salud público y privado del país.

Los objetivos nacionales de salud apuntan, precisamente, a reorientar las políticas públicas en este ámbito, que son muy claros cuando señalan que se deben disminuir las desigualdades, enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población, proveer servicios acordes con las expectativas de la gente y mejorar los logros sanitarios alcanzados.

## DISCUSIÓN EN SALA

Para obtener estos objetivos nacionales, se ha identificado un grupo de enfermedades como las principales causas de daño y de muerte. Para enfrentarlas, se ha establecido el sistema AUGE, que instaura un régimen de garantías de salud. Para esto se necesita el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, y el presente proyecto de ley, que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, apunta en ese sentido.

En la actualidad, la autoridad sanitaria enfrenta una serie de problemas que atentan contra su buen desempeño, relacionados con la dispersión de funciones, burocracia, insuficiente fiscalización de la calidad de las prestaciones y escasa regulación de los administradores privados de seguros de salud.

Este proyecto de ley persigue tres objetivos muy claros: fortalecer la autoridad sanitaria y sus potestades; reforzar la gestión de los servicios de salud, estableciendo normas que los adecuen al sistema AUGE, y establecer instancias de participación ciudadana.

¿Cómo se fortalece la autoridad sanitaria? Separando las funciones de gestión y de prestación de servicios, que dependerán de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Además, las funciones propias de la autoridad sanitaria quedarán en manos de la Subsecretaría de Salud Pública, la que, a través de los seremis de Salud, ejercerá las potestades que le confiere la ley y que se traducen en apoyar al intendente en el ámbito de su competencia, cumplir funciones de vigilancia epidemiológica, verificación del cumplimiento de las normativas de calidad por prestadores públicos y privados, recepción de opiniones y de quejas y solución de las controversias.

¿Cómo se fortalece la gestión de los servicios de salud? Se crea una red asistencial que comprende a los establecimientos de atención de salud que operan en un territorio determinado. De esta forma, se pondrá fin a la falta de vínculos que en la actualidad podemos apreciar entre los consultorios de atención primaria y los hospitales, los que, si actúan en forma coordinada, aumentarán su eficiencia.

También se fortalece la gestión de los servicios de salud con la creación de los hospitales de autogestión en red, los cuales podrán contar con atribuciones especiales para mejorar su gestión y así satisfacer de manera más adecuada las demandas de los pacientes.

Las nuevas atribuciones son las siguientes: administrar y disponer de recursos propios; celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud para percibir en forma directa el financiamiento de las prestaciones valoradas; celebrar contratos de compra de prestación de servicios con personas naturales, y gestionar y administrar sus recursos.

¿Cómo se establecen las instancias de participación ciudadana? En cada servicio de salud existirá un consejo de red asistencial, que conocerá anticipadamente el plan anual de trabajo y la rendición de cuentas de la autoridad. Tendrá carácter consultivo y estará constituido por representantes de usuarios y de establecimientos de salud públicos y privados que integren la red asistencial del servicio.

Ésta es la parte medular del proyecto. A esto nos convoca la reforma de

## DISCUSIÓN EN SALA

la salud respecto de la autoridad sanitaria y de gestión en redes asistenciales. De esta forma, se empieza a enfrentar la insatisfacción en atención de salud de la ciudadanía.

La iniciativa cuenta con el apoyo de la bancada Demócrata Cristiana, que llama a la ciudadanía y a todos los actores involucrados en la reforma a impulsarla con decisión.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el diputado señor Andrés Egaña.

El señor **EGAÑA**.- Señor Presidente, hemos escuchado las más variadas argumentaciones respecto de un tema tan complejo como es el de la salud. Sin embargo, esta mañana quiero detenerme en la visión del Gobierno sobre la situación que se vive en el sector salud, porque no sacamos nada con aprobar una reforma cuando esa visión es tan distinta de la realidad.

Deseo traer a colación la intervención del Presidente Lagos, en el Mensaje del 21 de Mayo, referente a la salud. Expresó: "Este año nos proponemos dar un gran salto en la tercera gran reforma prometida por la Concertación: la reforma de la salud".

Más adelante, acotaba: "En los últimos años, superamos el problema de las colas en los consultorios". Sin embargo, aquí hemos escuchado decir, prácticamente a todos los diputados que han intervenido, que no se ha podido solucionar ese asunto. "Algo que no parecía posible -decía el Presidente-, gracias a la voluntad y al esfuerzo de todos lo hicimos posible".

Afirmó, además, que el año pasado se redujo el tiempo de espera para la atención médica de los menores de un año y de los mayores de 65, a menos de 48 horas. ¿Eso es estar sintonizado con la realidad? No, eso es desconocerla, de acuerdo con las intervenciones de los propios parlamentarios de la Concertación. Entonces, pedimos que exista sintonía con lo que realmente está pasando en el campo de la salud, a fin de que podamos tomar las determinaciones que correspondan.

También el Primer Mandatario dijo que se habían entregado gratuitamente medicamentos a todas las personas atendidas. En visitas efectuadas a consultorios de mi distrito, una de las quejas de los pacientes que logran ser atendidos era que no alcanzaban a recibir medicamentos.

Todos estamos dispuestos a enfrentar una reforma en el área de la salud, pero vemos que el Gobierno no asume su responsabilidad y no logra detectar los problemas como corresponde.

Aquí se ha hablado de que no sólo la gestión es determinante en la reforma de la salud, pero, a su vez, todos saben que se aumentaron en 200 por ciento los recursos invertidos en salud. Quisiera saber qué piensan aquellos que hacen colas, no son operados y no reciben la atención ni los medicamentos que, según se dice, se están entregando a todas las personas.

El Gobierno sostuvo también que, a partir de julio de 2001, todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud mayores de 65 años, tenían asegurada una atención completamente gratuita, y que más de cien mil

## DISCUSIÓN EN SALA

compatriotas mayores de 65 años, se han beneficiado con el nuevo programa de alimentación complementaria.

Recomiendo hacer una encuesta entre las personas que hoy nos visitan para saber si es verdad lo que tan claramente afirmó el Presidente en su Mensaje de 21 de Mayo último.

Debemos determinar claramente cuál es nuestra realidad en salud, y, sobre esa base, en forma responsable y en beneficio de todos, abordar los graves problemas que en esa materia afectan al país.

La Unión Demócrata Independiente concurrirá con sus votos a apoyar todo lo que vaya en beneficio de la salud de la gente, pero dejaremos claramente establecidas las responsabilidades en aquellas medidas que se pretenden tomar, pero que, en definitiva, no solucionarán los problemas.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- En el tiempo que corresponde al Comité Demócrata Cristiano, tiene la palabra, por tres minutos, la diputada señora María Eugenia Mella.

La señora **MELLA** (doña María Eugenia).- Señor Presidente, nadie podría dudar de que nos enfrentamos a un hecho histórico al emprender el desafío de responder a uno de los más preciados anhelos de la gente: poder acceder a una atención de salud digna, donde el dinero no sea un factor de discriminación respecto de quien debe tener la opción de mantener o recuperar su salud.

Se inicia el debate en esta Sala con el primero de los cinco proyectos, sobre autoridad sanitaria y gestión, al cual me voy a referir en particular.

La mencionada iniciativa pretende recuperar el rol rector, regulador y prestador del Estado, obstaculizado hasta ahora por la legislación vigente. El Estado tiene la responsabilidad indelegable de guiar el desarrollo del sistema de salud público y privado, y asegurar que se responda de manera efectiva a las necesidades sanitarias y a las expectativas de la población.

Quiero poner énfasis sobre algunos aspectos del proyecto que permitirán contar con una estructura organizacional y un modelo de gestión acorde con las necesidades de salud de la población y con el patrón epidemiológico de las enfermedades que la ponen en riesgo.

En primer lugar, cabe destacar la mayor racionalidad en el ordenamiento de las atribuciones y funciones en dos subsecretarías: la Subsecretaría de Redes, a cargo de la salud de las personas, y la Subsecretaría de Salud Pública, dedicada a la aplicación del Código Sanitario y a la regulación.

En segundo lugar, quiero enfatizar la importancia de la opción, basada en el mejoramiento de la gestión -algo tan debatido en esta Sala- y en el cumplimiento de las metas, de que los establecimientos en red puedan adquirir la calidad de autogestionados para los efectos de tener la posibilidad de obtener recursos propios. Quiero dejar en claro que esto no significa autonomía, ya que ella está condicionada al cumplimiento de los correspondientes compromisos de gestión, lo cual abre la factibilidad, interesante y vital, de estimular el mejoramiento de la gestión.

## DISCUSIÓN EN SALA

En tercer lugar, valoro la intención que se observa en todos los proyectos de centrar en la atención primaria este nuevo modelo de gestión. Destaco la acogida que el ministro, aquí presente, y el Ejecutivo han dado a la petición de los alcaldes respecto de las modificaciones introducidas al artículo 18 bis y a la letra a) del artículo 20, que permitirá reconocer el rol de la administración municipal.

Sin perjuicio de lo anterior, debemos plasmar en realidad esta primacía de la atención primaria en el resto de los proyectos en materia de financiamiento. Creo que se debería establecer en la ley un porcentaje determinado destinado a la atención primaria, porque no sólo se requiere mejorar la gestión, sino, también, entregar más recursos.

Apoyo con fuerte convicción el proyecto y tengo la confianza de que esta honorable Cámara, al aprobarlo, estará a la altura del desafío que nos ha impuesto la comunidad.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra, por tres minutos, el diputado del Partido Radical, señor Alberto Robles.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, el proyecto es muy importante desde el punto de vista de la gente que espera que se reforme el sistema de salud, a fin de ser mejor atendida.

No obstante el refrán: "Quien mucho abarca poco aprieta", hay tres temas que, a mi juicio, deben ser incorporados para mejorar aún más el sistema de salud, principalmente porque los países introducen reformas en sus sistemas sanitarios cada veinte o treinta años. Entonces, no tendremos opción para mejorar y entregar una nueva capacidad de gestión institucional sanitaria si no hacemos reformas en tres ámbitos importantes.

La atención primaria, ámbito tremendamente relevante, requiere ser fortalecida con cambios en su gestión, a fin de que lleguen especialistas para mejorar la capacidad resolutive y solucionar problemas que existen en muchas comunas pequeñas, donde coexisten consultorios de atención primaria con hospitales tipo cuatro. Se podría mejorar perfectamente su trabajo y gestionar mejor los recursos que ahí se entregan, unificando su administración.

La institucionalidad ambiental es otro tema que necesita ser mejorado. Es la oportunidad de enfrentar el siglo XXI con una institucionalidad fuerte, técnica y transparente, que permita a nuestro país contar con una legislación y capacidad para proteger no sólo ese medio, sino también la salud de las personas, la cual está tremendamente ligada con lo que pasa en el medio ambiente.

Es evidente que ha habido un gran avance en materia de gestión, el que se incrementará de acuerdo con el resultado que se pueda esperar del proyecto en estudio una vez que sea aprobado. Sin embargo, también es muy importante avanzar en materia de inversión en recursos humanos en salud, cuya capacitación es vital para el desarrollo del sector. Lo que hoy está invirtiendo el país en esa materia es bastante bajo comparado con lo que se

## DISCUSIÓN EN SALA

requiere.

También es muy importante avanzar en lo que ya se hizo en la ley médica. Necesitamos personas que gestionen los recursos de salud, idóneas para el cargo. Como en el sector público la idoneidad no está dada sólo por la capacidad de las personas, éstas, cada cierto tiempo, deberían rendir un examen que permita que los mejores ocupen los cargos directivos. Creo que sería muy interesante llegar a la concursabilidad de los cargos administrativos, es decir, que los cargos de subdirectores administrativos de los hospitales y de jefes de Somes, de áreas de procedimiento, de lavanderías, etcétera, sean concursables.

El proyecto de ley que nos ocupa es muy importante para el sector salud, y esperamos que en el transcurso de la discusión podamos incorporar temas que permitan que la globalización, que hoy se nos viene encima, también sea interpretada y mejorada desde el punto de vista de nuestra actitud en el ámbito de la salud.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- En el tiempo del Comité del Partido por la Democracia, tiene la palabra el diputado señor Girardi.

El señor **GIRARDI**.- Señor Presidente, estamos todos de acuerdo en que el proyecto en discusión -el primero que ha llegado a la Sala de los que tienen que ver con cambios al sistema de salud- es tal vez la reforma social más importante relativa a esta materia y a otras que ha debatido el país en el siglo XXI.

En ese sentido, nos parece fundamental entender que la reforma que se plantea es importante porque el mundo ha cambiado; porque el Chile del año 2002 no es el mismo de 1952, cuando se creó el anterior Sistema Nacional de Salud.

Antes, los problemas de salud por los cuales la gente fallecía eran fundamentalmente las desnutriciones y las enfermedades infecciosas. Hoy tenemos una sociedad que se ha envejecido. La gente ya no fallece a causa de enfermedades infecciosas, y la desnutrición no es el principal problema. Al contrario, las principales dificultades que hoy tiene la sociedad chilena dicen relación más bien con la obesidad, con los estilos de vida de la gente, con los cánceres, las hipertensiones arteriales y las diabetes, y con las muertes a causa de accidentes y de la violencia, problemas que, a diferencia de los que ocurrían en el pasado, que tenían que ver con la pobreza, dicen relación con la actitud de los seres humanos. Por eso, la gente debe internalizar que debe modificar su estilo de vida, porque los cánceres no son enfermedades inevitables, sino que dependen de la calidad de vida de las personas, es decir, cómo se alimentan, del medio ambiente en que viven y del estrés.

Por lo tanto, quiero subrayar que la reforma que establece el proyecto tiene como objetivo fundamental adecuar las políticas de salud a la nueva realidad epidemiológica y redefinir nuevos objetivos sanitarios. La iniciativa, que dispone una nueva concepción de la autoridad sanitaria, debe construir el

## DISCUSIÓN EN SALA

conjunto de políticas, planes, instrumentos y acuerdos de la sociedad chilena para que podamos materializar una estructura de salud para una nueva sociedad y una nueva realidad epidemiológica, particularmente un sistema de salud que ponga su centro y su fundamento en la prevención. No podemos mantener el enfoque decimonónico, arcaico, de una salud que está absolutamente centrada en lo curativo.

Debemos lograr que el objetivo de la salud sea el involucramiento de la ciudadanía. Por eso el proyecto contiene ideas fundamentales, como la apertura de espacios y ámbitos para que los ciudadanos también puedan participar en la construcción de su salud y de la sociedad.

El Estado no puede resolver todos los problemas de manera paternalista y asistencialista, y hacer de la salud una evasión. Hoy, lo fundamental para lograr cualquier cambio que se quiera hacer es que los ciudadanos se incorporen a ese proceso. En ese sentido, uno de los aspectos relevantes y que considero innovadores es que el proyecto que dispone una nueva autoridad sanitaria, que dice relación con el plan Auge, establece un mecanismo de participación, para que seamos socios con los ciudadanos en la tarea de construir la salud. La salud no depende del Estado, sino de cada uno de nosotros. Tal vez, lo que depende del Estado es la resolución de la enfermedad, pero no garantizar la salud. Por lo tanto, esta autoridad sanitaria y esta política deben tener como elemento neurálgico los aspectos de promoción y de prevención. Por eso hemos tenido este tan largo debate, para dar la importancia necesaria a la atención primaria.

En cualquier sistema, diseño o política de salud moderno y en cualquier autoridad sanitaria que se precie de tal, la atención primaria es el espacio privilegiado, porque es en ella donde se puede ayudar a las personas que tienen rostro, que tienen problemas concretos, donde se inicia la solución de los problemas de deterioro de la salud, porque a ella llegan las personas enfermas por causas o riesgos ambientales y aquellas que concurren debido a accidentes laborales. Allí se puede intervenir a nivel de las escuelas, porque la educación sanitaria debe empezar desde la etapa escolar. A los niños hay que educarlos desde pequeños respecto de la seguridad alimenticia, de los estilos de vida saludables, de la importancia de comer ciertos alimentos y de tener una vida sana desde el punto de vista de evitar el alcohol, las drogas y el tabaco, y de hacer ejercicio.

Por lo tanto, en este diseño de políticas y en el concepto innovador de autoridad sanitaria, como PPD queremos poner énfasis en la atención primaria. Creemos que hoy estamos en un problema. La atención primaria entrega el ochenta por ciento de las prestaciones del sistema público de salud y recibe sólo el doce por ciento del presupuesto. Por lo tanto, queremos que el presupuesto de la atención primaria llegue al treinta por ciento.

En ese sentido, uno de los temas que hoy queremos plantear -aunque no forma parte de la reforma- es que sea aumentado el presupuesto de la salud de manera importante. Sin embargo, no se ha tocado un solo peso de aumento al ingreso per cápita, que es lo que va a permitir redistribuir esos recursos. Por lo tanto, eso demuestra que la sociedad chilena tiene todavía un

## DISCUSIÓN EN SALA

debe; todavía falta hacer mucho más en atención primaria.

Hemos planteado que los especialistas básicos sean los que acudan a los consultorios para que no sea más la gente pobre y enferma la que tenga que ir a buscar a un especialista al hospital. Debemos modificar esa actitud que considero arrogante y distante, a fin de que sean los médicos especialistas los que concurran a los consultorios para atender a los pacientes. Con eso evitaríamos sufrimientos y que la gente perdiera tiempo y dinero en movilización. Si cada médico especialista dedicara parte de su atención a los consultorios, se mejoraría la calidad de atención de éstos y se permitiría hacer docencia y mejorar la calidad del equipo de salud.

Por lo tanto, somos partidarios de que la atención primaria sea la que resuelva la mayor parte de los problemas de salud y que a los hospitales lleguen sólo aquellos que no pueden ser resueltos en ella. Hoy sucede todo lo contrario, pues la atención primaria es una puerta de entrada en la que, a veces, el paciente sale peor de lo que entró. De allí que la resolución de sus problemas termine, inevitablemente, en un hospital.

Lo que queremos -para lo cual debe servir esta reforma- es deshospitalizar nuestra visión de salud, para que ojalá nunca en su vida las personas tengan que llegar a un hospital. Habremos cumplido con nuestro objetivo de construir una mejor salud si evitamos que la gente se enferme, que los enfermos se agraven y que lleguen a los hospitales. Ojalá toda la gente muera como aquella que vive en una sociedad moderna: de vieja, cuando su sistema de apoyo vital ya colapsa, previo a lo cual las personas han tenido una vida sana, por ejemplo, hasta los 70, 72 u 80 años. Ésos son los desafíos, los cuales, por lo demás, evitan contraer costos.

Quiero resaltar que debemos aprender de nuestro propio sistema, que es uno de los que tiene los menores costos y recursos, y los mejores indicadores internacionales.

Es ineludible hablar de la gestión. En ese sentido, el proyecto plantea desafíos fundamentales. La autoridad sanitaria tiene que ver, también, con mejorar la gestión. Al respecto, estamos convencidos de que necesitamos no sólo más Estado. No basta con decir que necesitamos más participación del Estado, porque la que hoy tenemos no nos sirve. Quienes hoy están porque haya más Estado, pero que no son partidarios de cambiar una coma, lo que precisamente están haciendo es ir en contra de la creencia de que las políticas públicas son fundamentales. Hoy debemos tener coraje para modificar las políticas públicas, para hacerlas más eficientes. Queremos un Estado más cercano, sensible y eficiente. No queremos un Estado arrogante, paternalista y burocrático que no resuelva los problemas. Ese Estado no le sirve a nadie: no le sirve a los chilenos enfermos, ni menos a la sociedad en su conjunto.

Para nosotros, el PPD, es tan importante decir que necesitamos más recursos como realizar una mejor gestión. Por lo tanto, el desafío de lograr una mejor gestión, como lo plantea el proyecto, constituirá una prioridad permanente.

Con la misma franqueza, afirmamos que la sociedad chilena debe invertir más recursos para mejorar la salud.



## DISCUSIÓN EN SALA

Aquí hay una dualidad: participación ciudadana- participación de los trabajadores de salud.

Se necesita una mejor gestión y modernización de nuestro sistema público; asimismo, más recursos, atención primaria y un enfoque de prevención, a fin de evitar que la gente se enferme.

Debemos plantearnos esos desafíos, que, creo, están recogidos en el primer proyecto, sobre autoridad sanitaria, que celebro que se debata hoy en la Cámara de Diputados.

He dicho.

*-Aplausos.*

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Tiene la palabra el diputado señor Gabriel Ascencio.

El señor **ASCENCIO**.- Señor Presidente, adhiero a los saludos y felicitaciones entregados al Gobierno y al ministro de Salud por este proyecto. Con el correr del tiempo, nos vamos a dar cuenta de lo que verdaderamente estamos realizando hoy en materia de reforma de salud.

Pero me resulta ineludible pronunciarme sobre los problemas que afectan a mi región, en especial a Chiloé. Quiero decir al señor ministro que el Presidente de la República, hace algún tiempo, nos habló de dos temas sustanciales.

Chiloé, debido a sus características, requiere hospitales con mayor capacidad resolutive y, en materia de gestión, mayor autonomía. Tiene problemas en materia de salud porque hay inequidad en el acceso, en la oportunidad y en la calidad de la atención. El aislamiento geográfico de nuestra isla determina el acceso y la oportunidad de la atención de los usuarios.

Chiloé tiene problemas, por cuanto hay ineficiencia en la gestión de salud provincial. Actualmente existe descoordinación en esa gestión en los establecimientos de atención primaria, donde cada equipo de salud y entidad administradora aplica su propio modelo de gestión, y, también, hay insuficiencia de atribuciones que permitan conducir esta red de atención y decidir sobre el uso de los recursos, lo que permite, en mayor y mejor grado, dar respuesta a las necesidades y demandas de la ciudadanía.

Allá se hizo una innovación extraordinaria en materia de gestión: la creación de una unidad de gestión provincial de salud. Hoy quiero rescatar la experiencia lograda con su funcionamiento.

El proyecto sostiene que la región cuenta con dos entidades: el servicio de salud y la secretaría regional ministerial. Una se preocupa de la autoridad, el seremi, y la otra, que son los servicios de salud, de los temas de gestión. Sin embargo, no se considera la situación geográfica de cada uno de los lugares. En Chiloé seguirán las derivaciones si no tenemos oftalmólogos, neurólogos ni traumatólogos, y si no tenemos adonde llevar los enfermos que requieren una cirugía cardiovascular.

Entonces, necesitamos algo más en materia de gestión. Se requiere una

## DISCUSIÓN EN SALA

autoridad provincial que perfectamente puede ser producto de la derivación de atribuciones tanto de la seremi como de los servicios de salud.

Si incorporamos en el proyecto que las facultades de esas autoridades puedan ser delegadas en las autoridades locales o provinciales, estaremos incorporando a los equipos locales a trabajar en los temas de salud.

La participación ciudadana es una muy buena idea. Lamentablemente, vamos a ver, una vez más, cómo en la Décima Región, con provincias como Valdivia, Osorno, Llanquihue, los ciudadanos de Chiloé no van a tener la posibilidad de incorporarse a este organismo asesor que se pretende crear en Puerto Montt por medio del proyecto de ley.

Por eso, quiero entregar al ministro un documento acerca del trabajo que realizaron los funcionarios de salud en la provincia de Chiloé; pero me gustaría incorporar al proyecto los aspectos y realidades locales en materia de salud.

Felicito al señor ministro por la proposición.  
He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Voy a dar a conocer los nombres de los señores diputados inscritos, quienes, por acuerdo de los Comités parlamentarios, pueden insertar sus discursos: Julio Dittborn, Mario Varela, Edgardo Riveros, Boris Tapia, Pedro Araya, Gabriel Ascencio, Zarko Luksic, Eduardo Saffirio, Carlos Montes, Sergio Aguiló, Eduardo Lagos y Carolina Tohá.

Tiene la palabra el señor ministro.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señor Presidente, en estos tres días hemos escuchado a los señores diputados, representantes del pueblo, elegidos democráticamente, plantear los problemas que aún no hemos resuelto. Pero tenemos el deber de ir más allá de ellos y construir, en conjunto, las soluciones.

También hemos conocido los grandes éxitos logrados como nación en el ámbito sanitario. Tenemos que aprender a valorarlos, pero también tenemos que buscar la solución de las nuevas dificultades que debemos enfrentar.

Estamos en momentos de cambios en salud. Cuando hay cambios, hay resistencias. ¡Qué fácil sería quedarnos cruzados de brazos, ver los problemas de la gente humilde de nuestros distritos y no hacer nada! ¡No hay nada más cómodo que no querer ver los problemas o no querer solucionarlos!

Cuando uno quiere abordarlos debe estar dispuesto a tener la audacia y la valentía de enfrentar las resistencias.

Varios señores diputados se han preguntado por qué los trabajadores de la salud se resisten a los cambios. Quiero ser muy claro: tienen todo el derecho de expresar sus disconformidades. Hoy han marchado centenares de trabajadores, y lo han hecho en orden. Eso me parece valioso. Pero así como los trabajadores de la salud tienen argumentos legítimos, también los dueños de las clínicas y de las isapres los tienen. Por lo tanto, debemos construir una inteligente ecuación que no perjudique a nadie, sino que, por sobre todo,

## DISCUSIÓN EN SALA

beneficie a las grandes mayorías, al pueblo de Chile, a los quince millones de chilenos y chilenas.

Hoy en las tribunas hay gente sencilla que está esperando que en el Congreso Nacional se aprueben proyectos de ley en su beneficio.

*(Aplausos en las tribunas).*

Señor Presidente, los señores diputados han cumplido un tremendo e importante rol histórico en esta jornada. Muchos han hecho sus propuestas y han formulado indicaciones para enriquecer estos proyectos. Vienen nuevas instancias de discusión y de debate, y estoy cierto de que la participación de los señores diputados seguirá enriqueciendo los proyectos. Sin duda, vamos a tener puntos de vista distintos; sin duda, habrá controversias. Pero les pregunto: ¿Cuál es el lugar natural en un país democrático para resolver las controversias?

Les pido que, por el bien de Chile, asumamos colectivamente la responsabilidad de transformar las controversias y los legítimos puntos de vista dispares en soluciones para la gente más sencilla de nuestro país.

He dicho.

*-Aplausos.*

*-En conformidad con el acuerdo adoptado precedentemente y del artículo 85 del Reglamento, que cumple con lo dispuesto en el artículo 10 del mismo cuerpo normativo, se incluyen las siguientes intervenciones no pronunciadas en la Sala:*

El señor **LAGOS.**- Señor Presidente, estimados diputados:

El proyecto de ley que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, ingresado a la Cámara a petición de su Excelencia el Presidente de la República, busca una mejora para la salud de todos los chilenos. Sus objetivos son claros y contundentes:

1. Disminuir las desigualdades en la entrega del servicio de salud;
2. Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad;
3. Proveer servicios acordes con las expectativas de la población, y
4. Mejorar los logros alcanzados.

Sabemos que los recursos de que dispone el país para concretar los cinco proyectos de ley que buscan mejorar la salud de todos los chilenos, que han ingresado a la Cámara, son limitados y escasos. Por ello es fundamental saber orientarlos hacia los objetivos anteriormente enumerados, los que, además, se deben expresar en un instrumento efectivo entre las necesidades de la población y la gestión de los recursos destinados a salud.

En la situación actual de la autoridad sanitaria, el Ejecutivo ha diagnosticado una serie de falencias que se deben enfrentar, las que fueron resumidas por el diputado Alberto Robles, como son la dispersión, la burocracia

## DISCUSIÓN EN SALA

y la ineficiencia; la desigualdad normativa; la insuficiencia en la fiscalización de la calidad de las prestaciones; insuficiencias en la regulación de los administradores privados del seguro de salud, y las insuficiencias en la legislación vigente.

También es sabido que hoy en día vivimos las consecuencias de la reforma de salud implementada a principios de los años ochenta, la que, en primer término, concentró en el ministerio las tareas normativas, y en los servicios, la atención de salud. Pero, además, a éstos se les entregó las facultades de fiscalización, asumiendo el rol del Servicio Nacional de Salud. Esta doble tarea dificulta que se solucionen los problemas que se presentan en ambas áreas.

Una segunda medida fue la municipalización de los consultorios y de las postas, que si bien no ha sido negativa, ha tenido un efecto dañino: la escasa integración y fluidez de procesos que deben existir en una red asistencial.

Los problemas que existen hoy en día en los servicios de salud se pueden resumir en los siguientes:

Problemas en el nivel primario: existe poca confiabilidad, dificultades de trato y baja participación social, producto de las excesivas derivaciones; baja cobertura de problemas crónicos del adulto, bajo control de calidad, baja capacidad de gestión, falta de especialistas y de exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Problemas del nivel secundario: baja cobertura para la salud mental del adulto mayor y de enfermedades crónicas; baja respuesta frente a la demanda desde el nivel primario y de urgencias, y baja devolución de pacientes al primer nivel. Además, hay dificultades en la autonomía e información a los pacientes respecto de su diagnóstico y tratamiento.

Problemas de nivel terciario: mínima cobertura de los problemas del adulto mayor y enfermedades crónicas; listas de espera, escasa descentralización y capacidad de gestión de recursos; hospitalizaciones innecesarias, concentración de recursos y de deudas; servicios clínicos segmentados entre sí, con poca colaboración y procedimientos burocráticos; falta de articulación con centros de atención primaria y secundaria, e indefinición de los mecanismos de derivaciones y de pago.

Los fundamentos del proyecto que buscan la solución a los problemas antes mencionados se resumen en los siguientes temas:

1. Una red asistencial territorial con énfasis en la atención primaria.
2. La organización de los recursos.
3. El avance tecnológico.

Este proyecto propone una nueva estructura sanitaria del sector público de salud, que se ajuste a las actuales exigencias que imponen la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de todos los chilenos. A su vez, contempla nuevas facultades de gestión para superar las actuales restricciones.

Esta iniciativa legal contempla, en suma, tres propósitos fundamentales:

1. Fortalecer la institucionalidad y las potestades de la autoridad sanitaria.
2. Establecer normas que permitan mejorar la gestión de los servicios de salud,

## DISCUSIÓN EN SALA

adecuándola a los requerimientos del sistema AUGE.

3. Establecer instancias de participación ciudadana en las secretarías ministeriales y en las direcciones de los servicios de salud.

En resumen, el proyecto se puede agrupar en los siguientes temas:

**Autoridad sanitaria:** el proyecto entiende por autoridad sanitaria la institucionalidad del Estado encargada de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la salud y en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de la población, y la radica en el Ministerio de Salud y en los organismos que de él dependen.

Su papel principal será la rectoría, regulación y fiscalización de los sectores público y privado de la salud. Entre sus funciones estarán las siguientes: dictar y dirigir las políticas nacionales de salud; definir los objetivos nacionales en esta materia; fortalecer y desarrollar políticas públicas; definir normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención; fortalecer el desempeño de las funciones esenciales de salud pública, definir el plan de salud y establecer las garantías.

La autoridad sanitaria regional se constituye separando de los servicios de salud las funciones propias de gestión de las redes asistenciales de aquellas relacionadas con la autoridad. Dicha separación se traduce en que la Secretaría Regional Ministerial tendrá nuevos poderes, además de apoyar al intendente en los ámbitos de su competencia.

**Fortalecimiento de la gestión de los servicios:** el proyecto propone el fortalecimiento de la gestión mediante la existencia de hospitales de autogestión en red.

La iniciativa legal define la red asistencial como el conjunto de establecimientos de atención de salud que operen dentro del territorio asignado a un servicio de salud, actuando de forma coordinada. A esta red se incluyen los establecimientos que actualmente dependen del servicio de salud, y se podrán incorporar los privados, debidamente acreditados por la autoridad sanitaria.

Otro aspecto que contiene el proyecto es la participación ciudadana, para lo cual se propone la creación de un Consejo Regional de Salud, que colabore, con carácter consultivo, con el secretario regional ministerial. Asimismo, se contempla la existencia de un consejo consultivo del Servicio de Salud, concebido como organismo colegiado, con representación de los usuarios y de los establecimientos de salud públicos, de todos los niveles. Su función será conocer el plan anual de trabajo del Servicio de Salud, como también de su cuenta pública semestral.

El proyecto propone modificar el decreto ley N° 2.763, de 1979, y sustituir el artículo 5° del Código Sanitario.

Se acordó que el artículo 1°, número 19, que constituye el artículo 21 del decreto ley N° 2.763, de 1979, tiene carácter de ley orgánica constitucional. No existen normas de quórum calificado.

He dicho.

El señor **SAFFIRIO.-** Señor Presidente, la República se encuentra

## DISCUSIÓN EN SALA

nuevamente abocada a la tarea de reformar su salud.

El senador Gabriel Valdés me ha contado que, tras el terremoto del año 39, siendo ministro de Salubridad el doctor Salvador Allende, éste, junto con el doctor Exequiel González y otros hombres y mujeres de prestigio, formó una comisión -nada nuevo bajo el sol-. Su objetivo era reformar la ley de Seguro Obrero y la de Accidentes del Trabajo.

La discusión parlamentaria fue intensa. Don Gabriel me señaló que el problema principal fue debatir acerca del financiamiento. La oposición al gobierno de Pedro Aguirre Cerda dudaba de que el método propuesto por la comisión lograra financiar la cobertura ofrecida por la reforma. El ministro de Salubridad tuvo que dar largas explicaciones de rentabilidad, acerca de fundos lecheros y madereros que se venderían, de 18 millones de pinos que se plantarían, etcétera. Insisto: nada nuevo bajo el sol.

Ahora, en tiempos del bicentenario, los invito a recordar el primer centenario.

Chile pasaba de una sociedad agraria a una urbana incipientemente industrial. Las ciudades se llenaban de conventillos insalubres. Los niños se morían de a miles, constituyéndose Santiago en un verdadero "matadero infantil". De 110.697 niños nacidos vivos, 37.917 morían antes de cumplir el año. La mortalidad infantil era de 342,5 por mil niños nacidos vivos en el año 1900. La prostitución y el alcoholismo causaban estragos.

Por eso se preguntó Enrique Mac Iver: ¿Es que acaso ya no somos felices? Pero su voz no fue escuchada, como tampoco la de Luis Emilio Recabarren, quien acusó de oligárquico al Chile de 1910, en un descarnado balance de ricos y pobres; la de Alejandro Venegas, quien rogó al Presidente Montt que viera con sinceridad lo que ocurría; la de Nicolás Palacios y la de Francisco Antonio Encina, quienes hablaban de la pérdida de fuerza del pueblo chileno y de nuestra inferioridad económica, o la del doctor Augusto Orrego Luco, quien señalaba la insalubridad de Chile y la "cuestión social".

El doctor Orrego Luco, Presidente de la Cámara de Diputados, pionero mundial en salud y en estudios del cerebro, director de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, presidente de la Sociedad Médica, ministro del Interior y de Justicia, es de esos reformadores sociales, servidores públicos, médicos destacados que, más allá de todo interés personal o demanda corporativa, se pusieron al servicio de los demás, y por lo que Chile debe sentirse orgulloso. Su adelantado fue el profesional irlandés doctor Guillermo Blest, "padre de la medicina chilena", traído en 1833 por don Diego Portales para dictar el "Curso de Ciencias Médicas" en el Instituto Nacional.

Política y salud, siempre unidas. Nada nuevo bajo el sol.

Con la crisis del salitre, que traería 20 mil cesantes a Santiago, y el colapso de 1929, las cosas empeoraron. Por ello, el doctor Alejandro del Río, ministro de Higiene, Asistencia Social y Previsión, con la presión de los militares jóvenes encabezados por un cirujano del Ejército, doctor José Santos Salas, logró la aprobación de la ley N° 4.054, que cimentó la medicina social en Chile.

Otro hito importante fue la creación del Colegio Médico, cosa que hizo el

## DISCUSIÓN EN SALA

Senado, aunque hoy haya algunos que se arrepientan. Con el apoyo de los senadores Allende, Jirón y Durán y del doctor Eduardo Cruz Coke, se crea este organismo gremial para "el perfeccionamiento, la protección económica social y la supervigilancia de la profesión de médico-cirujano".

El doctor Hernán Alessandri Rodríguez creó, ese mismo año, la Sociedad Chilena de Cardiología, y junto con médicos como Rodolfo Armas Cruz, Sótero del Río, Jorge Mardones Restat, se ubica entre los grandes de la salud chilena. Así fue como se creó el Servicio Nacional de Salud, en 1952. Luego, en el gobierno de don Eduardo Frei Montalva se dictó la ley de Medicina Curativa, se creó el nuevo Servicio Médico Nacional (Sermena) y tantos otros adelantos que sería imposible enumerar en su totalidad.

Ésta es una historia de servicio público eficaz puesto al servicio de la vida. Si en 1950 la tasa bruta de mortalidad era de 15 por 1.000 habitantes, y la de natalidad, de 30,4, esas tasas eran de 5,5, y de 17,6, respectivamente, en 1999. En 1948, el promedio de esperanza de vida entre los hombres era de 32,5 años. Hoy, Chile tiene una esperanza de vida, al nacer, de 72,3 años en el caso del hombre, y de 78,3 años, en el de la mujer, en circunstancias de que en Estados Unidos es de 73,6 y de 79,2 años, respectivamente.

Si en 1900 morían más de un tercio de nuestros niños antes de cumplir un año, en 1999 nacieron 273.641, y sólo 2.732 fallecieron antes del año de vida. En 1950, había 2.205 médicos; hoy contamos con más de 17.467. Lejanos están los tiempos en que el cólera, la viruela, el sarampión y el tifus eran las enfermedades que nos mataban, y en que el promedio de vida no superaba los 21 años.

De más está decir que si he mencionado esta historia y a estos nombres -Allende, Cruz Coke y Alessandri- es para que esta Cámara de Diputados recuerde que la salud pública de Chile, por la cual debemos sentirnos orgullosos, ha sido creación de todos los chilenos, sin distinción de credo ni de ideología. A continuar esa tradición, los invito hoy.

No quiero pasar por alto la reforma del régimen militar, que supuso una expansión central de la salud privada. La descentralización, de 1976; la inauguración, en 1979, del sistema de libre elección mediante la introducción de instituciones de salud previsual, isapres; la creación, en 1980, del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y la ley de 1985, han creado un nuevo panorama.

Según cifras del INE, en 1999 contábamos con 182 hospitales, 526 consultorios, 1.144 postas, 626 estaciones médico-rurales y cinco centros diferenciados de salud. Se trata de 30.958 camas hospitalarias. El sector privado aporta 44 hospitales, 121 clínicas, 387 policlínicas, 467 centros médicos y 506 laboratorios clínicos. Se trata de 11.265 camas hospitalarias (unas 6.000 de las cuales se concentran en Santiago).

Se trata de un sistema mixto, pero básicamente público, pues sólo 1.294.463 chilenos cotizan en las isapres. Pero, y he aquí el problema que nos convoca, el sistema público concentra a los sectores de bajos ingresos y de alto riesgo médico, y el sistema privado, mayoritariamente, concentra a los sectores de más altos ingresos y de más bajo riesgo.

## DISCUSIÓN EN SALA

En efecto, los beneficiarios del sistema de isapres concentran los más altos ingresos y el menor riesgo de salud. El gasto de salud por beneficiario de isapres es de US\$ 601 al año. Los beneficiarios del sector público representan los dos tercios de los chilenos restantes que tienen bajos ingresos y donde se concentran, además, los sectores de más alto riesgo médico (mujeres en edad fértil, ancianos o quienes padecen enfermedades catastróficas). El gasto anual resultante en el caso de los beneficiarios del sistema público es de US\$ 204 dólares, tres veces menos.

Según Patricio Meller, la situación es peor. Hoy día el gasto promedio anual per cápita en salud en el sector privado sería de 900 a 1.100 dólares, y en el sector público de salud, de apenas 170 dólares. El diferencial es de 5,5 a 6,5 veces. Es decir, una familia chilena que tiene acceso a una clínica privada gasta 5,5 veces el costo de atención de un hospital público. Si ello sólo significase una diferencia en la hotelería y no en la calidad de la atención médica, pasaría. Pero, como se pregunta Patricio Meller, "si la probabilidad de supervivencia ante una intervención quirúrgica compleja fuera el doble en una clínica privada en relación con un hospital público, ¿dónde le gustaría que se operara su madre, su esposa o su hija?

Porque -y sigo citando al prestigioso economista de la Universidad de Chile- "el mercado de la salud, ¿es realmente análogo al mercado de los televisores o de los zapatos? ¿Es tan fundamental la posibilidad de disponer de un amplio rango de alternativas en el caso de salud? Una persona que resulta herida en un accidente automovilístico o que sufre un ataque al corazón, ¿visita distintos hospitales para decidir en cuál se queda? Si esto le sucediera en una zona alejada de Santiago, ¿no preferiría que el único hospital local estuviera bien equipado? Si un consumidor adquiere un televisor cuyo monitor falla al cabo de una semana, puede reclamar y sustituirlo por otro; pero, en el caso de salud, si en un hospital de baja calidad se opera a un paciente y éste muere por no disponer de algún elemento médico o por negligencia del personal, se está ante una situación irreversible".

Por ello, el doctor en Economía Patricio Meller señala que aquí hay un rol central de lo que él llama un Estado integrador. La salud tiene un costo, pero no tiene precio. Como lo sostiene el asesor de Michelle Rocard, el tecnócrata francés Roger Godino, la salud es invaluable, pues no es una mercadería ni se encuentra en el comercio humano. Y sucede que Chile tiene un gasto social que no alcanza el 50% del tamaño relativo del observado en países desarrollados según estudios de Engel, Bravo y Meller de 1998. Por ello, estos estudiosos consideran que debiera haber un aumento en los recursos públicos en salud y en educación, y que éste signifique un mejoramiento en la calidad del servicio.

En consecuencia, entendemos la salud como un bien social. Ello impone la necesidad de crear condiciones de accesibilidad a todos los chilenos, sin distinción de ninguna especie. Asimismo, esto supone avanzar en justicia, superar las inequidades y aumentar la efectividad global y la capacidad de respuesta a las necesidades de las personas.

Reafirmamos nuestra convicción de consolidar un sistema mixto de



## DISCUSIÓN EN SALA

salud. No estamos por más libre mercado en salud, ni tampoco por un sistema único o por volver al antiguo SNS.

Valoramos la necesaria complementariedad público-privada en salud. Pero no se debe subordinar al nivel de ingresos el derecho de todos los chilenos de contar con una adecuada protección social en salud.

Debemos superar la existencia de un sistema dual de salud que opera con lógicas contrapuestas. No queremos un sistema de salud para los ricos y otro para los pobres. La polarización social no sirve a la causa del desarrollo para Chile; ésta requiere de la voluntad y del valor para apostar con decisión por la cohesión social.

Ésta ha sido la experiencia de Europa Occidental de posguerra, y la del Sudeste Asiático más recientemente. Para lograr el desarrollo, los países requieren algo más que crecimiento económico; la evidencia empírica internacional nos muestra majaderamente que, sin justicia social, no hay progreso.

Chile requiere de un pacto social. Es necesario que quienes tenemos más, estemos dispuestos a apoyar a los que tienen menos. Esto se llama solidaridad, no lucha de clases, como lo denuncia demagógicamente el presidente de la UDI.

Sinceremos el debate. Chile está lejos de ser un país caracterizado por una alta intervención del Estado en la economía. Las cifras nos muestran que en países de la Unión Europea, como Suecia, Francia, Italia, Holanda, Alemania, España y Reino Unido, el gasto público, como porcentaje del PIB, representa valores de 62,3 por ciento, 54,2 por ciento, 53,6 por ciento, 48,7 por ciento, 47,9 por ciento, 42,2 por ciento y 41 por ciento, respectivamente. En Chile, éste es sólo del 23,3 por ciento. Incluso en la cuna del capitalismo, Estados Unidos, este porcentaje es del 31,6 por ciento.

Si miramos estas cifras para el caso de la salud, la realidad no difiere mucho. El gasto público en salud, como porcentaje del PIB, en estos países es del orden de 6,3 por ciento en promedio, mientras que en Chile éste apenas sobrepasa el 3 por ciento.

**Cuadro 1**  
**Gasto sanitario como porcentaje del PIB: 1972, 1982 y 1992**  
**Siete países de la Oede.**

	1972	1982	1992	% Variación 1982/ 1972	% Variación 1992/ 1982
Bélgica	4,3	7,4	8,2	+65	+11
Francia	6,2	8,0	9,4	+29	+17
Alemania	6,5	8,6	8,7	+32	+1
Irlanda	6,7	8,4	7,1	+25	-15
Países Bajos	6,7	8,4	8,6	+25	+2
España	4,4	6,0	7,0	+36	+23

## DISCUSIÓN EN SALA

Reino Unido	4,7	5,9	7,1	+26	+20
-------------	-----	-----	-----	-----	-----

**Cuadro 2**  
**PIB real per cápita, gasto sanitario como porcentaje del PIB y participación del sector público en el gasto sanitario, 1992.**

	PIB per cápita (US\$ 000)*	Gasto sanitario como % PIB	Gasto sanitario público como % del total
Alemania	20,4	8,7	71,5
Francia	18,6	9,4	74,8
Bélgica	18,2	7,9	88,9
Países Bajos	17,0	8,6	76,6
Reino Unido	16,3	7,1	84,4
España	12,9	7,5	80,5
Irlanda	12,4	7,1	76,1

\*Medido en paridad de poder adquisitivo.

Asimismo, al observar el porcentaje de personas que se declaran satisfechas del sistema sanitario en esos países, las cifras nos muestran que éstos se mueven en cotas superiores al 65 por ciento, siendo la excepción España, con sólo un 36 por ciento de satisfacción, y el Reino Unido, con 48 por ciento. En Chile, como veremos, la evaluación es mala, y no sólo respecto del sector público.

En Chile, el gasto público en salud es de un 3,1 por ciento del PIB. (Otros lo calculan en un 3,4 por ciento). En democracia hemos mantenido una tasa de crecimiento del gasto social en salud por habitante de un 8,8 por ciento. Se trata de un enorme esfuerzo. Más que lo duplicamos. Pero recordemos que en 1972 el gasto en salud era de un 4,7 por ciento del PIB. Aumentarlo en 150 mil millones de pesos para financiar el plan Auge equivale a 0,3 por ciento del PIB.

Finalmente, los chilenos entienden que la reforma de la salud supone más impuestos y recursos. La Fundación Futuro entrevistó telefónicamente a los santiaguinos, quienes señalaron que para financiar dicha reforma se debía "aumentar el impuesto al tabaco, al alcohol y al diesel" (32,8 por ciento); aumentar los impuestos a las empresas (28,2 por ciento); reasignar fondos de presupuesto público (14,8 por ciento); mayores ingresos producto del crecimiento económico (12,2 por ciento); traspasar los 3/7 de la cotización de las isapres (8,2 por ciento), y un 3,8 por ciento, aumentar el impuesto a las personas.

En definitiva, Chile tiene una tarea pendiente en materia de salud, y esta reforma constituye un avance en la dirección correcta.

## DISCUSIÓN EN SALA

La salud es invaluable; la prevención, curación y rehabilitación de las personas tiene un costo, y hay que estar dispuesto a pagarlo.

Cuatro son los elementos principales que fundamentan mi posición favorable a estos proyectos que conforman el plan Auge:

i) El plan Auge representa un avance objetivo hacia el establecimiento de derechos garantizados en prestaciones de salud, al establecer garantías explícitas de calidad, oportunidad y cobertura financiera para todos los chilenos.

ii) Su financiamiento contiene una fórmula que representa un avance hacia una mayor progresividad en la distribución de recursos públicos hacia familias de menos recursos.

iii) Corrige ciertas imperfecciones en el sistema de seguros de salud al evitar la existencia de ciertos subsidios cruzados, indeseados o encubiertos que van desde el sector público a las isapres, cuestión que la Concertación viene planteando desde el año '95, cuando Carlos Massad era ministro de Salud.

iv) Impone un desafío de eficiencia tanto en el sector público de salud como en el privado.

Mi partido, la Democracia Cristiana, ha planteado, a través de su Consejo Económico Social, observaciones acerca de la modalidad de financiamiento de un tercio de la propuesta Auge. Tiene dudas acerca de acabar con el subsidio cruzado que beneficia a madres de los tres deciles más ricos de la población, en los cuales hay gente de mucho esfuerzo y de situación económica media.

Debo señalar que en mi partido sabemos muy bien que los chilenos queremos la reforma de salud. Desde 1997 y por el informe del Pnud sabemos que los chilenos de clase media, en un 58,2 por ciento, sostuvieron que, de padecer una enfermedad grave, tenían poca o ninguna confianza en recibir atención de salud oportuna; un 50 por ciento dijo que tenían poca o ninguna confianza en recibir una atención de buena calidad, y un 71,3 por ciento señaló que no podría pagar los costos de la atención.

Esto se dijo antes de que el crecimiento económico bajara a un tres por ciento anual. La crisis económica e injusticias flagrantes redundaron en que las isapres perdieran 431.183 afiliados entre 1997 y 2001. Su porcentaje de participación en la población beneficiaria bajó del 26 por ciento al 20 por ciento.

En un país donde el 65 por ciento de sus habitantes declara, hoy, vivir en hogares con ingresos de 350 mil pesos o menos, es obvio que éstos esperan un apoyo solidario de los que tenemos más y el reconocimiento efectivo de un derecho básico por parte del Estado. Creo que las clases medias aspiran a un trato justo y que, sobre toda consideración, la salud sea un derecho de todos y no de unos pocos.

La Democracia Cristiana siempre ha sido un partido nacional con vocación popular, y eso es lo que ratificaremos ahora.

Debo señalar, además, que en la Democracia Cristiana sabemos muy bien que las isapres están en deuda con Chile. El Estado ha subsidiado a las isapres desde su creación. El año 1997 ellas recibieron por concepto de

## DISCUSIÓN EN SALA

cotización adicional legal (2 por ciento) la suma de 17 mil 612 millones de pesos, y por subsidio maternal, 37 mil 462 millones de pesos. El año pasado esos subsidios fueron de 5 mil 442 millones y 57 mil 519 millones. Se trata de más de miles y miles de millones de pesos anuales que el Estado paga, en circunstancias de que debieran hacerlo las isapres.

Me parece un deber del Estado ayudar a padres y madres a criar a sus hijos cuando ellos no tienen la posibilidad de hacerlo plenamente por razones que no les son imputables a ellos. Pero es de mínima justicia que esos subsidios lleguen a las mujeres que cotizan en el Fonasa, el 70% de las mujeres en edad fértil. Y que, al menos, el postulado liberal mínimo, la focalización del gasto social, y no la concepción más social de derechos universales para todos, que se garantizan en Europa, se cumpla. Es decir, que no ocurra que el 60 por ciento del subsidio maternal vaya a las mujeres de los deciles más ricos de Chile.

Quiero expresar que esto no debe significar el aumento de las cotizaciones en isapres. Primero, porque ellas han recibido durante dos décadas el apoyo del Estado para desarrollarse.

Segundo, porque, como lo ha recordado la superintendente de Previsión Social, Ximena Rincón, cuando el Estado comenzó a pagar el subsidio maternal, en 1985, ellas no bajaron sus planes.

Tercero, porque como lo ha dicho el superintendente de Isapres, José Pablo Gómez, los gastos de administración del Fonasa sólo representan el 1,6 por ciento de sus ingresos, contra un 21 por ciento de las isapres. Las isapres pueden bajar sus costos en publicidad -2 mil 869 millones de pesos-, en remuneraciones -37 mil 391 millones-, en comisión de ventas -29 mil 135 millones- y otros gastos por 46 mil 207 millones de pesos sin que ninguna haya ido a la quiebra.

Cuarto, entre 1990 y 1997 las isapres tuvieron un promedio de rentabilidad sobre el patrimonio de 22 por ciento, para caer a 10 por ciento en 1998 y a 2 por ciento en 1999. En los años 2000 y 2001 se recuperó esa rentabilidad al 9 por ciento. Es decir, por dinero no se quedan, y se ha cumplido su finalidad de lucro, como lo señaló el vicepresidente de Cruz Blanca, señor Fabio Valdés. De hecho, y a pesar de que han bajado los cotizantes, los ingresos operacionales han aumentado de 449 mil 311 millones de pesos en 1997 a 533 mil 707 millones en 2001. La información periódica de que dispongo señala que ello se debe a que han aumentado el valor de los planes. Por ello pueden y deben hacer un esfuerzo más grande.

Es el momento de la solidaridad, máxime cuando en el pasado invierno la lluvia nos ha recordado que hay dos Chiles y un solo dolor.

Señor Presidente, por su intermedio pregunto a los diputados que conforman esta honorable Cámara: ¿Se han dado cuenta de que cuando estamos discutiendo sobre el plan Auge y de los subsidios maternales, estamos hablando de un milagro sagrado para los creyentes y de un motivo de asombro para los filósofos? ¿Cuál es el lugar que debemos dar, en el debate público acerca de la vida, a las consideraciones económicas?

Lo esencial y existencial es apoyar el milagro de la natalidad y vida

## DISCUSIÓN EN SALA

humanas sin cálculos menores. Por cierto, la natalidad y la vida tienen un precio económico, y lo justo es que los que tenemos más lo paguemos de nuestro propio bolsillo, y que los que tienen menos dinero, pero suficiente vida, sean apoyados por toda la sociedad y el Estado. Ésa es la cuestión económica central.

Termino diciendo que me parece bien que los partidos políticos, particularmente el mío, y los parlamentarios de Gobierno enriquezcan las propuestas de la coalición de Gobierno de la cual son parte. De hecho, en conjunto con los diputados Burgos, Silva y Riveros, y con la diputada señora Mella, hemos presentado una indicación para salvar una grave omisión de este proyecto que ahora discutimos: la exclusión, en el proyecto original, de los adultos mayores en el consejo asesor de las seremis de Salud. De igual modo, los parlamentarios de Oposición pueden y deben criticar, y fiscalizar. Es el juego de la democracia. Pero quiero ser muy claro en lo siguiente: la reforma de salud debe hacerse, pues los chilenos no entenderían que este Congreso la bloqueara por meses y años. Menos comprenderían si las dificultades proceden de quienes, estando en el gobierno, tienen el deber de servir ahora con la mayor eficacia, eficiencia y celeridad. Ello no contribuiría en nada al prestigio de la política ni del Congreso Nacional.

Debo recordar que detrás de la derrota de Bill Clinton y del desprestigio de la política norteamericana, se encuentra una situación que los chilenos debemos evitar, y para ello trabajaré.

En 1992 y 1995, la inmensa mayoría de los norteamericanos pedía una reforma de salud.

¿Está usted a favor de que el Gobierno provea un programa nacional de salud financiado públicamente?

	1980	1990	1994
De acuerdo	62	71	73

¿Está usted a favor de que el Gobierno expanda sus gastos sociales?

En Sanidad	82
En las Fuerzas Armadas	12

Pues bien, Bill Clinton y su mujer fracasaron, y no hubo reforma. La explicación del fracaso que da el conocido cientista político Benjamín Barber es la siguiente: "Al convertirse en un debate todavía más tecnocrático y profesionalizado sobre el plan abstracto de reformas que era necesario aplicar, la inmensa mayoría de la opinión pública, simplemente no prestó atención al problema. Una serie de expertos con credenciales públicas debatieron con otros expertos con credenciales privadas".

Era tal la confusión que provocaban las acusaciones mutuas y los informes supuestamente técnicos que daban la razón a quien lo había solicitado, que ello provocó un distanciamiento entre la ciudadanía y el Presidente. En costosos estudios y anuncios publicitarios, colegios

## DISCUSIÓN EN SALA

profesionales, industrias farmacéuticas y otras grandes corporaciones arrebataron de la mente de los ciudadanos la reforma de su sistema de salud. Así se selló la suerte del plan sanitario de Clinton. Sus desigualdades y costos siderales se mantienen. Hoy, Estados Unidos gasta casi un 14 por ciento del PIB en salud, mucho más que Suecia, donde la salud pública es mejor y más barata.

Por ello, y máxime si el ministro de Salud es un destacado camarada, el deber de todo partido que integra una coalición de gobierno es actuar siempre, como lo ha dicho Adolfo Zaldívar, con responsabilidad.

Si coincidimos en que podemos tener una mejor salud para todos; si hemos demostrado que hay posibilidades de aumentar recursos, gestionarlos mejor y redistribuirlos con más justicia, ¿por qué no ponerse de acuerdo? Así lo hicimos en 1924, 1948 y 1968.

Los chilenos merecemos que nuestros representantes políticos, olvidando prejuicios, legítimas diferencias partidistas, particularismos corporativistas y codicias financieras, se pongan de acuerdo.

Por ello votaré a favor, no sólo de este proyecto de autoridad sanitaria, sino del conjunto de la propuesta del Gobierno, que, espero, a esas alturas sea de todos nosotros.

He dicho.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- En votación general el proyecto, con excepción del N° 19 del artículo 1º, que sustituye el artículo 21 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que, por referirse a materias propias de ley orgánica constitucional, requiere de quórum especial.

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 58 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 43 abstenciones.*

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Aprobado en general el proyecto.

*-Aplausos.*

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Álvarez-Salamanca, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bayo, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Girardi, Hales, Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Jiménez, Lagos, Leal, Letelier (don Juan Pablo), Letelier (don Felipe), Lorenzini, Luksic, Mella (doña María Eugenia), Montes, Mora, Muñoz (don Pedro), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pareto, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Sánchez, Seguel, Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Venegas, Villouta y Walker.

## DISCUSIÓN EN SALA

*-Se abstuvieron los diputados señores:*

Alvarado, Álvarez, Barros, Bauer, Becker, Bertolino, Cardemil, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Dittborn, Egaña, Errázuriz, Escobar, Forni, Galilea (don Pablo), García (don René Manuel), García-Huidobro, González (doña Rosa), Hernández, Ibáñez (don Gonzalo), Kuschel, Longton, Longueira, Martínez, Melero, Moreira, Palma, Paya, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Ulloa, Uriarte, Urrutia, Varela, Vargas y Von Mühlenbrock.

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- En votación el Nº 19 del artículo 1º.

Recuerdo a la Sala que se necesitan 69 votos a favor para aprobarlo.

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 58 votos; por la negativa, 27 votos. Hubo 21 abstenciones.*

El señor **SALAS** (Presidente en ejercicio).- Rechazado el Nº 19 del artículo 1º.

Despachado el proyecto.

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Bustos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, Hales, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Jiménez, Lagos, Leal, Letelier (don Juan Pablo), Letelier (don Felipe), Lorenzini, Luksic, Mella (doña María Eugenia), Montes, Mora, Muñoz (don Pedro), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pareto, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Quintana, Rebolledo, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Sánchez, Seguel, Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Villouta y Walker.

*-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:*

Álvarez-Salamanca, Álvarez, Barros, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Cardemil, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Díaz, Egaña, Errázuriz, Forni, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), García-Huidobro, Hidalgo, Kuschel, Longton, Martínez, Palma, Pérez (doña Lily), Vargas y Vilches.

*-Se abstuvieron los diputados señores:*

Alvarado, Dittborn, Escobar, Hernández, Ibáñez (don Gonzalo), Leay, Longueira, Melero, Moreira, Paya, Pérez (don Ramón), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Ulloa, Uriarte, Urrutia, Varela y Von Mühlenbrock.

*-El proyecto fue objeto de las siguientes indicaciones:*

## DISCUSIÓN EN SALA

**AL ARTÍCULO 1°****Número 1**

1. De los señores Robles, Cornejo, Lorenzini y Venegas para agregar los siguientes incisos finales al artículo 4°:

“Asimismo, el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las facultades y obligaciones de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, de la Superintendencia de Garantías en Salud y de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, deberá fiscalizar el debido cumplimiento del derecho de las personas a la libertad de elegir el establecimiento de salud y el profesional correspondiente, en lo que respecta a las prestaciones de salud tanto del Régimen de la ley N° 18.469 como de aquellas establecidas en el Régimen de Garantías de Salud, sea en el sector público o privado.

Ninguna norma, resolución o contrato podrá limitar, disminuir o desnaturalizar el derecho de las personas a elegir libremente el establecimiento de salud y el profesional que prestará las acciones de salud contempladas en las normas precedentemente establecidas.”.

**Número 10**

2. De los señores Robles y Venegas para agregar en el número 10), que modifica el artículo 14, la siguiente letra c), nueva:

- c) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:

“Sin perjuicio de otras atribuciones que asigna la presente ley a los Secretarios Regionales Ministeriales, éstos tendrán que fiscalizar en los organismos que correspondan, en su respectiva región, el debido cumplimiento del derecho de las personas en salud a la libertad de elegir los establecimientos y los profesionales tanto en el sector público como en el privado que les proporcionarán las atenciones y prestaciones que les reconocen tanto la ley N° 18.469 como la ley sobre Garantías en Salud.”.

**Número 11**

3. De las señoras Saa y Allende, y del señor Rossi para agregar en el inciso cuarto del artículo 14 B que se agrega mediante este número, el siguiente numeral 12:

“12.- La Directora Regional del Servicio Nacional de la Mujer.”.

4. De la señora Mella, y de los señores Burgos, Riveros, Saffirio y Silva, para consultar en el inciso cuarto del artículo 14 B que se agrega mediante este número, el siguiente numeral 12:

“12.- Un representante de las Asociaciones de Mayor de la región, elegido en la forma que señala el reglamento.”.

5. Del Ejecutivo para agregar, a continuación del numeral 31), el siguiente numeral 32), nuevo:

“32) En el Capítulo VI:



## DISCUSIÓN EN SALA

a) Intercálase, entre el epígrafe del Capítulo y el artículo 56, lo siguiente:

**“TÍTULO I****Normas Generales”**

b) Intercálase, a continuación del artículo 60, los siguientes títulos II, III, IV, V, VI, VII, VIII y IX, nuevos, pasando los actuales artículos 61 y 62 a ser 85 y 86, respectivamente, los que se ubicarán dentro del Capítulo IX:

**“TÍTULO II****De la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo**

Artículo 61.- Establécese, para el personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos, sea de planta o a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley Nº 18.834 y el decreto ley Nº 249, de 1974, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente base y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentren, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 62.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley Nº 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2º de la ley Nº 19.699.

El componente base ascenderá al 5,5% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente variable será de un 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de un 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre un 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 63.- Para efectos de otorgar el componente variable de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo señalada en los artículos precedentes, se aplicarán las reglas siguientes:

1. El Ministerio de Salud fijará, antes del 10 de septiembre de cada año, las metas sanitarias nacionales para el año siguiente y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de cada uno de los Servicios de Salud.
2. Conforme al marco señalado en el número anterior, el Director de cada Servicio de Salud determinará para cada uno de sus establecimientos,

## DISCUSIÓN EN SALA

incluida la Dirección del Servicio, las metas específicas y los indicadores de actividad, previa aprobación por parte del Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo.

3. Para efectos de la determinación de las metas, el respectivo Director de Servicio deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo, presidido por dicha autoridad e integrado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud; por los Directores de establecimientos de salud del Servicio, y por un representante de la asociación de funcionarios beneficiarios de la asignación, con mayor representación en el respectivo Servicio o Institución, sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinente.
4. En relación con dichas metas específicas, se evaluará el desempeño de cada establecimiento.
5. La evaluación del nivel de cumplimiento de las metas fijadas a cada establecimiento, se efectuará por el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, en el plazo que señale el reglamento, a partir de la información proporcionada por los Servicios de Salud y por los propios establecimientos, la que deberá ser entregada por dichas entidades a la señalada autoridad, a más tardar el 31 de enero de cada año. La resolución que dicte el Secretario Regional Ministerial de Salud, será apelable ante el ministro de Salud en el plazo de diez días, contado desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la resolución por carta certificada dirigida al domicilio del Servicio de Salud correspondiente.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el ministro de Hacienda, regulará los procedimientos destinados a la definición y evaluación del grado de cumplimiento de las metas anuales, los plazos que deberán cumplirse durante el proceso de evaluación y las demás disposiciones necesarias para el otorgamiento de esta asignación.

**TÍTULO III****De la Asignación de Acreditación Individual y Estímulo al Desempeño Colectivo**

Artículo 64.- Establécese, para el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de planta o a contrata, de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas y que se encuentren, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 65.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario

## DISCUSIÓN EN SALA

por concepto de asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente de acreditación individual ascenderá a un máximo de un 5,5%, conforme a los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, será de un 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de un 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre un 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 66.- Para efectos de otorgar el componente de acreditación individual, se aplicarán las reglas siguientes:

1. El proceso de acreditación será efectuado cada tres años por el respectivo Servicio de Salud y consistirá en la evaluación de las actividades de capacitación que sean pertinentes al mejoramiento de la gestión de los organismos y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios.
2. Accederán al beneficio los funcionarios que hubieren aprobado el proceso de acreditación.
3. El monto del componente de acreditación individual dependerá de los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales según la siguiente tabla:

Hasta 3 años	3%
Más de 3 años hasta 6 años	5%
Más de 6 años hasta 9 años	5,5%

4. Para los funcionarios que tengan más de nueve años de servicio, la asignación pasará a ser permanente, con un porcentaje igual al de la última acreditación que haya aprobado.
5. En caso de que un funcionario no apruebe uno de los procesos de acreditación, no accederá al incremento del componente, pero mantendrá el porcentaje obtenido por las acreditaciones anteriores.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el ministro de Hacienda, regulará el mecanismo, la periodicidad y las demás disposiciones necesarias para la implementación del procedimiento de acreditación y el otorgamiento del componente de acreditación individual.

Artículo 67.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, de la asignación señalada en el artículo 64, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63.

**TÍTULO IV**

## DISCUSIÓN EN SALA

**De la Asignación de Estímulo  
a la Función Directiva**

Artículo 68.- Establécese, para el personal de la planta directiva de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de estímulo que se regirá por las siguientes normas:

1. Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud que, conforme a lo señalado en el artículo 21 de la presente ley, pueden optar a la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente a la obtención por parte del establecimiento de la categoría mencionada.
2. Para el personal directivo que se desempeña en los establecimientos de menor complejidad que no pueden optar a la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente al cumplimiento anual de metas sanitarias.
3. Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a tres factores: la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia que pueden optar a dicha clasificación; el cumplimiento de las metas sanitarias de aquellos establecimientos de su dependencia que no pueden optar a dicha categoría; y el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional, conforme a lo señalado en el artículo 4 de la ley N° 19.813.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso primero, o para más de una sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentren además en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 69.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la Planta Directiva por concepto de asignación de estímulo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185 y, cuando corresponda, la asignación de responsabilidad superior otorgada por el decreto ley N° 1.770, de 1977 y la asignación del artículo 2° de la ley N° 19.699.

Esta asignación será de un 11% sobre la base señalada en el inciso primero, para aquellos funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la clasificación en la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red".

Será también de un 11% sobre la base de cálculo antes señalada, para aquellos funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en los establecimientos de menor complejidad que no pueden optar a la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", en la medida que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de un 5,5% para

## DISCUSIÓN EN SALA

aquellos de las entidades que cumplan entre un 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, la asignación corresponderá a un 11% de la base de cálculo señalada en el inciso primero, conforme a la siguiente distribución:

- a) Hasta un 5% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia. El porcentaje a pagar se determinará multiplicando el 5% por el cociente resultante de dividir el número de hospitales que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación por el total de los hospitales dependientes de la Dirección del Servicio que pueden optar a la categoría mencionada;
- b) Hasta un 3% por el cumplimiento de las metas sanitarias de aquellos establecimientos de su dependencia que no pueden optar a la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red". En este caso, el porcentaje a pagar se determinará multiplicando el 3% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que efectivamente hayan cumplido entre el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, por el total de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio que deben cumplir metas sanitarias, y
- c) Hasta un 3% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, conforme a lo señalado en el artículo 4 de la ley N° 19.813. En este caso, el porcentaje a pagar se determinará multiplicando el 3% por el cociente resultante de dividir el número de entidades y/o establecimientos que efectivamente hayan cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, por el total de entidades administradoras y/o sus establecimientos, ubicados en el territorio jurisdiccional del Servicio.

Artículo 70.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias de la asignación señalada en el artículo 68, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63.

Artículo 71.- Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el ministro de Hacienda, regulará el mecanismo y las demás disposiciones necesarias para otorgar el componente por obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", de la asignación señalada en el artículo 68.

Artículo 72.- Las asignaciones señaladas en los artículos 61, 64 y 68, se pagarán en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto a pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos precedentemente.

Estas asignaciones tendrán carácter de impositivas para fines de previsión y salud. Para determinar las impositivas e impuestos a que se encuentren afectas, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las impositivas se

## DISCUSIÓN EN SALA

deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de imponibilidad.

**TÍTULO V****De la Asignación de Turno**

Artículo 73.- Establécese una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta 12 horas, mediante turnos rotativos. Estos turnos podrán comprender un número de horas superior a la jornada ordinaria de trabajo del funcionario.

Dicha asignación estará destinada a retribuir pecuniariamente al referido personal el desempeño de jornadas de trabajo en horarios total o parcialmente diferentes de la jornada ordinaria establecida en el artículo 59 de la ley N° 18.834, incluso en horario nocturno y en días sábado, domingo y festivos, acorde con las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

La ley de Presupuestos, respecto de cada Servicio de Salud, expresará el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y por tres funcionarios, separadamente.

Artículo 74.- Esta asignación será imponible sólo para efectos de pensiones y de salud y será incompatible con la asignación establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

El personal que labora en el sistema de turno de que trata este Título no podrá desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el director del Servicio de Salud respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo, del artículo 60, de la ley N° 18.834.

Artículo 75.- Para tener derecho a la asignación de turno, los funcionarios deberán estar formalmente destinados a prestar servicios en los puestos de trabajo cuya jornada sea ininterrumpida, a través de resoluciones anuales del director del establecimiento de salud correspondiente.

Esta asignación se percibirá mientras el trabajador se encuentre en funciones en los puestos de trabajo mencionados, e integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro o tres funcionarios, manteniendo el derecho a percibirla durante los períodos de ausencia con goce de remuneraciones originados por permisos, licencias y feriado legal. Asimismo, será considerada como estipendio de carácter general y permanente, para efectos del inciso tercero del artículo 21 de la ley N° 19.429.

Artículo 76.- Las horas extraordinarias que en virtud de lo dispuesto en

## DISCUSIÓN EN SALA

la letra c), del artículo 93 de la ley N° 18.834, puedan percibir los funcionarios de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, cualquiera que sea el motivo de su origen, no constituirán remuneración permanente para ningún efecto legal. En consecuencia, no se percibirán durante los feriados, licencias y permisos con goce de remuneraciones.

**TÍTULO VI****De la Asignación de Responsabilidad**

Artículo 77.- Establécese una asignación de responsabilidad para el personal de la planta de profesionales, de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, con contratos de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

Esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público.

Durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de Jefe Directo para los efectos previstos en el Párrafo 3 del Título II de la ley N° 18.834.

Artículo 78.- Esta asignación se otorgará conforme a las reglas siguientes:

1. El número de cupos por establecimiento es el determinado en el artículo siguiente.
2. Para los efectos de realizar el o los concursos correspondientes, se constituirá en el establecimiento respectivo un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales, que según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.
3. En el o los concursos para acceder a esta asignación, se considerarán los siguientes factores y con la ponderación indicada en cada caso:

FACTORES	PONDERACIÓN
Capacitación pertinente	30%
Evaluación de desempeño	20%
Experiencia calificada	20%
Aptitud para el cargo (entrevista)	30%

## DISCUSIÓN EN SALA

4. El o los cupos disponibles se asignarán en orden de prelación al funcionario o funcionarios que logren el mayor puntaje en el proceso de concurso y sólo en la medida en que cumplan con los requisitos mínimos para su asignación.
5. Se otorgará por un período máximo de tres años, siempre que se desempeñe efectivamente la función de responsabilidad de gestión en el establecimiento en el que fue otorgada. En todo caso, el funcionario podrá concursar nuevamente por la asignación, en la medida en que cumpla los requisitos para ello.
6. Se deberá realizar concurso cada vez que uno o más de los cupos asignados al establecimiento quede disponible.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el ministro de Hacienda, determinará las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación y todas las otras normas necesarias para la aplicación de este beneficio.

Artículo 79.- El monto máximo anual por establecimiento de esta asignación corresponderá a la cantidad establecida en la tabla siguiente, el que deberá ser distribuido entre la totalidad de los cupos asignados al establecimiento, sea en partes iguales o diferenciadas, valor que se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que lo sean las remuneraciones del sector público. En todo caso, la asignación individual no podrá ser inferior al monto promedio anual por persona reducido en un 10%, ni superior al mismo promedio aumentado en un 10%. Asimismo, el establecimiento no podrá exceder el monto máximo anual que le haya sido asignado ni el número de cupos establecidos.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CUPOS MÁXIMOS POR ESTABLECIMIENTO	MONTO MÁXIMO ANUAL POR ESTABLECIMIENTO	MONTO PROMEDIO ANUAL POR PERSONA
HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD	12	\$ 6.960.000	\$580.000
HOSPITAL MEDIA COMPLEJIDAD	9	\$ 3.366.000	\$ 374.000
HOSPITAL BAJA COMPLEJIDAD			



## DISCUSIÓN EN SALA

	2	\$ 424.000	\$ 212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;			
	1	\$ 212.000	\$ 212.000
Centros de Referencia de Salud (CRS);	1	\$ 212.000	\$ 212.000
Centros de Diagnóstico Terapéuticos (CDT)	1	\$ 212.000	\$ 212.000

La asignación otorgada a cada funcionario se pagará en cuotas mensuales iguales. La primera de ellas se pagará el día primero del mes siguiente al de la total tramitación del acto administrativo que la conceda.

En caso de que el establecimiento no asigne todos los cupos que tiene disponibles, su monto fijo anual se verá reducido en el promedio anual por persona, por cada uno de los cupos no asignados.

El número total de cupos a nivel nacional será de 1.259 asignaciones al año, con un costo anual máximo de \$515 millones, reajutable en la forma señalada en el inciso primero.

Artículo 80.- Lo dispuesto en el párrafo final de la letra h) del artículo 1° de la ley N° 19.490, será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68, 73 y 77, de esta ley.

**TÍTULO VII****De la Promoción en la  
Carrera Funcionaria**

Artículo 81.- La promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de la Subsecretaría de Salud Pública, del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación.

Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirven.

Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso, disponiendo a

## DISCUSIÓN EN SALA

los funcionarios de cada grado de la respectiva planta en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.

Producida una vacante, será promovido el funcionario que se encuentre en el primer lugar del referido escalafón. En caso de producirse un empate, operarán los criterios de desempate establecidos en el artículo 46 de la ley N° 18.834.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el ministro de Hacienda, fijará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas para cada planta y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento del sistema de acreditación, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación de la competencia e idoneidad de los funcionarios.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo y en el siguiente, será aplicable a los funcionarios lo dispuesto en el artículo 45 de la ley N° 18.834.

Artículo 82.- Para todos los efectos legales, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública; del Instituto de Salud Pública de Chile; de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se hará por concursos internos.

Las bases de los concursos internos considerarán cuatro factores, a saber: capacitación pertinente, evaluación del desempeño, la experiencia calificada y aptitud para el cargo. Cada uno de estos factores tendrá una ponderación de un 25%.

Para estos efectos existirá un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales, que según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel nacional, regional o local, según corresponda.

En los concursos será promovido al cargo vacante el funcionario que obtenga el mayor puntaje y en ellos podrán participar los funcionarios profesionales de la planta que se ubiquen en los grados inferiores según la siguiente tabla:

GRADO VACANTE	GRADOS QUE PUEDEN PARTICIPAR
5º	6º - 10º
6º	7º - 10º
7º	8º - 10º
8º	9º - 11º

## DISCUSIÓN EN SALA

9º	10º - 12º
10º	11º - 13º
11º	12º - 14º
12º	13º - 15º
13º	14º - 16º
14º	15º - 17º
15º	16º - 17º
16º	17º - 18º
17º	18º

Los concursos se sujetarán a las siguientes reglas:

1. Los funcionarios, en un solo acto, deberán postular a una o más de las plantas respecto de las cuales cumplan con los requisitos legales, sin especificar cargos o grados determinados dentro de ellas.
2. La provisión de los cargos vacantes de cada planta se efectuará, en cada grado, en orden decreciente, conforme al puntaje obtenido por los postulantes.
3. Las vacantes que se produzcan por efecto de la provisión de los cargos, conforme al numeral anterior, se proveerán en acto seguido, como parte del mismo concurso y siguiendo iguales reglas.
4. En caso de producirse empate, los funcionarios serán designados conforme al resultado de la última calificación obtenida y, en el evento de mantenerse esta igualdad, decidirá el respectivo Jefe de Servicio.

## TÍTULO VIII

### De la Dotación

Artículo 83.- Establécese que hasta un 15% de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, se expresarán para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Conforme a lo señalado en el inciso precedente, los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas asimilados a los grados de la planta de profesionales, podrán voluntariamente y previa aprobación del respectivo director de Servicio de Salud, reducir su jornada a empleos de 22 horas. En tal caso, el Servicio podrá contratar profesionales haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir en un porcentaje proporcional de un 50% los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales, no obstante cualquiera sea la regulación específica de cada uno de ellos.

Los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas.

---

**DISCUSIÓN EN SALA**

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, para cuyo efecto se considerarán todos los nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Los funcionarios contratados por 22 horas no podrán desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno de que trata el Título V de este Capítulo.

Artículo 84.- La Junta Calificadora que existirá en cada uno de los Hospitales que integran los Servicios de Salud, conforme a lo establecido en el inciso sexto del artículo 30 de la ley N° 18.834, estará integrada por los tres funcionarios de más alto nivel jerárquico, a excepción del director del Hospital, y por un representante del personal elegido por éste. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios, que según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

El director del Hospital conocerá del recurso de apelación que puede interponer el funcionario ante la resolución de la Junta Calificadora o de la del Jefe directo en el caso del delegado del personal, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la ley N° 18.834.

**TÍTULO IX****Otras Normas".****AL ARTÍCULO 3º**

6. Del Ejecutivo para intercalar, a continuación de la letra k), las siguientes letras l) y m), nuevas, pasando la actual letra l) a ser n):

“l) Para establecer los montos mensuales y su reajustabilidad, que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 73 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por cuatro personas, durante el primer año presupuestario de vigencia;

m) Para determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, establecer el destino de sus recursos y el traslado de su personal. En tanto no se suprima dicho servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios 1º, 7º y 10 de esta ley.”.

**ARTÍCULOS 4º, 5º Y 6º, NUEVOS**

7) Del Ejecutivo para agregar, a continuación del artículo 3º, los siguientes artículos 4º, 5º y 6º, nuevos:

“ARTÍCULO 4º.- Modifícase la ley N° 19.490, del siguiente modo:

## DISCUSIÓN EN SALA

1. Sustitúyese el inciso segundo del artículo 3°, por el siguiente:  
"Dicha bonificación se regulará por lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 19.479, a excepción de los valores establecidos en la letra c) del inciso primero de esa misma norma. Para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud Pública, del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, esta bonificación será de un 15,5% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de un 7,75% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar un 66%. Para el personal de planta y a contrata del Fondo Nacional de Salud, esta bonificación será de un 10% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de un 5% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar un 66%".
  2. En el artículo 4°:
    - a) Agrégase, en el inciso cuarto, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser seguido, lo siguiente: "No obstante lo señalado precedentemente, para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud Pública; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, la bonificación por desempeño institucional será de hasta el 15,5%".
    - b) Agrégase, el siguiente nuevo inciso octavo, pasando los actuales incisos octavo y noveno, a ser noveno y décimo, respectivamente:  
"No obstante lo señalado precedentemente, la bonificación de que trata este artículo será percibida por el 100% de los funcionarios de cada planta."
- ARTÍCULO 5°.- Sustitúyese, en el inciso 3° del artículo 4° de la ley N° 19.086, el párrafo relativo a la planta de profesionales, por el siguiente: "PLANTA DE PROFESIONALES: De grado 18° al grado 5°".
- ARTÍCULO 6°.- Déjase establecido que, a contar de la fecha de publicación de esta ley, los funcionarios de las profesiones de Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos, podrán acceder, entre los grados 18° al 5°, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones, o a los empleos a contrata asimilados a los mismos grados."

**ARTÍCULOS PRIMERO A DECIMO-  
CUARTO TRANSITORIOS, NUEVOS**

- 8) Del Ejecutivo para intercalar, a continuación del artículo 6°, nuevo, las siguientes disposiciones transitorias primera a decimocuarta, nuevas, pasando los actuales artículos primero y segundo a ser decimoquinto y decimosexto transitorios, respectivamente:  
"Artículo primero transitorio.- Los funcionarios de planta y a contrata regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que se desempeñen

## DISCUSIÓN EN SALA

en alguno de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, en la Subsecretaría del Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mayores de 60 años de edad, si son mujeres, y de 65 años, si son hombres, que, después de los noventa días posteriores a la publicación de esta ley y hasta el 31 de diciembre de 2004, presenten su renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones imponibles, actualizadas según el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses prestados a alguno de los organismos señalados, con un tope de 8 meses de dicha remuneración.

El monto de este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$ 270.000 mensuales y en un mes para aquellos que tengan, a la fecha de publicación de la ley, más de 63 años si son mujeres y más de 68 años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

Para poder acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Durante el año 2003, podrán acceder a este beneficio 2.194 funcionarios, privilegiándose aquellos de menores rentas y mayor edad. Durante el año 2004, podrán acogerse otros 2.000 funcionarios. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio durante el año 2003, podrán hacerlo el año 2004. Los cupos que no fueren utilizados en el año 2003, serán acumulables para el año siguiente.

Esta indemnización no será imponible ni constituirá renta para ningún efecto legal.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el ministro de Hacienda, determinará los calendarios de postulación y pago, los mecanismos para el otorgamiento y las demás disposiciones necesarias para la implementación de este beneficio.

Los funcionarios que cesen en sus empleos por aplicación de lo dispuesto en este artículo, no podrán ser nombrados ni contratados asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos señalados en el inciso primero, durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido, expresado en unidades de fomento, más el interés corriente para operaciones reajustables.

Artículo segundo transitorio.- La asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en el artículo 61 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, se otorgará en forma gradual durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

a)	componente	base
----	------------	------

## DISCUSIÓN EN SALA

año o 2003:	2,75%
	componente variable 0%
b) año o 2004:	componente base 3,85%
	componente variable, hasta 1,65%
c) año o 2005:	componente base 4,95%
	componente variable, hasta 3,3%
d) año o 2006:	componente base 5,5%
	componente variable, hasta 5,5%

Artículo tercero transitorio.- El componente por acreditación individual a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se implementará gradualmente entre el año 2003 y el 2006, según la siguiente tabla de progresividad:

Años de servicio del funcionario	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Hasta 3 años	2,75%	3%	3%	3%
Más de 3 años y hasta 6 años	2,75%	3,75%	4%	5%
Más de 6 años y hasta 9 años	2,75%	3,80%	4,75%	5,5%
Más de 9 años	2,75%	3,85%	4,95%	5,5%

El proceso de acreditación a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del

## DISCUSIÓN EN SALA

decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar el año 2005.

En los años 2003 y 2004, el componente será pagado a todos los funcionarios señalados en el artículo 64 del referido decreto ley, sin necesidad de acreditarse, conforme a la tabla anterior.

Artículo cuarto transitorio.- El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios a que se refieren los artículos 64, 65 y 67 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará durante los años 2003 al 2006 según la siguiente tabla:

Porcentaje de cumplimiento	2003	2004	2005	2006
90% o más	0%	1,65%	3,3%	5,5%
Entre 75% y menos de 90%	0%	0,83%	1,65%	2,75%

Artículo quinto transitorio.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en los números 1 y 2 del mismo artículo, en forma gradual durante un período de dos años, conforme al siguiente cronograma:

- año 2004: Hasta un 5,5%
- año 2005: Hasta 8,25%
- año 2006: Hasta 11%

Artículo sexto transitorio.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el número 3 del mismo artículo, en forma gradual durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

- a) Año 2004: hasta un 5,5%, según la siguiente distribución: hasta un 2,5% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes; hasta un 1,5% por el cumplimiento de las metas sanitarias de sus establecimientos dependientes que no pueden optar a la categoría de autogestión; y de hasta un 1,5% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje a pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.
- b) Año 2005: hasta un 8,25%, según la siguiente distribución: hasta un 3,79% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes; hasta un 2,23% por el cumplimiento de las metas sanitarias de sus establecimientos dependientes que no pueden optar a la categoría de autogestión; y hasta un 2,23% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria



## DISCUSIÓN EN SALA

ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje a pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley Nº 2.763, de 1979.

c) año 2006: hasta un 11%, conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley Nº 2.763, de 1979.

Artículo séptimo transitorio.- Las modificaciones a la ley Nº 19.490, contenidas en los numerales 1), con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y 2), letra a), del artículo 4º de la presente ley, se otorgarán en forma gradual durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

1) Bonificación de estímulo por desempeño funcionario:

a) Para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados:

- i) año 2003 : 12,75%
- ii) año 2004 : 13,85%
- iii) año 2005 : 14,95%
- iv) año 2006 : 15,5%

b) Para los funcionarios que le sigan en orden descendente de evaluación, hasta completar el 66% mejor evaluados respecto de cada planta:

- i) año 2003 : 6,38%
- ii) año 2004 : 6,93%
- iii) año 2005 : 7,48%
- iv) año 2006 : 7,75%

2) Bonificación por desempeño institucional: El cumplimiento de las metas del año precedente dará derecho a los funcionarios:

- a) año 2003 : hasta un 12,75%
- b) año 2004 : hasta un 13,85%
- c) año 2005 : hasta un 14,95%
- d) año 2006 : hasta un 15,5%

Artículo octavo transitorio.- La asignación de turno y la Bonificación Compensatoria a que se refieren los artículos 73, 74 y 75, todos del decreto ley Nº 2.763, de 1979, y decimotercero transitorio de esta ley, respectivamente, comenzarán a regir a contar del primero del mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra l) del artículo 3º de esta ley, respecto del personal que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios.

Para los funcionarios que integren el sistema de turnos rotativos cubiertos por tres funcionarios, las correspondientes asignación de turno y bonificación compensatoria, comenzarán a regir conforme al siguiente cronograma:

1. A partir del segundo semestre de 2004 se pagarán, por concepto de asignación de turno y bonificación compensatoria, los mismos montos que a esa fecha tenga asignado el personal de igual grado y planta que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios. La diferencia correspondiente al mayor número de horas trabajadas, será considerado como trabajo extraordinario y pagado de acuerdo a la normativa vigente, no

## DISCUSIÓN EN SALA

aplicándose en este caso lo señalado en los artículos 74, inciso segundo, y 76, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.

2. A partir del segundo semestre de 2005, se pagarán los montos que, para esa fecha, haya determinado el decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra l), del artículo 3º, de la presente ley, para la asignación en que el turno esté integrado por tres funcionarios, pasando a ser plenamente aplicable lo señalado en los artículos 74, inciso segundo, y 76, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979. La correspondiente bonificación compensatoria se pagará conforme a la normativa contenida en el artículo decimotercero transitorio de este cuerpo legal.

Artículo noveno transitorio.- El artículo 77 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a regir a contar del primer día del mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento respectivo. Para el primer año, los cupos totales a nivel nacional serán asignados de acuerdo a la clasificación de complejidad de los establecimientos vigente al momento de publicarse la presente ley, conforme a la siguiente tabla:

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CUPOS MÁXIMOS POR ESTABLECIMIENTO	MONTO MÁXIMO ANUAL POR ESTABLECIMIENTO	MONTO PROMEDIO ANUAL POR PERSONA
HOSPITAL TIPO 1	13	\$ 7.540.000	\$ 580.000
HOSPITAL TIPO 2	12	\$ 5.460.000	\$ 455.000
HOSPITAL TIPO 3	9	\$ 3.366.000	\$ 374.000
HOSPITAL TIPO 4	2	\$ 424.000	\$ 212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$ 212.000	\$ 212.000
Centros de Referencia de Salud (CRS)	1	\$ 212.000	\$ 212.000
Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT)	1	\$ 212.000	\$ 212.000

Artículo décimo transitorio.- El sistema de promoción mediante concurso interno a que se refiere el artículo 82 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar en enero del año 2004, respecto de todos los cargos vacantes existentes a esa fecha, salvo el grado de inicio de cada planta, el que seguirá regulado conforme las normas generales.

Artículo undécimo transitorio.- El incremento remuneracional para el

## DISCUSIÓN EN SALA

personal que se desempeñe en los establecimientos de salud de carácter experimental, creados por los decretos con fuerza de ley del Ministerio de Salud N°s 29, 30 y 31, todos de 2000, será incorporado en su propio sistema de remuneraciones, fijado conforme al procedimiento establecido en el artículo 9° del decreto ley N° 1.953, de 1977, íntegramente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Artículo duodécimo transitorio.- Los reglamentos a que se refieren el inciso segundo del artículo 63, el inciso segundo del artículo 66, el artículo 71 y el inciso segundo del artículo 78, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, deberán dictarse dentro de los ciento ochenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley.

Artículo decimotercero transitorio.- El personal a que se aplica el artículo 73 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se encuentre en funciones a la fecha de publicación de la presente ley, tendrá derecho a una bonificación no imponible destinada a compensar las deducciones por concepto de cotizaciones para pensiones y salud a que esté afecta la asignación de turno, cuyo monto será el que resulte de aplicar los siguientes porcentajes sobre el valor de dicha asignación, según sea el sistema o régimen previsional de afiliación del trabajador:

- a) 20,5% para los afiliados al sistema del decreto ley N° 3.500, de 1980.
- b) 25,62% para los afiliados al régimen general de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Sección Empleados Públicos.
- c) 21,62% para los afiliados al régimen previsional de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, con rebaja de imposiciones de la letra a) del artículo 14 del decreto con fuerza de ley N° 1.340 bis, de 1930.

Para el personal afiliado a un sistema o régimen previsional diferente de los señalados, tal bonificación será equivalente a la suma de las cotizaciones para salud y pensiones que, con respecto a la referida asignación, le corresponda efectuar al trabajador.

Esta bonificación compensatoria se calculará conforme a los límites de imponibilidad establecidos por la legislación vigente.

Artículo decimocuarto transitorio.- Concédase, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se pagará en una sola cuota en el curso del mes siguiente al de la publicación de la presente ley, el que beneficiará a los funcionarios que dichas disposiciones señalan que se encuentren ubicados entre los grados 19° y 28° de la Escala Única, ambos inclusive, y cuyos montos serán equivalentes a la aplicación de los porcentajes que se indican:

- Grados 19° al 22°: 2,38%
- Grados 23° al 28°: 3,81%

Los porcentajes antedichos se aplicarán sobre los valores vigentes al mes anterior a la publicación de la presente ley de las remuneraciones anualizadas que sirven de base de cálculo a esta asignación, de conformidad con lo establecido en el artículo 62 del decreto ley N° 2.763, de 1979, más la

---

**DISCUSIÓN EN SALA**

bonificación otorgada por el artículo 21 de la ley N° 19.429, cuando corresponda.”.

**AL ARTÍCULO 2º TRANSITORIO**

9) Del Ejecutivo para modificar el actual artículo segundo transitorio, que ha pasado a ser decimosexto, agregando la siguiente frase a continuación de su punto final (.) que pasa a ser seguido: “No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo al ítem 50-01-03-25-33.104 de la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiera financiar con sus recursos.”.

## 1.7. Segundo informe Comisión de Hacienda y Salud unidas

Cámara de Diputados, 13 de noviembre de 2002. Cuenta en Sesión 24, Legislatura 348.

**Boletín 2980-11-2**

### **SEGUNDO INFORME DE LAS COMISIONES UNIDAS DE HACIENDA Y DE SALUD SOBRE EL PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979, CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA DE LAS DISTINTAS MODALIDADES DE GESTIÓN Y FORTALECER LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA.**

Honorable Cámara:

Las Comisiones Unidas de Hacienda y de Salud pasan a informar, en primer trámite constitucional y segundo reglamentario, el proyecto de ley del epígrafe, originado en un mensaje de S. E. el Presidente de la República.

#### **I. ARTÍCULOS QUE NO HAN SIDO OBJETO DE INDICACIONES O DE MODIFICACIONES.**

En esta situación se encuentran los números 4, 5, 7, 9, 14, 15, 16, 17; 19, en lo relativo al artículo 21-B; 20, 21, 22, 23, 24, 26, 29 y 30 del artículo 1º, y el artículo primero transitorio, que pasa a ser decimoquinto transitorio

#### **II. ARTÍCULOS CALIFICADOS COMO NORMAS DE CARÁCTER ORGÁNICO CONSTITUCIONAL O DE QUÓRUM CALIFICADO.**

No existen disposiciones que requieran quórum especial de votación.

#### **III. ARTÍCULOS SUPRIMIDOS.**

No existen disposiciones que se encuentren en esta situación.

#### **IV. ARTÍCULOS MODIFICADOS.**

##### **Artículo 1º.**

Mediante esta disposición se introducen las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:

##### **Nº1.**

Sustituye el artículo 4º por el siguiente:

*"Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que*

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

señale el Gobierno. Además, le corresponderá desempeñar las siguientes funciones:

1.- Ejercer la rectoría del sector salud, lo cual comprende, entre otras materias:

a) La formulación, control y evaluación de políticas de Estado, planes y programas generales en materia de salud.

b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.

c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.

d) La coordinación y cooperación internacional en salud.

e) Dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas al Sistema, de acuerdo con las políticas fijadas.

**2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas. Asimismo, dictar normas sanitarias en aspectos tales como autorizaciones sanitarias; saneamiento básico; calidad de los alimentos; medio ambiente, de acuerdo con la ley N° 19.300; ambiente laboral, y en lo referente a todas aquellas materias reguladas y sancionadas por el Código Sanitario.**

3.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley, a través de la Secretaría Regional Ministerial respectiva, y que no estén encomendadas a otros organismos.

4.- Definir las normas y efectuar la medición y monitoreo nacional de la situación de salud y de vigilancia de salud pública.

5.- Recopilar y generar información en materia de salud y de gestión en salud.

6.- Formular el presupuesto sectorial a nivel de cada órgano y servicio que integre el Sistema.

7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGÉ", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933..

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

8.- *Establecer las normas, procedimientos y el sistema de medición y acreditación de la calidad de atención en todos los niveles de complejidad del sector.*

9.- *Definir políticas destinadas a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la atención de salud y reglamentar los mecanismos de reclamo y apelación que serán implementados por la Secretaría Regional Ministerial respectiva.*

10.- *Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y programas generales de salud, especialmente en lo relativo a su eficiencia, eficacia y calidad.*

11.- *Definir políticas que promuevan la participación de las personas en las diferentes instituciones del Sistema.*

12.- *Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.*

13.- *Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, tanto en el nivel regional como nacional, y*

14.- *Las demás que le confieran las leyes y reglamentos."*

El Ejecutivo, formuló la siguiente indicación:

a) Para reemplazar, en el número 3, la expresión "Secretaría Regional Ministerial" por "Dirección Regional de Salud".

b) Para intercalar el siguiente número 8, nuevo, pasando a ser los actuales números 8 al 14, 9 al 15.

"8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, el cual está conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y factores ambientales en el ámbito de la salud del país.

Para estos efectos, el Ministro de Salud convocará un Consejo Consultivo de Salud, integrado, entre otros, por representantes de instituciones del sector salud, tales como prestadores públicos y privados de salud, isapres, sociedades científicas, colegios profesionales, organizaciones de trabajadores y de usuarios. Dicho consejo tendrá el carácter de asesor del Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de dichos lineamientos."

c) Para reemplazar, en el número 9, que pasa a ser 10, la expresión "Secretaría Regional Ministerial" por "Dirección Regional de Salud".

El señor Artaza (Ministro de Salud) expresó que se había suscitado una controversia, con respecto donde se iban a radicar las competencias relacionadas con el Código Sanitario y como la propuesta que presentó inicialmente el Ejecutivo fue rechazada se produjo un falta de coherencia en el texto del proyecto. Una vez analizado el tema y acogiendo las propuestas de los parlamentarios, se optó por crear las Direcciones Regionales de Salud.

En la Comisión se expresó que se valoraba la indicación del Ejecutivo porque, recoge lo que se había planteado en las discusiones

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

sobre el tema. El Ejecutivo ahora propone crear Direcciones Regionales de Salud, distintas a las Direcciones de Salud.

Se hizo presente, que este nuevo organismo e institucionalidad se integrará el tema de atención de las personas, con un justo trámite y justa integración de los temas ambientales, sacándolas del ámbito de competencia de las Secretarías Regionales Ministeriales pero éstas últimas van a poder coordinar las actuaciones de todas estas direcciones de salud.

Asimismo, se estimó razonable, desde el punto de vista del tratamiento y de la acción de salud esté coordinada entre las personas y el ambiente, y por supuesto, las potestades que la autoridad sanitaria debe tener.

- La Comisión acordó votar las indicaciones en forma separada:

Puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por mayoría de votos.**

En la discusión de la indicación signada con la letra b) se hizo presente que esta indicación del Ejecutivo es de la mayor importancia, por cuanto en el numeral 8 del artículo 4° se define nada menos que el Plan Nacional de Salud.

El referido Plan, tal como lo señala la indicación, está conformado por "los objetivos sanitarios, las prioridades nacionales, las necesidades de las personas y los factores ambientales en el ámbito de la salud del país". Es decir, estamos frente a los más relevantes elementos constitutivos del problema sanitario del país.

Esos elementos van a ser definidos en dicho Plan Nacional, y, para estos efectos, el Ministerio de Salud, como señala el párrafo segundo del numeral 8, "convocará a un Consejo Consultivo de Salud, integrado, entre otros, por representantes de instituciones del sector salud, tales como prestadores públicos y privados de salud, Isapres", existiendo una amplia convocatoria para poder consensuar el Plan Nacional de Salud.

Se aclaró por otra parte que este Consejo Consultivo de Salud es enteramente distinto del Consejo Consultivo del Auge. Es decir, se trata de dos Consejos distintos, ubicados en niveles diferentes. Éste es para el plan global, para toda la salud chilena, y el otro, exclusivamente para lo atinente a la definición del Auge.

En el debate se manifestó inquietud, porque en el proyecto original, cuando se hablaba de la Secretaría Regional Ministerial, no se consideró necesaria la existencia de un consejo consultivo. Se consultó sobre ¿Porque ahora aparece como necesaria su existencia?.

El señor Artaza (Ministro de Salud) expresó que la necesidad de enviar esta indicación se originó en el debate que hubo para la aprobación de los primeros artículos de la ley sobre Régimen de Garantías en Salud, en la Comisión de Salud. Agrega que la mayoría de los Diputados consideró importante contextualizar el régimen de garantía como parte de un plan integral que reúna todos los elementos estratégicos, objetivos sanitarios y otras materias que definen todo el quehacer sanitario del país. El Ejecutivo



## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

recogió esta inquietud mayoritaria y la incorporó a través de esta indicación y dada la importancia de la definición de estos lineamientos estratégicos, se creyó indispensable que el Ministerio de Salud contara con el aporte de los distintos sectores que componen el mundo de la salud. Por eso se refiere a las instituciones del sector salud, entre las que se comprenden las facultades de medicina.

Por otra parte, a su juicio la expresión "convocará" es imperativa ya que deberá convocar cada vez que sea necesario revisar las materias que tiene relación con el análisis, evaluación y revisión de los lineamientos del plan. Agrega que se consideró que esa era la redacción más adecuada para dejar establecido que este no es un consejo que se deba pronunciar respecto de todas las materias, sino que debe ser convocado cada vez que haya que revisar el plan nacional de salud.

Se presentaron, además, las siguientes indicaciones:

1) Del Diputado Melero, para eliminar el párrafo segundo del N° 8, nuevo, propuesto por el Ejecutivo.

2) De los Diputados Accorsi, Bayo, Palma y Robles, al mismo número 8, para substituir la frase "el Ministro de Salud convocará" por "existirá".

Se accedió a la votación separada de ambos párrafos.

Puesto en votación el párrafo primero del N° 8, nuevo, **fue aprobado por mayoría de votos.**

Sometido a votación el párrafo segundo con la indicación signada con el número 2), **fue rechazado por mayoría de votos.** Por la misma votación **fue rechazada** la indicación signada con el número 1, **aprobándose**, por la misma votación el párrafo segundo.

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con la letra c), **fue aprobada por la unanimidad** de los señores Diputados presentes.

**N° 2.**

Intercala un artículo 4° bis, nuevo.

*"Artículo 4° bis.- El Ministerio de Salud ejecutará la fiscalización a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de las facultades que le competan, por ley, a otros organismos públicos.*

***La inspección o verificación del cumplimiento de***

***las normas, podrá ser delegada en terceros debidamente***

***acreditados conforme al reglamento respectivo."***

El Ejecutivo formula indicación al inciso primero, para substituir la expresión "Secretarías Regionales Ministeriales" por "Direcciones Regionales de Salud".

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad de los señores Diputados presentes.**

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

**N°3.**

*Sustituye el artículo 5°.*

*"Artículo 5°.- El Ministerio de Salud está integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública, y las Secretarías Regionales Ministeriales.*

*El Ministerio estará organizado en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.*

*El Ministro de Salud, mediante decreto, determinará la estructura y organización interna del Ministerio y asignará las funciones y atribuciones específicas que correspondan a cada uno de los niveles jerárquicos existentes. Dicho decreto deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de diseño de políticas y planes en el ámbito de la salud de las personas y el ambiente, financieras e inversiones en el Sistema, gestión de recursos humanos, regulación, epidemiología, estadísticas y auditoría."*

Se presentaron las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para intercalar en el inciso primero, antes de la expresión "y las Secretarías Regionales Ministeriales", por lo siguiente, precedido de una coma (,): "las Direcciones Regionales de Salud".

b) Del Diputado señor Bayo, al mismo inciso, para reemplazar "la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública", por "el Subsecretario".

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con la letra a) **fue aprobada por la unanimidad** del los señores Diputados presentes. Por la misma votación **fue rechazada la** indicación signada con la letra b).

**N° 6.**

Modifica el artículo 8°.

*"a) Reemplázanse los incisos primero y segundo, por el siguiente:*

*"Artículo 8°.- La Subsecretaría de Redes Asistenciales tendrá a su cargo la coordinación y control del Sistema y de todo lo relacionado con la provisión de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud, salvo en las materias que sean de la competencia de la Subsecretaría de Salud Pública."*

**b) Modifícase el inciso tercero, que ha pasado a ser**

**segundo, del siguiente modo:**

**i.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto y coma (;), la conjunción "y".**

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

**ii.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción "y" con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).**

*iii.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.*

**c) Sustitúyase el inciso final por el siguiente:**

*"La Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá contar con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de las acciones de salud del Sistema."*

El Diputado señor Bayo, formuló, indicación para reemplazar la letra a), por la siguiente:

a) Reemplázanse en los incisos primero y segundo, por el siguiente: "El Subsecretario tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de salud pública asociadas a las prestaciones individuales, tales como la alimentación complementaria, y vacunaciones y las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud".

Sin debate, puesta en votación la indicación **fue rechazada por mayoría de votos.**

**N° 8.**

Sustituye el artículo 10.

*"Artículo 10.- Corresponderá a cada Subsecretaría, dentro de su competencia, ejercer las siguientes atribuciones:*

*a.- Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del Sistema, y coordinar su ejecución por los organismos que integran dicho Sistema;*

*b.- Impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma que garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de manera integral, eficiente y uniforme; y*

*c.- Ejercer las demás funciones que le asignan las leyes y reglamentos."*

Del Diputado Bayo, para sustituirlo por el siguiente:

*"Artículo 10.- Asimismo, corresponderá al Subsecretario:*

*a) Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del Sistema, y coordinar su ejecución por los organismos que integran dicho sistema;*

*b) Impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma que garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de manera integral, eficiente y uniforme, y*

*c) Ejercer las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos."*

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

Sin debate, puesta en votación la indicación **fue rechazada por mayoría de votos.**

**N° 10.**

Modifica el artículo 14.

*"a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con las palabras "el que deberá" y termina con la expresión "siguientes:", por: "sin perjuicio de las oficinas provinciales o locales que pudieran requerirse."*

*b) Suprímense los literales desde la letra a) a la j).*

Se formularon las siguientes indicaciones:

1) El Ejecutivo formuló indicación para sustituir la letra a)

por la siguiente:

*"a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con las palabras "el que deberá" y termina con la expresión "siguientes:", por: "el que tendrá las funciones señaladas en el artículo 64 de la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional."*

2) De los Diputados Robles y Venegas, para agregar la siguiente letra c), nueva:

*"c) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:*

*"Sin perjuicio de otras atribuciones que asigna la presente ley a los secretarios regionales ministeriales, estos tendrán que fiscalizar, en los organismos que correspondan, en su respectiva región, el debido cumplimiento del derecho de las personas en salud a la libertad de elegir los establecimientos y los profesionales, tanto en el sector público como en el privado, que les proporcionarán las atenciones y prestaciones que le reconoce tanto la ley número 18.469, cuanto la ley sobre garantías en salud"*

En la discusión se expresó que la indicación de los señores Diputados debe ser modificada sustituyendo la frase "secretarios regionales ministeriales" por "directores regionales de salud", que es la expresión que se ha reemplazado en todas las indicaciones hechas por el Ejecutivo.

El señor Infante (Subsecretario de Salud) solicita se declare la inadmisibilidad de la indicación, en razón de que agrega una función a una autoridad.

En el debate, se destacó que una de las facultades que tienen los secretarios regionales ministeriales es la de fiscalizar los objetivos que tienen que cumplir, cuestión que se da en las nuevas direcciones de salud que se crean. De manera que, no se le está creando una nueva función, se mantiene la función de fiscalización. Por lo tanto, existiendo la función, no hay es inadmisibile la indicación.

Por otra parte de insistió que la ley N°18.469, en su artículo 11, establece la posibilidad que tienen las personas beneficiarias de esa ley, de elegir el establecimiento, y dentro de éste, el profesional que los trate. Por lo tanto, los secretarios regionales ministeriales y el ministro, tienen que estar de acuerdo y hacer cumplir la ley. Tienen que fiscalizar que la ley se cumpla. De manera que esta indicación no agrega una nueva función, porque

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

así está establecido en la misma ley. De acuerdo con esto, no corresponde declarar la indicación inadmisibles.

El señor Lorenzini, don Pablo (Presidente) declaró admisible la indicación.

Puestas en votación las indicaciones signadas con los números 1 y 2, **fueron aprobadas por mayoría de votos.**

**N° 11**

*Intercala, a continuación del artículo 14, los artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D, 14 E, 14 F, 14 G y 14 H.*

En consideración a la complejidad e importancia de las disposiciones, se acordó proceder a la votación y discusión de los artículos en forma separada.

**Artículo 14 A.**

*"Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.*

*El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la salud pública, de acuerdo con lo que señale el reglamento."*

El Ejecutivo, formuló indicación para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 14 A.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, en cada región del país existirá una Dirección Regional de Salud, para el desarrollo de funciones de inspección en materias sanitarias, ambientales y de calidad de los prestadores; salud pública; epidemiología y acreditación de prestadores de salud, entre otras materias. Estará a cargo de un Director Regional de Salud, el que será nombrado por el Presidente de la República, a propuesta del Ministro de Salud, y dependerá jerárquicamente del Subsecretario de Salud Pública.

El Director Regional de Salud deberá ser un profesional con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la salud pública, de acuerdo con lo que señale el reglamento".

En el seno de la Comisión se consultó acerca de cómo se compatibilizan las funciones del secretario regional ministerial con las del director regional de salud.

El señor Infante (Subsecretario de Salud) respondió que al crear la figura del director regional de salud, se dota al Ejecutivo de capacidad de acción regional con un mayor nivel de independencia de la estructura del gobierno regional, permitiendo que el Seremi se entienda directamente con el intendente y, a su vez, lo asesore. Pero como las tareas técnicas de control de calidad y de fiscalización, tanto en la salud pública como ambiental, ameritan habilidades técnicas, se ha preferido que sea una estructura independiente del gobierno regional.

En el debate se hizo mención que anteriormente estas funciones estaban radicadas en los directores de servicios de salud. De acuerdo

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

con la indicación, pasarían a esta autoridad sanitaria regional que ya no será el seremi, como se planteó en el proyecto original, sino que va a estar radicada en los directores regionales de salud. Las funciones que aquí se establecen de inspectoría en materia sanitaria, ambiental y de calidad de los prestadores de la salud pública, epidemiología y acreditación de prestadores de salud, entre otras materias, antes estaban radicadas en los directores, pero nunca estuvieron en manos de los secretarios regionales ministeriales.

El Diputado señor Masferrer consulta cual va a ser la situación de aquellas regiones en que existe más de un servicios de salud.

Se añadió que en la discusión anterior quedó claro que una de las materias que se dejó fuera de las atribuciones de los secretarios ministeriales del Código Sanitario respecto del tema ambiental. Entonces, el Ejecutivo ha planteado la idea, en el sentido de crear una dirección regional de salud con todas las potestades del Código Sanitario tanto en lo referente a las personas como al ambiente y separarla de las direcciones de servicios de salud que se van a encargar, preferentemente, de la dirección de las prestaciones de salud a través de los hospitales. Por lo tanto, lo que se discute en este proyecto de gestión, que es lo importante y la base medular del proyecto, es separar funciones entre aquéllas que son propiamente de fiscalización y de control, pero que hoy el Ejecutivo las está llevando hacia un organismo nuevo, que se va a denominar Dirección Regional de Salud.

En consecuencia, van a existir tres instancias en cada región: el Seremi, que mantiene las mismas atribuciones actuales de coordinación, fiscalización, etcétera; la Dirección Regional de Salud, que va a tener la potestad de la autoridad sanitaria propiamente tal independiente, pero como organismo técnico, y el Servicio de Salud, que simplemente va a mantener su control sobre los hospitales y la red de prestación de salud. En ese sentido, se separan las funciones, pero el interés del Ejecutivo, que según cree es el de todos, es que estas funciones separadas armonicen en términos de lo que implica una red de atención de salud en todo su conjunto.

Puesta en votación la indicación, **fue aprobada por mayoría de votos.**

**Artículo 14 B.**

**Artículo 14 B.-** La organización de la Secretaría Regional Ministerial será definida por decreto del Ministerio de Salud.

Dicho decreto deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de inspectoría en materias sanitarias, ambientales y de calidad de los prestadores; salud pública; epidemiología, y acreditación de establecimientos de salud.

Sin perjuicio de lo anterior, existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señalen esta ley y el reglamento y las que el Secretario Regional Ministerial le someta a su consideración.

El Consejo Asesor estará integrado por:

1.- Los directores de los Servicios de Salud correspondientes;

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

- 2.- Dos alcaldes elegidos por los alcaldes de la región;
- 3.- Un representante de los colegios profesionales del área de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 4.- Un representante de los trabajadores del área de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 5.- Un representante de los prestadores de salud privada de la región, elegido en la forma que señale el reglamento.
- 6.- Un representante de las agrupaciones de usuarios de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 7.- Un representante de las juntas de vecinos de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 8.- Un representante de las agrupaciones de las entidades productivas o del comercio de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 9.- Un representante de la Comisión Regional del Medio Ambiente, elegido por ésta;
- 10.- El Secretario Regional Ministerial de Educación o su representante, y
- 11.- Un representante de las universidades o centros de formación superior de la región, si existieren, elegido en la forma que señale el reglamento.

El Consejo podrá realizar consultas adicionales a las instancias que estime pertinentes.

Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él. Corresponderá al Ministerio de Salud definir, para cada región, el número de representantes a que se refieren los numerales 3, 4, 5 y 6, teniendo en cuenta, entre otras variables, el número de habitantes de la región.

El reglamento señalará el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento."

Se presentaron las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para sustituir los incisos primero, segundo y tercero, por el siguiente inciso primero, nuevo, pasando los actuales incisos cuarto a octavo a ser segundo a sexto, respectivamente:

"Artículo 14 B: Existirá en cada Dirección Regional de Salud un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señalen esta ley y sus reglamentos y las que el Director Regional de Salud le someta a su consideración."

b) De las Diputadas Saa y Allende y del Diputado Rossi para agregar en el inciso segundo, el siguiente numeral 12, nuevo:

"12.- La directora Regional del Servicio Nacional de la Mujer."

c) De la Diputada Mella, y de los Diputados Burgos, Riveros, Saffirio y Silva, para consultar en el inciso segundo, el siguiente numeral 13, nuevo:

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

“13.- Un representante de las Asociaciones del Adulto Mayor de la Región, elegido en la forma que señala el reglamento.”

En el debate se solicitó aclarare el sentido y alcance de la frase “las que el Director Regional de Salud le someta a su consideración”.

El señor Infante (Subsecretario de Salud) explicó que el sentido de esta propuesta es que los organismos vivos de la región tengan la posibilidad de incorporar algunas observaciones a la política regional de salud. Desde este punto de vista, se le pide a la autoridad regional que someta a consulta las distintas medidas que ha planteado para conducir la salud regional. Asimismo, el Consejo Asesor no tiene facultad para decidir, sino sólo asesor. De manera que el rol de los organismos vivos va a ser participar como asesores en la política regional de salud.

Se consultó cuántos consejos consultivos se tienen hasta el momento, porque cada instancia que se crea tiene uno de ellos y más que facilitar la toma de decisiones este tipo de instancias las entraba.

Se hizo presente, que el mensaje de este proyecto como en el del Auge, uno de los elementos importantes que se señala, dentro del concepto global de la reforma de salud, es la participación de la comunidad. Una de las formas concretas de expresar y materializar esa participación, es justamente en las distintas instancias que componen el sistema de salud chileno.

De acuerdo a lo anterior, ya se ha examinado y aprobado un consejo consultivo, de lo que se denomina el Plan Nacional de Salud. Es decir, aquella parte más elevada de esta pirámide, donde está el ministro y va a tener este consejo.

Asimismo, está la participación a nivel regional, en lo que serán los directores regionales. Lo mismo sucede en los Servicios de Salud y en los hospitales. Es decir, va a estar en los cuatro niveles.

Esto no es engorroso, por cuanto van a ser consejos asesores en los que va a participar la comunidad. La participación comunitaria se dará a nivel nacional, regional, de Servicios de Salud y de establecimientos hospitalarios. Le parece adecuado que así sea.

En contrario, se estimó que la existencia de consejos en distintas instancias puede dar lugar a informes contradictorios. Lo cual no quiere decir que se está en contra de la participación ciudadana, pero cabe considerar que tampoco se trata de que por lograr aquella se complique la ejecución del proyecto. Cuando a las personas se les hace participar, hay que respetarlas no sólo escucharlas.

Puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometidas a votación las indicaciones signadas con las letras b) y c), **fueron aprobadas por la unanimidad** de los diputados presentes.

**Artículo 14 C.**



## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

**"Artículo 14 C.-** *Las Secretarías Regionales Ministeriales tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud, a través de las respectivas Subsecretarías:*

1.- *Representar al Ministerio de Salud en la región.*  
2.- *Colaborar con el Intendente y asesorarlo en las materias sectoriales que sean de su competencia.*

3.- *Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad y proponer las adecuaciones de dichas políticas a la realidad de cada región, oyendo previamente al Consejo Asesor.*

4.- *Supervisar a los organismos indicados en el artículo 15, en el ámbito de su competencia regional, en cuanto al cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud. Para tales efectos, entre otras cosas, podrá requerir de la autoridad correspondiente, la adopción de las medidas administrativas que procedieren si detectare el incumplimiento de las obligaciones o deberes por parte de tales organismos.*

5.- *Mantener el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.*

6.- *Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre calidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, por parte de los prestadores de salud, sean personas naturales o jurídicas.*

*Lo anterior no podrá significar una limitación de las potestades que les correspondan a otros organismos públicos, en la fiscalización del Régimen de Garantías en Salud.*

7.- *Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre salud ambiental y velar por la adecuada coordinación de las acciones sobre las personas y sobre el medio ambiente de los Servicios de Salud de las Personas y del Ambiente, en el ámbito de jurisdicción de sus respectivos territorios.*

8.- *Colaborar, conforme las instrucciones del Subsecretario correspondiente, con las acciones de salud pública, mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan, especialmente con los servicios de salud y las entidades administradoras de salud municipal respectivas.*

9.- *Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicio que otorguen los prestadores de salud, tanto públicos como privados, sin perjuicio de las facultades que les competan a otros organismos públicos.*

*De lo resuelto por el Secretario Regional Ministerial, podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud, en la forma que señala el artículo 14 G, sin que sea aplicable lo dispuesto en la letra n) del artículo 24 de la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.*

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

*Un reglamento establecerá el procedimiento para la presentación y resolución de estos reclamos.*

*10.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.*

*Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.*

*11.- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y, en general, ejecutar, por sí o por terceros, todas aquellas prestaciones de carácter médico-administrativas, y*

*12.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos."*

El Ejecutivo formuló indicación para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 14 C.- Las Direcciones Regionales de Salud tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud:

1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad y proponer las adecuaciones de dichas políticas a la realidad de cada región, oyendo previamente al Consejo Asesor.

2.- Mantener el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

3.- Colaborar, conforme las instrucciones del Subsecretario correspondiente, con las acciones de salud pública, mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan, especialmente con los servicios de salud y las entidades administradoras de salud municipal respectivas.

4.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre calidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, por parte de los prestadores de salud, sean personas naturales o jurídicas.

Lo anterior no podrá significar una limitación de las potestades que les correspondan a otros organismos públicos, en la fiscalización del Régimen de Garantías en Salud.

5.- Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicio que otorguen los prestadores de salud, tanto públicos como privados, sin perjuicio de las facultades que les competan a otros organismos públicos.

De lo resuelto por el Director Regional de Salud, podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud, en la forma que señala el artículo 14 G.

Un reglamento establecerá el procedimiento para la presentación y resolución de estos reclamos.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

6.- Adoptar las medidas sanitarias que corresponda según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias, elaborar informes en materias sanitarias y acreditar prestadores de salud en la región.

Las normas estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, por parte de los Directores Regionales de Salud, serán homogéneas para los establecimientos de salud públicos y privados.

7.- Ejecutar las acciones necesarias para la protección de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de la calidad de los elementos básicos del ambiente. Para estos efectos, cada Dirección Regional de Salud deberá desarrollar el departamento, sección u oficina especialmente dedicada al cumplimiento de esta función, debiendo coordinar su labor con las demás entidades públicas competentes, especialmente con los Municipios de la Región a quienes se les podrá delegar funciones tales como la inspección o verificación del cumplimiento de estas normas, mediante la celebración de convenios respectivos.

8-. Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector de la salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

9. Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y, en general, ejecutar por sí, o por terceros, todas aquellas prestaciones de carácter médico-administrativas, y

10.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos."

Se formularon, además, las siguientes indicaciones:

a) Del Diputado Villouta para intercalar en el N° 2, entre las palabras "mantener" y "el diagnóstico" la expresión "al día".

b) Del Diputado Bayo, al N° 7, para sustituir la palabra "ejecutar" por la frase "velar por la ejecución".

El señor Infante (Subsecretario de Salud) dando respuesta a una consulta expresó que el representante del Ministro en la región y quien se relaciona con el Gobierno Regional es el Seremi, y sigue siéndolo. Lo único que se hizo, en el ánimo de tecnificar la acción regional, fue crear la figura de director regional, que tiene atribuciones técnicas de fiscalización sobre el sistema de atención y sobre los aspectos ambientales y de seguridad del trabajo. Sólo se traspasa a la dirección regional funciones que tenía el Seremi. Insiste en que el representante del Ministro de Salud en la región sigue siendo el Seremi.

En el debate se recordó que lo manifestado por el señor Subsecretario de Salud fue pedido por varios Diputado de esta Comisión, la que incluso rechazó la propuesta original del Ejecutivo que confería al Seremi atribuciones en materia de riesgos ambientales y ocupacionales porque se consideró que eso politizaba la gestión ambiental y la labor de fiscalización.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

Puesta en votación la indicación sustitutiva del Ejecutivo, **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con la letra a), **fue aprobada por la unanimidad** de los Diputados presentes.

Sometida a votación la indicación signada con la letra b), **fue rechazada por mayoría de votos.**

**Artículo 14 D.**

*"Artículo 14 D.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, todas aquellas materias que actualmente corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud."*

El Ejecutivo, presentó indicación para reemplazar la expresión: "Secretarías Regionales Ministeriales" por "Direcciones Regionales de Salud".

Sin debate, puesta el artículo con la indicación, **fue aprobado por mayoría de votos.**

**Artículo 14 E.**

*"Artículo 14 E.- En uso de las atribuciones que le confiere el artículo 14 C, números 6 y 9, el Secretario Regional Ministerial, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las involucradas, podrá aplicar las siguientes sanciones:*

- 1.- Amonestación.
- 2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento.
- 3.- Clausura.
- 4.- Cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.
- 5.- Las demás que las leyes y reglamentos autoricen aplicar a la autoridad sanitaria."

Se formulan las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo para reemplazar, en el párrafo primero, los guarismos "6" y "9" por "4" y "5"; y la expresión "Secretario Regional Ministerial", por "Director Regional de Salud".

b) Del Diputado Bayo al numeral 2, para agregar, a continuación de la palabra "multa", la expresión: "a beneficio fiscal."

c) Del Diputado señor Bayo, para agregar el siguiente inciso final:

"Las sanciones serán aplicadas en consideración a la cantidad de usuarios afectados y a la gravedad de la infracción."

El señor Crispi (asesor del Ministerio de Hacienda) expresó que las multas aplicadas por un organismo público van siempre a beneficio fiscal, a no ser que la ley, expresamente, señale algo distinto. No obstante, considera que la indicación es inadmisibles, por carecer los Diputados de la facultad para presentar este tipo de indicaciones.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

En el debate se señaló que una forma de salvar el problema es consignar que la opinión del Ejecutivo es que, si no se incorpora la frase, la multa va a beneficio fiscal. Si ése es el sentido, la indicación del diputado Bayo no es más que una modificación de redacción, no de contenido y, por lo tanto, no contraviene lo que dispone la Constitución y es perfectamente admisible.

Sin debate, sometida a votación la indicación signada con la letra a) **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con la letra b) **fue rechazada por unanimidad** de los Diputados presentes.

Sin debate, puesta en votación la indicación signada con la letra c) **fue rechazada por mayoría de votos.**

- Se hace presente que S.E. el Presidente de la República formuló indicación para intercalar, en el numeral 2, de este artículo, a continuación de la palabra "multa", la siguiente frase, precedida que una coma (,) "a beneficio de la respectiva Dirección Regional de Salud,"

Puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

**Artículo 14 F.**

*"Artículo 14 F.- Para el cumplimiento de sus funciones fiscalizadoras a que se refieren los artículos anteriores, el Secretario Regional Ministerial podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos relacionados explícitamente con salud, que obren en poder del organismo fiscalizado, y requerir de éste o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar, a éstos o a terceros directamente relacionados con la materia fiscalizada, la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por el Secretario Regional Ministerial, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen.*

*Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes de los organismos fiscalizados o de terceros directamente relacionados con la materia fiscalizada, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones."*

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo, para reemplazar, en el inciso primero, las palabras "artículos anteriores" por "artículos 14 C, números 4 y 5, y 14 E"; y la expresión "Secretario Regional Ministerial", por "Director Regional de Salud", las dos veces que allí aparece.

b) Del Diputado Bayo, para agregar un inciso tercero, nuevo, del siguiente tenor:

"En el cumplimiento de las funciones fiscalizadoras, la autoridad deberá cautelar los derechos de las personas consagrados en la ley N° 19.628 y las normas sobre secreto profesional."

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

Sin debate, puestos en votación el artículo, con las indicaciones signadas con las letras a) y b), **fue aprobado por mayoría de votos.**

**Artículo 14 G.**

*"Artículo 14 G.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte el Secretario Regional Ministerial, 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.*

*El Secretario Regional Ministerial deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.*

*Resuelto por el Secretario Regional Ministerial el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ella, dentro del plazo de quince días hábiles contado desde la notificación de la medida, ante el Ministro de Salud, el cual dispondrá de treinta días para resolver."*

Se presentaron las siguientes indicaciones:

a) Del Diputado Bayo, para sustituirlo, por el siguiente:

"Artículo 14 G.- El afectado por clausura o por cancelación de la autorización sanitaria para funcionar podrá reclamar de ella ante el juez de letras en lo civil que corresponda dentro del plazo de diez días, contado desde la fecha de la notificación.

La reclamación se someterá a las normas del procedimiento sumario y su interposición no suspenderá la caducidad decretada, salvo que el juez de la causa resuelva en contrario.

Las notificaciones que practique el Secretario Regional Ministerial se harán por carta certificada y los plazos a que ella se refiera empezarán a correr tres días después de recibida por la empresa de correos."

b) Del Ejecutivo, para reemplazar, la expresión "Secretario Regional Ministerial", por "Director Regional de Salud", las tres veces que allí aparece.

El señor Infante (Subsecretario de Salud), en relación con la primera indicación, señala que la intención del Ejecutivo al otorgar estas atribuciones al Secretario Regional Ministerial es fortalecer a la autoridad regional, por una parte, e intentar no judicializar todas las disposiciones que toma administrativamente esa autoridad. Considera que la indicación complica el procedimiento haciéndolo más engorroso y que solo debilita a la autoridad sanitaria.

Puesta en votación la indicación signada con la letra a), **fue rechazada por mayoría de votos en contra.**

Sometido a votación el artículo con la indicación signada con la letra b), **fue aprobado por mayoría de votos.**

**Artículo 14 H.**

*"Artículo 14 H.- Será facultad del Secretario Regional Ministerial instruir sumarios administrativos al personal directivo de los Servicios de Salud, en lo referente al cumplimiento de las normas de calidad,*

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

*sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan los Directores de dichos organismos y la Contraloría General de la República.*

*Asimismo, el Secretario Regional Ministerial podrá aplicar al Director del Servicio de Salud o al Director del establecimiento público de salud respectivo, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones emitidas por dicho Secretario en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada una vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa responderá personalmente el infractor."*

El Ejecutivo, formula indicación para reemplazar, la expresión "Secretario Regional Ministerial", por "Director Regional de Salud" las dos veces que allí aparece; y, en el inciso segundo, la palabra "dicho secretario", por "el director regional de salud".

Sin debate, puesto el artículo con la la indicación, **fue aprobado, por unanimidad** de los Diputados presentes.

**N° 12.****Sustituye el artículo 15.**

*"Artículo 15.- Los siguientes organismos dependerán del Ministerio de Salud, en la forma que establece esta ley:*

*1.- Los Servicios de Salud;*

*2.- El Fondo Nacional de Salud;*

*3.- La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud;*

*4.- Los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud, conforme a dichos cuerpos legales, y*

*5.- El Instituto de Salud Pública de Chile.*

*Dichos organismos dependerán del Ministerio a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, excepto el Instituto de Salud Pública de Chile, el que lo hará a través de la Subsecretaría de Salud Pública."*

El Diputado señor Bayo, formula indicación para sustituir el inciso final por el siguiente:

"Dichos organismos dependerán del Ministerio a través del Subsecretario".

Sin debate, sometida a votación la indicación, **fue rechazada por mayoría de votos.**

**N° 13.**

Modifica el artículo 16.

"Sustitúyese, en el primer párrafo del inciso primero del artículo 16, la expresión "los Servicios" por "los Servicios o el Servicio", y la frase "fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas", por la siguiente: "promoción, fomento, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud:"

El Ejecutivo, formuló las siguientes modificaciones:

1. Para sustituirlo por el siguiente:

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

“13) En el artículo 16:

“a) Sustitúyese, en el primer párrafo del inciso primero, la expresión “los Servicios” por “los Servicios o el Servicio”; y la frase “fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas”, por la frase “promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud”.

“b) Sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: “Siete en la Región Metropolitana de Santiago; Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente, y Servicio de Salud del Ambiente.”, por el siguiente: “Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente.”

El señor Infante (Subsecretario de Salud) expresó que la indicación al primer párrafo del inciso primero tiene por objeto actualizar la nomenclatura. Los conceptos de fomento y protección, en el momento actual, están incorporados en el concepto de promoción.

Se consultó en la discusión si se justifica la existencia de los seis servicios de salud en el Área Metropolitana.

Se hizo presente que como se están creando las direcciones regionales de salud y se va a entregar al director de servicio sólo la atención de una red considerada por el hospital y los distintos establecimientos, el Ejecutivo debiera evaluar la situación de la Primera Región, donde existen dos servicios de salud, los cuales dan prestaciones a través de un solo hospital y de un solo consultorio, para que los servicios de salud de Arica y de Iquique se mantengan como servicios de salud, su estructura en el futuro debiera ser bien evaluada en términos de cómo van a funcionar.

Se mencionó que existen varias proposiciones que tienen por objeto fusionar servicios de salud o crear nuevos. Cómo se solucionará ese materia.

El señor Infante (Subsecretario de Salud) informó que, actualmente en la Región Metropolitana existen siete servicios de salud, porque está el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente. Acota que como han acogido el planteamiento de los Diputados se ha dotado a las direcciones regionales de las capacidades ambientales y, por lo tanto, no se justifica tener un servicio con capacidades ambientales por lo que se dejan como servicios sólo a los prestan atención de salud.

Justifica la existencia de seis servicios en razón de la complejidad que presenta la Región Metropolitana. Destaca que hay seis hospitales complejos y en torno a esos hospitales y por la cantidad de población, se justifica armar redes asistenciales con mayores niveles de autonomía y de administración.

Se analizó el tema sobre la creación o disminución de los servicios será siempre materia de ley. Por consiguiente, tendrá un trámite bastante complejo, como el que se está siguiendo o se ha hecho en otras oportunidades. Se considera interesante que, al continuar con el tratamiento de esta ley, en esta rama del Parlamento o en el Senado, el Ejecutivo pudiera



## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

buscar los mecanismos para establecer una puerta que permita, de alguna manera, realizarlo.

Se acotó que algunas regiones del país, tienen sólo un servicio de salud, desearían y existen las condiciones como para crear otro, como es el caso de las regiones Sexta y Séptima.

Puestas en votación las indicaciones, **fueron aprobadas por mayoría de votos.**

**N° 18.**

Modifica el artículo 20.

a) Sustitúyese la letra a) por la siguiente

"a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como asimismo coordinar, asesorar y controlar todos los establecimientos del Servicio."

b) Sustitúyese la letra m) por la siguiente:

"m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;"

c) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción "y" y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

d) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o) y p), nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser letra q):

"o) Disponer, mediante resolución fundada, el traspaso de los funcionarios, en comisión de servicios, a cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, por el término de tres años, prorrogables por una sola vez por resolución fundada. Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren.

p) Declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación, y".

Los Diputados Robles, Accorsi, Cornejo y Lorenzini, presentaron indicación para sustituir la letra o), por la siguiente:

"o) Disponer, mediante resolución fundada, comisiones de servicio respecto de los funcionarios de su dependencia.

Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, los beneficios de que estuvieren gozando al momento de dictarse la resolución correspondiente.

La comisión de servicios no podrá limitar, retrasar o impedir el goce de otros beneficios que le hubieren correspondido al funcionario de no haberse dispuesto dicha medida.

El funcionario respecto de quien se disponga la comisión de servicios que estimare que ésta le produce menoscabo, podrá solicitar la reposición de la resolución ante el director, la que resuelta podrá ser apelada ante el subsecretario de redes asistenciales dentro del término de diez días hábiles contados desde la fecha en que dicha resolución se le comunique."

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

El señor Infante (Subsecretario de Salud) solicitó declarar inadmisibles las indicaciones porque está determinando funciones y atribuciones de un servicio del Estado.

El Diputado señor Lorenzini, don Pablo (Presidente), declaró inadmisibles las indicaciones. Propuso y así se acordó por asentimiento tácito votar en forma separada la letra o).

Puesta en votación la letra o), que se intercala por la letra d), **fue rechazada por mayoría de votos.**

**N° 20, que pasa a ser 19.**

El Ejecutivo presentó indicación para intercalar el siguiente artículo 21 A, nuevo, pasando los actuales artículos 21 A, 21 B y 21 C, a ser 21 B, 21 C y 21 D, respectivamente:

**Artículo 21 A, nuevo.**

*"Artículo 21 A.- Los establecimientos de salud dependientes del Servicio de Salud, si cumplen los requisitos señalados en el artículo siguiente, tendrán la denominación que éste señala y las atribuciones y condiciones que señala el artículo 21 C.*

*En relación con dichos establecimientos, un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contemple el proceso; los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias."*

El señor Infante (Subsecretario de Salud) señaló que en la indicación se recogen las observaciones efectuadas durante la discusión del proyecto para incorporar criterios, respecto a los requisitos para constituir hospitales autogestionados en red, que es el punto siguiente que se toca en esta ley.

Puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad** de los Diputados presentes.

**Artículo 21 B, que pasa ser 21 C.**

*"Artículo 21 C.- Los establecimientos a que se refiere el inciso tercero del artículo 21 contarán, de acuerdo con la etapa del proceso en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:*

*a) Administrar y disponer de sus ingresos propios, conformados por los recursos obtenidos de la facturación por ventas y servicios a privados; por la recuperación de seguros de accidentes; por la recuperación de subsidios por incapacidad laboral, y por donaciones, según la normativa presupuestaria que les fuere aplicable.*

*El 20% del monto que resulte del total de dichos ingresos, descontados los costos fijos y variables necesarios para la generación de éstos, será destinado a un fondo que será administrado por el Servicio de Salud respectivo, para la capacitación del personal, adquisición de equipamiento*

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

*crítico, cumplimiento del Régimen de la ley N° 18.469 y fortalecimiento de la atención primaria de la Red Asistencial correspondiente.*

*b) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas. Estos convenios deberán ser previamente autorizados por el Director del Servicio de Salud respectivo, a fin de velar por lo dispuesto en la letra a) del artículo precedente.*

*c) Celebrar contratos de compra de prestaciones de servicio con personas naturales, para el desempeño al interior del establecimiento de tareas o funciones clínicas, generales o específicas, que requiera para el cumplimiento de sus funciones, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud. Dichos contratos deberán contemplar similares condiciones remuneracionales que los funcionarios de dichos establecimientos, de acuerdo con las funciones y responsabilidad que desempeñen.*

*El gasto asignado a este ítem no podrá exceder del 20% del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.*

*d) La gestión y administración de sus recursos. El establecimiento que haya cumplido todas las etapas contará con la plenitud de las facultades en esta materia.*

***e) Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, los que alcanzarán al director y al personal de éste regido por el decreto ley N° 249, de 1973, en la forma, monto y condiciones que se determinen en la ley, mientras mantenga la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red".***

***Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la Red Asistencial, serán supervigilados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, y fiscalizados por el Secretario Regional Ministerial, conforme a la ley.***

*Se adquirirá la clasificación mediante resolución fundada del Ministerio de Salud, previa visación del Ministerio de Hacienda. De igual manera deberá revocarse la clasificación otorgada, cuando los establecimientos dejen de cumplir los requisitos o incurran en incumplimiento de sus funciones u obligaciones, conforme lo determine el reglamento."*

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) El Ejecutivo, para sustituir, en el inciso primero, la expresión "inciso tercero del artículo 21", por la siguiente: "artículo 21 A".

b) Del Diputado Bayo, indicación para reemplazar el párrafo segundo de la letra a) por el siguiente:

"Los montos que resulten del total de dichos ingresos, descontados los costos fijos y variables necesarios para la generación de éstos, serán destinados a un fondo que será administrado por el establecimiento respectivo. Se tendrán presentes, entre otros, los problemas de capacitación de personal, adquisición de equipamiento, atención primaria y eventuales contratos de compra de prestaciones de servicios, con personas naturales, necesarias para el cumplimiento de sus funciones."

El señor Artaza (Ministro de Salud) solicitó declarar inadmisibles las indicaciones del señor Bayo, aun cuando comparte, en cierta forma, la proposición.

En la discusión, se destacó que la indicación parlamentaria sólo persigue dar un incentivo a los establecimientos hospitalarios. El Ejecutivo debería recogerla, porque cuando estos recursos van a los servicios de salud, los establecimientos hospitalarios pierden motivación.

Se añadió que éstos son los hospitales de alta complejidad, los hospitales 1, que normalmente están en las cabeceras de regiones y que tienen fuentes para generar fondos propios, básicamente, pensionados. Agrega que este sistema busca que, del total de los recursos generados, el 80 por ciento quede en el hospital que los generó y el 20 por ciento restante vaya a los hospitales pequeños. En consecuencia, todos esos recursos quedarán en los hospitales, pero se trata que no todo quede en el hospital grande, que siempre tendrá posibilidades de obtener más recursos, sino que a lo menos un 20 por ciento quede en el servicio para que lo distribuya en los hospitales más pequeños, los de nivel 2, 3 o 4.

Se estimó necesario clarificar el concepto relativo a los ingresos propios, porque aquí se señala que están conformados por los recursos obtenidos por la facturación por ventas y servicios a privados, por la recuperación del seguro de accidentes, por la recuperación del subsidio de incapacidad laboral y por donaciones. Es decir, se alude a cuatro rubros, pero falta el de los copagos. Se consulta si los copagos estarían entre los ingresos propios.

El señor Artaza (Ministro de Salud) precisó que los copagos van al Fondo Nacional de Salud.

Puesta en votación la indicación signada con la letra a) **fue aprobada por mayoría de votos.**

Sometida a votación la indicación signada con la letra b) **fue rechazada por mayoría de votos.**

**Artículo 21 C, nuevo.**

Los Diputados señores Accorsi y Robles, presentaron indicación para intercalar el artículo 21 C, nuevo.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

“Artículo 21 C.- La red asistencial de cada Servicio de Salud se organizará con un nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercen funciones sanitarias en un determinado territorio con población a cargo y un segundo nivel de atención que sólo recibe derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia.

Los establecimientos de atención primaria, sean dependientes de municipios o de los servicios de salud, sean consultorios u hospitales de pequeñas localidades, deben cubrir en conjunto la totalidad del territorio del Servicio y la población respectiva, y serán conducidos técnicamente y coordinados por el Servicio de Salud respectivo, sin perjuicio de la necesaria coordinación comunal y regional.

Los establecimientos de atención primaria privados, en convenio con el respectivo Servicio de Salud como lo señala esta ley, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas que los municipales y de los servicios.

Los establecimientos estarán conformados por equipos multidisciplinarios, de profesionales y técnicos como señale el reglamento, capaces de hacerse cargo de toda la población de su territorio en las acciones de promoción y prevención de salud. Serán responsables además de las acciones de recuperación y rehabilitación de la salud de la población beneficiaria de la Ley 18.469. Determinadas acciones de este nivel podrán realizarse en postas o estaciones médicas para facilitar el acceso de la población, acciones que necesariamente deberán coordinarse con el establecimiento de atención primaria correspondiente, de acuerdo a lo que señale el reglamento.

Será función de estos establecimientos prestar atención integral de salud como lo señale el reglamento, el cual al menos debe contemplar las acciones de promoción y fomento de la salud y prevención de enfermedades y actividades comunitarias para toda la población del territorio; y, para el caso de la población beneficiaria de la Ley 18.469, los controles de salud y patologías crónicas, consultas espontáneas, electivas y de urgencia, además de las acciones de apoyo, docencia e investigación, cuando corresponda.

Todos los establecimientos del nivel primario de atención deberán participar de la elaboración del Programa de Salud Municipal, de responsabilidad municipal, con el apoyo técnico del Servicio de Salud respectivo, especialmente en el ámbito epidemiológico.

Los establecimientos del primer nivel de atención se financiarán al menos con los recursos asignados de acuerdo a la población a su cargo, de acuerdo a la ley 19.378, para lo cual todos ellos deberán llevar registro de la población beneficiaria de acuerdo a lo que señale el reglamento, sin perjuicio de otros aportes de las diferentes instituciones administradoras y/o del Servicio de Salud y de los aportes para las acciones de promoción y prevención de toda la población de su territorio.”

El Diputado señor Lorenzini (Presidente) declara **inadmisible la indicación.**

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

**N° 26 que pasa a ser 25.**

Modifica el artículo 39.

a) *Sustitúyese, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".*

b) *Sustituye la letra l) por la siguiente:*

*"l) Delegar sus atribuciones conforme a la ley."*

Los Diputados Accorsi y Robles, formulan indicación para agregar a la letra l), que se sustituye, suprimiendo el punto (.) lo siguiente; "N° 18.575."

El fundamento de la indicación se basa en que aquí se deja abierta la facultad del Director de delegar, bajo su responsabilidad, atribuciones en jefes del Instituto y no existe una normativa respecto de cómo se hace el traspaso. Esta facultad tiene que hacerse a través de la ley N° 18.575.

Sometida a votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad** de los Diputados presentes.

**N° 28, que pasa a ser 27.**

28) Sustitúyese el artículo 42 por el siguiente:

"Artículo 42.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra k) del artículo 39 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna del Instituto, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que lo integren."

Los Diputados Accorsi y Robles, presentaron indicación para agregar el siguiente inciso segundo, nuevo:

"A lo menos, el Instituto contará con las estructuras y funciones de laboratorio de salud, producción, control nacional, salud ocupacional y contaminación ambiental, finanzas, administración y servicio interno."

El Diputado señor LORENZINI (Presidente) declara **inadmisible** la indicación.

Puesto en votación el numeral, **fue aprobado por mayoría de votos.**

**N° 29, que pasa a ser 28.**

Modifica el artículo 50.

a) *Sustitúyese, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".*

b) *Reemplázase la letra f) por la siguiente:*

*"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley."*

Los Diputados Accorsi y Robles, a la letra f) para reemplazarla por la siguiente:

*"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575"*

Sin debate y puesta en votación la indicación **fue aprobada por la unanimidad** de los Diputados presentes.

-----

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

Nº 31 nuevo: El Ejecutivo, formula indicación para agregar el siguiente

“3l) En el Capítulo VI:  
a) Intercálase, entre el epígrafe del Capítulo y el artículo 56, lo siguiente:

“TÍTULO I

Normas Generales

b) Intercálanse, a continuación del artículo 60, los siguientes Títulos II, III, IV, V, VI, VII, VIII y IX, nuevos, pasando los actuales artículos 61 y 62 a ser 84 y 85, respectivamente.

Título II

De la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo.

**Artículo 61.**

“Artículo 61.- Establécese, para el personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos, sea de planta o a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y por el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente base y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentren, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.”

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo 62.**

“Artículo 62.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente base ascenderá al 5,5% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente variable será de un 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de un 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre un 75% y menos del 90% de las metas fijadas.”

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo 63.**

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

“Artículo 63.- Para efectos de otorgar el componente variable de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo señalada en los artículos precedentes, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- El Ministerio de Salud fijará, antes del 10 de septiembre de cada año, las metas sanitarias nacionales para el año siguiente y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de cada uno de los Servicios de Salud.

2.- Conforme al marco señalado en el número anterior, el Director de cada Servicio de Salud determinará para cada uno de sus establecimientos, incluida la Dirección del Servicio, las metas específicas y los indicadores de actividad, previa aprobación por parte del Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo.

3.- Para efectos de la determinación de las metas, el respectivo Director de Servicio deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo, presidido por dicha autoridad e integrado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud, por los Directores de establecimientos de salud del Servicio, por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de técnicos tenga mayor representación y por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de administrativos y auxiliares tenga, en su conjunto, mayor representación en el respectivo Servicio de Salud, sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

4.- En relación con dichas metas específicas, se evaluará el desempeño de cada establecimiento.

5.- La evaluación del nivel de cumplimiento de las metas fijadas a cada establecimiento, se efectuará por el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, en el plazo que señale el reglamento, a partir de la información proporcionada por los Servicios de Salud y por los propios establecimientos, la que deberá ser entregada por dichas entidades a la señalada autoridad, a más tardar el 31 de enero de cada año. La resolución que dicte el Secretario Regional Ministerial de Salud, será apelable ante el Ministro de Salud en el plazo de diez días, contado desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la resolución por carta certificada dirigida al domicilio del Servicio de Salud correspondiente.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los procedimientos destinados a la definición y evaluación del grado de cumplimiento de las metas anuales, los plazos que deberán cumplirse durante el proceso de evaluación, el mecanismo para determinar las asociaciones de funcionarios con mayor representatividad y sus representantes, y las demás disposiciones necesarias para el otorgamiento de esta asignación.”

En la discusión se estimó pertinentes hacer presente que se está otorgando un participación activa a los diferentes estamentos de funcionarios.

Se hizo mención expresa que, en los Servicios de Salud por lo menos hay cuatro plantas. La planta de profesionales tiene una



## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

organización, y lo mismo sucede en las plantas de técnicos y en la de auxiliares. Por lo tanto, lo que se está planteando es que en este Comité pueda participar una persona de cada planta de la organización más representativa a nivel nacional. En todo caso, se señaló que no siempre el delegado de una de las federaciones representa al total de los funcionarios en los hospitales o establecimientos o en un servicio. Por lo tanto, el hecho de que sea por planta, permite, efectivamente, que haya representantes de todos los sectores involucrados en el acontecer del servicio.

-----

Se hace constar que los Diputados Accorsi y Robles, formularon indicación a este y otros artículos, **que fueron declaradas inadmisibles**, por el Presidente de la Comisión, cuyo texto se encuentra en el acápite de indicaciones inadmisibles.

-----

Puesto en votación el artículo con las indicaciones, **fue aprobado por unanimidad** de lo Diputados presentes.

## TÍTULO III

De la Asignación de Acreditación Individual y Estímulo al Desempeño Colectivo

**Artículo 64.**

"Artículo 64.- Establécese, para el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de planta o a contrata, de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, y para el personal de la planta de directivos de carrera ubicados entre los grados 17º y 11º, ambos inclusive, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas y que se encuentren, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación."

Puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad** de los Diputados presentes.

**Artículo 65.**

El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2º de la ley N° 19.699.

El componente de acreditación individual ascenderá a un máximo de un 5,5%, conforme a los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, será de un 5,5%

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de un 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre un 75% y menos del 90% de las metas fijadas.”

Sin debate, puesto en votación el artículo **fue aprobado por unanimidad** de los Diputados presentes.

**Artículo 66.**

“Artículo 66.- Para los efectos de otorgar el componente de acreditación individual, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- Los profesionales deberán participar en el proceso de acreditación cada tres años, el que consistirá en la evaluación de las actividades de capacitación que sean pertinentes al mejoramiento de la gestión de los organismos y de la atención proporcionada a los usuarios. Para estos efectos, el respectivo servicio de salud deberá disponer, al menos una vez al año, para quienes cumplan el respectivo período, de todas las medidas necesarias para implementar dicho proceso.

2.- Accederán al beneficio los funcionarios que hubieren aprobado el proceso de acreditación.

3.- El monto del componente de acreditación individual dependerá de los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales según la siguiente tabla:

Hasta 3 años	3%
Más de 3 años hasta 6 años	5%
Más de 6 años hasta 9 años	5,5%

4.- Para los funcionarios que tengan más de nueve años de servicio, la asignación pasará a ser permanente, con un porcentaje igual al de la última acreditación que haya aprobado.

5.- En caso que un funcionario no apruebe uno de los procesos de acreditación, no accederá al incremento del componente, pero mantendrá el porcentaje obtenido por las acreditaciones anteriores.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo, la periodicidad y las demás disposiciones necesarias para la implementación del procedimiento de acreditación y el otorgamiento del componente de acreditación individual.”

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad**.

**Artículo 67.**

“Artículo 67.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de la asignación señalada en el artículo 64, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63, para cuyo las asociaciones de funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán un solo representante.”

Sin debate, sometida a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad**.

## TÍTULO IV

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

## De la Asignación de Estímulo a la Función Directiva

**Artículo 68.**

“Artículo 68.- Establécese para el personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los servicios de salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de estímulo que se regirá por las siguientes normas:

1. Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud que, conforme a lo señalado en el artículo 21 A de la presente ley, pueden optar a la categoría de “establecimiento de autogestión en red”, esta asignación estará asociada íntegramente a la obtención, por parte del establecimiento, de la categoría mencionada.

2. Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a dos factores: a la obtención de la categoría de “establecimiento de autogestión en red” de los establecimientos de su dependencia y al cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley 19.813.”

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso primero, o para más de una sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentren además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

En el debate, se consultó si la regla contemplada en el número 2, implica que todos los establecimientos de su dependencia deben alcanzar la categoría de establecimientos de autogestión en red, situación que considera difícil e improbable de alcanzar, sobre todo tratándose de servicios de salud que tienen varios establecimientos, como es el caso, por ejemplo, del Servicio de Salud Oriente, el Servicio de la Sexta Región u otros.

El señor Artaza (Ministro de Salud) informó que el porcentaje de asignación que reciban esos establecimientos va a ser en proporción de la acreditación que vayan alcanzando.

Se hizo presente que los Diputados señores Accorsi y Robles presentaron una indicación al inciso primero del artículo 68, en el sentido de agregar una coma (,) después de la palabra “confianza” y eliminar la expresión “y de carrera superiores al grado 11”. Se consultó si fue declarada inadmisibles.

El señor Artaza (Ministro de Salud) expresó que de aprobarse la indicación deja a mucha gente sin el beneficio.

El Diputado señor Lorenzini, don Pablo (Presidente) aclaró la indicación es inadmisibles.

Puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo 69.**

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

“Artículo 69.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la Planta Directiva por concepto de asignación de estímulo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185 y, cuando corresponda, la asignación de responsabilidad superior otorgada por el decreto ley N° 1.770, de 1977, y la asignación del artículo 2°, de la ley N° 19.699.

Esta asignación será de un 11 por ciento sobre la base señalada en el inciso primero, para aquellos funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la clasificación en la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red".

Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, la asignación corresponderá a un 11 por ciento de la base de cálculo señalada en el inciso primero, conforme a la siguiente distribución:

a) Hasta un 8 por ciento por la obtención de la categoría de "establecimiento de autogestión en red" de los establecimientos de su dependencia. El porcentaje a pagar se determinará multiplicando el 8 por ciento por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que haya efectivamente obtenido dicha clasificación por el total de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio, y

b) Hasta un 3 por ciento por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del servicio, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813. En este caso, el porcentaje a pagar se determinará multiplicando el 3 por ciento por el cociente resultante de dividir el número de entidades y/o establecimientos que efectivamente hayan cumplido el 90 por ciento o más de las metas fijadas para el año anterior, por el total de entidades administradoras y/o sus establecimientos ubicados en el territorio jurisdiccional del servicio."

c) Hasta un 3 por ciento por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813. En este caso, el porcentaje a pagar se determinará multiplicando el 3 por ciento por el cociente resultante de dividir el número de entidades y/o establecimientos que efectivamente hayan cumplido el 90 por ciento o más de las metas fijadas para el año anterior, por el total de entidades administradoras y/o sus establecimientos, ubicados en el territorio jurisdiccional del Servicio."

En la discusión se señaló que la indicación considera los establecimientos tipo 3 y 4, en circunstancias que ellos, prácticamente, no tienen ninguna posibilidad de ser hospitales autogestionados en red. Por lo tanto, es necesario aclarar cómo va a funcionar este sistema, porque algunos de esos hospitales, conociendo su desempeño y sus características, nunca van a ser establecimientos autogestionados en red.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

De igual manera se consultó si el beneficio de la letra b) será también para los funcionarios de la atención primaria de salud municipal.

El señor Artaza (Ministro de Salud) aclaró que existirá un reglamento que regulará esta materia. Por otra parte, hizo presente que la indicación recoge una proposición de los Diputados en orden a que todos los hospitales pudieran acceder a la categoría de autogestionados en red. Obviamente, reconoce que los establecimientos tienen distintos niveles y esto se va a tomar en cuenta en el reglamento. De manera tal que sea un incentivo real para los directivos.

Aclaró que esta bonificación es para el personal directivo de Servicio va recibir un incentivo, en la medida en que se cumplan ciertas metas. No es que se trate de dineros para el personal, es un incentivo para el directivo.

En el seno de la Comisión se hizo mención en el sentido que se reconoce que, efectivamente, el proyecto original del Ejecutivo contemplaba que existiera, un mecanismo de mejoramiento de la gestión, para hospitales autogestionados en red, para los hospitales de alta complejidad que cumplieran las metas que están establecidas en el propio proyecto de ley.

Sobre el tema, se propuso que todos los hospitales del país, fueran hospitales de nivel tres o cuatro, tuvieran la posibilidad de alcanzar la categoría de hospital autogestionado en red, con metas proporcionales a su nivel de complejidad. Por lo tanto, se estima que puede ser mucho más fácil para un hospital de nivel tres o cuatro, alcanzar el cumplimiento de estas metas que, eventualmente, para un hospital de nivel uno.

De manera tal que el escepticismo que alguien pueda tener, en el sentido de que no van a haber hospitales de nivel tres o cuatro que alcancen la categoría de autogestionados en red, es algo que carece de fundamentos, pues ya está consagrado en la ley este punto.

Puesto en votación el artículo, **fue aprobado por mayoría de votos.**

**Artículo 70.**

"Artículo 70.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias de la asignación señalada en el artículo 68, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63."

El Ejecutivo, formula indicación para suprimirlo.

Sin debate, puesta en votación la indicación, **fue aprobada por unanimidad.**

**Artículo 71, que pasa a ser 70.**

"Artículo 70.- Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo y las demás disposiciones necesarias para otorgar el componente por obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", de la asignación señalada en el artículo 68."

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

**Artículo 72, que pasa a ser 71.**

"Artículo 71.- Las asignaciones señaladas en los artículos 61, 64 y 68, se pagarán en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto a pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos precedentemente.

Estas asignaciones tendrán carácter de impositivas para fines de previsión y salud. Para determinar las impositivas e impuestos a que se encuentren afectas, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cuocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las impositivas se deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de impositividad."

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

## TÍTULO V

## De la Asignación de Turno

**Artículo 73, que pasa a ser 72.**

"Artículo 72.- Establécese una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta 12 horas, mediante turnos rotativos. Estos turnos podrán comprender un número de horas superior a la jornada ordinaria de trabajo del funcionario.

Dicha asignación estará destinada a retribuir pecuniariamente al referido personal el desempeño de jornadas de trabajo en horarios total o parcialmente diferentes de la jornada ordinaria establecida en el artículo 59 de la ley N° 18.834, incluso en horario nocturno y en días sábados, domingos y festivos, acorde con las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

La ley de presupuestos, respecto de cada Servicio de Salud, expresará el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y por tres funcionarios, separadamente."

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo 74, que pasa a ser 73.**

"Artículo 73.- Esta asignación será impositiva sólo para efectos de pensiones y de salud y será incompatible con la asignación establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

El personal que labora en el sistema de turno de que trata este Título no podrá desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el Director del Servicio de Salud respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo, del artículo 60, de la ley N° 18.834.”

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo 75, que pasa a ser 74.**

“Artículo 74.- Para tener derecho a la asignación de turno, los funcionarios deberán estar formalmente destinados a prestar servicios en los puestos de trabajo cuya jornada sea ininterrumpida, a través de resoluciones anuales del Director del establecimiento de salud correspondiente.

Esta asignación se percibirá mientras el trabajador se encuentre en funciones en los puestos de trabajo mencionados, e integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro o tres funcionarios, manteniendo el derecho a percibirla durante los períodos de ausencia con goce de remuneraciones originados por permisos, licencias y feriado legal. Asimismo, será considerada como estipendio de carácter general y permanente, para efectos del inciso tercero del artículo 21 de la ley N° 19.429.”

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo 76, que pasa a ser 75.**

“Artículo 75.- Las horas extraordinarias que en virtud de lo dispuesto en la letra c), del artículo 93 de la ley N° 18.834, puedan percibir los funcionarios de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, cualquiera que sea el motivo de su origen, no constituirán remuneración permanente para ningún efecto legal. En consecuencia, no se percibirán durante los feriados, licencias y permisos con goce de remuneraciones.”

En el debate se solicitó aclarar cual es la diferencia que existe entre la norma actual en materia de reemplazos de los feriados, de licencias médicas y permisos con goce de remuneraciones.

El señor Artaza (Ministro de Salud) señaló que este artículo contiene una precisión que está en el sentido de la actual legislación, para hacer distingo claro y categórico, respecto a un cambio sustancial que se hace con los turnos en razón de que ellos van a pasar a ser impondibles.

Acotó que las horas extraordinarias se van a considerar como tales y ellas se diferencian de los turnos, que van a pasar a ser un rol habitual.

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

## TÍTULO VI

De la Asignación de Responsabilidad

**Artículo 77, que pasa a ser 76.**

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

"Artículo 76.- Establécese una asignación de responsabilidad para el personal de la planta de profesionales, de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, con contratos de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

Esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público.

Durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de Jefe Directo para los efectos previstos en el Párrafo 3 del Título II de la ley N° 18.834."

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo 78, que pasa a ser 77.**

"Artículo 78.- Esta asignación se otorgará conforme a las reglas siguientes:

1.- El número de cupos por establecimiento es el determinado en el artículo siguiente.

2.- Para los efectos de realizar el o los concursos correspondientes, se constituirá en el establecimiento respectivo un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales, que según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

3.- En el o los concursos para acceder a esta asignación, se considerarán los siguientes factores y con la ponderación indicada en cada caso:

FACTORES	PONDERACIÓN
Capacitación pertinente	30%
Evaluación de Desempeño	20%
Experiencia Calificada	20%
Aptitud para el cargo (Entrevista)	30%

4.- El o los cupos disponibles se asignarán en orden de prelación al funcionario o funcionarios que logren el mayor puntaje en el proceso de concurso y sólo en la medida que cumplan con los requisitos mínimos para su asignación.

5.- Se otorgará por un período máximo de tres años, siempre que se desempeñe efectivamente la función de responsabilidad de gestión en el establecimiento en el que fue otorgada. En todo caso, el funcionario podrá concursar nuevamente por la asignación, en la medida que cumpla los requisitos para ello.



## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

6.- Se deberá realizar concurso cada vez que uno o más de los cupos asignados al establecimiento quede disponible.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación y todas las otras normas necesarias para la aplicación de este beneficio.”

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo 79, que pasa a ser 78.**

“Artículo 78.- El monto máximo anual por establecimiento de esta asignación corresponderá a la cantidad establecida en la tabla siguiente, el que deberá ser distribuido entre la totalidad de los cupos asignados al establecimiento, sea en partes iguales o diferenciadas, valor que se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que lo sean las remuneraciones del sector público. En todo caso, la asignación individual no podrá ser inferior al monto promedio anual por persona reducido en un 10%, ni superior al mismo promedio aumentado en un 10%. Asimismo, el establecimiento no podrá exceder el monto máximo anual que le haya sido asignado ni el número de cupos establecidos.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

Tipo de establecimiento	Cupos máximo por establecimiento	Monto máximo por establecimiento	Monto promedio anual por persona
Hospital Alta complejidad	12	\$6.960.000	\$580.000
Hospital Media complejidad	9	\$3.366.000	\$374.000
Hospital Baja complejidad	2	\$424.000	\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$212.000	\$212.000
Centros de Referencia de Salud (CRS);	1	\$212.000	\$212.000
Centros de Diagnóstico Terapéuticos (CDT).	1	\$212.000	\$212.000

La asignación otorgada a cada funcionario se pagará en cuotas mensuales iguales. La primera de ellas se pagará el día primero del mes siguiente al de la total tramitación del acto administrativo que la conceda.

En caso que el establecimiento no asigne todos los cupos que tiene disponibles, su monto fijo anual se verá reducido en el promedio anual por persona, por cada uno de los cupos no asignados.

El número total de cupos a nivel nacional será de 1.259 asignaciones al año, con un costo anual máximo de \$515 millones, reajutable en la forma señalada en el inciso primero."

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo 80, que pasa ser 79.**

"Artículo 79.- Lo dispuesto en el párrafo final de la letra h) del artículo 1° de la ley N° 19.490, será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68, 72 y 76, de esta ley."

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobada por unanimidad.**

TÍTULO VII

De la Promoción en la Carrera Funcionaria

**Artículo 81, que pasa a ser 80.**

"Artículo 80.- La promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

ley N° 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación.

Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirven.

Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso, disponiendo a los funcionarios de cada grado de la respectiva planta en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.

Producida una vacante, será promovido el funcionario que se encuentre en el primer lugar del referido escalafón. En caso de producirse un empate, operarán los criterios de desempate establecidos en el artículo 46 de la ley 18.834.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, fijará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas para cada planta y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento del sistema de acreditación, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación de la competencia e idoneidad de los funcionarios.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo y en el siguiente, será aplicable a los funcionarios lo dispuesto en el artículo 45 de la ley N° 18.834.”

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo 82, que pasa a ser 81.**

“Artículo 81.- Para todos los efectos legales, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile; de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se hará por concursos internos.

Las bases de los concursos internos considerarán cuatro factores, a saber: capacitación pertinente, evaluación del desempeño, la experiencia calificada y aptitud para el cargo. Cada uno de estos factores tendrá una ponderación de un 25 por ciento.

Para estos efectos existirá un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales, que según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel nacional, regional o local, según corresponda.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

En los concursos será promovido al cargo vacante el funcionario que obtenga el mayor puntaje y en ellos podrán participar los funcionarios profesionales de la planta que se ubiquen en los grados inferiores según la siguiente tabla:

GRADO VACANTE	GRADOS QUE PUEDEN PARTICIPAR
5º	6º - 10º
6º	7º - 10º
7º	8º - 10º
8º	9º - 11º
9º	10º - 12º
10º	11º - 13º
11º	12º - 14º
12º	13º - 15º
13º	14º - 16º
14º	15º - 17º
15º	16º - 17º
16º	17º - 18º
17º	18º

Los concursos se sujetarán a las siguientes reglas:

1.- Los funcionarios, en un solo acto, deberán postular a una o más de las plantas respecto de las cuales cumplan con los requisitos legales, sin especificar cargos o grados determinados dentro de ellas.

2.- La provisión de los cargos vacantes de cada planta se efectuará, en cada grado, en orden decreciente, conforme al puntaje obtenido por los postulantes.

3.- Las vacantes que se produzcan por efecto de la provisión de los cargos, conforme al numeral anterior, se proveerán en acto seguido, como parte del mismo concurso y siguiendo iguales reglas.

4.- En caso de producirse empate, los funcionarios serán designados conforme al resultado de la última calificación obtenida y, en el evento de mantenerse esta igualdad, decidirá el respectivo Jefe de Servicio.

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo 83, que pasa a ser 82.**

"Artículo 82.- Establécese que hasta un 15 por ciento de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, se expresarán para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas.

Conforme a lo señalado en el inciso precedente, los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas asimilados

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

a los grados de la planta de profesionales, podrán voluntariamente y previa aprobación del respectivo Director de Servicio de Salud, reducir su jornada a empleos de 22 horas. En tal caso, el Servicio podrá contratar profesionales haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir en un porcentaje proporcional de un 50 por ciento los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales, no obstante cualquiera sea la regulación específica de cada uno de ellos.

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, para cuyo efecto se considerarán todos los nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Los funcionarios contratados por 22 horas no podrán desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno de que trata el Título V de este Capítulo.

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo 84, que pasa a ser 83.**

"Artículo 83.- La Junta Calificadora que existirá en cada uno de los Hospitales que integran los Servicios de Salud, conforme a lo establecido en el inciso sexto del artículo 30 de la ley N° 18.834, estará integrada por los tres funcionarios de más alto nivel jerárquico, a excepción del Director del Hospital, y por un representante del personal elegido por éste. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios, que según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

El Director del Hospital conocerá del recurso de apelación que puede interponer el funcionario ante la resolución de la Junta Calificadora o de la del Jefe directo en el caso del delegado del personal, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la ley N° 18.834. "

Los Diputados Accorsi y Robles, formularon indicación al inciso primero para reemplazar la frase: "Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios, que según su número de afiliados, posea mayor representatividad en el ámbito local", por la siguiente: "Se considerará, además, la participación con derecho a voz, de un representante de la Asociación de Funcionarios más representativa de cada planta".

En el debate se precisó que la indicación tiene por objeto cautelar la representación de todos los estamentos que conforman el personal de salud por lo que se establece que tendrá derechos a participar en la junta calificadora, con derecho a voz, el representante de la asociación de funcionarios a que pertenezca el funcionario calificado.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

El señor Artaza (Ministro de Salud) señaló que la norma que se está proponiendo es la misma contenida en el Estatuto Administrativo sobre el tema y que, por consiguiente, aquí no se está innovando.

Se solicitó al Ministro exponer las razones de orden práctico que puedan existir para oponerse a esta indicación.

El señor Artaza (Ministro de Salud) expresó que le ha correspondido presidir juntas calificadoras y que siempre ha sido partidario que en el proceso de calificación exista transparencia. Hizo presente, que en su composición se resguarda ese principio con la existencia de una persona elegida, que es miembro titular de la junta calificadora, y que, además, exista otro representante para la asociación más importante, en términos numéricos, con derecho a voz.

Los Diputado señores Diputados autores de la indicación la retiran en el entendido que el Ejecutivo la reformulará y presentará en la tramitación posterior de este proyecto.

**ARTÍCULO 2º, nuevo.**

El Ejecutivo, formula indicación para el siguiente artículo 2º, nuevo, pasando el actual a ser 3º.

"Artículo 2º.- Sustitúyase el artículo 5º del Código Sanitario por el siguiente:

"Artículo 5º.- Cada vez que el presente Código aluda a la autoridad sanitaria, deberá entenderse por ella al Ministro de Salud en las materias que son de competencia de dicha Secretaría de Estado; a los Directores Regionales de Salud, como sucesores legales de los Servicios de Salud y del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, respecto de las atribuciones y funciones que este Código radica en dichas autoridades y que ejercerá dentro del territorio regional de que se trate; y al Director del Instituto de Salud Pública, en relación con las facultades que legalmente le corresponde respecto de las materias sanitarias que este Código regula, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado válidamente sus atribuciones".

Sin debate, sometida a votación la indicación **fue aprobada por unanimidad.**

**ARTÍCULO 2º, que pasa a ser 3º.**

"**ARTÍCULO 3º.-** Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias, a saber:

a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1º;

b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos, en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley N° 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás Directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos ni, en general, cese de funciones o término de la relación laboral;

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza de ley a que se ha hecho referencia en las letras anteriores;

l) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en esta ley."

El Diputado señor Lorenzini, don Pablo (Presidente) hizo presente que el Diputado Bayo ha presentado indicación para sustituirlo, pero que **es inadmisibile**.

La indicación es la siguiente:

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

Del Diputado señor Bayo, para sustituir el artículo 3º, por el siguiente:

"Artículo 3º.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda,, establezca las normas necesarias para regular las materias que se expresarán, a saber:

a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1º;

b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma. calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga.;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados ilo podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos »i, e» general, cese de funciones o término de la relación laboral;

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;



## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza de ley a que se ha Hecho referencia en las letras anteriores;

l) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en la presente ley."

Se formularon las siguientes indicaciones:

a) Del Ejecutivo formula indicación, al artículo 3º, para intercalar, a continuación de la letra k), las siguientes letras l), m) y n), nuevas, pasando la actual letra l) a ser letra o):

"l) Para establecer los montos mensuales y su reajustabilidad, que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por cuatro personas, durante el primer año presupuestario de vigencia;"

"m) Para determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, establecer el destino de sus recursos y el traslado de su personal. En tanto no se suprima dicho servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios 1º, 7º y 10 de esta ley."

"n) Para hacer aplicables al personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales las normas sobre carrera funcionaria, el sistema de remuneraciones y los beneficios que rijan respecto del personal de la Subsecretaría de Salud."

b) De los diputados señores Accorsi y Robles, para sustituir el texto de la letra b) del artículo 2º, por el siguiente:

"Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos y crear las Direcciones Regionales de Salud, en su caso, disponiendo dentro de los márgenes que establece la ley N° 18.565, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad".

El señor Artaza (Ministro de Salud) considera que la indicación signada con la letra b), es inadmisibles.

En la discusión se hizo presente que se considera admisible, porque lo único que se está haciendo es precisar lo otorgando al Ejecutivo sobre las atribuciones necesarias para reorganizar los servicios y los organismos públicos o crear las direcciones regionales de salud.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

El señor Artaza (Ministro de Salud) expresó que se trata de materias, que son de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, por cuanto el artículo 61 de la Constitución señala expresamente que sólo el Presidente de la república puede solicitar esa autorización, excluyendo a otros órganos. A este respecto, el tratadista Alejandro Silva Bascuñán expresa: "El único órgano que puede ser autorizado para hacer uso de la facultad que se está concediendo es, como lo indica categóricamente el texto transcrito – artículo 61, inciso primero de la Constitución- el Presidente de la República. A diferencia de lo que se establecía en la ley N° 17.284, ahora la Carta señala expresamente que una de las materias de la iniciativa exclusiva del Jefe del Estado, que cabe agregar a las enumeradas en los incisos tres y cuatro del artículo 62."

El Diputado señor Lorenzini, don Pablo (Presidente) declaró **inadmisible** la indicación signada con la letra b).

Puesto en votación el artículo con la indicación signada con la letra a) **fue aprobado por mayoría de votos.**

**ARTÍCULO 4º, nuevo.**

El Ejecutivo formula indicación, para agregar el siguiente artículo 4º, nuevo:

"ARTÍCULO 4º.- Modifícase la ley N° 19.490, del siguiente modo:

1.- Sustitúyese el inciso segundo del artículo 3º, por el siguiente:

"Dicha bonificación se regulará por lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 19.479, a excepción de los valores establecidos en la letra c) del inciso primero de esa misma norma. Para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, esta bonificación será de un 15,5% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de un 7,75% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar un 66%. Para el personal de planta y a contrata del Fondo Nacional de Salud, esta bonificación será de un 10% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de un 5% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar un 66%."

2.- En el artículo 4º:

a) Agrégase, en el inciso cuarto, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser seguido, lo siguiente: "No obstante lo señalado precedentemente, para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, la bonificación por desempeño institucional será de hasta el 15,5%."

b) Agrégase, el siguiente nuevo inciso octavo, pasando los actuales incisos octavo y noveno, a ser noveno y décimo, respectivamente:

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

"Con independencia de la calificación que se obtenga, la bonificación de que trata este artículo será percibida por el ciento por ciento de los funcionarios de cada planta y los funcionarios a contrata asimilados a éstas."

Sin debate, puesto en votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**ARTÍCULO 5º, nuevo.**

El Ejecutivo formuló indicación para agregar el siguiente artículo 5º, nuevo:

"ARTÍCULO 5º.- Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 4º de la ley N° 19.086, el párrafo relativo a la planta de profesionales, por el siguiente: "PLANTA DE PROFESIONALES: De grado 18º al grado 5º."

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**ARTÍCULO 6º, nuevo.**

Indicación del Ejecutivo para agregar el siguiente artículo 6º nuevo:

"ARTÍCULO 6º.- Déjese establecido que, a contar de la fecha de publicación de esta ley, los funcionarios de las profesiones de Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos, podrán acceder, entre los grados 18º al 5º, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones, o a los empleos a contrata asimilados a los mismos grados."

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**DISPOSICIONES TRANSITORIAS.**

El Ejecutivo formuló indicación para intercalar a continuación del artículo 6º, nuevo, los siguientes artículos primero a décimo cuarto transitorios, nuevos, pasando los actuales artículos primero y segundo a ser décimo quinto y décimo sexto transitorio, respectivamente:

**Artículo primero, nuevo.**

"Artículo primero.- Los funcionarios de planta y a contrata regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que se desempeñen en alguno de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 del decreto ley N° 2.763, de 1979, en la Subsecretaría del Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mayores de 60 años de edad, si son mujeres, y de 65 años, si son hombres, que, después de los noventa días posteriores a la publicación de esta ley y hasta el 31 de diciembre de 2004, presenten su renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones imponibles, actualizadas según el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, por cada año de servicio y fracción

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

superior a seis meses prestados a alguno de los organismos señalados, con un tope de 8 meses de dicha remuneración.

El monto de este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$ 270.000 mensuales y en un mes para aquellos que tengan, a la fecha de publicación de la ley más de 63 años si son mujeres y más de 68 años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

Para poder acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Durante el año 2003, podrán acceder a este beneficio 2.194 funcionarios, privilegiándose aquellos de menores rentas y mayor edad. Durante el año 2004, podrán acogerse otros 2.000 funcionarios. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio durante el año 2003, podrán hacerlo el año 2004. Los cupos que no fueren utilizados en el año 2003, serán acumulables para el año siguiente.

Esta indemnización no será imponible ni constituirá renta para ningún efecto legal.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará los calendarios de postulación y pago, los mecanismos para el otorgamiento y las demás disposiciones necesarias para la implementación de este beneficio.

Los funcionarios que cesen en sus empleos por aplicación de lo dispuesto en este artículo, no podrán ser nombrados ni contratados asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos señalados en el inciso primero, durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido, expresado en unidades de fomento, más el interés corriente para operaciones reajustables.”

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo segundo, nuevo.**

“Artículo segundo.- La asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en el artículo 61 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, se otorgará en forma gradual durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

- |              |                              |       |
|--------------|------------------------------|-------|
| a) año 2003: | - componente base            |       |
|              | 2,75%                        |       |
|              | - componente variable        | 0%    |
| b) año 2004: | - componente base            |       |
|              | 3,85%                        |       |
|              | - componente variable, hasta | 1,65% |
| c) año 2005: | - componente base            |       |
|              | 4,95%                        |       |

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

- componente variable, hasta 3,3%
- d) año 2006: - componente base 5,5%

- componente variable, hasta 5,5%"

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo tercero, nuevo.**

"Artículo tercero.- El componente por acreditación individual a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se implementará gradualmente entre el año 2003 y el 2006, según la siguiente tabla de progresividad:

Años de servicio del funcionario	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Hasta 3 años	2,75%	3%	3%	3%
Más de 3 años y hasta 6 años	2,75%	3,75%	4%	5%
Más de 6 años y hasta 9 años	2,75%	3,80%	4,75%	5,5%
Más de 9 años	2,75%	3,85%	4,95%	5,5%

El proceso de acreditación a que se refiere los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar el año 2005.

En los años 2003 y 2004, el componente será pagado a todos los funcionarios señalados en el artículo 64 del referido decreto ley, sin necesidad de acreditarse, conforme a la tabla anterior."

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo cuarto, nuevo.**

"Artículo cuarto.- El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios a que se refieren los artículos 64, 65 y 67 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará durante los años 2003 al 2006 según la siguiente tabla:

Porcentaje de cumplimiento	2003	2004	2005	2006
90% o más	0%	1,65%	3,3%	5,5%
Entre 75% y menos de 90%	0%	0,83%	1,65%	2,75%

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo quinto, nuevo.**

"Artículo quinto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el número 1 del mismo artículo, en forma gradual durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

- año 2004: hasta un 5,5%
- año 2005: hasta 8,25%
- año 2006: hasta 11%"

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo sexto, nuevo.**

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

"Artículo sexto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el número 2 del mismo artículo, en forma gradual durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

a) Año 2004: hasta un 5,5%, según la siguiente distribución: hasta un 4% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes; y de hasta un 1,5% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje a pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

b) Año 2005: hasta un 8,25%, según la siguiente distribución: hasta un 6% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes; y hasta un 2,25% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje a pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

c) Año 2006: hasta un 11%, conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979."

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por mayoría de votos.**

**Artículo séptimo, nuevo.**

"Artículo séptimo.- Las modificaciones a la ley N° 19.490, contenidas en los numerales 1), con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y 2), letra a), del artículo 4° de la presente ley, se otorgarán en forma gradual durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

1) Bonificación de estímulo por desempeño funcionario:

a) Para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados:

i) año 2003	:	12,75%
ii) año 2004	:	13,85%
iii) año 2005	:	14,95%
iv) año 2006	:	15,5%

b) Para los funcionarios que le sigan en orden descendente de evaluación, hasta completar el 66% mejor evaluados respecto de cada planta:

i) año 2003	:	6,38%
ii) año 2004	:	6,93%
iii) año 2005	:	7,48%
iv) año 2006	:	7,75%

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

2) Bonificación por desempeño institucional: El cumplimiento de las metas del año precedente dará derecho a los funcionarios:

- a) año 2003 : hasta un 12,75%
- b) año 2004 : hasta un 13,85%
- c) año 2005 : hasta un 14,95%
- d) año 2006 : hasta un 15,5%."

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado**

**por unanimidad.**

**Artículo octavo, nuevo.**

"Artículo octavo.- La asignación de turno y la Bonificación Compensatoria a que se refieren los artículos 72, 73 y 74, respectivamente todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, y decimotercero transitorio de esta ley, respectivamente, comenzarán a regir a contar del primero del mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra l) del artículo 3° de esta ley, respecto del personal que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios.

Para los funcionarios que integren el sistema de turnos rotativos cubiertos por tres funcionarios, las correspondientes asignación de turno y bonificación compensatoria, comenzarán a regir conforme al siguiente cronograma:

1. A partir del segundo semestre de 2004 se pagarán, por concepto de asignación de turno y bonificación compensatoria, los mismos montos que a esa fecha tenga asignado el personal de igual grado y planta que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios. La diferencia correspondiente al mayor número de horas trabajadas, será considerado como trabajo extraordinario y pagado de acuerdo a la normativa vigente, no aplicándose en este caso lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.

2. A partir del segundo semestre de 2005, se pagarán los montos que, para esa fecha, haya determinado el decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra l), del artículo 3°, de la presente ley, para la asignación en que el turno esté integrado por tres funcionarios, pasando a ser plenamente aplicable lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979. La correspondiente bonificación compensatoria, se pagará conforme a la normativa contenida en el artículo decimotercero transitorio de este cuerpo legal."

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado**

**por unanimidad.**

**Artículo noveno, nuevo.**

"Artículo noveno.- El artículo 76 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a regir a contar del primer día del mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento respectivo. Para el primer año, los cupos totales a nivel nacional serán asignados de acuerdo a la clasificación de complejidad de los establecimientos vigente al momento de publicarse la presente ley, conforme a la siguiente tabla:

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

Tipo de establecimiento	Cupos máximos por establecimiento	Monto máximo anual por establecimiento	Monto promedio anual por persona
HOSPITAL TIPO 1	13	\$7.540.000	\$580.000
HOSPITAL TIPO 2	12	\$5.460.000	\$455.000
HOSPITAL TIPO 3	9	\$3.366.000	\$374.000
HOSPITAL TIPO 4	2	\$424.000	\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$212.000	\$212.000
Centros de Referencia de Salud (CRS);	1	212.000	\$212.000
Centros Diagnóstico Terapéuticos (CDT).	1	\$212.000	\$212.000

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo décimo, nuevo.**

"Artículo décimo.- El sistema de promoción mediante concurso interno a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar en enero del año 2004, respecto de todos los cargos vacantes existentes a esa fecha, salvo el grado de inicio de cada planta, el que seguirá regulado conforme las normas generales.

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo undécimo, nuevo.**

"Artículo undécimo.- El incremento remuneracional para el personal que se desempeñe en los establecimientos de salud de carácter experimental, creados por los decretos con fuerza de ley del Ministerio de Salud N°s 29, 30 y 31, todos de 2000, será incorporado en su propio sistema de remuneraciones, fijado conforme al procedimiento establecido en el artículo 9° del decreto ley N° 1.953, de 1977, íntegramente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados."

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo duodécimo, nuevo.**

"Artículo duodécimo.- Los reglamentos a que se refieren el inciso segundo del artículo 63, el inciso segundo del artículo 66, el artículo 70 y el inciso segundo del artículo 77, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, deberán dictarse dentro de los ciento ochenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley."

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo decimotercero transitorio, nuevo.**



## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

“Artículo decimotercero.- El personal a que se aplica el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se encuentre en funciones a la fecha de publicación de la presente ley, tendrá derecho a una bonificación no imponible destinada a compensar las deducciones por concepto de cotizaciones para pensiones y salud a que esté afecta la asignación de turno, cuyo monto será el que resulte de aplicar los siguientes porcentajes sobre el valor de dicha asignación, según sea el sistema o régimen previsional de afiliación del trabajador:

a) 20,5% para los afiliados al sistema del decreto ley N° 3.500, de 1980.

b) 25,62% para los afiliados al régimen general de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Sección Empleados Públicos.

c) 21,62% para los afiliados al régimen previsional de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, con rebaja de imposiciones de la letra a) del artículo 14 del decreto con fuerza de ley N° 1.340 bis, de 1930.

Para el personal afiliado a un sistema o régimen previsional diferente de los señalados, tal bonificación será equivalente a la suma de las cotizaciones para salud y pensiones que, con respecto a la referida asignación, le corresponda efectuar al trabajador.

Esta bonificación compensatoria se calculará conforme a los límites de impondibilidad establecidos por la legislación vigente.”

Sin debate, sometido a votación el artículo **fue aprobado por unanimidad**

**Artículo decimocuarto, nuevo.**

“Artículo decimocuarto.- Concédase, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se pagará en una sola cuota en el curso del mes siguiente al de la publicación de la presente ley, el que beneficiará a los funcionarios que dichas disposiciones señalan que se encuentren ubicados entre los grados 19° y 28° de la Escala Única, ambos inclusive, y cuyos montos serán equivalentes a la aplicación de los porcentajes que se indican:

- Grados 19° al 22°: 2,38%

- Grados 23° al 28°: 3,81%

Los porcentajes antedichos se aplicarán sobre los valores vigentes al mes anterior a la publicación de la presente ley de las remuneraciones anualizadas que sirven de base de cálculo a esta asignación, de conformidad con lo establecido en el artículo 62 del decreto ley N°2.763, de 1979, más la bonificación otorgada por el artículo 21 de la Ley N°19.429, cuando corresponda.”

Sin debate, sometido a votación el artículo, **fue aprobado por unanimidad.**

**Artículo segundo, que pasa a ser decimosexto.**

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

"Artículo decimosexto.- El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud."

El Ejecutivo, formula indicación para agregar la siguiente frase, a continuación del punto (.) final que pasa ser seguido: "No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo al ítem 50-01-03-25-33.104 de la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiera financiar con sus recursos."

Puesto en votación el artículo con la indicación, **fue aprobado por mayoría de votos a favor.**

**V.- ARTÍCULOS NUEVOS.**

Se encuentran en esta situación el numeral 31, del artículo 1º, los artículos 4º, 5º y 6º, permanentes y los artículos primero a decimocuarto transitorios.

**VI.- INDICACIONES RECHAZADAS E INADMISIBLES.****a) Indicaciones rechazadas.**

1. Del Diputado señor Melero para suprimir el párrafo segundo del N° 8, nuevo, que se propone agregar en virtud de la letra b) de la indicación del Ejecutivo signada con el N° 1,

2. Del Diputado señor Bayo para reemplazar, en el N° 6, que modifica el artículo 8º, la letra a) por la siguiente:

"a) Reemplázanse en los incisos primero y segundo, por el siguiente: "El Subsecretario tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de salud pública asociadas a las prestaciones individuales, tales como la alimentación complementaria, y vacunaciones y las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud".

3. Del Diputado señor Bayo al N° 3, inciso primero, para reemplazar "la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública", por "el Subsecretario".

4. Del Diputado señor Bayo al N° 8 que sustituye el artículo 10, para reemplazar su letra a) por la siguiente:

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo por el siguiente:

"El Subsecretario tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de salud pública asociadas a las prestaciones individuales, tales como la alimentación complementaria y vacunaciones y las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud."

5. Del Diputado señor Bayo al N° 7 del artículo 14C, nuevo, que se incorpora en virtud de la indicación del Ejecutivo al N° 11 del artículo 1º, para sustituir la palabra "ejecutar" por la frase "velar por la ejecución".

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

6. Del Diputado señor Bayo al N° 2 del artículo 14E, que se incorpora en virtud del N° 11 del artículo 1°, para agregar a continuación de la palabra "multa", la expresión: "a beneficio fiscal".

7. Del Diputado señor Bayo, para agregar en el N° 2 del artículo 14E, que se incorpora en virtud del N° 11 del artículo 1°, el siguiente inciso final:

"Las sanciones serán aplicadas en consideración a la cantidad de usuarios afectados y a la gravedad de la infracción".

8. Del Diputado señor Bayo, para sustituir el artículo 14G que se incorpora en virtud del N° 11 del artículo 1°, por el siguiente:

"Artículo 14 G.- El afectado por clausura o por cancelación de la autorización sanitaria para funcionar podrá reclamar de ella ante el juez de letras en lo civil que corresponda dentro del plazo de diez días, contado desde la fecha de la notificación.

La reclamación se someterá a las normas del procedimiento sumario y su interposición no suspenderá la caducidad decretada, salvo que el juez de la causa resuelva en contrario.

Las notificaciones que practique el Secretario Regional Ministerial se harán por carta certificada y los plazos a que ella se refiera empezarán a correr tres días después de recibida por la empresa de correos."

9. Del Diputado señor Bayo para sustituir el inciso final del artículo 15, que se sustituye en virtud del N° 12 del artículo 1°, por el siguiente:

"Dichos organismos dependerán del Ministerio a través del Subsecretario."

De los Diputados señores Robles Accorsi, Cornejo y Lorenzini, para sustituir la letra o del artículo 20 que se introduce por el N° 18.

*"o) Disponer, mediante resolución fundada, comisiones de servicio respecto de los funcionarios de su dependencia.*

*Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, los beneficios de que estuvieren gozando al momento de dictarse la resolución correspondiente.*

*La comisión de servicios no podrá limitar, retrasar o impedir el goce de otros beneficios que le hubieren correspondido al funcionario de no haberse dispuesto dicha medida.*

*El funcionario respecto de quien se disponga la comisión de servicios que estimare que ésta le produce menoscabo, podrá solicitar la reposición de la resolución ante el director, la que resuelta podrá ser apelada ante el subsecretario de redes asistenciales dentro del término de diez días hábiles contados desde la fecha en que dicha resolución se le comunique."*

10. Del Diputado señor Bayo al N° 20 del artículo 1°, para reemplazar el párrafo segundo de la letra a) del artículo 21B, que pasa a ser 21C, por el siguiente:

"Los montos que resulten del total de dichos ingresos, descontados los costos fijos y variables necesarios para la generación de éstos,

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

serán destinados a un fondo que será administrado por el establecimiento respectivo. Se tendrán presentes, entre otros, los problemas de capacitación de personal, adquisición de equipamiento, atención primaria y eventuales contratos de compra de prestaciones de servicios, con personas naturales, necesarias para el cumplimiento de sus funciones."

**b) Indicaciones inadmisibles.**

1. De los Diputados señores Accorsi, Bayo, Palma y Robles para sustituir, en el número 1, letra b), en el párrafo segundo del N° 8, el vocablo "convocará" por "existirá"

2. De los Diputados señores Robles, Cornejo, Lorenzini y Venegas para agregar en el artículo 4° del decreto ley N° 2763, de 1979, los siguientes incisos finales:

"Asimismo, el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las facultades y obligaciones de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, de la Superintendencia de Garantías en Salud y de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, deberá fiscalizar el debido cumplimiento del derecho de las personas a la libertad de elegir el establecimiento de salud y el profesional correspondiente, en lo que respecta a las prestaciones de salud tanto del régimen de la ley N° 18.469, como de aquellas establecidas en el Régimen de Garantías de Salud, sea en el sector público o privado.

Ninguna norma, resolución o contrato podrá limitar, disminuir o desnaturalizar el derecho de las personas a elegir libremente el establecimiento de salud y el profesional que prestará las acciones de salud contempladas en las normas precedentemente establecidas."

3. De los Diputados señores Robles, Accorsi, Cornejo y Lorenzini, para sustituir la letra o) del artículo 20, que es modificado en virtud del N° 18 del artículo 1°, por la siguiente:

"o) Disponer, mediante resolución fundada, comisiones de servicio respecto de los funcionarios de su dependencia.

Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, los beneficios de que estuvieren gozando al momento de dictarse la resolución correspondiente.

La comisión de servicios no podrá limitar, retrasar o impedir el goce de otros beneficios que le hubieren correspondido al funcionario de no haberse dispuesto dicha medida.

El funcionario respecto de quien se disponga la comisión de servicios que estimare que ésta le produce menoscabo, podrá solicitar la reposición de la resolución ante el director, la que resuelta podrá ser apelada ante el subsecretario de redes asistenciales dentro del término de diez días hábiles contados desde la fecha en que dicha resolución se le comunique."

4. De los Diputados señores Accorsi y Robles para intercalar el siguiente artículo 21C, nuevo:

"La red asistencial de cada Servicio de Salud se organizará con un nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercen funciones sanitarias en un determinado territorio con población a cargo y un

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

segundo nivel de atención que sólo recibe derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia.

Los establecimientos de atención primaria, sean dependientes de municipios o de los servicios de salud, sean consultorios u hospitales de pequeñas localidades, deben cubrir en conjunto la totalidad del territorio del Servicio y la población respectiva, y serán conducidos técnicamente y coordinados por el Servicio de Salud respectivo, sin perjuicio de la necesaria coordinación comunal y regional.

Los establecimientos de atención primaria privados, en convenio con el respectivo Servicio de Salud como lo señala esta ley, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas que los municipales y de los servicios.

Los establecimientos estarán conformados por equipos multidisciplinarios, de profesionales y técnicos como señale el reglamento, capaces de hacerse cargo de toda la población de su territorio en las acciones de promoción y prevención de salud. Serán responsables además de las acciones de recuperación y rehabilitación de la salud de la población beneficiaria de la Ley 18.469. Determinadas acciones de este nivel podrán realizarse en postas o estaciones médicas para facilitar el acceso de la población, acciones que necesariamente deberán coordinarse con el establecimiento de atención primaria correspondiente, de acuerdo a lo que señale el reglamento.

Será función de estos establecimientos prestar atención integral de salud como lo señale el reglamento, el cual al menos debe contemplar las acciones de promoción y fomento de la salud y prevención de enfermedades y actividades comunitarias para toda la población del territorio; y, para el caso de la población beneficiaria de la Ley 18.469, los controles de salud y patologías crónicas, consultas espontáneas, electivas y de urgencia, además de las acciones de apoyo, docencia e investigación, cuando corresponda.

Todos los establecimientos del nivel primario de atención deberán participar de la elaboración del Programa de Salud Municipal, de responsabilidad municipal, con el apoyo técnico del Servicio de Salud respectivo, especialmente en el ámbito epidemiológico.

Los establecimientos del primer nivel de atención se financiarán al menos con los recursos asignados de acuerdo a la población a su cargo, de acuerdo a la ley 19.378, para lo cual todos ellos deberán llevar registro de la población beneficiaria de acuerdo a lo que señale el reglamento, sin perjuicio de otros aportes de las diferentes instituciones administradoras y/o del Servicio de Salud y de los aportes para las acciones de promoción y prevención de toda la población de su territorio."

5. Del Diputado señor Bayo para sustituir el artículo 3° por el siguiente:

"Artículo 3°.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

de Hacienda,, establezca las normas necesarias para regular las materias que se expresarán, a saber:

a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1°;

b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma. calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga.;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados ilo podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos »i, e» general, cese de funciones o término de la relación laboral;

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza. de ley a que se ha Hecho referencia en las letras anteriores;

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

l) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en la presente ley."

6. De los Diputados Accorsi y Robles para sustituir la letra b) del artículo 2° por la siguiente:

"Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos y crear las Direcciones Regionales de Salud, en su caso, disponiendo dentro de los márgenes que establece la ley N° 18.565, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad".

7. Al inciso primero del artículo 68.

- De los Diputados señores Accorsi y Robles para agregar una coma (,) a continuación de la palabra "confianza" y eliminar la expresión "y de carrera superiores al grado 11".

8. Artículo 2°, que pasa a ser 3°

- Indicación del Diputado señor Bayo para sustituir el artículo 3° por el siguiente:

"Artículo 3°.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda,, establezca las normas necesarias para regular las materias que se expresarán, a saber:

a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1°;

b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma. calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga.;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados ilo podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos »i, e» general, cese de funciones o término de la relación laboral;

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza. de ley a que se ha Hecho referencia en las letras anteriores;

l) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en la presente ley."

-----

## **VI. ARTÍCULOS QUE DEBEN SER CONOCIDOS POR LA COMISIÓN DE HACIENDA.**

El proyecto no tiene que cumplir este trámite reglamentario, en razón de que su estudio y aprobación fue encomendado por la H. Cámara a las Comisiones de Hacienda y de Salud Unidas.

En mérito de lo expuesto y por las consideraciones que, en su oportunidad, dará a conocer el señor Diputado Informante, la Comisión de Salud recomienda la aprobación del siguiente

### **PROYECTO DE LEY**

**ARTÍCULO 1º.-** Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:

**1)** Sustitúyese el artículo 4º por el siguiente:

"Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Gobierno. Además, le corresponderá desempeñar las siguientes funciones:

1.- Ejercer la rectoría del sector salud, lo cual comprende, entre otras materias:



## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

- a) La formulación, control y evaluación de políticas de Estado, planes y programas generales en materia de salud.
- b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.
- c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
- d) La coordinación y cooperación internacional en salud.
- e) Dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas al Sistema, de acuerdo con las políticas fijadas.

**2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas. Asimismo, dictar normas sanitarias en aspectos tales como autorizaciones sanitarias; saneamiento básico; calidad de los alimentos; medio ambiente, de acuerdo con la ley N° 19.300; ambiente laboral, y en lo referente a todas aquellas materias reguladas y sancionadas por el Código Sanitario.**

3.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley, a través de Dirección Regional de Salud respectiva, y que no estén encomendadas a otros organismos.

4.- Definir las normas y efectuar la medición y monitoreo nacional de la situación de salud y de vigilancia de salud pública.

5.- Recopilar y generar información en materia de salud y de gestión en salud.

6.- Formular el presupuesto sectorial a nivel de cada órgano y servicio que integre el Sistema.

7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGE", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, el cual está conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y factores ambientales en el ámbito de la salud del país.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

Para estos efectos, el Ministro de Salud convocará un Consejo Consultivo de Salud, integrado, entre otros, por representantes de Instituciones del sector salud, tales como prestadores públicos y privados de salud, Isapres, sociedades científicas, colegios profesionales, organizaciones de trabajadores y de usuarios. Dicho consejo tendrá el carácter de asesor del Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de dichos lineamientos.

9.- Establecer las normas, procedimientos y el sistema de medición y acreditación de la calidad de atención en todos los niveles de complejidad del sector.

10.- Definir políticas destinadas a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la atención de salud y reglamentar los mecanismos de reclamo y apelación que serán implementados por la Dirección Regional de Salud respectiva.

11.- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y programas generales de salud, especialmente en lo relativo a su eficiencia, eficacia y calidad.

12.- Definir políticas que promuevan la participación de las personas en las diferentes instituciones del Sistema.

13.- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

14.- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, tanto en el nivel regional como nacional, y

14.- Las demás que le confieran las leyes y reglamentos."

**2)** Intercálase, a continuación del artículo 4º, el siguiente artículo 4º bis, nuevo:

"Artículo 4º bis.- El Ministerio de Salud ejecutará la fiscalización a través de las Direcciones Regionales de Salud, sin perjuicio de las facultades que les competan, por ley, a otros organismos públicos.

**La inspección o verificación del cumplimiento de las normas, podrá ser delegada en terceros debidamente acreditados conforme al reglamento respectivo."**

**3)** Sustitúyese el artículo 5º por el siguiente:

"Artículo 5º.- El Ministerio de Salud está integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública, las Direcciones Regionales de Salud y las Secretarías Regionales Ministeriales.

El Ministerio estará organizado en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

El Ministro de Salud, mediante decreto, determinará la estructura y organización interna del Ministerio y asignará las funciones y

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

atribuciones específicas que correspondan a cada uno de los niveles jerárquicos existentes. Dicho decreto deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de diseño de políticas y planes en el ámbito de la salud de las personas y el ambiente, financieras e inversiones en el Sistema, gestión de recursos humanos, regulación, epidemiología, estadísticas y auditoría."

**4)** Derógase el inciso final del artículo 6°.

**5)** Derógase el artículo 7°.

**6)** En el artículo 8°:

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo por el

siguiente:

"Artículo 8°.- La Subsecretaría de Redes Asistenciales tendrá a su cargo la coordinación y control del Sistema y de todo lo relacionado con la provisión de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud, salvo en las materias que sean de la competencia de la Subsecretaría de Salud Pública."

**b) Modifícase el inciso tercero, que ha pasado a ser**

**segundo, del siguiente modo:**

**i.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto**

**y coma (;), la conjunción "y".**

**ii.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción "y" con**

**que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).**

iii.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.

**c) Sustitúyese el inciso final por el siguiente:**

"La Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá contar con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de las acciones de salud del Sistema."

**7)** Sustitúyese el artículo 9° por el siguiente:

"Artículo 9°.- La Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con:

1.- Las funciones de regulación y fiscalización del sector salud.

2.- Las acciones de salud pública.

Para los efectos de lo dispuesto en este número, a la Subsecretaría le corresponderá, entre otras cosas, administrar el financiamiento de las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de cobertura nacional y aquellas que la ley obligue

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

a que sean financiadas por el Estado, sin consideración a la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie. Para el cumplimiento de lo señalado, la ley de Presupuestos deberá contemplar los montos parciales y totales que se destinarán a cada una de ellas.

El Subsecretario estará facultado para requerir las correcciones que sean necesarias cuando, de oficio o por presentación de reclamo, detecte incumplimiento de la normativa que rija a las prestaciones y actividades indicadas en el inciso anterior. La dictación de estas normas se entenderá sin perjuicio de las modificaciones o innovaciones que apruebe en relación con las iniciativas que, con fines de mejoramiento de calidad o eficiencia, le sean propuestas.

Asimismo, la Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio.

La Subsecretaría de Salud Pública contará con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de sus funciones."

**8)** Sustitúyese el artículo 10 por el siguiente:

"Artículo 10.- Corresponderá a cada Subsecretaría, dentro de su competencia, ejercer las siguientes atribuciones:

**a.- Controlar y velar por el cumplimiento de las**

**políticas, normas y planes del sector salud, y coordinar su ejecución**

**por los organismos que integran el Sistema;**

b.- Impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma de que se garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de manera integral, eficiente y uniforme, y

c.- Ejercer las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos."

**9)** Deróganse los artículos 11 a 13.

**10)** En el artículo 14:

a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con las palabras "el que deberá" y termina con la expresión "siguientes:", por: "el que tendrá las funciones señaladas en el artículo 64 de la ley orgánica constitucional sobre Gobierno y Administración Regional."

b) Suprímense los literales desde la a) a la j).

c) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:

"Sin perjuicio de otras atribuciones que asigna la presente ley a los Directores Regionales de Salud, estos tendrán que fiscalizar en los organismos que correspondan, en su respectiva región, el debido cumplimiento del derecho de las personas en salud a la libertad de elegir los establecimientos y los profesionales, tanto en el sector público como en el privado, que les proporcionarán las atenciones y prestaciones que les reconocen tanto la ley N° 18.469 cuanto la ley sobre Garantías en Salud."

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

**11)** Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D, 14 E, 14 F, 14 G y 14 H, nuevos:

"Artículo 14 A.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, en cada región del país existirá una Dirección Regional de Salud, para el desarrollo de funciones de inspección en materias sanitarias, ambientales y de calidad de los prestadores; salud pública; epidemiología, y acreditación de prestadores de salud, entre otras materias. Estará a cargo de un Director Regional de Salud, el que será nombrado por el Presidente de la República, a propuesta del Ministro de Salud, y dependerá jerárquicamente del Subsecretario de Salud Pública.

El Director Regional de Salud deberá ser un profesional con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la salud pública, de acuerdo con lo que señale el reglamento."

"Artículo 14 B.- Existirá en cada Dirección Regional de Salud un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señalen esta ley y sus reglamentos y las que el Director Regional de Salud le someta a su consideración.

El Consejo Asesor estará integrado por:

- 1.- Los directores de los Servicios de Salud correspondientes;
- 2.- Dos alcaldes elegidos por los alcaldes de la región;
- 3.- Un representante de los colegios profesionales del área de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 4.- Un representante de los trabajadores del área de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 5.- Un representante de los prestadores de salud privada de la región, elegido en la forma que señale el reglamento.
- 6.- Un representante de las agrupaciones de usuarios de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 7.- Un representante de las juntas de vecinos de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 8.- Un representante de las agrupaciones de las entidades productivas o del comercio de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 9.- Un representante de la Comisión Regional del Medio Ambiente, elegido por ésta;
- 10.- El Secretario Regional Ministerial de Educación o su representante, y
- 11.- Un representante de las universidades o centros de formación superior de la región, si existieren, elegido en la forma que señale el reglamento.
- 12.- La Directora Regional del Servicio Nacional de la Mujer.
- 13.- Un representante de las Asociaciones del Adulto Mayor de la Región, elegido en la forma que señale el reglamento.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

El Consejo podrá realizar consultas adicionales a las instancias que estime pertinentes.

Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

Corresponderá al Ministerio de Salud definir, para cada región, el número de representantes a que se refieren los numerales 3, 4, 5 y 6, teniendo en cuenta, entre otras variables, el número de habitantes de la región.

El reglamento señalará el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento."

"Artículo 14 C.- Las Direcciones Regionales de Salud tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud:

1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad y proponer las adecuaciones de dichas políticas a la realidad de cada región, oyendo previamente al Consejo Asesor.

2.- Mantener al día el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

3.- Colaborar, conforme a las instrucciones del Subsecretario correspondiente, con las acciones de salud pública, mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan, especialmente con los servicios de salud y las entidades administradoras de salud municipal respectivas.

4.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre calidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, por parte de los prestadores de salud, sean personas naturales o jurídicas.

Lo anterior no podrá significar una limitación de las potestades que les correspondan a otros organismos públicos, en la fiscalización del Régimen de Garantías en Salud.

5.- Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicio que otorguen los prestadores de salud, tanto públicos como privados, sin perjuicio de las facultades que les competan a otros organismos públicos.

De lo resuelto por el Director Regional de Salud, podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud, en la forma que señala el artículo 14 G.

Un reglamento establecerá el procedimiento para la presentación y resolución de estos reclamos.

6.- Adoptar las medidas sanitarias que correspondan según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias, elaborar informes en materias sanitarias y acreditar prestadores de salud en la región.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, por parte de los Directores Regionales de Salud, serán homogéneas para los establecimientos de salud públicos y privados.

7.- Ejecutar las acciones necesarias para la protección de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de la calidad de los elementos básicos del ambiente. Para estos efectos, cada Dirección Regional de Salud deberá desarrollar un departamento, sección u oficina especialmente dedicada al cumplimiento de esta función, debiendo coordinar su labor con las demás entidades públicas competentes, especialmente con los Municipios de la Región, a los cuales se les podrán delegar funciones tales como la inspección o verificación del cumplimiento de estas normas, mediante la celebración de los convenios respectivos.

8.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector de la salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

9.- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y, en general, ejecutar, por sí o por terceros, todas aquellas prestaciones de carácter médico-administrativas, y

10.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos."

"Artículo 14 D.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Direcciones Regionales de Salud, todas aquellas materias que actualmente corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud."

"Artículo 14 E.- En uso de las atribuciones que le confiere el artículo 14 C, números 4 y 5, el Director Regional de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá aplicar las siguientes sanciones:

- 1.- Amonestación.
- 2.- Multa, a beneficio de la respectiva Dirección Regional de Salud, de hasta 1.000 unidades de fomento,
- 3.- Clausura.
- 4.- Cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.
- 5.- Las demás que las leyes y reglamentos autoricen aplicar a la autoridad sanitaria."

"Artículo 14 F.- Para el cumplimiento de sus funciones fiscalizadoras a que se refieren los artículos 14 C, números 4 y 5, y 14 E, el Director Regional de Salud podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes,

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

libros, cuentas, archivos y documentos relacionados explícitamente con salud, que obren en poder del organismo fiscalizado, y requerir de éste o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar, a éstos o a terceros directamente relacionados con la materia fiscalizada, la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por el Director Regional de Salud, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes de los organismos fiscalizados o de terceros directamente relacionados con la materia fiscalizada, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones.

En el cumplimiento de las funciones fiscalizadoras, la autoridad deberá cautelar los derechos de las personas consagrados en la ley N° 19.628 y las normas sobre secreto profesional."

"Artículo 14 G.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte el Director Regional de Salud, en uso de las facultades de fiscalización descritas en los artículos anteriores, 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.

El Director Regional de Salud deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Resuelto por Director Regional de Salud el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ello, dentro del plazo de quince días hábiles contado desde la notificación de la medida, ante el Ministro de Salud, quien dispondrá de treinta días para resolver."

"Artículo 14 H.- Será facultad del Director Regional de Salud ordenar, a la autoridad que corresponda, la instrucción de investigaciones o sumarios administrativos respecto del personal directivo de los Servicios de Salud, en lo referente al cumplimiento de las normas de calidad, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan los Directores de dichos organismos y la Contraloría General de la República.

Asimismo, el Director Regional de Salud podrá aplicar al Director del Servicio de Salud o al Director del establecimiento público de salud respectivo, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones emitidas por el Director Regional de Salud en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre una y cinco unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada un vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor."

**12)** Sustitúyese el artículo 15 por el siguiente:



## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

"Artículo 15.- Los siguientes organismos dependerán del Ministerio de Salud, en la forma que establece esta ley:

- 1.- Los Servicios de Salud;
- 2.- El Fondo Nacional de Salud;
- 3.- La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud;
- 4.- Los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud, conforme a dichos cuerpos legales, y
- 5.- El Instituto de Salud Pública de Chile.

Dichos organismos dependerán del Ministerio a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, excepto el Instituto de Salud Pública de Chile, el que lo hará a través de la Subsecretaría de Salud Pública."

**13)** En el artículo 16:

a) Sustitúyese, en el primer párrafo del inciso primero, la expresión "los Servicios" por "los Servicios o el Servicio"; y la frase "fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas", por la frase "promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud".

b) Sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: "Siete en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente y Servicio de Salud del Ambiente." por el siguiente: "Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente."

**14)** Intercálase, a continuación del artículo 16, el siguiente artículo 16 bis, nuevo:

"Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, incluidos los de atención primaria de salud municipal y los privados en convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, dentro de su territorio, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población."

**15)** Deróganse los incisos segundo y tercero del artículo 17.

**16)** Sustitúyese el artículo 18 por el siguiente:

"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director designado por decreto supremo del Ministerio de Salud y que será funcionario de la confianza del Presidente de la República.

El Director deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la gestión en salud. Será nombrado a partir de un proceso de selección público y será evaluado anualmente por el Ministerio de Salud, de

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

acuerdo con los resultados de su gestión y con los objetivos diseñados al momento de su nombramiento, en la forma que señale el reglamento."

**17)** Intercálase, a continuación del artículo 18, el siguiente artículo 18 bis, nuevo:

"Artículo 18 bis.- Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud.

Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención.

El Director deberá, asimismo, velar por la efectiva y eficiente derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red."

**18)** En el artículo 20:

a) Sustitúyese la letra a) por la siguiente:

"a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como, asimismo, coordinar, asesorar y controlar todos los establecimientos del Servicio."

b) Sustitúyese la letra m) por la siguiente:

"m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;"

c) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción "y" y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

d) Intercálase, a continuación de la letra n), la siguiente letra o) nueva, pasando la actual letra ñ) a ser letra p):

"o) Declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación, y".

**19)** Intercálanse, a continuación del artículo 21, los siguientes artículos 21 A, 21 B, 21 C y 21 D, nuevos:

"Artículo 21 A.- Los establecimientos de salud dependientes del Servicio de Salud, si cumplen los requisitos señalados en el artículo siguiente, tendrán la denominación que éste señala y las atribuciones y condiciones que señala el artículo 21 C.

En relación con dichos establecimientos, un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contemple el proceso; los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias."

**"Artículo 21 B.-** Para que los establecimientos puedan ingresar al sistema de postulación como "Establecimiento de Autogestión en

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

Red", el reglamento exigirá, como mínimo, el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Cumplir satisfactoriamente los estándares e indicadores fijados en convenios, normas técnicas u otros instrumentos emanados de la autoridad competente, para la atención de los beneficiarios de la ley N° 18.469, en términos de oportunidad, calidad e indicadores de gestión clínica.

b) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión básicos y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; gestión de administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de participación de los trabajadores y usuarios del establecimiento; sistemas de cuenta pública y control social, entre otras.

**Para cada uno de los sistemas o competencias**

**anteriores, se establecerán estándares e indicadores que luego**

**serán verificados por la autoridad, sobre la base de informes**

**externos, de la forma en que el reglamento lo señale.**

c) Lograr equilibrio financiero, lo que se expresará, entre otras variables, en que la proyección de los ingresos calculados sea equivalente a los gastos devengados para el ejercicio presupuestario siguiente; que el plazo de las obligaciones devengadas y no pagadas no sea superior a sesenta días, y que la proyección del gasto en personal se encuentre financiada para el año correspondiente.

d) Obtener niveles de satisfacción de los usuarios, conforme a parámetros definidos en un sistema objetivo de medición."

**"Artículo 21 C.-** Los establecimientos a que se refiere el artículo 21 A contarán, de acuerdo con la etapa del proceso en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:

**a) Administrar y disponer de sus ingresos propios,**

**conformados por los recursos obtenidos de la facturación por ventas**

**y servicios a privados; por la recuperación de seguros de accidentes;**

**por la recuperación de subsidios por incapacidad laboral, y por**

**donaciones, según la normativa presupuestaria que les fuere**

**aplicable.**

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

El 20% del monto que resulte del total de dichos ingresos, descontados los costos fijos y variables necesarios para la generación de éstos, será destinado a un fondo que será administrado por el Servicio de Salud respectivo, para la capacitación del personal, adquisición de equipamiento crítico, cumplimiento del Régimen de la ley N° 18.469 y fortalecimiento de la atención primaria de la Red Asistencial correspondiente.

b) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas. Estos convenios deberán ser previamente autorizados por el Director del Servicio de Salud respectivo, a fin de velar por lo dispuesto en la letra a) del artículo precedente.

c) Celebrar contratos de compra de prestaciones de servicio con personas naturales, para el desempeño al interior del establecimiento de tareas o funciones clínicas, generales o específicas, que requiera para el cumplimiento de sus funciones, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud. Dichos contratos deberán contemplar similares condiciones remuneracionales que los funcionarios de dichos establecimientos, de acuerdo con las funciones y responsabilidad que desempeñen.

El gasto asignado a este ítem no podrá exceder del 20% del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.

**d) La gestión y administración de sus recursos. El establecimiento que haya cumplido todas las etapas contará con la plenitud de las facultades en esta materia.**

e) Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, los que alcanzarán al director y al personal de éste regido por el decreto ley N° 249, de 1973, en la forma, monto y condiciones que se determinen en la ley, mientras mantenga la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red".

**Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la Red Asistencial, serán supervigilados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, y fiscalizados por el Secretario Regional Ministerial, conforme a la ley.**

Se adquirirá la clasificación mediante resolución fundada del Ministerio de Salud, previa visación del Ministerio de Hacienda. De igual manera deberá revocarse la clasificación otorgada, cuando los establecimientos dejen de cumplir los requisitos o incurran en incumplimiento de sus funciones u obligaciones, conforme lo determine el reglamento."

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

**"Artículo 21 D.-** En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, el que tendrá carácter consultivo y conocerá de la gestión del Servicio, en lo referido a sus planes de trabajo, así como de su gestión programática, financiera y presupuestaria.

En el desempeño de sus funciones, este Consejo conocerá, anticipadamente, el plan anual de trabajo del Servicio y la rendición de cuentas de su autoridad, dejando constancia de los reparos y alcances que surjan, los que serán enviados al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud.

El Consejo estará constituido por representantes de usuarios y de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

La composición y funcionamiento del Consejo serán determinados en el reglamento."

**20)** Sustitúyese, en el artículo 23, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

**21)** Sustitúyese el artículo 24 por el siguiente:

"Artículo 24.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:

a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;

b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la ejecución de acciones de salud pública;

c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;

e) Con los bienes que adquieran por donación, herencia o legado;

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios."

**22)** En el inciso primero del artículo 27:

a) Agrégase, en la letra a), a continuación de la palabra "ley" y antes del punto y coma (;), la siguiente frase: "y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo".

b) Suprímese, en la letra d), la conjunción "y", con que finaliza.

c) Intercálanse, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

"e) Otorgar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 el Régimen de Garantías en Salud, y financiar a estos las prestaciones que no formen parte de dicho Régimen, conforme a la ley;"

"f) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley, y".

**23)** Intercálase, en el artículo 30, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva, pasando las actuales letras k) y l), a ser l) y m), respectivamente:

"k) Proponer, a la autoridad que corresponda, la aplicación de las medidas administrativas que procedieren a los funcionarios que incurrieren en incumplimiento de los convenios relacionados con las garantías establecidas en el Régimen de Garantías en Salud;"

**24)** Sustitúyese, en el inciso segundo del artículo 31, el numeral "28" por el numeral "31".

**25)** En el artículo 39:

a) Sustitúyese, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".

b) Sustitúyese la letra l) por la siguiente:

"l) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575."

**26)** Sustitúyese, en el artículo 40, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

**27)** Sustitúyese el artículo 42 por el siguiente:

"Artículo 42.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra k) del artículo 39 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna del Instituto, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que lo integren."

**28)** En el artículo 50:

a) Sustitúyese, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".

b) Reemplázase la letra f) por la siguiente:

"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575."

**29)** Sustitúyese el artículo 51 por el siguiente:

"Artículo 51.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra e) del artículo 51 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna de la Central, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que la integren."

**30)** Sustitúyense, en el inciso segundo del artículo 52, las letras a) y b) por las siguientes:

"a) El Subsecretario de Redes Asistenciales, o su representante, quien la presidirá;"

"b) Un representante del Ministro de Salud;"

**31)** En el capítulo VI:

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

a) Intercálase, entre el epígrafe del Capítulo y el artículo 56, lo siguiente:

"TÍTULO I  
Normas Generales"

b) Intercálanse, a continuación del artículo 60, los siguientes Títulos II, III, IV, V, VI, VII y VIII, nuevos, pasando los actuales artículos 61 y 62 a ser 84 y 85, respectivamente.

"TÍTULO II

De la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo

Artículo 61.- Establécese, para el personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos, sea de planta o a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente base y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 62.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente base ascenderá al 5,5% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente variable será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 63.- Para efectos de otorgar el componente variable de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo señalada en los artículos precedentes, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- El Ministerio de Salud fijará, antes del 10 de septiembre de cada año, las metas sanitarias nacionales para el año siguiente y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de cada uno de los Servicios de Salud.

2.- Conforme al marco señalado en el número anterior, el Director de cada Servicio de Salud determinará para cada uno de sus establecimientos, incluida la Dirección del Servicio, las metas específicas y los indicadores de actividad, previa aprobación por parte del Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

3.- Para efectos de la determinación de las metas, el respectivo Director de Servicio deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo, presidido por dicha autoridad e integrado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud, por los Directores de establecimientos de salud del Servicio, por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de técnicos tenga mayor representación y por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de administrativos y auxiliares tenga, en su conjunto, mayor representación, en el respectivo Servicio de Salud; sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes."

4.- En relación con dichas metas específicas, se evaluará el desempeño de cada establecimiento.

5.- La evaluación del nivel de cumplimiento de las metas fijadas a cada establecimiento se efectuará por el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, en el plazo que señale el reglamento, a partir de la información proporcionada por los Servicios de Salud y por los propios establecimientos, la que deberá ser entregada por dichas entidades a la señalada autoridad, a más tardar, el 31 de enero de cada año. La resolución que dicte el Secretario Regional Ministerial de Salud será apelable ante el Ministro de Salud en el plazo de diez días, contado desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la resolución por carta certificada dirigida al domicilio del Servicio de Salud correspondiente.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los procedimientos destinados a la definición y evaluación del grado de cumplimiento de las metas anuales, los plazos que deberán cumplirse durante el proceso de evaluación, el mecanismo para determinar las asociaciones de funcionarios con mayor representatividad y sus representantes, y las demás disposiciones necesarias para el otorgamiento de esta asignación.

## TÍTULO III

De la Asignación de Acreditación Individual y Estímulo al Desempeño Colectivo

Artículo 64.- Establécese, para el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de planta o a contrata, de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, y para el personal de la planta de directivos de carrera ubicados entre los grados 17º y 11º, ambos inclusive, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.



## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

Artículo 65.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente de acreditación individual ascenderá a un máximo de 5,5%, conforme a los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 66.- Para efectos de otorgar el componente de acreditación individual, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- Los profesionales deberán participar en el proceso de acreditación cada tres años, el que consistirá en la evaluación de las actividades de capacitación que sean pertinentes al mejoramiento de la gestión de los organismos y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios. Para estos efectos, el respectivo Servicio de Salud deberá disponer, al menos una vez al año, para quienes cumplan el respectivo período, de todas las medidas necesarias para implementar dicho proceso.

2.- Accederán al beneficio los funcionarios que hubieren aprobado el proceso de acreditación.

3.- El monto del componente de acreditación individual dependerá de los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, según la siguiente tabla:

Hasta 3 años	3%
Más de 3 años hasta 6 años	5%
Más de 6 años hasta 9 años	5,5%

4.- Para los funcionarios que tengan más de nueve años de servicio, la asignación pasará a ser permanente, con un porcentaje igual al de la última acreditación que hayan aprobado.

5.- En caso de que un funcionario no apruebe uno de los procesos de acreditación, no accederá al incremento del componente, pero mantendrá el porcentaje obtenido por las acreditaciones anteriores.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo, la periodicidad y las demás disposiciones necesarias para la implementación del procedimiento de acreditación y el otorgamiento del componente de acreditación individual.

Artículo 67.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, de la asignación señalada en el artículo 64, se

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63, efecto para el cual las asociaciones de funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán un solo representante.

## TÍTULO IV

## De la Asignación de Estímulo a la Función Directiva

Artículo 68.- Establécese, para el personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de estímulo que se registrá por las siguientes normas:

1.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud que, conforme a lo señalado en el artículo 21 A de la presente ley, pueden optar a la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente a la obtención por parte del establecimiento de la categoría mencionada.

2.- Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a dos factores: la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia, y el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso primero, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 69.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la Planta Directiva por concepto de asignación de estímulo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185 y, cuando corresponda, la asignación de responsabilidad superior otorgada por el decreto ley N° 1.770, de 1977, y la asignación del artículo 2° de la ley N° 19.699.

Esta asignación será de 11% sobre la base señalada en el inciso primero, para aquellos funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la clasificación en la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red".

Para el personal directivo que se desempeñe en la Dirección de los Servicios de Salud, la asignación corresponderá a 11% de la base de cálculo señalada en el inciso primero, conforme a la siguiente distribución:

a) Hasta 8% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que hayan

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

efectivamente obtenido dicha clasificación por el total de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio; y

b) Hasta 3% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813. En este caso, el porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 3% por el cociente resultante de dividir el número de entidades y/o establecimientos que efectivamente hayan cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, por el total de entidades administradoras y/o sus establecimientos, ubicados en el territorio jurisdiccional del Servicio.

Artículo 70.- Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo y las demás disposiciones necesarias para otorgar el componente por obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", de la asignación señalada en el artículo 68.

Artículo 71.- Las asignaciones señaladas en los artículos 61, 64 y 68, se pagarán en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto por pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos precedentemente.

Estas asignaciones tendrán carácter de imponibles para fines de previsión y salud. Para determinar las imposiciones e impuestos a que se encuentren afectas, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las imposiciones se deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de imponibilidad.

## TÍTULO V

## De la Asignación de Turno

Artículo 72.- Establécese una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta doce horas, mediante turnos rotativos. Estos turnos podrán comprender un número de horas superior a la jornada ordinaria de trabajo del funcionario.

Dicha asignación estará destinada a retribuir pecuniariamente al referido personal el desempeño de jornadas de trabajo en horarios total o parcialmente diferentes de la jornada ordinaria establecida en el artículo 59 de la ley N° 18.834, incluso en horario nocturno y en días sábados, domingos y festivos, acorde con las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

La ley de Presupuestos, respecto de cada Servicio de Salud, expresará el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y por tres funcionarios, separadamente.

Artículo 73.- Esta asignación será imponible sólo para efectos de pensiones y de salud y será incompatible con la asignación establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

El personal que labora en el sistema de turno de que trata este Título no podrá desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el Director del Servicio de Salud respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 60 de la ley N° 18.834.

Artículo 74.- Para tener derecho a la asignación de turno, los funcionarios deberán estar formalmente destinados a prestar servicios en los puestos de trabajo cuya jornada sea ininterrumpida, a través de resoluciones anuales del Director del establecimiento de salud correspondiente.

Esta asignación se percibirá mientras el trabajador se encuentre en funciones en los puestos de trabajo mencionados, e integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro o tres funcionarios, manteniendo el derecho a percibirla durante los períodos de ausencia con goce de remuneraciones originados por permisos, licencias y feriado legal. Asimismo, será considerada como estipendio de carácter general y permanente, para efectos del inciso tercero del artículo 21 de la ley N° 19.429.

Artículo 75.- Las horas extraordinarias que, en virtud de lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, puedan percibir los funcionarios de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, cualquiera que sea el motivo de su origen, no constituirán remuneración permanente para ningún efecto legal. En consecuencia, no se percibirán durante los feriados, licencias y permisos con goce de remuneraciones.

## TÍTULO VI

## De la Asignación de Responsabilidad

Artículo 76.- Establécese una asignación de responsabilidad para el personal de la planta de profesionales, de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, con contratos de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

Esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

Durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de Jefe Directo para los efectos previstos en el Párrafo 3 del Título II de la ley N° 18.834.

Artículo 77.- Esta asignación se otorgará conforme a las reglas siguientes:

1.- El número de cupos por establecimiento es el determinado en el artículo siguiente.

2.- Para los efectos de realizar el o los concursos correspondientes, se constituirá en el establecimiento respectivo un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

3.- En el o los concursos para acceder a esta asignación, se considerarán los siguientes factores y con la ponderación indicada en cada caso:

FACTORES	PONDERACIÓN
Capacitación pertinente	30%
Evaluación de Desempeño	20%
Experiencia Calificada	20%
Aptitud para el cargo (Entrevista)	30%

4.- El o los cupos disponibles se asignarán en orden de prelación al funcionario o funcionarios que logren el mayor puntaje en el proceso de concurso y sólo en la medida en que cumplan con los requisitos mínimos para su asignación.

5.- Se otorgará por un período máximo de tres años, siempre que se desempeñe efectivamente la función de responsabilidad de gestión en el establecimiento en el que fue otorgada. En todo caso, el funcionario podrá concursar nuevamente por la asignación, en la medida en que cumpla los requisitos para ello.

6.- Se deberá realizar concurso cada vez que uno o más de los cupos asignados al establecimiento quede disponible.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación y todas las otras normas necesarias para la aplicación de este beneficio.

Artículo 78.- El monto máximo anual por establecimiento de esta asignación corresponderá a la cantidad establecida en la tabla siguiente, el que deberá ser distribuido entre la totalidad de los cupos asignados al establecimiento, sea en partes iguales o diferenciadas, valor que se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que lo sean las remuneraciones del sector público. En todo caso, la asignación individual no podrá ser inferior al monto promedio anual por persona reducido en 10%, ni superior al mismo promedio aumentado en 10%. Asimismo, el establecimiento

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

no podrá exceder el monto máximo anual que le haya sido asignado ni el número de cupos establecidos.

Tipo de establecimiento	Cupos máximo por establecimiento	Monto máximo anual por establecimiento	Monto promedio anual por persona
Hospital Alta complejidad	12	\$6.960.000	\$580.000
Hospital Media complejidad	9	\$3.366.000	\$374.000
Hospital Baja complejidad	2	\$424.000	\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$212.000	\$212.000
Centros de Referencia de Salud (CRS);	1	\$212.000	\$212.000
Centros de Diagnóstico Terapéuticos (CDT).	1	\$212.000	\$212.000

La asignación otorgada a cada funcionario se pagará en cuotas mensuales iguales. La primera de ellas se pagará el día primero del mes siguiente al de la total tramitación del acto administrativo que la conceda.

En caso de que el establecimiento no asigne todos los cupos que tiene disponibles, su monto fijo anual se verá reducido en el promedio anual por persona, por cada uno de los cupos no asignados.

El número total de cupos a nivel nacional será de 1.259 asignaciones al año, con un costo anual máximo de \$515 millones, reajutable en la forma señalada en el inciso primero.

Artículo 79 .- Lo dispuesto en el párrafo final de la letra h) del artículo 1° de la ley N° 19.490 será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68, 72 y 76 de esta ley.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

## TÍTULO VII

## De la Promoción en la Carrera Funcionaria

Artículo 80.- La promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación.

Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirvan.

Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso, disponiendo a los funcionarios de cada grado de la respectiva planta en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.

Producida una vacante, será promovido el funcionario que se encuentre en el primer lugar del referido escalafón. En caso de producirse un empate, operarán los criterios de desempate establecidos en el artículo 46 de la ley 18.834.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, fijará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas para cada planta y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento del sistema de acreditación, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación de la competencia e idoneidad de los funcionarios.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo y en el siguiente, será aplicable a los funcionarios lo dispuesto en el artículo 45 de la ley N° 18.834.

Artículo 81.- Para todos los efectos legales, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile; de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se hará por concursos internos.

Las bases de los concursos internos considerarán cuatro factores, a saber: capacitación pertinente, evaluación del desempeño, la experiencia calificada y aptitud para el cargo. Cada uno de estos factores tendrá una ponderación de 25%.

Para estos efectos existirá un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel nacional, regional o local, según corresponda.

En los concursos será promovido al cargo vacante el funcionario que obtenga el mayor puntaje y en ellos podrán participar los funcionarios profesionales de la planta que se ubiquen en los grados inferiores según la siguiente tabla:

GRADO VACANTE	GRADOS QUE PUEDEN PARTICIPAR
5º	6º - 10º
6º	7º - 10º
7º	8º - 10º
8º	9º - 11º
9º	10º - 12º
10º	11º - 13º
11º	12º - 14º
12º	13º - 15º
13º	14º - 16º
14º	15º - 17º
15º	16º - 17º
16º	17º - 18º
17º	18º

Los concursos se sujetarán a las siguientes reglas:

1.- Los funcionarios, en un solo acto, deberán postular a una o más de las plantas respecto de las cuales cumplan con los requisitos legales, sin especificar cargos o grados determinados dentro de ellas.

2.- La provisión de los cargos vacantes de cada planta se efectuará, en cada grado, en orden decreciente, conforme al puntaje obtenido por los postulantes.

3.- Las vacantes que se produzcan por efecto de la provisión de los cargos, conforme al numeral anterior, se proveerán en acto seguido, como parte del mismo concurso y siguiendo iguales reglas.

4.- En caso de producirse empate, los funcionarios serán designados conforme al resultado de la última calificación obtenida y, en el evento de mantenerse esta igualdad, decidirá el respectivo Jefe de Servicio.

## TÍTULO VIII

## De la Dotación

Artículo 82.- Establécese que hasta el 15% de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, se expresará para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas.



## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

Conforme a lo señalado en el inciso precedente, los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas asimilados a los grados de la planta de profesionales, podrán voluntariamente y previa aprobación del respectivo Director de Servicio de Salud, reducir su jornada a empleos de 22 horas. En tal caso, el Servicio podrá contratar profesionales haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir en un porcentaje proporcional del 50% los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales, cualquiera que sea la regulación específica de cada uno de ellos.

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, efecto para el cual se considerarán todos los nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Los funcionarios contratados por 22 horas no podrán desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno de que trata el Título V de este Capítulo.

Artículo 83.- La Junta Calificadora que existirá en cada uno de los hospitales que integran los Servicios de Salud, conforme a lo establecido en el inciso sexto del artículo 30 de la ley N° 18.834, estará integrada por los tres funcionarios de más alto nivel jerárquico, a excepción del Director del hospital, y por un representante del personal elegido por éste. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

El Director del hospital conocerá del recurso de apelación que puede interponer el funcionario ante la resolución de la Junta Calificadora o de la del Jefe directo en el caso del delegado del personal, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la ley N° 18.834."

**ARTÍCULO 2º.-** Sustitúyese el artículo 5º del Código Sanitario por el siguiente:

**"Artículo 5º.- Cada vez que el presente Código aluda a la autoridad sanitaria, deberá entenderse por ella al Ministro de Salud, en las materias que son de competencia de dicha Secretaría de Estado; a los Directores Regionales de Salud, como sucesores legales de los Servicios de Salud y del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, respecto de las atribuciones y funciones que este Código radica en dichas autoridades y que**

**ejercerá dentro del territorio regional de que se trate; y al Director del Instituto de Salud Pública, en relación con las facultades que legalmente le corresponden respecto de las materias sanitarias que este Código regula, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado válidamente sus atribuciones."**

**ARTÍCULO 3°.-** Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias, a saber:

a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1°;

b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos, en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley N° 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás Directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos ni, en general, cese de funciones o término de la relación laboral;

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza de ley a que se ha hecho referencia en las letras anteriores;

l) Para establecer los montos mensuales y su reajustabilidad, que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por cuatro personas, durante el primer año presupuestario de vigencia;

m) Para determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, establecer el destino de sus recursos y el traslado de su personal. En tanto no se suprima dicho servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios 1°, 7° y 10 de esta ley.

n) Para aumentar o fusionar algunos de los organismos señalados en el artículo 16 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

o) Para hacer aplicables al personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales las normas sobre carrera funcionaria, el sistema de remuneraciones y los beneficios que rijan respecto del personal de la Subsecretaría de Salud.

p) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en esta ley.

**ARTÍCULO 4°.**- Modifícase la ley N° 19.490, del siguiente modo:

1.- Sustitúyese el inciso segundo del artículo 3° por el siguiente:

"Dicha bonificación se regulará por lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 19.479, a excepción de los valores establecidos en la letra c) del inciso primero de esa misma norma. Para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, esta bonificación será de 15,5% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 7,75% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar 66%. Para el personal de planta y a contrata del Fondo Nacional de Salud, esta bonificación será de 10% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 5% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar el 66%."

2.- En el artículo 4°:

a) Agrégase, en el inciso cuarto, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser seguido, lo siguiente: "No obstante lo señalado precedentemente, para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, la bonificación por desempeño institucional será de hasta el 15,5%."

b) Agrégase, el siguiente nuevo inciso octavo, pasando los actuales incisos octavo y noveno a ser noveno y décimo, respectivamente:

"Con independencia de la calificación que se obtenga, la bonificación de que trata este artículo será percibida por el 100% de los funcionarios de cada planta y los funcionarios a contrata asimilados a éstas."

**ARTÍCULO 5°.-** Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 4° de la ley N° 19.086, el párrafo relativo a la planta de profesionales, por el siguiente: "PLANTA DE PROFESIONALES: De grado 18° al grado 5°."

**ARTÍCULO 6°.-** Déjese establecido que, a contar de la fecha de publicación de esta ley, los funcionarios de las profesiones de Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos, podrán acceder, entre los grados 18° al 5°, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones, o a los empleos a contrata asimilados a los mismos grados."

**DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

**Artículo primero.-** Los funcionarios de planta y a contrata regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que se desempeñen en alguno de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 del decreto ley N° 2.763, de 1979; en la Subsecretaría del Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mayores de sesenta años de edad, si son mujeres, y de sesenta y cinco años, si son hombres, que, después de los noventa días posteriores a la publicación de esta ley y hasta el 31 de diciembre de 2004, presenten su renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones imponibles, actualizadas según el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses prestados a alguno de los organismos señalados, con un tope de ocho meses de dicha remuneración.

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

El monto de este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$ 270.000 mensuales y en un mes para aquellos que tengan, a la fecha de publicación de la ley, más de sesenta y tres años si son mujeres y más de sesenta y ocho años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

Para poder acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Durante el año 2003, podrán acceder a este beneficio 2.194 funcionarios, privilegiándose aquellos de menores rentas y mayor edad. Durante el año 2004, podrán acogerse otros 2.000 funcionarios. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio durante el año 2003, podrán hacerlo el año 2004. Los cupos que no fueren utilizados en el año 2003, serán acumulables para el año siguiente.

Esta indemnización no será imponible ni constituirá renta para ningún efecto legal.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará los calendarios de postulación y pago, los mecanismos para el otorgamiento y las demás disposiciones necesarias para la implementación de este beneficio.

Los funcionarios que cesen en sus empleos por aplicación de lo dispuesto en este artículo, no podrán ser nombrados ni contratados asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos señalados en el inciso primero, durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido, expresado en unidades de fomento, más el interés corriente para operaciones reajustables.

**Artículo segundo.-** La asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en el artículo 61 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, se otorgará en forma gradual durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

a) año 2003:	- componente base	
	2,75%	
	- componente variable	0%
b) año 2004:	- componente base	
	3,85%	
	- componente variable, hasta	1,65%
c) año 2005:	- componente base	
	4,95%	
	- componente variable, hasta	3,3%
d) año 2006:	- componente base	
	5,5%	
	- componente variable, hasta	5,5%

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

**Artículo tercero.-** El componente por acreditación individual a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se implementará gradualmente entre el año 2003 y el 2006, según la siguiente tabla de progresividad:

Años de servicio del funcionario	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Hasta 3 años	2,75%	3%	3%	3%
Más de 3 años y hasta 6 años	2,75%	3,75%	4%	5%
Más de 6 años y hasta 9 años	2,75%	3,80%	4,75%	5,5%
Más de 9 años	2,75%	3,85%	4,95%	5,5%

El proceso de acreditación a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar el año 2005.

En los años 2003 y 2004, el componente será pagado a todos los funcionarios señalados en el artículo 64 del referido decreto ley, sin necesidad de acreditarse, conforme a la tabla anterior.

**Artículo cuarto.-** El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios a que se refieren los artículos 64, 65 y 67 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará durante los años 2003 al 2006 según la siguiente tabla:

Porcentaje de cumplimiento	2003	2004	2005	2006
90% o más	0%	1,65%	3,3%	5,5%
Entre 75% y menos de 90%	0%	0,83%	1,65%	2,75%

**Artículo quinto.-** La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el número 1 del mismo artículo, en forma gradual durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

- año 2004: hasta 5,5%
- año 2005: hasta 8,25%
- año 2006: hasta 11%

**Artículo sexto.-** La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el número 2 del mismo artículo, en forma gradual, durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

a) Año 2004: hasta el 5,5%, según la siguiente distribución: hasta el 4% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes; y de hasta 1,5% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primara ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje a pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

b) Año 2005: hasta el 8,25%, según la siguiente distribución: hasta el 6% por la obtención de la categoría de "Establecimiento

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes; y hasta el 2,25% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje por pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

c) Año 2006: hasta el 11%, conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

**Artículo séptimo.-** Las modificaciones a la ley N° 19.490, contenidas en los numerales 1), con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y 2), letra a), del artículo 4° de la presente ley, se otorgarán en forma gradual, durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

1) Bonificación de estímulo por desempeño funcionario:

a) Para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados:

i) año 2003	:	12,75%
ii) año 2004	:	13,85%
iii) año 2005	:	14,95%
iv) año 2006	:	15,5%

b) Para los funcionarios que sigan en orden descendente de evaluación, hasta completar el 66% mejor evaluados respecto de cada planta:

i) año 2003	:	6,38%
ii) año 2004	:	6,93%
iii) año 2005	:	7,48%
iv) año 2006	:	7,75%

2) Bonificación por desempeño institucional: El cumplimiento de las metas del año precedente dará derecho a los funcionarios:

a) año 2003	:	hasta el 12,75%
b) año 2004	:	hasta el 13,85%
c) año 2005	:	hasta el 14,95%
d) año 2006	:	hasta el 15,5%

**Artículo octavo.-** La asignación de turno y la Bonificación Compensatoria a que se refieren los artículos 72, 73 y 74, respectivamente, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, y decimotercero transitorio de esta ley, respectivamente, comenzarán a regir a contar del día primero del mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra l) del artículo 3° de esta ley, respecto del personal que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios.

Para los funcionarios que integren el sistema de turnos rotativos cubiertos por tres funcionarios, las correspondientes asignación de turno y bonificación compensatoria, comenzarán a regir conforme al siguiente cronograma:

1. A partir del segundo semestre de 2004 se pagarán, por concepto de asignación de turno y bonificación compensatoria, los mismos

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

montos que a esa fecha tenga asignado el personal de igual grado y planta que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios. La diferencia correspondiente al mayor número de horas trabajadas será considerada como trabajo extraordinario y pagado de acuerdo con la normativa vigente, no aplicándose, en este caso, lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.

2. A partir del segundo semestre de 2005, se pagarán los montos que, para esa fecha, haya determinado el decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra l), del artículo 3º, de la presente ley, para la asignación en que el turno esté integrado por tres funcionarios, pasando a ser plenamente aplicable lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979. La correspondiente bonificación compensatoria, se pagará conforme a la normativa contenida en el artículo decimotercero transitorio de este cuerpo legal.

**Artículo noveno.-** El artículo 76 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a regir a contar del primer día del mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento respectivo. Para el primer año, los cupos totales a nivel nacional serán asignados de acuerdo con la clasificación de complejidad de los establecimientos vigente al momento de publicarse la presente ley, conforme a la siguiente tabla:

Tipo de establecimiento	Cupos máximos por establecimiento	Monto máximo anual por establecimiento	Monto promedio anual por persona
HOSPITAL TIPO 1	13	\$7.540.000	\$580.000
HOSPITAL TIPO 2	12	\$5.460.000	\$455.000
HOSPITAL TIPO 3	9	\$3.366.000	\$374.000
HOSPITAL TIPO 4	2	\$424.000	\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$212.000	\$212.000
Centros de Referencia de Salud (CRS);	1	\$212.000	\$212.000
Centros de Diagnóstico Terapéuticos (CDT).	1	\$212.000	\$212.000

**Artículo décimo.-** El sistema de promoción mediante concurso interno a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar en enero del año 2004, respecto de todos los cargos vacantes existentes a esa fecha, salvo el grado de inicio de cada planta, el que seguirá regulado conforme las normas generales.

**Artículo undécimo.-** El incremento remuneracional para el personal que se desempeñe en los establecimientos de salud de carácter experimental, creados por los decretos con fuerza de ley del Ministerio de Salud N°s 29, 30 y 31, todos de 2000, será incorporado en su propio sistema de remuneraciones, fijado conforme al procedimiento establecido en el artículo



## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

9° del decreto ley N° 1.953, de 1977, íntegramente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

**Artículo duodécimo.-** Los reglamentos a que se refieren el inciso segundo del artículo 63, el inciso segundo del artículo 66, el artículo 70 y el inciso segundo del artículo 77, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, deberán dictarse dentro de los ciento ochenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley.

**Artículo decimotercero -** El personal a que se aplica el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se encuentre en funciones a la fecha de publicación de la presente ley, tendrá derecho a una bonificación no imponible destinada a compensar las deducciones por concepto de cotizaciones para pensiones y salud a que esté afecta la asignación de turno, cuyo monto será el que resulte de aplicar los siguientes porcentajes sobre el valor de dicha asignación, según sea el sistema o régimen previsional de afiliación del trabajador:

a) 20,5% para los afiliados al sistema del decreto ley N° 3.500, de 1980.

b) 25,62% para los afiliados al régimen general de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Sección Empleados Públicos.

c) 21,62% para los afiliados al régimen previsional de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, con rebaja de imposiciones de la letra a) del artículo 14 del decreto con fuerza de ley N° 1.340 bis, de 1930.

Para el personal afiliado a un sistema o régimen previsional diferente de los señalados, tal bonificación será equivalente a la suma de las cotizaciones para salud y pensiones que, con respecto a la referida asignación, le corresponda efectuar al trabajador.

Esta bonificación compensatoria se calculará conforme a los límites de impondibilidad establecidos por la legislación vigente.

**Artículo decimocuarto.-** Concédese, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se pagará en una sola cuota en el curso del mes siguiente al de la publicación de la presente ley, el que beneficiará a los funcionarios que dichas disposiciones señalan que se encuentren ubicados entre los grados 19° y 28° de la Escala Única, ambos inclusive, y cuyos montos serán equivalentes a la aplicación de los porcentajes que se indican:

- Grados 19° al 22°: 2,38%
- Grados 23° al 28°: 3,81%

Los porcentajes antedichos se aplicarán sobre los valores vigentes al mes anterior a la publicación de la presente ley de las remuneraciones anualizadas que sirven de base de cálculo a esta asignación, de conformidad con lo establecido en el artículo 62 del decreto ley N° 2.763, de

## SEGUNDO INFORME COMISIONES HACIENDA Y SALUD, UNIDAS

1979, más la bonificación otorgada por el artículo 21 de la ley N°19.429, cuando corresponda.

**Artículo decimoquinto.-** Lo dispuesto en el artículo 14 D, que se agrega al decreto ley N° 2.763, de 1979, regirá a contar de la fecha de vigencia de esta ley.

**Artículo decimosexto.-** El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo al ítem 50-01-03-25-33.104 de la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere financiar con esos recursos.”

-----

Se designó Diputado Informante, al señor **ROBLES**, don Alberto.

SALA DE LAS COMISIONES UNIDAS, aprobado en sesiones de fechas 10, 16 y 30 de octubre y 6, 7 y 13 de noviembre de 2002, con la asistencia del Diputado señor Pablo Lorenzini, Presidente, de las Diputadas señoras María Angélica Cristi y Carolina Tohá, y de los Diputados señores Enrique Accorsi, Sergio Aguiló, Francisco Bayo, Patricio Cornejo, Camilo Escalona, Marcelo Forni, Guido Girardi, Enrique Jaramillo, Eduardo Lagos; Juan Masferrer, Patricio Melero, Sergio Ojeda, Carlos Olivares, José Miguel Ortiz, Osvaldo Palma, Alberto Robles, Exequiel Silva, y Gaston von Mühlenbrock.

Asimismo, asistieron, por la vía del reemplazo, los Diputados señores Felipe Letelier, Jaime Quintana, y Edmundo Villouta.

HÉCTOR PIÑA DE LA FUENTE  
Secretario de las Comisiones Unidas

## DISCUSIÓN EN SALA

**1.8. Discusión en Sala**

Legislatura 348, Sesión 25, 20 de noviembre de 2002. Aprobado en particular.

**NUEVA ESTRUCTURA DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD. Primer trámite constitucional.**

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Corresponde conocer, en primer trámite constitucional y segundo reglamentario, el proyecto de ley que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

Diputado informante de las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud es el señor Alberto Robles.

*Antecedentes:*

*-Segundo informe de las Comisiones unidas de Salud y de Hacienda, boletín N° 2980-11-2, sesión 24ª, en 20 de noviembre de 2002. Documentos de la Cuenta N° 5.*

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado informante.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, me ha correspondido ser nominado por mis pares de las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud, diputado informante de este proyecto, en segundo informe -será visto en particular-, cuya finalidad es establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

El Ejecutivo ha ingresado cinco proyectos de ley que buscan, en su conjunto, una mejor salud para todos los chilenos, garantizando igualdad de derechos e implementando políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad sanitaria, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de las políticas y programas sectoriales.

Hoy me toca informar, en primer trámite constitucional y segundo reglamentario, el proyecto de autoridad sanitaria y gestión, iniciado en un mensaje de su Excelencia el Presidente de la República, que, visto en su primer informe por la Sala, fue aprobado en general y regresó a las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud por las distintas indicaciones que se le formularon, tanto por colegas diputados como por el Ejecutivo.

Entre los antecedentes, podemos mencionar que los recursos de que el país dispone para cuidar la salud de la población son limitados y escasos, por lo que es necesario orientarlos. La orientación fundamental para estos efectos estará dada por los objetivos nacionales de salud. El Ejecutivo, respecto de los

## DISCUSIÓN EN SALA

mismos, señala lo siguiente: la formulación de objetivos nacionales de salud es un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, ya que en el pasado fue precisamente la fijación de objetivos claros, medibles y practicables lo que permitió los grandes avances en la salud de la población.

En el marco de la reforma, estos objetivos son el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población. En este sentido, las metas que se deben plantear para la década 2000-2010 deben tener como objetivos disminuir las desigualdades en salud, enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad, proveer servicios acordes con las expectativas de la población y mejorar los logros sanitarios alcanzados.

Los objetivos nacionales de salud deben expresarse mediante un instrumento de gestión sanitaria, de forma que constituyan una efectiva vinculación entre las necesidades de la población y la gestión de los recursos destinados a salud, y deben gestionarse mediante una institucionalidad más flexible y descentralizada. Un elemento que es necesario tener en cuenta para contextualizar adecuadamente la propuesta legislativa es que para nadie es un misterio que hoy se viven las consecuencias de la reforma del sistema de salud realizada en los primeros años de la década de los '80, de las cuales el decreto que se modifica con este proyecto es su principal componente.

En dicha reforma, en primer lugar, se pretendió concentrar al ministerio en las tareas normativas y descentralizar en los servicios la gestión de la atención de salud. Sin embargo, en esos servicios se concentraron, también, las facultades fiscalizadoras, tanto del proceso asistencial, transformando a dicha autoridad en juez y parte de su trabajo, como del ámbito de salud pública, heredando las facultades del Servicio Nacional de Salud.

Esta doble condición de gestor asistencial y autoridad sanitaria está dificultando que se resuelvan adecuadamente los problemas que se le presentaban en ambas áreas. En la práctica, los servicios concentraron su trabajo en los establecimientos de su dependencia, debilitándose la coordinación entre los distintos niveles de complejidad y restringiéndose el traspaso de recursos del hospital a la atención primaria y, con ello, manteniendo una estrategia que se tornó ineficiente para solucionar los problemas de salud de las personas. Para reaccionar adecuadamente ante los desafíos que impone la transición epidemiológica se requiere una permanente capacidad de ajuste en las habilidades de respuesta del sistema asistencial.

La búsqueda de soluciones a los problemas antes reseñados, que fundamenta la iniciativa en comento, se pueden resumir en los siguientes temas: una red asistencial territorial con énfasis en la atención primaria, la reorganización de los recursos y el avance tecnológico, que debe ser aprovechado en beneficio de la población.

El proyecto de ley propone una nueva estructura sanitaria del sector público de salud, que se ajusta a las actuales exigencias que impone la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población. Asimismo, se contemplan nuevas facultades de gestión para superar las restricciones actuales, que originan ineficiencia en la

## DISCUSIÓN EN SALA

administración de los recursos que el Estado y las personas destinan al cuidado de la salud de la población.

En suma, la iniciativa legal tiene tres propósitos fundamentales: primero, fortalecer la institucionalidad y las potestades de la autoridad sanitaria, estableciendo una clara separación de funciones con la gestión de los servicios de salud. Segundo, establecer normas que permitan mejorar la gestión de los servicios de salud, adecuándola a los requerimientos del sistema AUGE. Así, se determina la constitución de redes asistenciales con mayor flexibilidad administrativa que la actual y con la obligación de rendir cuenta a la ciudadanía. Tercero, estatuir instancias de participación ciudadana en los distintos niveles de atención de salud.

En mi informe resumiré los contenidos del proyecto en su conjunto, incluyendo tanto las disposiciones que no fueron objeto de indicaciones como aquellas que requirieron debate e, incluso, una indicación del Ejecutivo que tiene que ver con recursos humanos.

Dejo constancia de que los señores parlamentarios tienen en su pupitre el informe detallado de la discusión y de las indicaciones, artículo por artículo, para un mayor detalle de lo que pasará a relatar.

Entre los contenidos está, en primer lugar, la autoridad sanitaria. El proyecto entiende por autoridad sanitaria a la institucionalidad del Estado encargada de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la salud y en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de la población en el territorio nacional. En lo fundamental, la autoridad sanitaria radica en el Ministerio de Salud y en los organismos que de él dependen y que tengan atribuciones en este ámbito. Su papel principal será la rectoría, regulación y fiscalización de los sectores público y privado de la salud y de los agentes cuyas actividades inciden en la salud de la población.

Entre sus funciones se destacan: dictar y dirigir las políticas nacionales de salud; definir los objetivos nacionales de salud; fortalecer y desarrollar su acción en el espacio intersectorial para promover y desarrollar políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias; definir normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención; fortalecer el desempeño de las funciones esenciales de salud pública; definir el plan de salud y establecer sus garantías.

Para estos efectos, el proyecto incorpora dos subsecretarías que apoyarán el trabajo del ministerio. La Subsecretaría de Redes Asistenciales tendrá a su cargo la coordinación y control del sistema y de todo lo relacionado con la provisión de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de competencia del Ministerio de Salud. Por su parte, la Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las funciones de regulación y fiscalización del sector salud, como también las acciones de salud pública.

Es trascendente la incorporación del concepto de plan nacional de salud. El referido plan, tal como lo señala la indicación aprobada, está conformado por "los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y factores ambientales en el ámbito de la salud del país". Es decir,

## DISCUSIÓN EN SALA

estamos frente a los más relevantes elementos constitutivos del problema sanitario. Esos elementos van a ser definidos en dicho plan nacional y, para estos efectos, el Ministerio de Salud convocará a un consejo consultivo de salud, integrado, entre otros, por representantes de instituciones del sector salud, tales como prestadores públicos y privados. Existe una amplia convocatoria para consensuar el plan nacional de salud.

A nivel regional, el proyecto mantiene las funciones del secretario regional ministerial, quien mantendrá su apoyo al intendente en los ámbitos de su competencia y deberá ser responsable de la coordinación de los organismos regionales en su territorio. Además, incorpora una nueva institucionalidad desconcentrada: la Dirección Regional de Salud, que se constituye separando de los Servicios de Salud las funciones propias de gestión de las redes asistenciales de las de la autoridad. Las funciones de gestión continúan residiendo en el director del servicio que en la actualidad conocemos, y las de autoridad pasan a ser desempeñadas por el director regional de salud. Dicha Dirección Regional de Salud es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, que se crea de acuerdo con las indicaciones del Ejecutivo.

Se hizo presente que este nuevo organismo e institucionalidad integrará la atención de las personas, con un justo trámite y justa integración de los temas ambientales. Asimismo, se estimó razonable, desde el punto de vista del tratamiento y de la acción de salud, que ésta esté coordinada entre las personas y el ambiente y, por supuesto, con las potestades que la autoridad sanitaria debe tener.

Respecto de la gestión pública, el proyecto propone el fortalecimiento de la gestión mediante la regulación y reorganización de la red asistencial y mediante la existencia de establecimientos de autogestión en red. Se les entrega a los servicios de salud el objetivo de velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la red asistencial, como asimismo, coordinar, asesorar y controlar todos los establecimientos del servicio, con lo cual se incorporan atribuciones al director del servicio en la gestión de toda la red de prestadores públicos en el territorio de su competencia.

El proyecto define la red asistencial como "el conjunto de establecimientos de atención de salud que operen dentro del territorio asignado a un servicio de salud, actuando en forma coordinada mediante lazos institucionales o contractuales". Estas redes incluirán, al menos, a los establecimientos que actualmente dependen de los servicios de salud, los de la atención primaria municipal, y se podrán incorporar, mediante convenios, establecimientos privados debidamente acreditados por la autoridad sanitaria.

La red funcionará con una lógica territorial y tendrá bajo su responsabilidad la atención de los usuarios de la ley N° 18.469, las emergencias y las atenciones convenidas para los afiliados al sistema de las isapres y a toda la población en las acciones de salud pública.

Otra de las formas de mejorar la gestión incorpora a todos los establecimientos de un servicio de salud -incluyendo hospitales tipo IV, Centros de Diagnóstico Terapéutico, CDT; Centros de Referencia de Salud,

## DISCUSIÓN EN SALA

CRS, etcétera- para que puedan optar a la clasificación de Establecimientos Autogestionados en Red, siempre que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros y de calidad, de acuerdo a su propia función dentro de la red.

Un reglamento regulará el sistema de postulación y clasificación, las etapas que contempla el proceso, los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y de control, y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias.

Los hospitales, consultorios, etcétera, clasificados como "establecimientos de autogestión en red", contarán, de acuerdo con la etapa en que se encuentren, con distintas atribuciones especificadas en esta ley. Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la red asistencial, serán supervigilados y controlados por el servicio de salud respectivo y fiscalizados por el secretario regional ministerial.

El proyecto también contiene la participación ciudadana, para lo cual propone la creación de un consejo nacional de salud que colabore, con carácter consultivo, con el ministro de Salud en la confección del plan nacional de salud, el cual ya ha sido anteriormente descrito.

A nivel regional, la participación ciudadana se expresa en la creación de un consejo regional de salud que colabore, con carácter consultivo, con el seremi respectivo, el cual estará constituido por distintos representantes de instituciones, tanto del ámbito de la salud pública como privada, asimismo, instituciones del ámbito social.

También se incorpora la participación ciudadana a nivel de los servicios de salud, concebidos como organismos colegiados, con representación de los usuarios y de los establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la red asistencial del servicio.

Su función será conocer el plan anual de trabajo del servicio de salud, así como también su cuenta pública semestral, con capacidad para hacer observaciones y reparos que quedarán consignados en las actas públicas de dicho consejo.

A nivel local, la participación se expresará en los hospitales, por la obligación de haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión básicos y desarrollo de competencias en áreas tales como sistemas de participación de los trabajadores y usuarios del establecimiento, sistemas de cuenta pública y control social, entre otros.

De la mayor importancia es la incorporación de una mirada moderna en el tratamiento de recursos humanos. Así, se incorporan indicaciones que entregan asignaciones al personal de salud, relacionando recursos monetarios al cumplimiento de metas sanitarias.

Se incluye un concepto novedoso, que hace que los recursos humanos cobren una dimensión mayor que la que hoy tienen para el sector público de salud, sobre todo en los hospitales.

Se incorpora una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, que establece, para el personal perteneciente a las plantas de

## DISCUSIÓN EN SALA

auxiliares, técnicos y administrativos, sean de planta o a contrata de los servicios de salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación que contendrá un componente base y otro variable, asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Se incorpora una asignación de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo, que establece, para el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de planta o a contrata, de los servicios de salud, y para el personal de la planta de directivos de carrera ubicados entre los grados 17 y 11, ambos inclusive, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Se incorpora una asignación de estímulo a la función directiva, que establece, para el personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los servicios de salud regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de estímulo que se regirá por normas que estimulan a que los directivos logren que su establecimiento sea reconocido como "establecimiento de autogestión en red", y estará asociada íntegramente a la obtención, por parte del establecimiento, de la categoría mencionada. Además, se estimula el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos, cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional.

Otra de las materias abordadas en el proyecto corresponde a un anhelo largamente esperado por los funcionarios y que dice relación con una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los servicios de salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta doce horas, mediante turnos rotativos.

Dicha asignación estará destinada a retribuir pecuniariamente al referido personal el desempeño de jornadas de trabajo en horarios total o parcialmente diferentes de la jornada ordinaria establecida en el artículo 59 de la ley N° 18.834, incluso en horario nocturno y en días sábados, domingos y festivos, acorde con las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

También se incorpora una asignación de responsabilidad para el personal de la planta de profesionales, de planta y a contrata, de los servicios de salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, con contratos de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los hospitales, consultorios generales urbanos y rurales, Centros de Referencia de Salud, CRS, y Centros de Diagnóstico Terapéutico, CDT. Esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y



## DISCUSIÓN EN SALA

salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público.

Otro aspecto relevante tiene que ver con un nuevo concepto de carrera funcionaria, ya que la promoción de los funcionarios de las plantas de técnicos, administrativos y auxiliares de la Subsecretaría de Salud, del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los servicios de salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación.

Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirvan. Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso, disponiendo a los funcionarios de cada grado de la respectiva planta en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.

Por otro lado, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales de la Subsecretaría de Salud, del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los servicios de salud se hará por concursos internos. Las bases de dichos concursos considerarán cuatro factores, a saber: capacitación pertinente, evaluación del desempeño, experiencia calificada y aptitud para el cargo.

Como sus Señorías pueden apreciar, el proyecto de ley que hoy se somete a vuestra consideración recoge los debates sucedidos en la Comisión como asimismo las indicaciones acogidas.

En el transcurso de la discusión, tanto en el primero como en el segundo informe, nuestra Comisión, en el cumplimiento de su cometido, contó con la presencia de diversos actores gremiales y, muy especialmente, del señor ministro de Salud, doctor Osvaldo Artaza; del anterior subsecretario de Salud, doctor Gonzalo Navarrete; del actual subsecretario, doctor Antonio Infante, en representación del Ejecutivo. Asimismo, participaron activamente los siguientes diputados: señores Enrique Accorsi, Sergio Aguiló, Claudio Alvarado, Rodrigo Álvarez, Francisco Bayo, Alberto Cardemil, Patricio Cornejo, señora María Angélica Cristi, señores Julio Dittborn, Camilo Escalona, Marcelo Forni, Guido Girardi, Carlos Hidalgo, Enrique Jaramillo, Eduardo Lagos, Pablo Lorenzini, Juan Masferrer, Patricio Melero, señora María Eugenia Mella, señores Carlos Olivares, Sergio Ojeda, José Miguel Ortiz, Osvaldo Palma, Alberto Robles, Fulvio Rossi, señora María Antonieta Saa, señor Exequiel Silva, señora Carolina Tohá y señor Gastón von Mühlenbrock, quienes enriquecieron el debate.

El proyecto no tiene que cumplir con el trámite reglamentario de pasar a la Comisión de Hacienda, en razón de que su estudio y aprobación fue encomendado por la honorable Cámara a las Comisiones unidas de Hacienda y

## DISCUSIÓN EN SALA

de Salud.

Reitero que el informe que contiene la discusión en particular, indicación por indicación, como el proyecto aprobado por las Comisiones unidas de Hacienda y de Salud, se encuentra en el pupitre de cada uno de los honorables diputados.

He dicho.

El señor **VILLOUTA** (Presidente accidental).- Voy a suspender momentáneamente la sesión, dado que la reunión de Comités a que se citó no ha terminado, por lo que no sabemos cuáles son sus acuerdos.

Se suspende la sesión.

*-Transcurrido el tiempo de suspensión:*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Se reanuda la sesión.

En la reunión de los Comités se acordó que en el debate de este proyecto los señores diputados y las señoras diputadas harán uso de la palabra de acuerdo lo vayan solicitando a la Mesa y en el tiempo que proporcionalmente se distribuye entre las bancadas para una sesión que durará alrededor de tres horas. Ese tiempo ya es conocido por los jefes de Comités.

La votación se realizará al final del debate, de acuerdo a un listado que se distribuirá entre los señores diputados y las señoras diputadas durante el transcurso del debate.

Tiene la palabra el diputado Aguiló.

El señor **AGUILÓ**.- Señora Presidenta, quisiera que complementara la información sobre los acuerdos de los Comités.

A pedido de las bancadas de la Oposición, sólo se van a discutir y votar por separado algunos artículos, porque el resto lo vamos a votar en un paquete, como un todo. Estamos hablando de más de ciento ochenta y tantas disposiciones, lo que no es menor. Sería bueno que su Señoría nos informara sobre el listado de las normas que se van a votar por separado.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Ese listado se está elaborando y se va a distribuir, pero algo puede adelantar al respecto el señor Secretario.

Tiene la palabra el señor Secretario.

El señor **LOYOLA** (Secretario).- Es el artículo 1º, numeral 1); artículos 14 c) y 14 f); numeral 19), artículos 21 a), 21 b) y 21 c); numeral 25), numeral 28), numeral 31, desde el artículo 62 al artículo 83; artículos 3º, 4º, 5º y 6º, y artículos transitorios del 1 al 10.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Patricio Cornejo por cuatro minutos, de acuerdo a lo establecido por

## DISCUSIÓN EN SALA

su Comité.

El señor **CORNEJO**.- Señora Presidenta, estamos frente al proyecto de ley que constituye el mayor avance del trámite parlamentario de la reforma.

Como ustedes saben, los proyectos de ley de la reforma están centrados en torno del plan Auge; pero tenemos otros dos proyectos; uno, éste, que reforma la institucionalidad pública, y el otro, la institucionalidad privada y que se refiere a la ley de isapres.

Finalmente, tenemos el proyecto de ley sobre el financiamiento del plan Auge que, junto con el proyecto de ley de derechos y deberes, conforman los cinco proyectos de la reforma de la Salud.

Este importante proyecto de ley reforma el decreto ley N° 2.763, que reorganizó el Ministerio de Salud y creó los servicios de salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, en el sentido de fortalecer el sistema público de salud. Para ello cambia sustancialmente las funciones del Ministerio de Salud, creando el concepto de rectoría de la salud.

La rectoría consiste en lo siguiente: formulación, control y evaluación de las políticas del Estado; planes y programas generales en materia de salud; definición de los objetivos sanitarios nacionales; coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos; coordinación y cooperación internacional, y dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas al sistema público de acuerdo con las políticas fijadas.

El concepto de rectoría es extremadamente importante, por cuanto no existe en la legislación vigente. Además, dentro de las funciones del ministerio está la de formular, evaluar y actualizar el sistema Auge, materia de otro proyecto de ley, que se consigna en esta modificación al decreto ley N° 2.763, como una de las funciones fundamentales del ministerio.

Por otra parte, como lo señaló el diputado informante, también se crea el plan nacional de salud. Este concepto, que tampoco estaba en nuestro ordenamiento legal, apunta a determinar los objetivos sanitarios, las prioridades nacionales, las necesidades de las personas y los factores ambientales que dicen relación con la salud. Es un concepto de carácter sanitario enteramente nuevo y de la mayor relevancia.

Para estos efectos, el ministerio contará con un Consejo consultivo nacional de salud, integrado por todos los representantes y los actores sanitarios del país: isapres, organismos públicos, sociedades científicas, colegios profesionales, organizaciones de trabajadores y usuarios. Dicho Consejo tendrá el carácter de asesor del ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis de los temas que he señalado.

Además, se crearán dos subsecretarías de Salud. Esto también reviste gran relevancia dentro de la estructura del ministerio, por cuanto hoy sólo existe una subsecretaría, que tiene a su cargo los aspectos de fiscalización, relacionados con la salud pública del país y todo el manejo de la amplia red de prestadores a nivel nacional, de Arica a Magallanes.

La actual Subsecretaría se va a dividir, en primer lugar, en la

## DISCUSIÓN EN SALA

Subsecretaría de Redes Asistenciales, que coordinará y controlará los sistemas relacionados con la provisión de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N°s 18.469 y 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud.

Repito que todo lo relacionado con las prestaciones estará en manos de una sola subsecretaría, que tendrá que preocuparse de que en todos los hospitales y consultorios, tanto del sector público como del privado, las prestaciones sean adecuadas en calidad y cantidad para resolver todos los problemas de salud.

En segundo lugar, se crea la Subsecretaría de Salud Pública, que tendrá a su cargo la coordinación y control de las funciones de regulación y fiscalización del sector salud y las acciones de salud pública.

Era muy importante separar estas funciones en dos subsecretarías, a objeto de cubrir problemas generales de salud de la población, que se dan tanto en el sector público como en el privado, y todo lo relacionado con educación sanitaria, con campañas de vacunación, con labores de promoción de la salud en todos los niveles, tan importantes dentro del concepto de integralidad de la salud, y, además, con funciones de regulación y fiscalización que es necesario ejercer por parte del ministerio en amplios sectores, como los del ambiente, de los medicamentos, de los alimentos, de los cosméticos y de otros elementos de alta importancia social y sanitaria.

Este es el concepto importante que tiene la apertura de la actual subsecretaría en dos subsecretarías: la de Redes Asistenciales y la de Salud Pública.

Pero, junto con esto, a fin de fortalecer el sector público de la salud, que se hace cargo del 70 por ciento de la población de Chile, es decir, de diez millones cuatrocientos cincuenta mil beneficiarios que es necesario atender con premura, eficiencia y calidad, se crean las direcciones regionales de salud, distintas de las secretarías regionales ministeriales -las cuales mantendrían sus funciones-, con el propósito de mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y de realizar una vigilancia epidemiológica permanente sobre el impacto de las estrategias y acciones implementadas.

¿Qué significa esto? Que habrá vigilancia de todas las situaciones de salud, a nivel regional, desde un solo punto, en cada una de las trece regiones del país.

También colaborará, conforme a las instrucciones del subsecretario correspondiente, en acciones de salud pública, mediante la celebración de convenios con personas o entidades que correspondan, en especial con los servicios de salud y con las entidades administradoras de salud municipal respectivas.

Esto implica que la dirección regional de Salud ejercerá una acción fundamental en la labor de salud pública al interior de cada región, en forma descentralizada y activa, en colaboración directa con los servicios de salud que existen -que pueden ser uno, dos, tres o más- y con cada uno de los departamentos de salud municipalizados, en forma coordinada e integral.

Además, la dirección regional se encargará de la fiscalización del

## DISCUSIÓN EN SALA

cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud respecto de la calidad de las prestaciones. Éste también es un concepto enteramente nuevo, porque hoy los servicios de salud, con el tremendo recargo que tienen, no son capaces de controlar de manera eficiente la calidad de las prestaciones en todo el territorio nacional.

El rol fundamental de estas direcciones será preocuparse de la calidad de las prestaciones en todos los niveles, tanto del sector público como del privado; de las que se den en los consultorios de atención primaria, en los hospitales públicos, en los centros médicos, en las instalaciones privadas de todo tipo y en las clínicas particulares.

También tendrá como función muy importante conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de la atención, y preocuparse de las labores del ambiente y de las comisiones de medicina preventiva de cada uno de sus distritos.

Los servicios de salud cambiarán en forma sustantiva, puesto que se preocuparán sólo y fundamentalmente de aquellos aspectos que dicen relación con la prestación de los respectivos territorios. Allí se define el concepto de red asistencial de los servicios, que hasta ahora no había sido bien definido y que tiene una importancia fundamental en la atención médica y de salud, y también en el área de las inversiones.

Por último, se crean los hospitales autogestionados en red, concepto nuevo, que permitirá a los establecimientos que alcancen esa condición disponer de importantes recursos que hasta ahora les son vedados.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Osvaldo Palma.

El señor **PALMA**.- Señora Presidenta, la salud de las personas y las políticas de Estado en salud son muy importantes. Por lo mismo, deben ser tratadas con altura de miras, con grandeza, con gran consenso, escuchando y tomando en cuenta a todos los sectores involucrados y comprometidos.

Estas políticas y estos proyectos, con que se pretende reformar la salud, deben tener la seriedad necesaria, pues se trata de futuras leyes que serán trascendentales, por mucho tiempo, para todas las personas.

Este proyecto de ley del Gobierno modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria en la gestión y en la participación ciudadana, porque existen problemas, falta de atención indispensable, oportuna, lo que ocasiona serias dificultades a las personas, especialmente entre los pobres y los considerados de clase media. Hay rechazo y largas esperas en la atención, y ésta muchas veces es insuficiente.

Todo esto se puede modificar ahora. Pero pensamos que este proyecto es incompleto. Por ejemplo, al crear una segunda subsecretaría, otra superintendencia y consejos consultivos de salud, aumenta la burocracia y los costos, debilitando, incluso, la autoridad sanitaria.

La modernización del sistema de salud y la mejora de la gestión

## DISCUSIÓN EN SALA

hospitalaria se deben hacer manteniendo las condiciones en la red de las direcciones de servicio. Esto no será posible sin el financiamiento de las acciones de salud a costos reales. En esto no hay cambios globales, y mientras no suceda, existirá la deuda hospitalaria. Aunque la amenaza de destituir a los directores no es posible sin el pago de sus costos reales, el problema existirá.

Los directores de hospitales accederán a sus cargos mediante concurso público, para que sean los mejores gestores en la administración y no sólo partidarios del régimen de turno, como principal requisito.

Se deben establecer sistemas de evaluación modernos, de aplicación permanente, que permitan una gestión eficiente. Sin esto no es posible mejorar, y persistirán los problemas actuales.

Se debe lograr una mejor cooperación entre los sectores público y privado. Pueden coexistir sin problemas, pero con reglas claras. El objetivo final debe ser obligatoriamente igual: la salud de las personas.

En relación con la salud municipal, existe una infinidad de diferencias en las 341 municipalidades de Chile, no sólo en su nivel económico y en su disponibilidad financiera, sino también en su capacidad administrativa y técnica y en la decisión de políticas y prioridades, no siempre las mejores.

Debe existir una relación central y una mejor y mayor comunicación con el sistema hospitalario. Actualmente, funcionan muchas veces desvinculados, ocasionando demoras, burocracia e ineficiencia en el uso de los recursos del país. Este problema no se soluciona.

El manejo de la salud es complejo. Se necesitan sistemas de salud efectivos y eficientes, que garanticen el acceso a una salud digna y oportuna, el control de la enfermedad y la prevención en el más corto plazo posible y con el mejor uso de los recursos.

Renovación Nacional está siempre por mejorar la salud de los chilenos y, también, las condiciones laborales de quienes participan en este proceso, así como por colaborar y obtener los mejores instrumentos que ayuden a lograr una buena gestión.

Apoyaremos el proyecto en todo lo que consideramos positivo, y nos abstendremos o rechazaremos los aspectos negativos para las personas. Dejamos en claro que la Concertación siempre ha tenido los votos más que necesarios para aprobar por ellos mismos el proyecto de reforma de salud, desde hace doce años, y que, prácticamente, todas nuestras indicaciones han sido rechazadas, por lo que deslindamos responsabilidad política en lo que corresponde.

Siempre hemos reiterado que nuestro objetivo básico más importante es la salud de los chilenos, especialmente de aquellos de los estratos más pobres y de la clase media.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Sergio Aguiló.

El señor **AGUILÓ**.- Señora Presidenta, después de la muy completa

## DISCUSIÓN EN SALA

intervención del diputado informante, colega Alberto Robles, y de las intervenciones de los colegas que me antecedieron en el uso de la palabra, no repetiré la síntesis de las principales ideas contenidas en el proyecto. Sin embargo, con el propósito de intercambiar un par de puntos de vista con el doctor Osvaldo Palma, diputado de la Oposición, diré que estamos frente a un proyecto que forma parte de un conjunto de cinco iniciativas que integran el proceso de reforma del sistema de salud chileno.

Este es el menos polémico de los cinco proyectos. Gran parte de sus disposiciones fueron aprobadas por la unanimidad de los diputados de las Comisiones de Salud y de Hacienda de la Cámara. Es público y conocido que el proyecto del plan Auge, que ha generado más de alguna preocupación en gremios y en organizaciones de la salud, es el que, junto a otras noticias, tiene atiborrada a la prensa en estos días.

El proyecto ley de las isapres -el tercer proyecto- seguramente será más polémico, toda vez que se van a expresar en la Sala, con la nitidez que siempre ha ocurrido, los intereses de la Oposición por defender los seguros privados, y el interés de la Concertación por fortalecer -esperamos- al sector público.

En el caso del financiamiento, probablemente ocurra otro tanto, porque habrá quienes queramos recurrir, a través de contribuciones de distinta naturaleza -tributos probablemente-, a los sectores de más altos ingresos, y será siempre el camino más fácil el recurrir a impuestos generales al consumo, como el IVA, impuesto sobre el valor agregado, y otros que, no obstante ser más fáciles en su aplicación, son siempre más injustos desde el punto de vista de quienes resultan gravados.

Esos proyectos avizoran ser polémicos, y una reforma a la salud no puede sino ser polémica porque pretende establecer cambios muy de fondo en un sistema sanitario como el nuestro.

En el proyecto en estudio, sin embargo, se propone fortalecer la autoridad sanitaria y mejorar la gestión del sector público, en el cual se atiende entre 60 y 70 por ciento de los chilenos. De tal forma que me alegra mucho que no haya sido polémico, no obstante existir algunas diferencias menores en algunas de sus 85 disposiciones -es el proyecto más amplio de todos-. Me alegro mucho de ello, porque todos -imagino-, unos más explícitamente y otros menos explícitamente, estamos contestes en que el sector público de salud, que atiende a dos tercios de la población chilena, debe fortalecerse con más recursos y con mejor gestión, con modernización en su organización y fortalecimiento en su gestión.

Cuántas veces hemos escuchado -la mayoría de las veces sin fundamento, en mi opinión, por lo menos en su versión más radical- la afirmación de que se han aumentado significativamente los recursos del sector público y que esto es una caja negra, porque no redundará en la mejoría de la atención a los pacientes y beneficiarios del sector, y que, por lo tanto, la ciudadanía reclama, con mucha fuerza, un mejoramiento de la gestión del sector público. Se trata de una afirmación antojadiza e interesada, en su versión más extrema, entre otras cosas, porque es fácil demostrar lo contrario

## DISCUSIÓN EN SALA

con la encuesta reciente que acaba de salir en una articulación de esfuerzo entre la Universidad Adolfo Ibáñez y la empresa de encuestas Cerc, Centro de Estudios de la Realidad Contemporánea, que señala a Fonasa, Fondo Nacional de Salud, es decir al sector público, como uno de los que mejor nota reciben de los pacientes y, sin embargo, a las isapres, instituciones de salud previsual, como aquellas que peor nota reciben de los pacientes que se atienden en el sector de seguros privados.

Cada vez es más evidente que los mejoramientos de gestión se notan en el sector público; cada vez es más evidente que el sector público va mejorando su gestión, lo que está siendo reconocido por las grandes mayorías de ciudadanos que recurren a sus servicios.

Aun así, es indispensable fortalecer el proceso de mejoramiento de la gestión. Es así como el proyecto se propone fortalecer, por un lado, la institucionalidad y las potestades de la autoridad pública sanitaria, y por otro, establecer normas que permitan mejorar la gestión de los servicios de salud. Además, establece instancias, por primera vez formalizadas, de participación ciudadana, a nivel nacional y regional, en los servicios de salud -Chile tiene 28 servicios de salud, desde Arica a Punta Arenas-, y, por último, consigna un conjunto de normas que permiten una mejor gestión respecto de los recursos humanos, recurso decisivo y fundamental en los servicios de salud. Ese último punto constituyó un esfuerzo especial de los dirigentes de los más importantes gremios de la salud, quienes, en conversaciones con las autoridades del ministerio, llegaron a acuerdos, los cuales si bien no fueron la postura integral y principal de las conversaciones iniciales, constituyeron consensos que se tradujeron en un conjunto de normas, respecto de la carrera funcionaria y otras materias consignadas en las disposiciones del proyecto.

Me parece que estamos en el debate de una muy buena iniciativa, la cual, en mi opinión, sin duda fortalece a la autoridad sanitaria, robustece al sector público y crea incentivos para una mejor gestión y normas sanas de carrera funcionaria en los trabajadores que constituyen los equipos de salud en cada uno de los hospitales y centros asistenciales del país.

Dado que estamos en la discusión particular del proyecto -la cual es curiosa, porque no nos referimos en forma exclusiva a algún artículo en particular de la iniciativa-, quiero subrayar dos o tres aspectos, en un sentido polémico, pero muy respetuoso, con el diputado señor Palma, respecto de algunas materias que son importantes y que, en mi opinión, mejoran la gestión.

En primer lugar, se crean, en el artículo 5º, dos subsecretarías, una de las cuales estará preocupada de los problemas de salud pública, y la otra, encargada de las redes asistenciales.

Quiero revertir la afirmación del diputado señor Palma, porque no sé con qué fundamento expresó que dicha disposición conlleva más burocracia y más personal. De hecho, no se establece la contratación de más personas, sino que se hace una distribución mucho más eficiente, eficaz, lógica e inteligente de las tareas del Ministerio de Salud y de la autoridad sanitaria.

Si mal no recuerdo, hasta 1980 existió el Servicio Nacional de Salud, el



## DISCUSIÓN EN SALA

cual fue creado en 1952. En dicho Servicio las tareas de la autoridad sanitaria estaban subdivididas entre aquellas que asumía el ministro de Salud de la época y las que enfrentaba el director de redes, quien estaba a cargo del Servicio Nacional de Salud, en el que no existía la subdivisión en veintiocho servicios regionales, como ocurre en la actualidad. Había un solo servicio a lo largo del país, encargado de coordinar y dirigir la red hospitalaria y los servicios clínicos, función similar a la que se propone mediante la creación de la subsecretaría de redes.

En la actualidad los servicios de salud regionales, como el de la región del Maule -donde está ubicado el distrito que represento-, son responsables de las tareas de salud pública, de fiscalización y de coordinación con la red hospitalaria y con la red de atención primaria de salud, la cual, como es sabido, es la contrarreforma que implementó la dictadura militar en los años ochenta, que seccionó la atención primaria y dejó a los consultorios y postas rurales a cargo de los municipios. Por lo tanto, los servicios de salud deben efectuar tareas de coordinación con la dirección de la red asistencial.

Por eso, era urgente y necesario hacer una distinción y crear dos subsecretarías dependientes del ministro de Salud: una de salud pública, responsable de las funciones que su nombre indica, es decir, de las tareas de fiscalización y de la provisión de los servicios de salud pública, y otra encargada, en forma directa, de la gestión y coordinación de la red de los veintiocho servicios de salud del país.

Si eso se lleva a cabo sin que haya más burocracia, sin efectuar más contrataciones, sino con el mismo personal, y sin costo adicional para el Estado, entonces habremos ganado en eficiencia, en distinción de funciones y en clarificación de tareas. Me parece que ello constituye un salto adelante que, sin duda, debemos valorar.

El diputado señor Palma observó, de manera crítica, otro aspecto que no tiene mucho que ver con el proyecto, pero, como lo mencionó, haré una referencia al mismo.

En el proyecto de ley sobre el Auge se crean dos superintendencias. Junto a la Superintendencia de Isapres, se propone que haya otro organismo similar, encargado de fiscalizar las normas que el plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas, Auge, entrega a los usuarios de salud, en materia de protección financiera, de oportunidad de la atención y de calidad de los servicios que se otorgan.

Como tal disposición -que no aparece en este proyecto- fue votada en contra, no vendrá como parte del informe de la Comisión, porque ésta, por mayoría de votos, estimó improcedente la forma en que el Gobierno entendía que debía enfrentarse este tema, lo cual me lleva a formular un planteamiento sobre el fondo de la cuestión.

Es evidente que los diez millones y medio de chilenos que se atienden en el sector público y los aproximadamente quince millones de habitantes del país que somos potenciales usuarios de los servicios de salud público y privado, necesitamos contar con algún mecanismo de defensoría, que en otros países se denomina "ombudsman de la salud", y con alguna instancia donde reclamar

## DISCUSIÓN EN SALA

el ejercicio de nuestros derechos. Por ejemplo, si se dice que las mujeres en edad fértil tienen derecho, cada cierto tiempo, a hacerse un examen de papanicolaou o de mamas, ¿qué pasa si eso no se efectúa en el hospital de referencia o en la respectiva isapre? ¿Adónde se recurre para alegar y exigir que ese derecho se materialice?

Asimismo, hay que preguntarse qué pasa si, pese a que en una de las disposiciones del AUGE se señala que una vez constatado el diagnóstico de una vesícula se debe llevar a cabo una intervención quirúrgica antes de dos meses, y ella no se efectúa en ese plazo, sino que pasan tres meses y más. Por lo tanto, en ese caso, ¿adónde recurre uno para alegar y exigir que ese derecho se haga efectivo? Por eso, debe haber una estructura que se haga cargo de esas situaciones.

Junto a otros diputados hemos planteado que debe existir una defensoría de los usuarios del sistema de salud, la cual opere y funcione como una instancia capaz de hacer prevalecer los preceptos, las garantías y disposiciones que a través de la ley se entregan a los usuarios de los servicios de salud del país. De hecho, me parece absolutamente necesaria la existencia de dicha defensoría, porque es indispensable que exista un mecanismo al cual puedan recurrir los chilenos que se atienden en los servicios de salud.

Por otra parte, quiero subrayar otra disposición que se establece en el proyecto en debate, la cual, en mi modesta opinión, mejora, de manera muy significativa, la gestión de los hospitales del país: la posibilidad de que los hospitales públicos postulen a ser hospitales autogestionados en red; es decir, se establece que tengan esa característica y no que sean empresas autónomas como paso intermedio para su posible privatización ulterior, lo cual, como es natural, rechazaríamos, por principios, en forma inmediata.

El proyecto dispone que haya hospitales que cumplan las metas que, en común con el servicio, se fijan, las cuales, a su vez, dependerán del nivel de complejidad del hospital; porque no es lo mismo un hospital nivel tres de Curepto que uno de nivel uno de Concepción, pues cada cual tiene metas distintas en relación con sus propios niveles de complejidad. Una vez que se establecen las metas hay que cumplirlas. Si eso se logra, el hospital que las cumple debería recibir un estímulo. Uno de los incentivos que el proyecto plantea -lo cual, básicamente, tiene que ver con la autogestión en red- es que dicho establecimiento de salud puede contar con los recursos públicos que genera, los que, en la actualidad, se van al Ministerio de Hacienda.

Todos los establecimientos de salud recaudan recursos. Por ejemplo, los hospitales de Los Ángeles, de Talca o de Los Andes tienen adosado un pensionado, donde atienden a las personas mediante un sistema particular, que puede ser de isapres, con lo cual reúnen recursos autorizados por ley. El hospital de Talca reúne por ingresos propios más de 1.200 millones de pesos al año, cifra nada de despreciable. ¿Qué ocurre con esos 1.200 millones de pesos? Tiene que enviárselos en un cheque a la autoridad central y son enterados en Hacienda. No quedan para el propio hospital. ¿Qué pasaría ahora con estas disposiciones de un hospital autogestionado en red? Que esos recursos propios quedarían para el hospital. ¿Para hacer qué? Para establecer

## DISCUSIÓN EN SALA

mejorías en la atención de los propios usuarios.

Termino señalando que, a través de estas disposiciones -en el futuro puede ser que se nos ocurran otras y que el ministerio esté dispuesto a realizar otros avances en materia de gestión-, se mejora significativamente la gestión del sector público, y que, junto con los nuevos recursos que en su oportunidad podemos aprobar, estaremos dando un paso adelante en la reforma de la salud.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra la diputada señora María Angélica Cristi.

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Señora Presidenta, una vez más estamos discutiendo el proyecto que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria de las distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

Hoy estamos realizando una nueva discusión en general de este proyecto, a pesar de que corresponde votarlo en particular.

Debemos reconocer que el proyecto original del Gobierno, discutido y votado en general en la Sala, es muy distinto del que vamos a votar hoy. En efecto, al proyecto anterior se le incluyó todo un capítulo, con más de sesenta artículos, que tiene que ver con el mejoramiento de la gestión de recursos humanos. También se incluyeron las nuevas directivas de los consejos regionales, que tampoco vimos anteriormente, organismos que asumen una cantidad enorme de funciones que debieran haber sido objeto de nuestra votación general.

De hecho, afortunadamente, la vez anterior reclamamos por la falta de mejoramiento de la gestión de recursos humanos. Por lo tanto, en esa área estamos totalmente de acuerdo y la vamos a votar a favor.

Pero nos queda una serie de dudas respecto del proyecto. Por ejemplo, de ninguna manera se flexibiliza, dentro de estas nuevas disposiciones, tratar de tener asistencia o poder negociar con distintas instancias, es decir, la autonomía hospitalaria. No vemos que quede claramente establecida.

Desde que se generó la discusión de la reforma de la salud, nos llamó la atención que fueran cuatro o cinco los proyectos para estructurarla y no fuera un gran proyecto. Ello ha hecho muy confuso el estudio de la reforma, no solamente para quienes estamos en esta materia, sino también para la ciudadanía, que está concentrada tratando de entender el plan Auge, en circunstancias de que las demás iniciativas son importantes.

De hecho, el mejoramiento de la gestión de la autoridad sanitaria es fundamental para construir, sobre ella, las cincuenta y seis prestaciones o las nuevas prestaciones de salud reforzadas que contiene el plan Auge.

Construir una reforma de salud, o implementar una reforma de salud como el plan Auge sobre una estructura débil, es como construir un segundo piso de concreto armado, de hormigón, sobre una mediagua, la cual ni siquiera

## DISCUSIÓN EN SALA

puede resistir un segundo piso. Como los hospitales hoy día están carentes de recursos, de infraestructuras, de sistemas operacionales, difícilmente podrán resistir la gestión.

Este mismo proyecto, en el artículo 21 B.-, establece las características que deben reunir los hospitales para recibir el plan Auge. Dice: "Para que los establecimientos puedan ingresar al sistema de postulación como "Establecimiento de Autogestión en Red", el reglamento exigirá, como mínimo, el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- "a) Cumplir satisfactoriamente los estándares e indicadores fijados en convenios, normas técnicas u otros instrumentos emanados de la autoridad competente, para la atención de los beneficiarios de la ley N° 18.469, en términos de oportunidad, calidad e indicadores de gestión clínica.
- "b) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión básicos y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; gestión de administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de participación de los trabajadores y usuarios del establecimiento; sistemas de cuenta pública y control social, entre otras.  
"Para cada uno de los sistemas o competencias anteriores, se establecerán estándares e indicadores que luego serán verificados por la autoridad, sobre la base de informes externos, de la forma en que el reglamento lo señale.
- "c) Lograr equilibrio financiero, lo que se expresará, entre otras variables, en que la proyección de los ingresos calculados sea equivalente a los gastos devengados para el ejercicio presupuestario siguiente; que el plazo de las obligaciones devengadas y no pagadas no sea superior a sesenta días, y que la proyección del gasto en personal se encuentre financiada para el año correspondiente.
- "d) Obtener niveles de satisfacción de los usuarios, conforme a parámetros definidos en un sistema objetivo de medición".

Nos preguntamos cuántos hospitales se encuentran en esas condiciones para ser parte de la red y, por lo tanto, poder aplicar el plan Auge.

Por otra parte, decía que la ciudadanía está confundida, porque a pesar de las enormes campañas publicitarias que se han hecho -ya vimos, hace unos pocos días, que ello significaba emplear alrededor de 600 millones de pesos en costo-, no se ha logrado producir el efecto esperado. Aún las personas no entienden la reforma, no entienden el plan Auge y, por lo tanto, parte de esos recursos, que bien se habrían podido destinar a otros fines, podrían declararse perdidos.

Por otra parte, pensamos que este proyecto de gestión sanitaria genera una serie de funciones superpuestas y se crea una verdadera burocracia sanitaria. Así, por ejemplo, se crea la dirección regional, que pasa a llevar, desde mi punto de vista, tanto a los directores del servicio y a los directores de hospitales como a los seremis de salud, dado que asume una serie de funciones que normalmente debieran haber estado en manos de otras secciones y de otras direcciones, y, además, va a estar en relación directa con el ministro de Salud. Entre sus tantas funciones está la de velar por el

## DISCUSIÓN EN SALA

cumplimiento de las normas, de los planes, de los programas, de las políticas; de mantener al día el diagnóstico epidemiológico regional; de realizar la vigilancia permanente del impacto, de las estrategias y de acciones implementadas.

Por otra parte, tiene como función colaborar con las instrucciones de la subsecretaría correspondiente y fiscalizar el cumplimiento de normas e instrucciones.

Dice claramente que "Lo anterior no podrá significar una limitación de las potestades que les correspondan a otros organismos públicos" en la fiscalización del plan Auge mismo, y deben "Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención...". Por lo tanto, son también entes fiscalizadores. Deben adoptar las medidas sanitarias que correspondan; ejecutar acciones de protección a la población en riesgos producidos por el medio ambiente; lograr la superación de la calidad de los elementos básicos del ambiente. Eso es parte de la compensación por el reemplazo del Sesma mismo. Tienen que colaborar con cualquier organismo público del sector de la salud; organizar bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez. Y por otra parte, tienen que ver con todas aquellas materias que correspondan actualmente a los servicios de salud.

Estos directores regionales, por otra parte, a pesar de que no se dice que tendrán la calidad de funcionarios de confianza, serán nombrados por el Presidente de la República de una terna que le presentará el ministro de Salud. Por lo tanto, es una manera elegante de decir que también van a ser funcionarios de confianza del Presidente de la República.

Por su parte, esta dirección regional tendrá un consejo asesor enorme, con lo cual se pretende justificar la participación ciudadana. Estoy de acuerdo en la importancia de esta participación, toda vez que el consejo estará integrado por los directores de los servicios de salud, dos alcaldes, un representante de los colegios profesionales del área de salud de la región, un representante de los trabajadores de la misma área, un representante de los prestadores de salud privada, un representante de la agrupación de usuarios de la salud, un representante de la junta de vecinos, un representante de las agrupaciones de las entidades productivas o del comercio de la región, un representante de la Comisión Regional del Medio Ambiente, el secretario regional ministerial de Educación, un representante de las universidades o centros de formación superior, la directora regional del Servicio Nacional de la Mujer y un representante de la Asociación del Adulto Mayor de la región.

Eso está bien, pero realmente ¿cómo funcionará y en qué forma se considerarán las opiniones del consejo? Porque no tiene sentido hacerlos si después no se tomarán en cuenta los criterios de sus integrantes.

A su vez, el ministro tiene un consejo consultivo, conformado por gran cantidad de otras autoridades, así como también la comisión del Auge. Entonces, vemos que la nueva participación ciudadana que se pretende dar a Salud se convertirá probablemente en consejos que se reunirán muchas veces, pero cuyas peticiones o preocupaciones se acogerán malamente.

## DISCUSIÓN EN SALA

Por otra parte, existen muchas instancias: los directores de servicios y de hospitales, el seremi y el director regional de salud, que de alguna forma tendrán facultades de fiscalización. En esas circunstancias, sus atribuciones se superpondrán y, a la larga, o todos harán de todo, o nadie hará nada.

Creemos que la creación del consejo directivo regional, cuyo objeto era reemplazar al Sesma y al cual se le dieron las atribuciones que mencioné, más bien va a confundir que a arreglar la gestión hospitalaria.

El diputado señor Aguiló ha planteado algunas propuestas con las cuales habríamos estado de acuerdo, cuando se rechazaron las dos superintendencias y, a la larga, pensamos que alguien propuso la posibilidad de que existiera algún tipo de fiscalía para acoger los reclamos, o una superintendencia de salud que tenga las funciones del ombudsman y donde las personas puedan presentar sus reclamos, dado que tememos mucho que se pueda judicializar la salud.

A propósito de ese tema, los diputados Masferrer y Forni, de la Unión Demócrata Independiente, llevaron al ministro la propuesta de un bono que asegure la atención de salud, de manera que no se produzcan los reclamos que obviamente se producirán cuando el Auge no pueda cumplir todos los compromisos adquiridos.

En ese sentido, nos parecía bien la propuesta y esperábamos que hubiese sido bien acogida por las autoridades de salud.

Otro de nuestros temores es que la gestión no logre modernizarse, no dé la autonomía esperada a los hospitales públicos, no entregue recursos para pagar la deuda hospitalaria que se arrastra hace bastante tiempo y que, en vez disminuir, se incrementa. A la larga, eso, sumado a las exigencias del Auge a los hospitales, también puede significar -cosa que hemos planteado varias veces- que exista mayor interés en atender a los beneficiarios del Auge que a los pacientes comunes y corrientes del sistema público.

Por eso, para ser consecuentes con nuestra posición anterior, nos vamos a abstener en la mayoría de las disposiciones del proyecto, pero, como señalé con anterioridad, daremos nuestra aprobación a todo lo que se relacione con el mejoramiento de recursos, lo cual, si bien no lo consideramos ideal, al menos constituye un avance y ha sido un acuerdo entre la Confederación Nacional de los Trabajadores de la Salud, Confenats; la Federación Nacional de Profesionales Universitarios del Sistema de Salud, Fenpruss, y la Federación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos de Servicios de Salud, Fentess. Al menos algunos gremios han sido escuchados, aunque no los médicos, quienes han reclamado hasta el cansancio por haberse sentido absolutamente extrapolados de la reforma.

El ministro dijo públicamente que la Cámara de Diputados es la instancia para acoger sus inquietudes. Al respecto, debo denunciar públicamente que ello no ocurrió así y que ha sido muy difícil apoyar y ayudar en el desarrollo de los proyectos, dado que la mayor parte de las indicaciones presentadas por los diputados de la Alianza por Chile -si no el 99 por ciento- fueron rechazadas, y las propuestas de los gremios médicos, que se sienten postergados por la reforma, tampoco han sido escuchadas.

## DISCUSIÓN EN SALA

Por lo tanto, hay una situación que se puede hacer crítica si el Gobierno y el ministro no enmiendan su acción para cuando el proyecto se discuta en el Senado.

Aún existe la posibilidad de mejorar el plan Auge, la gestión sanitaria y el resto de los proyectos de salud. Los chilenos queremos y necesitamos con urgencia la reforma. Por eso nuestro sector ha apoyado y estado presente en todas las discusiones, con las mejores intenciones de que ésta sea una reforma eficiente, que se pueda aplicar y que beneficie a la mayor parte de los chilenos.

Ésa es nuestra disposición. Más allá de que nos abstengamos en la mayor parte de los artículos de la iniciativa, porque creemos que no apuntan en la dirección correcta, esperamos que se corrijan en el Senado.

Por lo tanto, anuncio que ésta va a ser nuestra votación en la discusión en particular.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Francisco Bayo.

El señor **BAYO**.- Señor Presidente, analizamos, en segundo trámite reglamentario, el proyecto sobre autoridad sanitaria y de gestión que, entre los cinco proyectos en torno de la reforma a la salud, concita quizás mayor unidad en el Parlamento. Ésa es la verdad. Mi opinión personal es que éste es el mejor de los proyectos que giran alrededor de la reforma. Es el más importante de todos y no hay opinión técnica discrepante respecto de quienes dicen que ninguna reforma de salud será exitosa si no pasa por un mejoramiento de la gestión en el sector público, y que irá directo al fracaso si el aparato público no aumenta su eficiencia.

Hoy esa eficiencia está cuestionada por muchos. No me voy a referir a documentos de la Cepal, que han tenido réplicas y que pueden ser analizados en un ámbito académico, pero debemos reconocer que la eficiencia está cuestionada y que el proyecto de autoridad sanitaria, igual que el de régimen de garantías explícitas, significa invertir mayores recursos. Llamamos la atención acerca de la necesidad de saber realmente cómo se están usando hoy los recursos humanos, materiales y económicos.

Por eso, reiteramos nuestro llamado al ministro de Salud para que se realicen las auditorías que, desde marzo hasta septiembre del presente año, hemos solicitado efectuar en el Servicio de Salud Araucanía Norte, en el del Maule y en un servicio de salud de la Región Metropolitana. Esperamos ese informe, porque será muy importante cuando a futuro discutamos el financiamiento, en especial del Auge.

En la discusión general, personalmente apoyé la iniciativa. En esa oportunidad di los argumentos correspondiente, algunos de los cuales ya se han repetido. Debatimos y justificamos nuestra posición de votar positivamente en general el proyecto, pero hicimos presente nuestra inquietud acerca de la forma en que se estaba tramitando, igual que las demás iniciativas relacionadas con la reforma de salud, con una premura que no es

## DISCUSIÓN EN SALA

coincidente con la importancia de los proyectos en cuestión.

Estimamos que la iniciativa de autoridad sanitaria y gestión apunta en el sentido correcto; tiende a descentralizar, a llevar la difícil toma de decisiones al nivel local, más cerca de la gente y del problema. Hace que actúe el nivel operativo, es decir, los servicios de salud. Por lo tanto, compartimos todo lo que allí se hace.

El establecimiento de las redes asistenciales, ya mencionadas, también tiene nuestro apoyo. La mayor flexibilidad administrativa y la participación de los ciudadanos, tanto en el nivel regional como comunal, son aspectos positivos, como la existencia de un plan nacional de salud. Nadie puede oponerse a esto. Por eso, lo votaremos a favor.

Confiábamos en que algunas indicaciones rechazadas en las Comisiones unidas, al insistir en ellas iban a ser aprobadas.

Por ejemplo, resulta inexplicable la disposición que propone crear dos subsecretarías de salud. Y lo digo porque conozco el ministerio por dentro. Si el propósito del proyecto es descentralizar, entregar más atribuciones a las autoridades regionales y locales, no se justifica la existencia de dos subsecretarías, máxime cuando una de ellas es para supervigilar las redes asistenciales. Para ello bastaría la creación de un departamento más en la Subsecretaría de Salud.

No es tan cierto -y en esto discrepo de lo afirmado por mi estimado amigo el diputado Aguiló- que esto no significa más plata. En el proyecto, se entrega la facultad al Presidente de nombrar a otro subsecretario. Por lo menos, es un funcionario más, con todo lo que lleva a su alrededor -lo digo a guisa de ejemplo-, por cuanto no es efectivo que habrá redistribución de personal, porque ya se está nombrando un nuevo subsecretario. Incluso, en esa oportunidad ya habíamos escuchado al diputado señor Burgos, quien compartía nuestra posición. Le parecía rara la existencia de una segunda subsecretaría en nuestro gabinete. Nuestra indicación, presentada nuevamente en la Comisión, fue rechazada, por lo cual ahí están las dos subsecretarías.

Por otro lado, el Ejecutivo, mediante una indicación, crea el cargo de director regional de salud, cuyas funciones, en general, corresponden a las que tenía o tiene el secretario regional ministerial. Se crea este nuevo ente, manteniendo al secretario regional ministerial, con las funciones señaladas en el artículo 64 de la ley orgánica constitucional sobre Gobiernos y Administración Regional. (De partida, no es el artículo 64 el que se refiere a las funciones del seremi, sino el 63).

Nos encontramos con dos entes regionales, uno de los cuales queda con funciones muy disminuidas. El señor director regional dependerá directamente de un subsecretario -no sé de cuál- y se baipaseará, lisa y llanamente, al secretario regional ministerial. Aparentemente, la función más importante del seremi será coordinar las acciones de los servicios de salud, pese a que en muchas partes hay un secretario regional ministerial y sólo un servicio de salud. En otros, habrá cuatro o cinco departamentos de coordinación en un país con falta de recursos.

Se podría ejemplificar en muchas otras materias, pero terminaré



## DISCUSIÓN EN SALA

señalando nuestra profunda preocupación por la forma en que se está legislando. Lo dije en la última sesión de las Comisiones unidas. El hecho de que hoy estemos bajo la presión de discusión inmediata en un tema tan importante, demuestra una premura que, según mi opinión, linda en la ligereza o en la liviandad. Como técnico, como médico antes que parlamentario, considero que estas materias, que tendrán trascendencia por decenios de años, no pueden ser tratadas en esa forma.

Lamento que desde la Cámara, donde hay, por primera vez en la historia del Congreso Nacional, diez médicos y una enfermera, enviemos al Senado un proyecto con un texto que debería haberse perfeccionado más de lo que lo hemos hecho, para que allí hubiera tenido un trámite corto, en un Senado donde hay un solo médico y muy poca gente interiorizada en el tema de la salud. En la Cámara hay personas que no son del área de la salud, pero que por su persistente presencia en diferentes comisiones a lo largo de los años, hoy trabajan activamente con nosotros. El "doctor" Aguiló está a punto de recibir su título, y todos estaríamos de acuerdo en otorgárselo, salvo algunos "detalles" que todavía debe superar. Habrá un cargo para el "doctor" Aguiló en la nueva Subsecretaría.

La argumentación de nuestra bancada respecto de algunos hechos, no significa politizar el tema. Al revés, siempre hemos insistido y demostrado tener una vía de despolitización en los temas de salud.

Confío en que en la Cámara alta prime un criterio más acorde con los objetivos planteados en el mensaje, que nadie, con conocimiento cabal del tema, puede desatender.

Por último, confío en que la ejecución futura de lo que hoy es proyecto, su implementación y desarrollo, especialmente en lo que a mejoramiento de la gestión se refiere, sea una realidad. La salud necesita, a nivel central, un ministerio que prevenga y se anticipe a los problemas. Dije que la deuda hospitalaria no es de responsabilidad de este ministro, sino que se arrastra por años. Pero ¿qué se hizo cuando la deuda era de dos mil millones, tres mil millones, diez mil millones, veinte mil millones? ¿Había necesidad de llegar a las cifras que hoy todos conocemos? Hay que prevenir los problemas. Se necesita que el ministerio asuma en plenitud el papel de normar, que hoy lo tiene, pero también se insiste en el proyecto en hacer relevante su papel de supervisar, de fiscalizar a los servicios de salud en el cumplimiento cabal de sus funciones.

Confío y, por su intermedio, señor Presidente, le pido al señor ministro que esto sea una realidad a futuro para que todos los chilenos tengamos una mejor calidad de salud.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado Pablo Lorenzini.

El señor **LORENZINI**.- Señor Presidente, antes que todo, quiero saludar a los dirigentes de la Federación de los Trabajadores de la Salud que nos

## DISCUSIÓN EN SALA

acompañan, quienes, obviamente, están interesados en este proyecto de ley.

Antes de entrar en el fondo de la iniciativa, dos breves palabras. Primero, la diputada Cristi hablaba de los médicos. Esperemos que los médicos de la Comisión de Salud respondan a la diputada Cristi. Segundo, al diputado Bayo -lo digo con mucho respeto, pues ha sido uno de los grandes impulsores, en unos aspectos a favor y en otros en contra, pero siempre ha actuado activamente en esta reforma- le quiero aclarar, para que no se confunda, que las Comisiones unidas, sobre este proyecto, han celebrado más de siete sesiones que suman más de veinticinco horas de trabajo, incluso un día laboró hasta casi medianoche, como a usted le consta, ya que estaba presente. No hay ligereza ni liviandad de parte de los veintiséis diputados que integran las Comisiones de Salud y de Hacienda, sino un trabajo serio y responsable. Las urgencias para la tramitación no las ponemos nosotros. Esperamos que una reforma le dé al Congreso la posibilidad de imponer su ritmo de trabajo. Hoy las urgencias las pone el Ejecutivo, y nosotros, en ese sentido, trabajamos. Por lo tanto, la Cámara de Diputados y las Comisiones unidas han respondido a las urgencias, han escuchado a quienes lo han pedido y aquí han estado los dirigentes del gremio. Por tanto, quiero dejar claro este aspecto.

Pero el tema de fondo es que, en cualquier actividad, cuando se hace gestión, uno se preocupa del recurso físico, del financiero y del humano. Eso es lo que se ha hecho.

Por tanto, felicito al Ejecutivo por haber introducido en el proyecto una indicación referida al recurso humano -que estaba faltando-, que busca tener en el contexto los elementos necesarios para una gestión adecuada, eficiente, eficaz y productiva.

La finalidad del proyecto es modernizar el área personal, potenciando el mejoramiento de su gestión hospitalaria; fortalecer su trabajo en equipo y, por supuesto, el desarrollo de su personal, incentivando el cumplimiento de objetivos en el país.

Agradezco al diputado señor Bayo su nota, en la cual aclara que su crítica no ha sido a las Comisiones unidas, que presido y de la que él forma parte, ni a los miembros del Congreso Nacional.

La indicación también contempla modificaciones a la carrera funcionaria, incentivos de carácter remuneratorio y un programa especial de incentivos para el retiro. Partiré por el último, ya que se refiere a los funcionarios que han entregado una vida al servicio público, en este caso, a la salud de todos nuestros compatriotas.

El proyecto busca que 4.194 funcionarios que cumplen con el requisito de edad tengan derecho a percibir una indemnización de un mes promedio de las últimas remuneraciones imponibles por cada año de servicio, con un tope de ocho meses, lo cual se incrementará en un mes cuando las remuneraciones imponibles sean inferiores a 270 mil pesos mensuales; en un mes adicional para los varones que tengan más de sesenta y ocho años y, como un sentido homenaje, un mes adicional para las damas funcionarias que tengan más de sesenta y tres años.

De los 4.194 funcionarios, 2.194 -más de la mitad- serán privilegiados

## DISCUSIÓN EN SALA

en 2003, especialmente los que tienen rentas menores y sean mayores de edad; luego, en 2004, se beneficiará a los restantes funcionarios que cumplan los requisitos.

Otra iniciativa que establece el proyecto está referida a la carrera funcionaria.

Era necesario introducir elementos para la promoción de los funcionarios, privilegiando no sólo la estada, sino también la capacidad, con igualdad de oportunidades para los ascensos. Las promociones en los cargos de quienes han dedicado años de su vida al servicio de la salud se deben realizar, no sólo en las plantas de directivos y profesionales, sino en la Subsecretaría de Salud, en el Instituto de Salud Pública y en la Cenabast, Central de Abastecimiento del Servicio Nacional de Salud, a través de concursos internos, obviamente, considerando los factores normales: capacitación, desempeño, experiencia y aptitud. Ello, a partir de 2004.

Además, se ha eliminado el tope en el grado 10 de la escala única de sueldos, con lo cual los funcionarios de las profesiones de asistentes sociales, enfermeras, kinesiólogos, matronas, nutricionistas, entre otros, podrán acceder a los grados del 18º al 5º, con lo cual se termina con la limitación que hoy pesa sobre más de ocho mil funcionarios de la salud. Lo mismo ocurrirá para las plantas de administrativos y auxiliares.

Pero también hay incentivos de carácter remuneratorio, ya que se crean asignaciones y estímulos al cumplimiento de metas sanitarias por desempeño en equipo, o sea, por solidaridad al interior de los servicios, fortaleciendo, además, la función directiva y creando una asignación de turno, lo que se traduce en incentivos graduales por cuatro años, a partir de 2003.

Igualmente, es importante señalar que, a contar del año 2004, 1.315 funcionarios de la planta de directivos tendrán un incentivo de 5,5 por ciento, el que, a partir de 2006, será de 11 por ciento.

Hay también una asignación de responsabilidad para 1.259 funcionarios. Usted, señor Presidente, puede ir sumando el número importante y significativo de funcionarios de que estamos hablando.

Quienes integran la planta de profesionales que se desempeñan en funciones, recibirán una asignación de responsabilidad a contar de la fecha de publicación de la ley; además, recibirán la asignación de acreditación individual y el estímulo al desempeño colectivo.

Durante 2003, 11.515 funcionarios de la planta de profesionales de la salud obtendrán un incentivo del 2,75 por ciento, y a contar de 2006, cuando la ley esté en vigencia, recibirán anualmente hasta el 11 por ciento más de sus remuneraciones, en virtud del cumplimiento del desempeño colectivo.

Por otro lado, 47.280 funcionarios, entre ellos, auxiliares, técnicos y administrativos, también recibirán dicho aumento...

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Lleva siete minutos de su discurso, señor diputado.

El señor **LORENZINI**.- Ya termino, señor Presidente.

## DISCUSIÓN EN SALA

Además, quiero destacar el impacto que tendrá la asignación de turno para los más de 9.150 funcionarios que se integrarán al sistema del cuarto turno, quienes recibirán un monto adicional.

Todo lo anterior tiene un costo de 8.674 millones de pesos para 2003; de 17.654 millones de pesos para 2004; de 19.160 millones de pesos para 2005, y, ya en régimen, una cifra superior a 25.600 millones de pesos.

La indicación está dirigida fundamentalmente a la parte funcionaria y a las remuneraciones de los trabajadores que esta tarde nos acompañan, quienes siempre han estado -aunque discrepen en algunas cosas- disponibles para darnos su apoyo.

He dicho.

*-Aplausos.*

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Camilo Escalona.

El señor **ESCALONA**.- Señor Presidente, hay una idea que se ha difundido mucho en las últimas semanas, que tiene dos aspectos: uno es la reiterada declaración de dirigentes del Colegio Médico en cuanto a que el proyecto sería inconsulto, y que la reforma se estaría haciendo a espaldas de los gremios.

En el proyecto hay un artículo que no es menor, porque tiene relevancia y se ha incorporado durante la discusión. Me refiero a la idea del Plan Nacional de Salud, iniciativa fruto de la discusión, la cual fue acogida por el Ejecutivo y aprobada por la Comisión.

El Plan Nacional de Salud tiene como propósito formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud. Estará constituido por los objetivos sanitarios, las prioridades nacionales que fluyen de las necesidades de las personas y de los factores ambientales en el ámbito de la salud del país.

El Ministerio de Salud debe fijar una línea de acción y tomar las resoluciones correspondientes, con el propósito de asegurar, a largo plazo, el conjunto de acciones que de manera coherente signifiquen llevar adelante las políticas de salud articuladas en este Plan. Entiendo que en los distintos sectores de trabajadores del ámbito de la salud existía el deseo de innovar en la materia.

Para ello, no sólo fue posible que los gremios hicieran llegar sus opiniones a los parlamentarios -y no sólo vayan a las audiencias públicas-, sino que en el articulado se recogen ideas que han sido fruto del diálogo que se ha tenido con los gremios de la salud en su conjunto, y compartidas por el Colegio Médico, parte de cuyos representantes señalan como una de las críticas principales que el proyecto es inconsulto. No creo que sea así, ya que se recoge el aporte de los propios gremios. Se puede estar en desacuerdo con el proyecto, pero no decir que es inconsulto.

Por otro lado, las direcciones regionales de salud surgieron de la

## DISCUSIÓN EN SALA

discusión, debido a que se constató en ellas que algunas materias afectan directamente la salud de la población, como son las resoluciones de tipo sanitario, las que fácilmente pueden escapar del ámbito de una dirección de salud cuando son estrictamente provinciales o, incluso, cuando, dentro de una misma ciudad, coexisten varias direcciones o servicios de salud. Por ese motivo, y no simplemente por el deseo de generar más burocracia, como se señaló en el debate, se ha incorporado en el texto la propuesta de que se constituyan estas direcciones regionales de salud.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Le ruego redondear la idea, señor diputado. Sólo le resta medio minuto.

El señor **ESCALONA**.- No pensé que fuera tan exiguo el tiempo.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- El diputado señor Aguiló habló diecisiete minutos, más cinco de usted, son veintidós.

El señor **ESCALONA**.- El "doctor" Aguiló se sobreexplayó. Pensé que los doctores eran más lacónicos en sus expresiones. No sé si será doctor, abogado o incluso filósofo, por lo extenso de sus reflexiones.

Entonces, en este medio minuto que me resta, permítame, señor Presidente, señalar que la diputada señora Cristi ha cometido un error al decir que estos consejos consultivos para la participación social dependen de las direcciones regionales. Ellos más bien dependen de las secretarías regionales ministeriales, que también se incorporaron gracias a un esfuerzo que se hizo en el curso de la discusión para poder generar efectivamente mecanismos a través de los cuales se pueda recoger la opinión de los diferentes actores sociales.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Juan Masferrer.

El señor **MASFERRER**.- Señor Presidente, hoy nos abocamos a despachar uno de los proyectos que conforman la reforma a la salud.

Si se analizara la necesidad de hacer una reforma en esta materia, nadie se opondría. Sin embargo, molesta la forma como se está legislando. La salud es algo serio como para analizarla con la urgencia hecha presente por el Gobierno, calificada de discusión inmediata. A lo mejor, la ha recogido de la urgencia que tiene por superar la crisis que están enfrentando los hospitales, que es fuerte, especialmente en los más grandes de Santiago o en los de mayor complejidad, al no poder atender en forma adecuada a la gente.

Cuando un país es serio y su gobierno quiere hacer las cosas bien, lo primero que debe hacer éste es escuchar a quienes trabajan en los establecimientos asistenciales u hospitales públicos. Ellos son los profesionales, técnicos, paramédicos y administrativos -como lo he dicho otras veces- que

## DISCUSIÓN EN SALA

atienden, que operan y que alivian el dolor de los pacientes. También se debe escuchar a un sector tan importante como es el Colegio Médico, que tiene tremendas diferencias respecto de las materias que hoy estamos tratando.

El proyecto modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

En términos generales, propone una nueva estructura sanitaria del sector público de salud, que se ajuste a las exigencias impuestas por la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de la salud de la población. Asimismo, se contemplan nuevas facultades de gestión para superar las restricciones actuales y las ineficiencias en la administración de los recursos que el Estado y las personas destinan al cuidado de la salud de la población.

En términos particulares, la iniciativa legal tiene tres propósitos fundamentales: fortalecer la institucionalidad y las potestades de la autoridad sanitaria, estableciendo una separación de funciones en la gestión de los servicios de salud; establecer normas que permitan mejorar las gestiones de los servicios de salud, adecuándolas a los requerimientos del plan Auge. Con este objeto, se constituyen las redes asistenciales, que se nombran, pero que en las regiones son desconocidas.

Espero que, a medida que vayamos discutiendo estos proyectos, el Ejecutivo no empiece a improvisar, sino que a decir claramente cómo se va a atender por el plan Auge en estas redes, que tanto se indican en los artículos del proyecto. Hasta se crea un director de redes y, a lo mejor, el nombre ya está propuesto. Pero, lamentablemente, en regiones esas redes se desconocen: los hospitales se desconocen y, además, los que hay, no están bien equipados para atender estas 57 patologías.

Se crean instancias de participación ciudadana en las secretarías regionales ministeriales y en las direcciones de los servicios de salud.

El señor **MONTES**.- Son 56 patologías.

El señor **MASFERRER**.- Pueden ser 57 y mañana sesenta.

El coordinador del sistema, el doctor Sandoval, dice en los pasillos que, a lo mejor, hay que flexibilizar. A lo mejor, pueden ser treinta o partir con diez. Y si he dado una cifra es porque dudo que vayan a estar las 57 -para que lo tengan presente-.

El Ejecutivo formuló una indicación, que llegó muy tarde, para mejorar las remuneraciones del personal. Ahí se escuchó a los dirigentes de la Salud, que se encuentran presentes en tribunas. Eso es positivo; es bueno. Ojalá que en esta proposición el Gobierno tenga la misma sensibilidad para con esta gente que alivia el dolor, que la que ha tenido con quienes reciben sobresueldos.

Al artículo 4º, número 8, que se propone, se le introduce una indicación para crear un consejo consultivo de salud, que participará en la elaboración del plan nacional de salud. Los términos en que se plantea la composición del

## DISCUSIÓN EN SALA

consejo no son positivos, por cuanto no es fija ni se establece un funcionamiento determinado. Su convocatoria queda al arbitrio del ministro, y ojalá que cuando se pongan en ejecución las normas del proyecto, él tenga la posibilidad de nombrar a estas personas. Si no hay cambio de ministros, ignoro cuál va a ser el criterio con que se van a designar.

El señor **MONTES.**- ¿Qué tiene que ver eso con lo que discutimos?

El señor **MASFERRER.**- ¡Tiene que ver! Es importante dilucidar estas materias para que ustedes fortalezcan al ministro y lo apoyen.

El Ejecutivo formula indicación para sustituir, en el inciso primero de la norma propuesta en el numeral 2, la expresión "Secretarías Regionales Ministeriales" por "Direcciones Regionales de Salud". Se planteó la indicación para salvar el vacío que se creó al rechazar la Comisión el artículo relativo a esa secretaría.

El mejoramiento de la gestión de los recursos humanos, la modernización de la carrera funcionaria, los incentivos de carácter remuneratorio, la asignación de desarrollo y estímulo de desempeño colectivo, la asignación y acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo, la asignación de estímulo a la función directiva, la asignación de responsabilidad, la asignación denominada "de turno", las modificaciones a las asignaciones de desempeño institucional e individual de la ley N° 19.490 y el programa transitorio de incentivos al egreso, constituyen los aspectos más valiosos para quienes trabajan en los hospitales del país.

Está bien que discutamos la manera de mejorar la atención en los hospitales, pero si lográramos fraguar los proyectos en discusión y entrara en vigencia el plan Auge, estimo que sería imposible poner en marcha sus objetivos. Es cuestión de ver las deudas millonarias que mantienen los hospitales, y en ninguno de los proyectos que hemos examinado se señala cuándo y cómo se cancelarán esos dineros. Por ejemplo, ayer, con ocasión del debate del proyecto de ley de Presupuestos de la nación, en ninguna parte se mencionó este punto.

El señor **OLIVARES.**- ¡Sí se discutió!

El señor **MASFERRER.**- ¡Pero no se señalaron los montos totales! ¡Usted, que es médico, todos los días escucha las quejas en los hospitales, en el sentido de pagar la deuda mantenida para comprar insumos! Estamos abordando un tema bastante serio, pero aquí, al parecer, hay personas que vienen a reírse de la gente más modesta y pobre, que sufre por no tener acceso a la atención de salud. ¡No, señor diputado! ¡No, doctor! Usted debe tomar conciencia de que en los hospitales no hay medicamentos ni atención. Y precisamente por la poca claridad que existe en la materia, me abstendré en la mayoría de los artículos del proyecto.

He dicho.

## DISCUSIÓN EN SALA

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Sergio Ojeda.

El señor **OJEDA**.- Señor Presidente, afortunadamente quienes apoyamos el proyecto, gozamos de un acentuado optimismo. Estamos ciertos de que todas las disposiciones que contiene conducirán a lo que todos queremos: dar protección de salud a todos los ciudadanos.

Estamos convencidos de que existe una voluntad manifiesta de reformar el sistema de salud. La reforma es bastante compleja, y la gente percibirá el efecto positivo cuando ésta se comience a aplicar. Es comprensible que todavía no sea muy bien entendida, sobre todo considerando que comprende la puesta en marcha de cinco proyectos de ley.

La iniciativa que establece el régimen de garantías en salud es clave para entregar a la población lo que le corresponde en este ámbito. Ello en virtud de los principios de universalidad y solidaridad, que demandan que todas las personas tengan acceso a la salud.

Por otra parte, es necesario atender a la ley de isapres, que tiende a adecuarse al régimen de garantías en salud, en cuanto al financiamiento, y a los derechos y deberes de los pacientes.

En este marco, el proyecto relativo a la nueva concepción de la autoridad sanitaria, de las distintas modalidades de gestión y fortalecimiento de la participación ciudadana, apunta a una real aplicación del régimen de garantías en salud. Si no existiera esta reforma y una nueva concepción de la autoridad sanitaria, no tendría sentido dictar un régimen de garantías en salud y señalar que ésta va a llegar a todos los sectores de la población.

El Estado tiene la responsabilidad de guiar el desarrollo del sector salud y asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias de la población. Por ello, esta iniciativa legal define las funciones y atribuciones para regular y fiscalizar la salud en la defensa de los usuarios.

Tal como está concebida la iniciativa, creemos que está dirigida directamente a conseguir los fines que todos los chilenos -en especial quienes tenemos responsabilidad sobre la materia- perseguimos. La idea es fortalecer la institucionalidad y las potestades de la autoridad sanitaria, estableciendo, como se señala en el proyecto, una clara separación de funciones en relación con la gestión de los servicios de salud.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Señor diputado, se ha cumplido su tiempo. Ruego que redondee su idea.

El señor **OJEDA**.- Muy bien, señor Presidente.

La manera como el proyecto concibe la nueva institucionalidad se enmarca en la materialización de las nuevas directrices en materia de atención de salud. En tal sentido, me referiré a una situación que es necesario señalar para tranquilidad de todos los funcionarios de la administración del Estado.

El artículo 3° transitorio entrega al Presidente de la República funciones que son privativas del Poder Legislativo. En este sentido, el Primer Mandatario



## DISCUSIÓN EN SALA

podrá regular determinadas materias durante un año.

Como se consagran nuevas funciones, reorganización de servicios y una serie de traspasos de personal, la norma produjo aprensión. La inquietud ha sido satisfecha con la presentación de indicaciones. Para tranquilidad de todos, la modificación plantea que la dictación del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicio o supresión o fusión de empleos o cargos ni, en general, cese de funciones o término de la relación laboral. Asimismo, los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos.

Es una aplicación estricta de lo que constituye la delegación de facultades, conforme al artículo 61 de la Constitución Política del Estado.

Por eso, no me queda más que señalar que tal como está estructurado el proyecto de ley y la forma como se explica en el informe, permitirá hacer una aplicación correcta y rápida del plan Auge.

Tengo optimismo y esperanza, al contrario del pesimismo y el derrotismo de otros, de que se va a establecer en el país un moderno, eficiente y solidario sistema de salud, que es el que estamos construyendo en este momento.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Enrique Accorsi.

El señor **ACCORSI**.- Señor Presidente, es muy importante que manifestemos nuestra opinión respecto del proyecto de ley, porque en la actualidad nuestro sistema de salud, principalmente el de atención primaria, está completamente fuera de las redes.

La iniciativa viene a mejorar, en forma parcial, uno de los grandes problemas que tenemos, sobre todo en materia de las normativas, del control de calidad y del recurso humano.

Tenemos que buscar la manera de fortalecer la participación ciudadana. Uno de los temas fundamentales a que nos hemos abocado en el estudio de esta materia dice relación con los espacios de participación ciudadana que se quiere otorgar en cada uno de los estamentos.

Si ustedes examinan el articulado, una de las novedades del proyecto es la incorporación de la comunidad. Por ejemplo, tenemos presencia muy importante de la junta de vecinos a nivel de la atención primaria; también la hay de la comunidad a nivel de los hospitales. Eso lo quiero poner de relieve. Es como resucitar un poco el concepto de los consejos técnicos, donde cada estamento del hospital o del consultorio podía participar y trabajar en conjunto para lograr las metas sanitarias. Eso es algo positivo que celebro, porque las posibilidades que tenían los estamentos de los trabajadores, tanto administrativos como profesionales, para participar en la toma de decisiones, eran bastante febles.

Quiero hacer hincapié en el tema del modelo de atención. Lo más probable es que lo tengamos que reforzar. Queremos que el modelo esté

## DISCUSIÓN EN SALA

centrado en la atención primaria y que ésta realmente sea la estrella de nuestra actividad sanitaria para que los consultorios sean resolutivos, para que podamos tener personal que realmente dé cuenta de los problemas que tiene la gente y acercar la medicina hacia las personas.

Eso es muy importante, porque nos va a favorecer, por ejemplo, para hacer educación, prevención y labores con enfermedades crónicas, como también para entregar medicamentos. Este es un asunto muy importante que debe estar incorporado en el proyecto de autoridad sanitaria para velar por que la calidad de la atención conlleve también la entrega de medicamentos. Hoy, eso es algo falente en algunos casos.

El hecho de buscar una atracción para que tengamos más profesionales en la atención primaria es muy importante. Hoy, de los 2.500 médicos que hay en la atención primaria, aproximadamente 800 son titulados en el extranjero, y existe un porcentaje, del orden del 40 por ciento, que no tiene su reválida. Eso es preocupante.

La idea, entonces, es tener un proceso de capacitación para que la atención primaria sea realmente el inicio de una carrera funcionaria. Es como un generalato de zona, donde el médico joven puede iniciar su carrera profesional y tener la posibilidad de perfeccionarse.

Ésa es una manera importantísima de atraer médicos jóvenes a la atención primaria, porque uno de los grandes problemas que hoy tenemos se refiere a la alta rotación que se produce en estos profesionales en el nivel de atención primaria.

Me he focalizado en la atención primaria, porque es la clave por donde hay que seguir en el tema de la autoridad sanitaria. Por ejemplo, en la actualidad los directores de los servicios de salud y los seremi tienen muy poca injerencia en lo que se hace a nivel de atención primaria. Salvo en algunas conductas de tipo epidemiológico, en el resto no había ninguna injerencia de lo que se hacía o de lo que no se hacía en la atención primaria.

Entonces, hemos buscado la manera de hacer un cambio en este ordenamiento para que sí haya una regulación a nivel regional y para que también podamos traspasar los recursos necesarios, porque hoy todos sabemos que los aportados a la atención primaria son escasos.

Además, el monto per cápita que se está entregando hoy no da cuenta de las atenciones reales que puedan tener estos organismos, que están completamente subfinanciados. Solamente cubren alrededor del 75 por ciento de los gastos fijos de los consultorios.

El hecho de tener una autoridad sanitaria regional que esté mirando lo que pasa tanto en el sistema público como en el privado, nos va a permitir tener una mejor regulación con respecto a la participación de los diferentes estamentos.

Otro aspecto del proyecto se relaciona con la participación. Creo que debemos mejorarla sustancialmente para tener el aporte de los que están en el día a día de los consultorios, de los hospitales y de los diferentes estamentos a nivel de los profesionales.

Ese aporte debe ser plasmado. Ya tendremos oportunidad de discutir

## DISCUSIÓN EN SALA

otras indicaciones que se van a formular probablemente en el Senado, porque no me cabe la menor duda de que estas materias van a terminar de ser estudiadas en Comisión Mixta.

Es indispensable abrir la participación y los espacios para que exista un diálogo permanente. El proyecto ha sido objeto de algunas indicaciones, que lo han transformado en más positivo, más adecuado a la realidad; pero aún se le pueden introducir otras variantes importantes en el tema de la participación.

Adhiero a la mayoría de los oradores anteriores, en el sentido de que tenemos una gran tarea por delante; que existe un problema grave en el tema de la atención primaria, y una de las indicaciones que hemos formulado propone llevar, por ejemplo, especialistas básicos -pediatras, internistas, obstetras- para allegar soluciones integrales a la atención primaria. Pero también debemos llevar especialistas para hacer procedimientos en los mismos consultorios.

Otro de los temas relevantes en salud es la prevención, donde está radicada realmente la clave para una salud acorde con los tiempos.

Lamentablemente, la prevención ha sido completamente dejada de lado. Tenemos que prevenir la diabetes -que no tiene una solución integral-, la hipertensión, la obesidad y muchas enfermedades crónicas que tienen que ver con los estilos de vida. Ahí es donde tienen que integrarse la atención comunitaria y la educación, para lograr un cambio sustantivo en lo que nos interesa. En todo caso, si no somos capaces de fortalecer en forma absoluta y clara la atención primaria, quiere decir que no hemos sopesado su importancia.

De todos los proyectos presentados, el que se relaciona con el cambio del modelo de atención es el básico, el más importante. En consecuencia, tenemos que entregarle los instrumentos sanitarios y financieros para lograr su objetivo.

Estoy seguro de que con la colaboración mayoritaria del equipo de salud y con una participación amplia, mejoraremos sustancialmente estos proyectos y haremos que sean de todos los chilenos, como debe ser una reforma de salud.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Alberto Robles por cinco minutos.

El señor **ROBLES**.- Señor Presidente, me referiré a dos o tres importantes materias que contempla el proyecto.

En primer lugar, sólo ahora se logra satisfacer una aspiración planteada hace mucho tiempo, cual es la de separar las funciones de atención de la gente y la de fiscalizar los actos de los prestadores de servicios.

Estamos muy contentos porque se crean las direcciones regionales de salud, que van a cumplir las funciones de rectoría y de fiscalización. Van a existir otras reparticiones relacionadas con el tratamiento que se les debe dar a las personas y con el ambiente, desde el punto de vista de la atención sanitaria.

## DISCUSIÓN EN SALA

Tal vez, habría preferido que las direcciones regionales de salud fuesen descentralizadas y no desconcentradas, como figura en el proyecto. Espero que en el Senado se modifique la disposición correspondiente y se establezca que serán organismos descentralizados, con patrimonio propio y personalidad jurídica, lo que les permitirá un actuar mucho más independiente del resto de la Administración Pública.

Por otra parte, me parece sumamente importante lo que hemos acordado en la Comisión, dado que todos, absolutamente todos los establecimientos, van a poder llegar a ser autogestionados en red, con lo que tendrán mayor autonomía en el uso de sus recursos y en sus atribuciones administrativas, tanto si se trata de un hospital tipo IV, de un hospital pequeño -de una comuna chica, como Huasco o Chañaral-, o de establecimientos más tecnificados de comunas grandes, como Santiago.

Por lo tanto, estamos muy contentos de que no sólo se haya beneficiado a los hospitales que cuentan con una gran tecnología y muchos funcionarios, sino que también se favorezca a los más modestos, que sirven a las comunidades rurales.

En ese sentido, sería conveniente que esta reforma abordara la gestión en la atención primaria, para revisar lo que están haciendo las corporaciones. Creo que ello debe examinarse en forma mucho más acuciosa.

Con este proyecto también podría solucionarse el problema que se produce en las comunas pequeñas, donde coexisten consultorios de atención primaria, en manos municipales, y hospitales tipo IV a cargo de los servicios de salud. Esta doble administración hace que en lugares pequeños se produzcan hechos absolutamente inverosímiles, como que una persona consulte por una enfermedad en los dos sistemas el mismo día, porque no confía en uno o en el otro.

Reitero, la atención primaria también requiere mejorar su gestión, por lo que necesitamos solucionar problemas en comunas pequeñas, donde coexisten, como dije, la atención primaria municipal y la atención primaria que se da a través de los hospitales tipo IV, que son la mayoría en el país.

Por último, quiero tocar un tema importantísimo, a mi juicio, que plantea esta reforma y que tiene que ver con el recurso humano.

Los funcionarios de los servicios públicos de salud de todo Chile atienden y trabajan durante años, las 24 horas del día, los 365 días del año, en Pascua y en Año Nuevo, cuando las demás personas están disfrutando. El tema de sus asignaciones es tremendamente importante para ellos. La que me parece más importante es la asignación de turno.

Por primera vez y después de mucho tiempo, los funcionarios que hacen turnos -me refiero a los técnicos paramédicos y a los profesionales médicos- van a recibir todos los meses su sueldo en forma clara, tal como lo han esperado por siempre.

Señor Presidente, como su Señoría debe saber, estos funcionarios reciben el pago de horas extraordinarias por los turnos realizados. Cuando un trabajador compara su remuneración con la de otro que hace los mismos turnos, generalmente comprueba que son distintas, por lo que tiene que ir a la

## DISCUSIÓN EN SALA

oficina de personal a revisar cómo se calculó ese pago.

Por lo tanto, el sistema que se establece va a permitir a quienes hacen tercer o cuarto turno, que el monto por pagar figure en forma clara en la liquidación de sueldo, como corresponde a un funcionario público que trabaja en forma abnegada y con gran espíritu de sacrificio.

Lo más relevante en materia de recursos humanos está en su nueva y moderna concepción.

También quiero referirme a los incentivos que se establecen para los directivos, que van asociados totalmente a metas sanitarias, a mejor gestión, no a metas financieras, sino que, en la atención, a dar satisfacción a los usuarios.

Por eso considero que ésta es una iniciativa tremendamente importante. Como decían otros diputados, es uno de los cinco proyectos de ley que más consenso logra.

En consecuencia, solicito a las bancadas de la Unión Demócrata Independiente y de Renovación Nacional que voten favorablemente el proyecto; que no hagan como el avestruz, que esconde la cabeza, sino que miren de frente y respalden la iniciativa, porque introduce cambios importantísimos en la gestión del sector público de salud, que atiende al 80 por ciento de los chilenos. La gente que escuchará o que verá la votación, no va a poder entender que un parlamentario se abstenga, o sea, que decida no ejercer su derecho a voto en este proyecto de ley; no va a entender que una persona que tiene más de cuarto medio no sea capaz de definir una propuesta relacionada con el tema de la gestión de un hospital, sobre todo, porque en los últimos meses, tanto los parlamentarios de Derecha como todos nosotros hemos venido diciendo que se debe mejorar la gestión en el sector público de salud, por lo que resulta evidente que se deben dar las herramientas a dicho sector para ese efecto.

Termino señalando que nuestra bancada votará favorablemente, y esperamos lo mismo de la Unión Demócrata Independiente y de Renovación Nacional.

He dicho.

*-Aplausos.*

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra la diputada señora Cristi.

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Señor Presidente, el diputado señor Robles nos pide que miremos de frente. Al respecto, quiero señalar que siempre hemos sido firmes en nuestras posiciones y nunca hemos tenido temor a mirar de frente. Tampoco hemos escondido la cabeza como el avestruz. En este caso, en todo momento hemos apoyado la reforma; presentamos indicaciones, conversamos con los gremios; en definitiva, hemos tratado de que se convierta en un mejor proyecto. No creo que eso sea esconder la cabeza como el avestruz. Si hubiésemos actuado de esa manera, nos habríamos desinteresado o, sencillamente, habríamos rechazado todo desde un

## DISCUSIÓN EN SALA

principio. Me parece muy injusto y no estoy de acuerdo con lo expresado. Además, él conoce las indicaciones y los planteamientos que hemos formulado en la Comisión.

Por lo tanto, le pido que retire dichos términos, si es posible, porque no corresponden para nada a lo que ha sido nuestra actitud. Al contrario, como dije en mi intervención, queremos tener la mejor reforma posible para que todos los chilenos, especialmente los más pobres, tengan una mejor atención de salud -incluidas las enfermedades catastróficas-, reciban los remedios y no haya más 50 mil en lista de espera para cirugía. Lo único que pedimos es que, si se va a hacer una reforma, que sea viable, y en eso estamos colaborando.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Ortiz por seis minutos.

El señor **ORTIZ**.- Señor Presidente, el año 1945 se comenzó a tratar en el Poder Legislativo, y culminó el año 1952, es decir, siete años después, la reforma que creó el Servicio Nacional de Salud. En este momento estamos analizando en particular un proyecto que ingresó el 1 de julio de este año, hace 4 meses y 19 días, que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, en cuya elaboración y despacho no participaron parlamentarios elegidos por el voto popular.

Traigo esto a colación para que se sepa cómo se establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria.

Durante la vigencia de ese decreto ley y hasta que asumió la Concertación, se dejaron de invertir en salud 2 mil millones de dólares, cifra que nunca nadie ha podido desmentir.

Eso influyó en el deterioro de la atención de salud; no había medicamentos ni insumos. Incluso el enfermo tenía que llevar sus propias sábanas para ser internado. Seamos claros: la gran inversión en estos 12 años y 8 meses de los gobiernos de la Concertación ha estado focalizada en salud y en educación.

El objetivo de hoy es modernizar y fortalecer el rol del Estado en el área, con el fin de garantizar el acceso de todas las personas a una atención de salud de calidad.

Se separan las funciones de salud pública y la atención médica; se crean dos subsecretarías, y el director regional de salud deberá cumplir las funciones establecidas en el Código Sanitario, mientras que los directores de los servicios de salud se dedicarán a la gestión de la atención médica.

El Estado no se achicará ni se debilitará: se fortalecerá, tanto en sus atribuciones fiscalizadoras como en su capacidad de atención en salud.

Hace algunos días escuchamos al ministro de Salud, quien nos informó del plan piloto que comenzó a aplicarse en agosto de este año para tratar los cánceres infantiles, las cardiopatías congénitas y la insuficiencia renal. Su resultado ha sido bueno: se le ha salvado la vida a 1.205 personas. En el año 2003 se incorporarán dos patologías más: el cáncer cérvico uterino y los

## DISCUSIÓN EN SALA

cuidados paliativos del cáncer.

Hay que hablar con la verdad y expresarla con claridad: creo en la reforma de salud para mi país. No puede ser que algunos tengan una atención privilegiada y otros no tengan nada.

El proyecto contempla una participación ciudadana, lo que es vital en una democracia. Así habrá un consejo consultivo nacional, un consejo regional y los servicios de Salud. Las fuerzas vivas de nuestra sociedad podrán influir en la elaboración del plan de salud, tanto a nivel nacional como regional. Además, este proyecto está en el camino de la descentralización efectiva y real, y lo digo con mucha fuerza, porque me siento orgulloso de ser un hombre de provincia.

El hospital clínico regional de Concepción -el más grande de Chile-, que cuenta con profesionales y personal de gran capacidad, ha bajado su deuda sin dejar de atender a los pacientes. Nadie ha expresado que en el Presupuesto de 2003 aprobamos 28 mil millones de pesos para repartir a los hospitales, antes del 31 de diciembre de este año, en función de los resultados de su gestión. Estos son hechos reales, cosas efectivas y que no se plantean a través de los medios de comunicación. Estoy convencido de que con esta iniciativa, el Estado se abre a la transparencia y escucha a la población. La salud se va a construir entre todos y no por un grupo reducido.

Respecto de la gestión, se plantea el rol real y efectivo que debe tener la atención primaria. Como lo expresé en el día de ayer, el aumento de recursos para la atención primaria para el año 2003 es de, más o menos, 18 por ciento para los 341 municipios del país, lo cual es indesmentible. Es cuestión de analizar la partida Ministerio de Salud.

Aparte de lo anterior, con este proyecto se abren nuevas oportunidades para el personal, y en eso fue muy claro, explícito y preciso el diputado Pablo Lorenzini. Antes estábamos discriminando. Hace algunos meses aprobamos, y ahí sí nos aplaudían los funcionarios de atención primaria, el mejoramiento para esos trabajadores. Pero estamos en deuda con el personal de salud que depende de dicho ministerio.

Al respecto, quiero dejar constancia de un hecho. El diputado Exequiel Silva -quien integra la Comisión que estudia la ley de Pesca- me pidió en forma especial recordar que todos los integrantes de las Comisiones unidas de Hacienda y Salud, muchas veces, invitamos al presidente de la Confenats, quien amenazaba a través de los medios de comunicación con que iba a venir, pero nunca lo hizo. Era igual que el cuento del lobo, con la diferencia de que este dirigente nunca llegó. Parece que actuaba en función de otro tipo de situaciones.

A mi juicio, son de justicia los incentivos y mejoramientos de la base salarial de los trabajadores de la salud y de los profesionales no médicos, los que significan en régimen 25 mil millones de pesos.

Para terminar, quiero entregar las siguientes cifras: en 1990, los egresos hospitalarios ascendieron a 1.081.479; el año 2002 esa cifra aumentó a 1.179.000. En 1990, las consultas y controles alcanzaron a 21.602.016, y en 2001 esa cantidad subió a 34.065.329. Si eso no es mejoramiento de la salud

## DISCUSIÓN EN SALA

del país, ¿qué lo es?

Por ello, con mucha fuerza, toda la bancada del Partido Demócrata Cristiano votará favorablemente en particular.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Francisco Bayo.

El señor **BAYO**.- Señor Presidente, sólo para precisar algunos conceptos y aseveraciones expresadas en esta Sala, porque a veces se dicen cosas más para la televisión y para las tribunas que para el trabajo serio y responsable de la Cámara de Diputados, la que desea una buena reforma de la salud.

El proyecto ya está aprobado en general; ahora la discusión es en particular. Aquí critican a la gente de la Alianza por Chile y se olvidan que en el pasado, la gente de la Concertación, incluso el ministro, nos agradeció nuestra predisposición a recibir todas las indicaciones, aunque llegaran tarde, muchas veces contraviniendo el Reglamento.

También se ha mencionado algo que significa regresar al pasado: que la Concertación recibió el sector salud con un desfinanciamiento, pérdida o falta de inversión de más de 2 mil millones de pesos. Hay que agregar que eso es en el sector público, porque el total que se invertía en salud desde esa fecha en adelante, era exactamente igual. Incluso ahora es superior, con la diferencia de que a ese gasto contribuye, por la vía tributaria, un sector privado muy importante -que se atiende en el sector privado-, lo que ha permitido que el servicio público de salud sea lo que es hoy. Ese sector privado ahora no ocupa las camas ni los pabellones de los hospitales públicos como lo hacía antes; los empresarios, industriales, parlamentarios, profesionales, no usan las camas y los pabellones de los hospitales construidos con los sueldos de nuestras empleadas domésticas. A eso se puso término en la década del '80.

Invito al diputado señor Ortiz a revisar en conjunto, con mucha seriedad, la evolución de los indicadores de salud: cómo era antes, cuál fue la tendencia y cómo es en la actualidad.

Es efectivo que los gobiernos de la Concertación han invertido más en infraestructura. Era lógico que así fuera. Quienes saben algo de salud deben asumir que en las décadas de los años '80 y '90 las prioridades eran otras: terminar con las causas que provocaban la muerte de niños menores de un año, objetivo que se ha logrado; ampliar la cobertura de agua potable a la población rural -hoy disponen de ella casi en un ciento por ciento-; instalar alcantarillado a todas las poblaciones; entregar atención profesional del parto. Eso fue lo que se hizo en esas décadas como prioridad uno.

Me alegro que hoy discutamos una reforma de salud que mira hacia adelante, que enfrenta los problemas de hoy y de mañana; eso es hacer salud, eso es lo que ha prestigiado a Chile en el pasado, en el presente y, confío, también en el futuro.

He dicho.



## DISCUSIÓN EN SALA

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Guido Girardi.

El señor **GIRARDI**.- Señor Presidente, está claro que hoy estamos discutiendo una de las reformas más trascendentales de la década, por lo menos desde el punto de vista social. El que los chilenos tengan salud, significa avanzar en equidad, en derechos, en dignidad. Por eso, me parece muy relevante debatir un proyecto que apela justamente a temas centrales. Uno de ellos es la autoridad sanitaria, la estructura, es decir, lo que le da corporeidad, el cuerpo que se pondrá en movimiento para plasmar las ideas que tenemos respecto de la atención de salud que deben recibir los chilenos.

El otro tema que aborda el proyecto es la gestión. Todos estamos conscientes de que en el país se invierten muchos recursos en salud y que se puede hacer una mejor gestión. Nadie quiere mejorar los sueldos a los trabajadores mediante el expediente de las horas extraordinarias, nadie desea que los recursos, muchas veces escasos, no lleguen a los usuarios y se pierdan por negligencia, inobservancia, impericia o por lo que sea.

Por último, el proyecto se refiere a algo que es determinante: la participación ciudadana. No por un problema político, sino porque no habrá política de salud si los ciudadanos no se hacen cargo de ella. La salud no es un bien, no es algo que pueda dar el Estado; no hay paternalismo en este ámbito. Si la persona no se preocupa y la cuida, nadie puede responder por ella.

El Estado se puede responsabilizar de la enfermedad. Puede entregar a la persona la posibilidad de tener una cirugía, de enfrentar un cáncer, pero no encargarse de la salud. Nadie puede involucrarse en la vida privada de las personas. La salud tiene que ver con el estilo de vida alimentario, con fumar o no fumar, con la conducción rápida o de manera adecuada, con consumir drogas, con la ingesta excesiva de alcohol, etcétera.

Por lo tanto, el tema de la participación ciudadana es mucho más que definir un plan de salud: es asumir que ésta compete a las personas. Si no hay participación ciudadana, si la ciudadanía no tiene un rol activo, no habrá salud. Habrá, en cambio, un Estado paternalista, que se hará cargo a medias de la persona cuando enferme.

Por eso planteamos la existencia de una acción ciudadana, de corresponsabilidad, en la que el Estado y la sociedad en forma conjunta se propongan evitar la enfermedad y mantener sana a la población. Desde el punto de vista de la calidad de vida, eso es lo que vale y lo que ahorra recursos -que son escasos- al país.

Ahora, me alegro por discutir el tema con personas que tienen diversas opiniones, porque nadie tiene la verdad en salud. Hay distintas experiencias: la inglesa, la ciento por ciento estatista -en la que no existen las isapres, que tiene cosas muy positivas y problemas-; la tipo americana, de absoluto liberalismo, que gasta 5 mil dólares per cápita, el 15 por ciento del producto, que tiene cosas positivas y muchos problemas, y nuestro propio modelo.

Acá se trata de enriquecer el proyecto con las visiones de todos,

## DISCUSIÓN EN SALA

especialmente con la de los trabajadores, a los que hemos escuchado. Sabemos lo que piensan los gremios. Tal vez falta escuchar más a los ciudadanos, pero es muy difícil representarlos a todos. Entonces, nuestra responsabilidad es transmitir -lo más fielmente posible- lo que los ciudadanos quieren en materia de salud.

Estamos acá no para defender intereses corporativos, sino para representar lo que las mujeres y los hombres de todas las regiones quieren en materia de salud.

Este proyecto se hace cargo de un sistema de salud obsoleto y anacrónico, enfocado a una situación epidemiológica inexistente, cuando en Chile había desnutridos y la gente moría de infecciones. Eso ya no existe. El problema actual es el 18 por ciento de los niños escolares obesos, es la gente que muere de cáncer, de infarto, enfermedades todas evitables.

Ése es el problema de este país que envejece sin que hagamos nada para que la salud no sea cada vez más cara. Cuando a través de un papanicolau -examen que cuesta mil pesos- se detecta, precozmente, un cáncer cérvico uterino, el país ahorra 50 millones de pesos. Cuando a través de un examen de presión arterial -que es casi gratis- se detecta, en forma precoz, una hipertensión arterial, evitándose un accidente vascular encefálico, el país ahorra cerca de 60 millones de pesos y todo un drama de la vida. Eso es lo que hay que poner en el centro de esta nueva visión de salud.

Tenemos un sistema que desde el punto de vista de su visión de red, de complejidad, es anacrónico, irracional, lineal, desintegrado, en el cual la atención primaria está por un lado y los hospitales por otro, sin relación alguna; en el cual los médicos especialistas de los hospitales no conocen los consultorios, ni los de consultorios conocen los hospitales donde podrían capacitarse; donde los pacientes tienen que ir, de manera angustiada, a veces indigna, de los consultorios a los hospitales a recibir interconsulta. Ese sistema anacrónico, compartimentalizado tiene que terminar. Hay que volver a unir lo que estaba unido y se separó. La atención primaria es parte del mismo sistema de los hospitales y, por lo tanto, hay que integrarlos.

Tenemos un problema grave, dramático, en materia de incentivos, de remuneraciones. Sí, concedo a los trabajadores de la salud que su reclamo es justo. Ellos, históricamente, cambiaron estabilidad laboral por bajo sueldo y la reforma tiene que dar cuenta de que estabilidad es una conquista histórica y, con los trabajadores, cambiarla por mejores remuneraciones, pero sobre un código de mejoramiento de la gestión y de la atención a los usuarios.

Por eso, me parece que la reforma es fundamental y creo que en lo central todos estaremos de acuerdo. A mi juicio, la abstención en la votación de este proyecto es una forma de estar de acuerdo con él, porque nadie puede estar en desacuerdo. Por último, me parece una manera legítima de asumirlo, pues todos tenemos un compromiso prioritario con la salud.

Aquí se crean elementos centrales. Se establece, por primera vez en el sistema de salud, que es eminentemente curativo, en el cual el ministerio sólo ayuda a los hospitales, especialmente a las UTI, un financiamiento separado para lo que se llama acciones de salud pública. Por primera vez habrá

## DISCUSIÓN EN SALA

prioridades para lo que, en verdad, debe hacer un sistema de salud. Eso no se hace en los hospitales. La salud se construye en los consultorios, con vacunaciones, controlando los riesgos ambientales y laborales, educando a la gente. Habrá un financiamiento separado y una subsecretaría que se encargará de promover la salud, de mantenerla, de alcanzarla.

Otra subsecretaría tendrá que ver con la coordinación de la red asistencial. Cuando fracasemos y no logremos mantener el estado de salud, la subsecretaría tendrá que encargarse de coordinar la atención de los enfermos. Por eso, nos parece fundamental integrar la atención primaria, que es el centro, el punto focal de la reforma, con el sistema hospitalario, para lo cual es necesario contar con médicos especialistas en los consultorios, médicos de atención primaria de la misma carrera que los médicos de hospitales, y los especialistas tendrán que atender a la gente en los consultorios, y no como es ahora.

Queremos establecer, además, un sistema de directores regionales de salud. Esta no fue la propuesta original del Gobierno, sino una indicación que presentamos con el doctor Bayo y el apoyo de la Derecha. Las cosas hay que decirlas como son. El Ejecutivo se había opuesto, pero tuvimos que votar en contra su propuesta y hacer una buena simbiosis con la Oposición para sacar adelante algo positivo: las direcciones regionales de salud. Eso quiere decir que habrá una autoridad descentralizada, autónoma, no politizada, algo así como Sesmas regionales, que velarán por una regulación de los riesgos laborales, por acreditar y garantizar la calidad de la atención.

Ésa no era la propuesta del Ejecutivo, pero se ha dado una señal clara de que en la Comisión hubo diálogo, de que el proyecto fue mejorado, por ejemplo, con estos Sesmas regionales que, además de preocuparse por lo relativo a los riesgos ambientales y laborales, tendrán la responsabilidad de garantizar la calidad de la atención al usuario. Eso me parece un avance digno de destacar.

Por otra parte, es fundamental entender el tema de la participación ciudadana, la que debe ser expresada con más fuerza. Tiene que empezar desde los colegios, en la educación de los niños acerca de los beneficios de una alimentación sana, del deporte, de estilos de vida saludables, de no consumo de drogas ni alcohol.

Además, la participación ciudadana debe tener una dimensión concreta a nivel del llamado consultivo nacional. Sé que es un asunto complejo. La diputada señora Cristi hacía alusión a que hay mucha gente. A lo mejor, esa gente no representa a todo el resto del país, pero es mejor mucha que poca gente y yo pienso que es muy importante que esas personas se asesoren en la conducción del plan nacional. El plan de salud es la conclusión de una política que debe ser llevada a la práctica por la ciudadanía y me parece muy bien que haya muchos ciudadanos independientes, de distintos ámbitos de la sociedad, que puedan ser asesores de este plan nacional.

Se establece un consejo regional en cada región. Habrá ciudadanos que colaborarán en la adaptación de las políticas nacionales, para que expresen la peculiaridad de cada región. No es lo mismo lo que sucede en la Segunda

## DISCUSIÓN EN SALA

Región, que tiene la tasa de cáncer pulmonar más alta del planeta por el arsénico, que en la Octava Región o en la Región Metropolitana, que tiene una de las tasas de morbilidad por enfermedades respiratorias más altas del planeta, como consecuencia de la contaminación atmosférica en Santiago.

Cada región tiene un patrón epidemiológico asociado a su cuenca, a su estilo de desarrollo. Por lo tanto, hay que adecuar las políticas y me parece fundamental que los consejos regionales de salud traduzcan estos criterios nacionales en realidades locales, cotidianas, de acuerdo con la particularidad de cada situación.

Deseo plantear acá algo que no se consideró, pero que tal vez prospere más adelante. Los ciudadanos tienen un rol central en la evaluación de la gestión. Me gustaría que los incentivos a los trabajadores, a los médicos, estuvieran determinados por los ciudadanos. Que a la salida de los consultorios, cada atención de un médico, de una nutricionista, de un kinesiólogo, del funcionario que atiende, fuese evaluada por los usuarios mediante un botoncito en el cual elige la opción de si fue regular o mal atendido y que eso se traduzca en incentivos locales para los consultorios y hospitales y en incentivo individual para la persona que atendió al paciente. O sea, que una parte de la remuneración estuviera asignada por el ciudadano en función de cómo fue atendido: en calidad, en una atención diligente, en simpatía, en hacerse cargo de sus problemas, en humanidad. Todavía no hemos logrado abordar esos temas con suficiente profundidad.

Se establece, también, un consejo de participación ciudadana que irá a los servicios de salud. ¿Saben lo importante que es esto? La comunidad organizada podrá decir, junto con los alcaldes, con los directores de hospitales, que en determinado servicio de salud se debe dar más importancia al cáncer de mamas o a la prevención de la diabetes, por ejemplo, y destinar mayores recursos del presupuesto para tales fines. Me parece que éste es un tema central, que apunta a una visión moderna, integrada, del proyecto de salud que deseamos.

También se consagra un proceso de modernización de la gestión. No me voy a meter en aspectos técnicos, porque no tiene sentido; sólo quiero reiterar que tenemos un compromiso y lo hemos dicho: se necesitan más recursos para el sistema público de salud. Yo soy estatista en salud, pero quiero un Estado moderno, ágil, cercano. Los que no quieren modernización, los que no quieren mejor gestión, sino un Estado burocrático, lejano de la gente, son los mas antiestatistas, porque quieren que el Estado fracase, que no existan políticas públicas. Los que queremos más salud estamos por un Estado moderno, ágil, eficiente, al servicio del usuario, con políticas de incentivos. Por eso, apoyamos un sistema crecientemente complejo, eficiente, en el cual cada peso invertido llegue de verdad a las personas que lo necesitan.

Hemos reiterado que esta reforma no es contra los trabajadores, sino con los trabajadores, y que velaremos para que no haya despidos.

En la atención primaria se requieren mil médicos más, seiscientas enfermeras, cerca de setecientos dentistas. Necesitamos más funcionarios públicos para la atención de salud, no menos, pero queremos tener también un

## DISCUSIÓN EN SALA

mejor sistema de remuneraciones y convalidar con ellos un mejor sistema de trabajo al servicio de la comunidad.

Además, existe una clara arbitrariedad que resulta vergonzosa. Los profesionales no médicos no pueden llegar sino hasta el grado 10. ¡Una vergüenza! ¿Por qué no hasta el grado 9, 7 ó 5? Ahora termina esa discrecionalidad aberrante, y se da una señal muy potente de que se avanza en un tema central.

Este debate sobre el sistema de salud tiene mucha diversidad y así tiene que ser en cualquier sociedad moderna, porque no todos podemos estar de acuerdo en un tema sobre el cual en ningún lugar del planeta hay consenso y que respecto del mismo existen distintas experiencias, unas más exitosas que otras.

Lamento que colegas nuestros, con los cuales hemos dado grandes batallas por la salud pública y luchamos contra la privatización, contra el subsidio a la demanda, contra el aporte de los subsidios, con los que defendimos codo a codo y minuto a minuto que no se privatizara la salud, estén, hoy, de cierta manera, boicoteando la reforma por no querer anteponer los intereses de la ciudadanía.

Respecto de esta reforma se debe escuchar a todos, pero los parlamentarios debemos votar en conciencia, porque se trata de un proyecto para los ciudadanos, no en favor de intereses corporativos o económicos. Lo fundamental es que la reforma funcione y que la autoridad sanitaria vele por el Auge, el cual se ha caricaturizado.

Es cierto que en la actualidad las personas tienen derecho a atención médica en los servicios de salud públicos. Si hoy una mujer tiene cáncer de mamas, como dicen los doctores Villarroel y Castro, efectivamente tiene derecho a recibir atención. Sin embargo, quiero poner un ejemplo concreto. A todos nos ha ocurrido que ha llegado hasta nuestra consulta una mujer de 50 años con un nódulo; que fue seis veces al consultorio, pero no la atendieron y, si lo hicieron, la derivaron a un hospital a practicarse una mamografía, pero en el hospital no había mamógrafo. Tal vez, esa persona logró tomarse la radiografía después de un año, y tal vez le indicaron quimioterapia, pero no había quimioterápico o, si le indicaron cirugía, le dan hora para un año después, es decir, cuando ya puede que esté muerta.

Ese derecho garantizado no nos sirve, no aporta nada. Queremos un sistema de derecho garantizado en el cual una persona con un cáncer de mamas sea atendida antes de un mes desde el momento en que consulta, en el cual tenga garantizada por ley la mamografía, la quimioterapia o la cirugía en un plazo razonable: antes de morir.

Por supuesto que en el Auge no están incluidas todas las patologías, sino 56. ¿Qué ocurre con las que no están incluidas? Tendrán la misma suerte que hoy; pero, al menos, se habrá avanzado en la atención garantizada de las 56 patologías de mayor relevancia sanitaria, de mayor prioridad, de más alto costo y que más mortalidad causan. ¿Cómo desconocer eso? Sin embargo, se ha montado un show al respecto y se ha hecho publicidad, incluso slogans, para decir a la gente algo que no es; por ejemplo, que no está cubierto el

## DISCUSIÓN EN SALA

cáncer de mamas, la patología de vesícula, en circunstancias de que sí lo están.

Es cierto que algunos tipos de cáncer, como el de esófago, no están cubiertos. Espero que algún día lo esté y para ello discutiremos con las bancadas de la Oposición la posibilidad de llevar a cabo reformas tributarias que aporten más recursos a la salud, porque el sistema no se puede financiar del aire. Cuando esos temas se resuelvan, estará incluido el cáncer de esófago. ¿Cuál es la suerte de ese tipo de cáncer en la actualidad y cuál será con el Auge? La misma de hoy. Es decir, la gente continuará haciendo colas y esperando contar con la suerte de poder llevar a cabo la cirugía que necesita o practicarse la quimioterapia o la radioterapia que requiere. Pero, al menos habremos avanzado en las 56 patologías que provocan mayor mortalidad.

Aquí hay mucha injusticia y discursos dobles sobre varios temas, como el de la libre elección. La libre elección significa subsidio a la demanda, a lo cual siempre nos opusimos, incluso, con el Colegio Médico, porque implica sacar 240 mil millones de pesos al sistema público de salud para entregárselos a los médicos. A lo mejor hay que hacerlo, pero son recursos que se distraen de la atención primaria y del sistema hospitalario. Preferiría que una parte de esos recursos se invirtieran para mejorar la atención primaria y el sistema hospitalario público y no que se fueran al sector privado. Los médicos, cuando atienden en sus consultas, también forman parte del sector privado. Entonces, hay un discurso que se quiebra.

¿Estamos por la privatización y contra el subsidio a la demanda? Al respecto, hay incongruencias. Estoy dispuesto a buscar fórmulas intermedias. Hemos propuesto una alternativa que me parece interesante para los médicos del sistema público de salud, porque el problema radica en que se van a ir antes para atender a sus pacientes privados, no cumplen sus jornadas en los consultorios ni en los hospitales, porque deben trabajar en otras consultas. Como queremos que cumplan su jornada completa, estamos dispuestos a que atiendan pacientes privados en los hospitales y en los consultorios, utilizando la infraestructura pública, lo que puede generar ingresos propios a los hospitales. A esos médicos se les permitiría usar el sistema de libre elección, porque lo harán al interior del sistema público de salud. Podemos buscar otras alternativas, pero esto no debe derivar en una confrontación, sin diálogo, sin soluciones, en circunstancias de que hay soluciones técnicas y de que el principio debe ser uno.

¿Queremos o no fortalecer el sistema público? Queremos hacerlo. Entonces, una parte de los 240 mil millones de pesos que se va al sistema de libre elección, que se saca del sistema público para dárselo al privado, al menos la mitad debe dejarse para fortalecer la atención primaria o el sistema hospitalario.

Ésa ha sido la declaración histórica de los gremios y del Colegio Médico que, al parecer, hoy han olvidado y apuntan a fortalecer el subsidio a la demanda a través de la libre elección.

Hace algunos días señalé, con mucho orgullo, que la bancada del Partido por la Democracia, por la mayoría de sus miembros, luego de escuchar a

## DISCUSIÓN EN SALA

todos, también a los gremios -para lo cual abriremos espacios, porque, a lo mejor, todavía podemos cambiar algunas cosas-, legislará en función del interés ciudadano, como estoy seguro lo harán todos los diputados, porque todos hemos aportado para mejorar el proyecto de reforma de la salud.

Apoyaremos la reforma, porque es fundamental para mejorar la calidad de vida, la dignidad de las personas y lograr más equidad.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- El diputado señor Girardi ocupó todo el tiempo del Comité Partido por la Democracia.

Tiene la palabra el diputado señor Vilches.

El señor **VILCHES**.- Señor Presidente, los diputados debemos ser serios al tratar proyectos tan importantes, como la atención de salud para todos los chilenos.

Sin embargo, al escuchar el discurso del diputado señor Girardi, me parece increíble que él, como médico, señale con tal confusión todos los principios y valores que están en juego y que, a la vez, no sea capaz de formular propuestas concretas.

¿Qué espera la gente de la reforma de la salud? Los diputados que no somos médicos esperamos que se hagan esfuerzos para dar una respuesta real a los chilenos. La respuesta consiste en tener horas de atención de salud en los hospitales. Hoy, en estos centros se brinda atención en todas las especialidades, pero el problema radica en que la gente no tiene recursos para pagar. Sin embargo, en ningún momento escuché al doctor Girardi decir cómo se resolverá, por ejemplo, el problema de los 49 mil millones de pesos de deuda que tiene el sistema público de salud. No hay respuesta a eso.

La Concertación lleva doce años de gobierno, período en el que ha tenido tres Presidentes de la República, pero no ha podido resolver el problema de la atención de salud. Pero, digámoslo con todas sus letras: como país hemos sido incapaces de dar una buena atención de salud a los chilenos. Eso es lo que estamos tratando de resolver.

Aquí no se puede culpar siempre a la Derecha, como lo hizo el diputado y doctor Alberto Robles. Él señaló que la Derecha no debe esconder la cabeza como el avestruz. Estamos dando la cara y nosotros somos los que presentamos todas las indicaciones que mejoran el proyecto, porque es habitual que en la Cámara de Diputados sea la Derecha la que mejora los proyectos del Gobierno, para que puedan ser aprobados, y esta ocasión no será la excepción. Siempre le echan la culpa a la Derecha, en circunstancias de que estamos dispuestos a trabajar; vamos a aprobar todas las indicaciones que signifiquen beneficios para los trabajadores de la salud. Lo haremos de buena manera, porque creemos que a esta gente se le debe pagar su trabajo profesional y las horas extras que cumplen habitualmente, porque de esa manera tendremos profesionales dispuestos a brindar una buena atención.

También debemos resolver el tema de las especialidades. ¿Qué propuesta ha hecho aquí el señor Girardi sobre el particular? En nuestras

## DISCUSIÓN EN SALA

comunas tenemos personas de segunda y tercera categoría, que están en una lista de espera eterna para que le den hora de atención de un año para otro y camas en los hospitales. Sabemos que en el sistema público sobran camas. Entonces, ¿qué falta? Una buena gestión, que debe provenir de las máximas autoridades.

He visto cómo el ministro de Salud, señor Osvaldo Artaza, ha tratado de las más diversas maneras de convencernos de que se necesita una reforma. Estoy de acuerdo con él, pero hay que orientarla por el camino correcto. Los diputados de Renovación Nacional han señalado el camino por seguir. De hecho, somos los primeros que dijimos que se necesita una buena gestión y que denunciemos que en los hospitales se brinda mala atención, porque muchos médicos se retiran al mediodía, y no atienden durante las ocho horas por las que están contratados. Entonces, los consultorios no dan hora para atender.

En la Cámara de Diputados legislamos sobre los servicios de urgencia, que están funcionando y pueden atender oportunamente. Legislamos para terminar con el cheque en garantía en los servicios de urgencia. Ésas son realidades que se consiguieron gracias a la Derecha.

Por eso, reclamamos un proyecto adecuado y no presenciar más el show que muestra al Presidente de la República en la calle tratando de convencer a la gente sobre las bondades del famoso plan Auge.

Necesitamos una reforma, pero primero debemos mejorar muchos detalles del sistema de salud y darle los recursos necesarios, que los ha recibido, pero no han tenido una buena administración.

El señor ministro, que está leyendo el diario "La Segunda" en esta oportunidad, ojalá escuche lo que queremos decirle: estamos dispuestos a ayudarlo en su proyecto, pero las líneas y la orientación deben ser las correctas.

Terminemos con la demagogia y con el show a que nos tienen habituados.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Patricio Cornejo.

El señor **CORNEJO**.- Señor Presidente, quiero precisar algunos aspectos del proyecto.

En primer lugar, me parece importante dar relevancia a lo que dice relación con los recursos humanos.

En la Cámara se han visto dos proyectos que regulan la carrera funcionaria de los trabajadores de la salud. Primero, el Estatuto de Atención Primaria Municipaliza, mediante el cual se resolvió el tema de los recursos humanos y se creó la carrera funcionaria de los trabajadores de ese sector.

Segundo, entre 1999-2000, se resolvió el tema de la carrera funcionaria de los trabajadores afectos a la ley N° 15.076, es decir, de los médicos, odontólogos, químicos farmacéuticos y bioquímicos.



## DISCUSIÓN EN SALA

Al resto, que no son pocos, se les resuelve el problema de la carrera funcionaria a través de este proyecto. Se trata de los profesionales universitarios no afectos a la ley N° 15.076: los técnicos, paramédicos y auxiliares, a los cuales se les crea una carrera funcionaria.

Con esto, se cierra el círculo de trabajadores de la salud. Con el esfuerzo de los gobiernos de la Concertación se resuelve el tema de la carrera funcionaria y del sistema de remuneraciones, en gran medida asociado al desempeño, a todos los trabajadores de la salud. Se trata de un esfuerzo extraordinariamente relevante, que es necesario destacar.

En las décadas de los '70 y '80, esos mismos trabajadores sufrieron un gran deterioro en sus remuneraciones, con reajustes inferiores al índice de precios al consumidor, lo que significó que se fueran empobreciendo año a año. Hoy, no es así, porque los reajustes, como el que aprobamos hoy, son superiores a dicho índice.

Por lo tanto, con este punto, resolvemos ese tema.

En segundo lugar, quiero mencionar otro punto muy importante que resuelve el proyecto en debate: la asignación de turnos.

Hoy, los trabajadores de la salud realizan sus turnos de acuerdo con el sistema de horas extraordinarias. Eso se acaba con la asignación de turnos que establece el proyecto. No es posible que un sistema hecho para trabajos no habituales, estatuidos en el Estatuto Administrativo, en el sistema sanitario se aplique a los turnos de noches, sábados, domingos y festivos. Ahora se hará a través del sistema de asignación de turnos, lo que resuelve una larga aspiración de los trabajadores de la salud.

Con estos dos hechos se da solución y se hace justicia a los trabajadores de la salud.

He dicho.

El señor **SALAS** (Vicepresidente).- Propongo a la Sala que, luego de la intervención de la última diputada inscrita, señora María Angélica Cristi, se llame a votar por cinco minutos a los señores diputados que están en Comisiones.

¿Habría acuerdo?

Tiene la palabra la diputada señora María Angélica Cristi.

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Señor Presidente, el diputado señor Girardi recién se retiró de la Sala. Siempre entra y sale de la Sala, al igual que en las comisiones.

Por suerte ahora ingresó, porque quiero referirme a la demagogia de su discurso. Sin duda, hay temas que encienden pasiones, pero en la reforma de la salud, debemos tener la cabeza fría y ser lo más objetivos y realistas posible.

Sé que hay muchos médicos en total desacuerdo con la reforma. Por eso, me extraña que los diez médicos de la Concertación estén todos de acuerdo con ella. Es algo que no me cuadra.

Nuestra gran preocupación por la implementación del plan Auge es que

## DISCUSIÓN EN SALA

no sea viable. Cuando analizamos el proyecto en debate, sobre gestión sanitaria, en el cual todos ciframos enormes esperanzas -pedimos especialmente tratarlo primero para estudiar la forma de mejorar la gestión en salud y así recibir el proyecto sobre el Auge-, vemos que no se establece cómo se habilitarán los hospitales para recibir las nuevas prestaciones y prioridades que exigirán gran cantidad de infraestructura, mayor organización, muchos especialistas, etcétera.

En este proyecto de gestión no aparece eso.

Como mujer, me quiero referir a lo que el diputado señor Girardi citó como uno de los grandes logros del plan Auge: el tratamiento del cáncer mamario.

En efecto, hasta antes del plan Auge, el cáncer mamario, una de las principales causas de muerte de las mujeres, junto con el cáncer intrauterino, tenía asignado un presupuesto de 68 millones de pesos para prevención.

Si no me equivoco, por la información que recibí de los técnicos, en el país existen seis mamógrafos. Por lo tanto, una mujer que era atendida por un médico una vez que tenía un nódulo, ya que nunca se pudo hacer prevención, tenía muy pocas posibilidades de sanarse de ese cáncer, incluso de sobrevivir.

Bueno, el plan Auge considera una mamografía por año para las mujeres menores de cuarenta años. El diputado señor Girardi menciona el caso de una mujer de cincuenta años, que ya tiene un nódulo. Esa mujer de cincuenta años, con un nódulo, está en alto riesgo. ¿Qué pasará con todas las mujeres mayores de cuarenta años, a las cuales el plan Auge no les dará la posibilidad de hacerse una mamografía al año? Van a tener el mismo problema. ¿Dónde van a ir? ¿Con qué recursos se van a adquirir los mamógrafos que debieran estar en los hospitales, dado que en los consultorios de fácil acceso solamente hay seis? No veo en este proyecto dónde están los recursos para implementar toda la gran infraestructura que se necesitará.

Por lo tanto, les pido que no sigan engañando a la gente. Las mujeres no se dejarán engañar, porque saben exactamente lo que pasa.

He dicho.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Cerrado el debate.  
Se va a llamar a los señores diputados por cinco minutos.

*-Transcurrido el tiempo de suspensión:*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Se reanuda la sesión.  
Corresponde votar.

Por no haber sido objeto de indicaciones ni de modificaciones, se declaran aprobados los números 4, 5, 7, 9, 14, 15, 16, 17; 19, en lo relativo al artículo 21 B; 20, 21, 22, 23, 24, 26, 29 y 30 del artículo 1º, y el artículo primero transitorio, que pasa a ser decimoquinto transitorio.

Por lo tanto, corresponde votar los restantes del proyecto, con excepción del artículo 1º, número 1); número 11), artículos 14 A, 14 C y 14 F; número 14); número 19); artículos 21 A y 21 C; número 25); número 28; número 31),

## DISCUSIÓN EN SALA

artículos 62 al 82; número 31, letra b), artículo 83; artículos 3º, 4º, 5º y 6º, y artículos transitorios.

En votación.

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 57 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 24 abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobados.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Álvarez-Salamanca, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bayo, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Cornejo, Delmastro, Encina, Escalona, Espinoza, García (don René Manuel), Girardi, Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Leal, Letelier (don Felipe), Lorenzini, Luksic, Mella (doña María Eugenia), Meza, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (doña Lily), Riveros, Robles, Rossi, Saffirio, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches y Villouta.

*-Se abstuvieron los diputados señores:*

Álvarez, Barros, Bauer, Cristi (doña María Angélica), Dittborn, Egaña, Escobar, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Leay, Longueira, Masferrer, Melero, Molina, Norambuena, Pérez (don Ramón), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Ulloa, Urrutia y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 1º, número 1).

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 50 votos; por la negativa, 4 votos. Hubo 26 abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Lorenzini, Luksic, Mella (doña María Eugenia), Meza, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Valenzuela, Vidal (doña Ximena) y Villouta.

*-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:*

## DISCUSIÓN EN SALA

Kast, Ulloa, Urrutia y Von Mühlenbrock.

*-Se abstuvieron los diputados señores:*

Álvarez-Salamanca, Álvarez, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Cardemil, Delmastro, Dittborn, Egaña, Escobar, Galilea (don Pablo), García (don René Manuel), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Leay, Longueira, Melero, Palma, Pérez (doña Lily), Prieto, Recondo, Rojas, Vargas y Vilches.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación, el número 11), artículo 14 A. El señor Secretario dará lectura a una indicación.

El señor **LOYOLA** (Secretario).- Indicación de su Excelencia el Presidente de la República, para agregar en el inciso segundo del artículo 14 A del decreto ley N° 2.763, de 1979, intercalado por el numeral 11), a continuación del punto final, que pasa a ser seguido, lo siguiente: "Será nombrado a partir de un proceso de selección público y será evaluado anualmente por el Ministerio de Salud, de acuerdo con los resultados de su gestión y con los objetivos diseñados al momento de su nombramiento en la forma que señale el reglamento".

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el numeral 11), artículo 14 A, con la indicación.

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 86 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Aprobado el artículo con la indicación.

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Ceroni, Cornejo, Delmastro, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Galilea (don Pablo), García (don René Manuel), Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrauto, Kast, Leal, Leay, Letelier (don Felipe), Longueira, Lorenzini, Luksic, Melero, Mella (doña María Eugenia), Meza, Molina, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Ulloa, Urrutia, Valenzuela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta y Von Mühlenbrock.

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Señora Presidenta, pido la

## DISCUSIÓN EN SALA

palabra.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra su Señoría.

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Señora Presidenta, nosotros votamos a favor la indicación porque sólo complementa el artículo. Ahora pedimos que se vote el artículo sin la indicación. Incluso, con mucha antelación habíamos pedido votación separada para el número 8 del numeral 1).

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- La Mesa tiene la lista que han hecho llegar las distintas bancadas, y aquí tenemos una tarjeta con su firma, pero no figura el numeral 8. Pero vamos a acceder a su petición.

En votación el artículo 14 A, numeral 11).

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 52 votos; por la negativa, 35 votos. No hubo abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Aprobado el artículo 14 A, numeral 11).

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Lorenzini, Luksic, Mella (doña María Eugenia), Meza, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena) y Villouta.

*-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:*

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Cardemil, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Egaña, Escobar, Galilea (don Pablo), García (don René Manuel), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Leay, Masferrer, Melero, Molina, Norambuena, Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Ulloa, Urrutia, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 14 C del numeral 11).

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico,*

## DISCUSIÓN EN SALA

*dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 50 votos; por la negativa, 34 votos. No hubo abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Girardi, González (don Rodrigo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Lorenzini, Luksic, Mella (doña María Eugenia), Meza, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saffirio, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Valenzuela, Venegas y Vidal (doña Ximena), Vilches y Villouta.

*-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:*

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Cardemil, Delmastro, Dittborn, Egaña, Escobar, Galilea (don Pablo), García (don René Manuel), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Leay, Longueira, Melero, Molina, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Salaberry, Ulloa, Urrutia, Vargas y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 14 F, del numeral 11).

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 50 votos; por la negativa, 35 votos. No hubo abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Lorenzini, Luksic, Mella (doña María Eugenia), Meza, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena) y Villouta.

*-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:*

Álvarez-Salamanca, Álvarez, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Cardemil, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Egaña, Escobar, García (don René Manuel), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Leay, Masferrer, Melero, Molina, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez

## DISCUSIÓN EN SALA

(doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Ulloa, Urrutia, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el numeral 14).

El señor Secretario dará lectura a una indicación.

El señor **LOYOLA** (Secretario).- Indicación de su Excelencia el Presidente de la República, para modificar el numeral 14) del siguiente modo:

- a) Sustitúyese el encabezado por el siguiente: "14), Intercálanse, a continuación del artículo 16, los siguientes artículos 16 bis y 16 ter nuevos:  
b) Agrégase, a continuación del artículo 16 bis, el siguiente artículo 16 ter:

"Artículo 16 ter. La red asistencial de cada servicio de salud se organizará con un primer nivel de atención primaria compuesto por establecimientos que ejercerán funciones sanitarias en un determinado territorio con población a su cargo y otros niveles de mayor complejidad, que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia.

"Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios u hospitales de pequeñas localidades, sean dependientes de municipios, de servicios de salud o tengan convenios con éstos, deberán cubrir en el territorio del servicio respectivo la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y serán supervisados técnicamente y coordinados por el servicio de salud respectivo, sin perjuicio de la necesaria coordinación comunal y regional."

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación la indicación del Ejecutivo.

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 55 votos; por la negativa, 1 voto. Hubo 32 abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobada.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Álvarez-Salamanca, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Bayo, Burgos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Hidalgo, Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Lorenzini, Luksic, Mella (doña María Eugenia), Meza, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches y Villouta.

## DISCUSIÓN EN SALA

*-Votó por la negativa el diputado señor García (don René Manuel).*

*-Se abstuvieron los diputados señores:*

Álvarez, Barros, Bauer, Bertolino, Cardemil, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Egaña, Escobar, Galilea (don Pablo), Guzmán (doña Pía), Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Leay, Longueira, Masferrer, Melero, Molina, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Ulloa, Urrutia, Vargas y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el resto del numeral 14).

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 50 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 36 abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Jaramillo, Jarpa, Leal, Letelier (don Felipe), Lorenzini, Luksic, Mella (doña María Eugenia), Meza, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena) y Villouta.

*-Se abstuvieron los diputados señores:*

Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Cardemil, Cristi (doña María Angélica), Dittborn, Egaña, Escobar, Galilea (don Pablo), García (don René Manuel), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Leay, Longueira, Masferrer, Melero, Molina, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Salaberry, Ulloa, Urrutia, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 21 A del número 19).

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 87 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 1 abstención.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*



## DISCUSIÓN EN SALA

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Ceroni, Cornejo, Delmastro, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, García (don René Manuel), Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Leal, Leay, Letelier (don Felipe), Longueira, Lorenzini, Luksic, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Meza, Molina, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Ulloa, Urrutia, Valenzuela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta y Von Mühlenbrock.

*-Se abstuvo el diputado señor Galilea (don Pablo).*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 21 C del número 19).

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 87 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Ceroni, Cornejo, Delmastro, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Galilea (don Pablo), García (don René Manuel), Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Leal, Leay, Letelier (don Felipe), Longueira, Lorenzini, Luksic, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Meza, Molina, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Ulloa, Urrutia, Valenzuela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el número 25).

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 82 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo*

## DISCUSIÓN EN SALA

3 abstenciones.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Aguiló, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Ceroni, Cornejo, Delmastro, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, García (don René Manuel), Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Leal, Leay, Letelier (don Felipe), Longueira, Lorenzini, Luksic, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Meza, Molina, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Ulloa, Urrutia, Valenzuela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta y Von Mühlenbrock.

*-Se abstuvieron los diputados señores:*

Álvarez-Salamanca, Bayo e Hidalgo.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el número 28).

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 86 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Ceroni, Cornejo, Delmastro, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Galilea (don Pablo), García (don René Manuel), Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Leal, Leay, Letelier (don Felipe), Longueira, Lorenzini, Luksic, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Meza, Molina, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Ulloa, Urrutia, Valenzuela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta y Von Mühlenbrock.

## DISCUSIÓN EN SALA

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el número 31), artículos 62 al 82.

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 87 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Ceroni, Cornejo, Delmastro, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Galilea (don Pablo), García (don René Manuel), Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Leal, Leay, Letelier (don Felipe), Longueira, Lorenzini, Luksic, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Meza, Molina, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Ulloa, Urrutia, Valenzuela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el número 31), letra b), artículo 83.

El señor Secretario dará lectura a una indicación.

El señor **LOYOLA** (Secretario).- Indicación de su Excelencia el Presidente de la República para sustituir, en el inciso primero del artículo 83 del decreto ley N° 2.763, de 1979, contenido en el numeral 31), letra b), el párrafo que comienza por "Se considerará" hasta "a nivel local", por el siguiente: "Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios que corresponda a la planta a calificar que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local".

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación la indicación.

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 89 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobada.**

## DISCUSIÓN EN SALA

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Ceroni, Cornejo, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Leal, Letelier (don Felipe), Longueira, Lorenzini, Luksic, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Meza, Molina, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Ulloa, Urrutia, Valenzuela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 83.

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 89 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Ceroni, Cornejo, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Espinoza, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Leal, Leay, Letelier (don Felipe), Longueira, Lorenzini, Luksic, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Meza, Molina, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Ulloa, Urrutia, Valenzuela, Vargas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación el artículo 3º.

*-Durante la votación:*

## DISCUSIÓN EN SALA

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Pido la palabra.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Tiene la palabra su Señoría.

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Señora Presidenta, habíamos pedido votación separada para la letra c) de este artículo, porque la vamos a votar en contra.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Estamos votando en forma separada el artículo 3º. Ya votamos en conjunto todos los artículos, con excepción de los que enumeré antes de empezar a votar.

Tiene la palabra el diputado señor Aguiló.

El señor **AGUILÓ**.- Señora Presidenta, lo que se está pidiendo es votar por separado la letra c) del artículo 3º, que crea el cargo de subsecretario de redes. Me imagino que la petición de la Oposición obedece al hecho de que se opone a que existan dos subsecretarías.

De manera que propongo votar el artículo 3º sin la letra c).

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- A pesar de que originalmente no fue solicitado así, en votación el artículo 3º, con excepción de la letra c).

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 51 votos; por la negativa, 2 votos. Hubo 34 abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobado.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Espinoza, Girardi, González (don Rodrigo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Letelier (don Felipe), Lorenzini, Luksic, Mella (doña María Eugenia), Meza, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Valenzuela, Venegas, Vidal (doña Ximena) y Villouta.

*-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:*

Delmastro y Salaberry.

*-Se abstuvieron los diputados señores:*

## DISCUSIÓN EN SALA

Álvarez-Salamanca, Álvarez, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Cardemil, Dittborn, Egaña, Escobar, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Kast, Leay, Longueira, Masferrer, Melero, Molina, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Recondo, Rojas, Ulloa, Urrutia, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación la letra c) del artículo 3º.

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 46 votos; por la negativa, 36 votos. No hubo abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobada.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Burgos, Caraball (doña Eliana), Ceroni, Cornejo, Encina, Escalona, Girardi, González (don Rodrigo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Leal, Lorenzini, Mella (doña María Eugenia), Meza, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Ojeda, Olivares, Ortiz, Paredes, Pérez (don José), Quintana, Riveros, Robles, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Venegas, Vidal (doña Ximena) y Villouta.

*-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:*

Álvarez-Salamanca, Álvarez, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Egaña, Escobar, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Kast, Leay, Longueira, Masferrer, Melero, Molina, Norambuena, Palma, Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Rojas, Salaberry, Ulloa, Urrutia, Vargas, Vilches y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación los artículos 4º, 5º y 6º.

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 84 votos; por la negativa, 0 voto. Hubo 1 abstención.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobados.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel),

## DISCUSIÓN EN SALA

Araya, Ascencio, Bauer, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Ceroni, Cornejo, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Egaña, Encina, Escalona, Escobar, Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Leal, Leay, Letelier (don Felipe), Longueira, Lorenzini, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Meza, Molina, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Ulloa, Urrutia, Valenzuela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta y Von Mühlenbrock.

*-Se abstuvo el diputado señor Bayo.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- En votación los artículos transitorios en conjunto.

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 88 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- **Aprobados.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Álvarez-Salamanca, Álvarez, Allende (doña Isabel), Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Bertolino, Burgos, Caraball (doña Eliana), Cardemil, Ceroni, Cornejo, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Egaña, Encina, Errázuriz, Escalona, Escobar, Espinoza, Galilea (don Pablo), Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), Girardi, González (don Rodrigo), Guzmán (doña Pía), Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Leal, Leay, Letelier (don Felipe), Longueira, Lorenzini, Masferrer, Melero, Mella (doña María Eugenia), Meza, Montes, Mora, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Pérez (don José), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Recondo, Riveros, Robles, Rojas, Rossi, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Ulloa, Urrutia, Valenzuela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta y Von Mühlenbrock.

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Despachado el proyecto.

*(Aplausos).*

---

**DISCUSIÓN EN SALA**

Tiene la palabra el ministro de Salud.

El señor **ARTAZA** (ministro de Salud).- Señora Presidenta, quiero agradecer a los señores diputados de todas las bancadas por su espíritu de cooperación, altura de miras y generosidad durante la discusión del proyecto. Además de escuchar a todos los sectores, tuvieron a bien hacer proposiciones que lo perfeccionan.

Estoy cierto que el primer proyecto de los que integran el paquete de la reforma va a contribuir fuertemente a la mejoría de la salud de la población. Por lo mismo, todos debemos estar orgullosos de él.

Muchas gracias.

*-Aplausos.*

La señora **MUÑOZ**, doña Adriana (Presidenta).- Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

*-Se levantó la sesión a las 20.11 horas.*

**JORGE VERDUGO NARANJO,**  
Jefe de la Redacción de Sesiones.



## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

**1.9. Oficio de Cámara de Origen a Cámara Revisora**

Oficio de Ley a Cámara Revisora, 20 de noviembre de 2002. Cuenta en Sesión 16, Legislatura 348, Senado

mlp/meg  
S. 25ª

Oficio N° 4023

VALPARAISO, 20 de noviembre de 2002

Con motivo del Mensaje, Informes y demás antecedentes que tengo a honra pasar a manos de V.E., la Cámara de Diputados ha tenido a bien prestar su aprobación al siguiente

A S.E. EL  
PRESIDENTE DEL  
H. SENADO

## PROYECTO DE LEY:

"ARTÍCULO 1º.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:

1) Sustitúyese el artículo 4º por el siguiente:

"Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Gobierno. Además, le corresponderá desempeñar las siguientes funciones:

1.- Ejercer la rectoría del sector salud, lo cual comprende, entre otras materias:

a) La formulación, control y evaluación de políticas de Estado, planes y programas generales en materia de salud.

b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.

c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.

d) La coordinación y cooperación internacional en salud.

e) Dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas al Sistema, de acuerdo con las políticas fijadas.

**2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas,**

**administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los**

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

**organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas. Asimismo, dictar normas sanitarias en aspectos tales como autorizaciones sanitarias; saneamiento básico; calidad de los alimentos; medio ambiente, de acuerdo con la ley N° 19.300; ambiente laboral, y en lo referente a todas aquellas materias reguladas y sancionadas por el Código Sanitario.**

3.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley, a través de la Dirección Regional de Salud respectiva, y que no estén encomendadas a otros organismos.

4.- Definir las normas y efectuar la medición y monitoreo nacional de la situación de salud y de vigilancia de salud pública.

5.- Recopilar y generar información en materia de salud y de gestión en salud.

6.- Formular el presupuesto sectorial a nivel de cada órgano y servicio que integre el Sistema.

7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGÉ", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, el cual está conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y factores ambientales en el ámbito de la salud del país.

Para estos efectos, el Ministro de Salud convocará un Consejo Consultivo de Salud, integrado, entre otros, por representantes de instituciones del sector salud, tales como prestadores públicos y privados de salud, instituciones de salud previsual, sociedades científicas, colegios profesionales, organizaciones de trabajadores y de usuarios. Dicho consejo tendrá el carácter de asesor del Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de dichos lineamientos.

9.- Establecer las normas, procedimientos y el sistema de medición y acreditación de la calidad de atención en todos los niveles de complejidad del sector.

10.- Definir políticas destinadas a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la atención de salud y reglamentar los

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

mecanismos de reclamo y apelación que serán implementados por la Dirección Regional de Salud respectiva.

11.- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y programas generales de salud, especialmente en lo relativo a su eficiencia, eficacia y calidad.

12.- Definir políticas que promuevan la participación de las personas en las diferentes instituciones del Sistema.

13.- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

14.- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, tanto en el nivel regional como nacional.

15.- Las demás que le confieran las leyes y reglamentos."

2) Intercálase, a continuación del artículo 4º, el siguiente artículo 4º bis, nuevo:

"Artículo 4º bis.- El Ministerio de Salud ejecutará la fiscalización a través de las Direcciones Regionales de Salud, sin perjuicio de las facultades que les competan, por ley, a otros organismos públicos.

**La inspección o verificación del cumplimiento de las normas, podrá ser delegada en terceros debidamente acreditados conforme al reglamento respectivo."**

3) Sustitúyese el artículo 5º por el siguiente:

"Artículo 5º.- El Ministerio de Salud está integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública, las Direcciones Regionales de Salud y las Secretarías Regionales Ministeriales.

El Ministerio estará organizado en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

El Ministro de Salud, mediante decreto, determinará la estructura y organización interna del Ministerio y asignará las funciones y atribuciones específicas que correspondan a cada uno de los niveles jerárquicos existentes. Dicho decreto deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de diseño de políticas y planes en el ámbito de la salud de las personas y el ambiente, financieras e inversiones en el Sistema, gestión de recursos humanos, regulación, epidemiología, estadísticas y auditoría."

4) Derógase el inciso final del artículo 6º.

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

5) Derógase el artículo 7º.

6) En el artículo 8º:

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo por el siguiente:

"Artículo 8º.- La Subsecretaría de Redes Asistenciales tendrá a su cargo la coordinación y control del Sistema y de todo lo relacionado con la provisión de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud, salvo en las materias que sean de la competencia de la Subsecretaría de Salud Pública."

**b) Modifícase el inciso tercero, que ha pasado a ser segundo, del siguiente modo:**

**i.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto y coma (;), la conjunción "y".**

**ii.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción "y" con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).**

iii.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.

**c) Sustitúyese el inciso final por el siguiente:**

"La Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá contar con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de las acciones de salud del Sistema."

7) Sustitúyese el artículo 9º por el siguiente:

"Artículo 9º.- La Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con:

1.- Las funciones de regulación y fiscalización del sector salud.

2.- Las acciones de salud pública.

Para los efectos de lo dispuesto en este número, a la Subsecretaría le corresponderá, entre otras cosas, administrar el financiamiento de las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de cobertura nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, sin consideración a la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie. Para el cumplimiento de lo

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

señalado, la ley de Presupuestos deberá contemplar los montos parciales y totales que se destinarán a cada una de ellas.

El Subsecretario estará facultado para requerir las correcciones que sean necesarias cuando, de oficio o por presentación de reclamo, detecte incumplimiento de la normativa que rija a las prestaciones y actividades indicadas en el inciso anterior. La dictación de estas normas se entenderá sin perjuicio de las modificaciones o innovaciones que apruebe en relación con las iniciativas que, con fines de mejoramiento de calidad o eficiencia, le sean propuestas.

Asimismo, la Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio.

La Subsecretaría de Salud Pública contará con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de sus funciones."

8) Sustitúyese el artículo 10 por el siguiente:

"Artículo 10.- Corresponderá a cada Subsecretaría, dentro de su competencia, ejercer las siguientes atribuciones:

**a.- Controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del sector salud, y coordinar su ejecución por los organismos que integran el Sistema;**

b.- Impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma de que se garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de manera integral, eficiente y uniforme, y

c.- Ejercer las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos."

9) Deróganse los artículos 11 a 13.

10) En el artículo 14:

a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con las palabras "el que deberá" y termina con la expresión "siguientes:", por: "el que tendrá las funciones señaladas en el artículo 64 de la ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional."

b) Suprímense los literales desde la a) a la j).

c) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:

"Sin perjuicio de otras atribuciones que asigna la presente ley a los Directores Regionales de Salud, estos tendrán que fiscalizar en los organismos que correspondan, en su respectiva región, el debido cumplimiento del derecho de las personas en salud a la libertad de elegir los establecimientos y los profesionales, tanto en el sector público como en el

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

privado, que les proporcionarán las atenciones y prestaciones que les reconocen tanto la ley N° 18.469 cuanto la ley sobre Garantías en Salud."

11) Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D, 14 E, 14 F, 14 G y 14 H, nuevos:

"Artículo 14 A.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, en cada región del país existirá una Dirección Regional de Salud, para el desarrollo de funciones de inspección en materias sanitarias, ambientales y de calidad de los prestadores; salud pública; epidemiología, y acreditación de prestadores de salud, entre otras materias. Estará a cargo de un Director Regional de Salud, el que será nombrado por el Presidente de la República, a propuesta del Ministro de Salud, y dependerá jerárquicamente del Subsecretario de Salud Pública.

El Director Regional de Salud deberá ser un profesional con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la salud pública, de acuerdo con lo que señale el reglamento. Será nombrado a partir de un proceso de selección público y será evaluado anualmente por el Ministerio de Salud, de acuerdo con los resultados de su gestión y con los objetivos diseñados al momento de su nombramiento, en la forma que señale el reglamento.

Artículo 14 B.- Existirá en cada Dirección Regional de Salud un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señalen esta ley y sus reglamentos y las que el Director Regional de Salud le someta a su consideración.

El Consejo Asesor estará integrado por:

- 1.- Los directores de los Servicios de Salud correspondientes;
- 2.- Dos alcaldes elegidos por los alcaldes de la región;
- 3.- Un representante de los colegios profesionales del área de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 4.- Un representante de los trabajadores del área de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 5.- Un representante de los prestadores de salud privada de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 6.- Un representante de las agrupaciones de usuarios de la salud de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 7.- Un representante de las juntas de vecinos de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 8.- Un representante de las agrupaciones de las entidades productivas o del comercio de la región, elegido en la forma que señale el reglamento;
- 9.- Un representante de la Comisión Regional del Medio Ambiente, elegido por ésta;

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

10.- El Secretario Regional Ministerial de Educación o su representante;

11.- Un representante de las universidades o centros de formación superior de la región, si existieren, elegido en la forma que señale el reglamento;

12.- La Directora Regional del Servicio Nacional de la Mujer, y

13.- Un representante de las Asociaciones del Adulto Mayor de la Región, elegido en la forma que señale el reglamento.

El Consejo podrá realizar consultas adicionales a las instancias que estime pertinentes.

Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

Corresponderá al Ministerio de Salud definir, para cada región, el número de representantes a que se refieren los numerales 3, 4, 5 y 6, teniendo en cuenta, entre otras variables, el número de habitantes de la región.

El reglamento señalará el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento.

Artículo 14 C.- Las Direcciones Regionales de Salud tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud:

1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad y proponer las adecuaciones de dichas políticas a la realidad de cada región, oyendo previamente al Consejo Asesor.

2.- Mantener al día el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

3.- Colaborar, conforme a las instrucciones del Subsecretario correspondiente, con las acciones de salud pública, mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan, especialmente con los servicios de salud y las entidades administradoras de salud municipal respectivas.

4.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre calidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, por parte de los prestadores de salud, sean personas naturales o jurídicas.

Lo anterior no podrá significar una limitación de las potestades que les correspondan a otros organismos públicos, en la fiscalización del Régimen de Garantías en Salud.

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

5.- Conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicio que otorguen los prestadores de salud, tanto públicos como privados, sin perjuicio de las facultades que les competan a otros organismos públicos.

De lo resuelto por el Director Regional de Salud, podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud, en la forma que señala el artículo 14 G.

Un reglamento establecerá el procedimiento para la presentación y resolución de estos reclamos.

6.- Adoptar las medidas sanitarias que correspondan según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias, elaborar informes en materias sanitarias y acreditar prestadores de salud en la región.

Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, por parte de los Directores Regionales de Salud, serán homogéneas para los establecimientos de salud públicos y privados.

7.- Ejecutar las acciones necesarias para la protección de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de la calidad de los elementos básicos del ambiente. Para estos efectos, cada Dirección Regional de Salud deberá desarrollar un departamento, sección u oficina especialmente dedicada al cumplimiento de esta función, debiendo coordinar su labor con las demás entidades públicas competentes, especialmente con los municipios de la región, a los cuales se les podrán delegar funciones tales como la inspección o verificación del cumplimiento de estas normas, mediante la celebración de los convenios respectivos.

8.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector de la salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

9.- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y, en general, ejecutar, por sí o por terceros, todas aquellas prestaciones de carácter médico-administrativas, y

10.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.



## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Artículo 14 D.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Direcciones Regionales de Salud, todas aquellas materias que actualmente corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud.

Artículo 14 E.- En uso de las atribuciones que le confiere el artículo 14 C, números 4 y 5, el Director Regional de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá aplicar las siguientes sanciones:

- 1.- Amonestación.
- 2.- Multa, a beneficio de la respectiva Dirección Regional de Salud, de hasta 1.000 unidades de fomento.
- 3.- Clausura.
- 4.- Cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.
- 5.- Las demás que las leyes y reglamentos autoricen aplicar a la autoridad sanitaria.

Artículo 14 F.- Para el cumplimiento de sus funciones fiscalizadoras a que se refieren los artículos 14 C, números 4 y 5, y 14 E, el Director Regional de Salud podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos relacionados explícitamente con salud, que obren en poder del organismo fiscalizado, y requerir de éste o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar, a éstos o a terceros directamente relacionados con la materia fiscalizada, la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por el Director Regional de Salud, todos los libros, archivos y documentos de las entidades y personas mencionadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes de los organismos fiscalizados o de terceros directamente relacionados con la materia fiscalizada, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones.

En el cumplimiento de las funciones fiscalizadoras, la autoridad deberá cautelar los derechos de las personas consagrados en la ley N° 19.628 y las normas sobre secreto profesional.

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Artículo 14 G.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte el Director Regional de Salud, en uso de la facultades de fiscalización descritas en los artículos anteriores, 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.

El Director Regional de Salud deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Resuelto por Director Regional de Salud el recurso de reposición, el afectado podrá reclamar de ello, dentro del plazo de quince días hábiles contado desde la notificación de la medida, ante el Ministro de Salud, quien dispondrá de treinta días para resolver.

Artículo 14 H.- Será facultad del Director Regional de Salud ordenar, a la autoridad que corresponda, la instrucción de investigaciones o sumarios administrativos respecto del personal directivo de los Servicios de Salud, en lo referente al cumplimiento de las normas de calidad, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan los Directores de dichos organismos y la Contraloría General de la República.

Asimismo, el Director Regional de Salud podrá aplicar al Director del Servicio de Salud o al Director del establecimiento público de salud respectivo, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones emitidas por el Director Regional de Salud en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre una y cinco unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada un vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa, responderá personalmente el infractor."

12) Sustitúyese el artículo 15 por el siguiente:

"Artículo 15.- Los siguientes organismos dependerán del Ministerio de Salud, en la forma que establece esta ley:

- 1.- Los Servicios de Salud;
- 2.- El Fondo Nacional de Salud;
- 3.- La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud;
- 4.- Los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud, conforme a dichos cuerpos legales, y
- 5.- El Instituto de Salud Pública de Chile.

Dichos organismos dependerán del Ministerio a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, excepto el Instituto de Salud Pública de Chile, el que lo hará a través de la Subsecretaría de Salud Pública."

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

13) En el artículo 16:

a) Sustitúyese, en el primer párrafo del inciso primero, la expresión "los Servicios" por "los Servicios o el Servicio"; y la frase "fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas", por la frase "promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud".

b) Sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: "Siete en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente y Servicio de Salud del Ambiente." por el siguiente: "Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente."

14) Intercálanse, a continuación del artículo 16, los siguientes artículos 16 bis y 16 ter, nuevos:

"Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, incluidos los de atención primaria de salud municipal y los privados en convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, dentro de su territorio, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

Artículo 16 ter.- La red asistencial de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones sanitarias en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia.

Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios u hospitales de pequeñas localidades, sean dependientes de municipios, de Servicios de Salud o tengan convenios con éstos, deberán cubrir, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estará supeditados a las mismas reglas técnicas y serán supervisados técnicamente y coordinados por el Servicio de Salud respectivo, sin perjuicio de la necesaria coordinación comunal y regional."

15) Deróganse los incisos segundo y tercero del artículo 17.

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

16) Sustitúyese el artículo 18 por el siguiente:

"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director designado por decreto supremo del Ministerio de Salud y que será funcionario de la confianza del Presidente de la República.

El Director deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades acreditadas en el ámbito de la gestión en salud. Será nombrado a partir de un proceso de selección público y será evaluado anualmente por el Ministerio de Salud, de acuerdo con los resultados de su gestión y con los objetivos diseñados al momento de su nombramiento, en la forma que señale el reglamento."

17) Intercálase, a continuación del artículo 18, el siguiente artículo 18 bis, nuevo:

"Artículo 18 bis.- Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud.

Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención.

El Director deberá, asimismo, velar por la efectiva y eficiente derivación y contradervación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red."

18) En el artículo 20:

a) Sustitúyese la letra a) por la siguiente:

"a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como, asimismo, coordinar, asesorar y controlar todos los establecimientos del Servicio."

b) Sustitúyese la letra m) por la siguiente:

"m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;"

c) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción "y" y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

d) Intercálase, a continuación de la letra n), la siguiente letra o) nueva, pasando la actual letra ñ) a ser letra p):

"o) Declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación, y".

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

19) Intercálanse, a continuación del artículo 21, los siguientes artículos 21 A, 21 B, 21 C y 21 D, nuevos:

"Artículo 21 A.- Los establecimientos de salud dependientes del Servicio de Salud, si cumplen los requisitos señalados en el artículo siguiente, tendrán la denominación que éste señala y las atribuciones y condiciones que señala el artículo 21 C.

En relación con dichos establecimientos, un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contemple el proceso; los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias.

Artículo 21 B.- Para que los establecimientos puedan ingresar al sistema de postulación como "Establecimiento de Autogestión en Red", el reglamento exigirá, como mínimo, el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Cumplir satisfactoriamente los estándares e indicadores fijados en convenios, normas técnicas u otros instrumentos emanados de la autoridad competente, para la atención de los beneficiarios de la ley N° 18.469, en términos de oportunidad, calidad e indicadores de gestión clínica.

b) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión básicos y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; gestión de administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de participación de los trabajadores y usuarios del establecimiento; sistemas de cuenta pública y control social, entre otras.

**Para cada uno de los sistemas o competencias**

**anteriores, se establecerán estándares e indicadores que luego**

**serán verificados por la autoridad, sobre la base de informes**

**externos, de la forma en que el reglamento lo señale.**

c) Lograr equilibrio financiero, lo que se expresará, entre otras variables, en que la proyección de los ingresos calculados sea equivalente a los gastos devengados para el ejercicio presupuestario siguiente; que el plazo de las obligaciones devengadas y no pagadas no sea superior a sesenta días, y que la proyección del gasto en personal se encuentre financiada para el año correspondiente.

d) Obtener niveles de satisfacción de los usuarios, conforme a parámetros definidos en un sistema objetivo de medición.

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Artículo 21 C.- Los establecimientos a que se refiere el artículo 21 A contarán, de acuerdo con la etapa del proceso en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales, en la forma que señale el reglamento:

**a) Administrar y disponer de sus ingresos propios, conformados por los recursos obtenidos de la facturación por ventas y servicios a privados; por la recuperación de seguros de accidentes; por la recuperación de subsidios por incapacidad laboral, y por donaciones, según la normativa presupuestaria que les fuere aplicable.**

El 20% del monto que resulte del total de dichos ingresos, descontados los costos fijos y variables necesarios para la generación de éstos, será destinado a un fondo que será administrado por el Servicio de Salud respectivo, para la capacitación del personal, adquisición de equipamiento crítico, cumplimiento del Régimen de la ley N° 18.469 y fortalecimiento de la atención primaria de la Red Asistencial correspondiente.

b) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas. Estos convenios deberán ser previamente autorizados por el Director del Servicio de Salud respectivo, a fin de velar por lo dispuesto en la letra a) del artículo precedente.

c) Celebrar contratos de compra de prestaciones de servicio con personas naturales, para el desempeño al interior del establecimiento de tareas o funciones clínicas, generales o específicas, que requiera para el cumplimiento de sus funciones, especialmente las relacionadas con el Régimen de Garantías en Salud. Dichos contratos deberán contemplar similares condiciones remuneracionales que los funcionarios de dichos establecimientos, de acuerdo con las funciones y responsabilidad que desempeñen.

El gasto asignado a este ítem no podrá exceder del 20% del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.

**d) La gestión y administración de sus recursos. El establecimiento que haya cumplido todas las etapas contará con la plenitud de las facultades en esta materia.**

e) Acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento, los que alcanzarán al director y al

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

personal de éste regido por el decreto ley N° 249, de 1973, en la forma, monto y condiciones que se determinen en la ley, mientras mantenga la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red".

**Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la Red Asistencial, serán supervigilados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, y fiscalizados por el Secretario Regional Ministerial, conforme a la ley.**

Se adquirirá la clasificación mediante resolución fundada del Ministerio de Salud, previa visación del Ministerio de Hacienda. De igual manera deberá revocarse la clasificación otorgada, cuando los establecimientos dejen de cumplir los requisitos o incurran en incumplimiento de sus funciones u obligaciones, conforme lo determine el reglamento.

Artículo 21 D.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, el que tendrá carácter consultivo y conocerá de la gestión del Servicio, en lo referido a sus planes de trabajo, así como de su gestión programática, financiera y presupuestaria.

En el desempeño de sus funciones, este Consejo conocerá, anticipadamente, el plan anual de trabajo del Servicio y la rendición de cuentas de su autoridad, dejando constancia de los reparos y alcances que surjan, los que serán enviados al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud.

El Consejo estará constituido por representantes de usuarios y de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

La composición y funcionamiento del Consejo serán determinados en el reglamento."

20) Sustitúyese, en el artículo 23, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

21) Sustitúyese el artículo 24 por el siguiente:  
"Artículo 24.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;

b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la ejecución de acciones de salud pública;

c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;

e) Con los bienes que adquieran por donación, herencia o legado;

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios."

22) En el inciso primero del artículo 27:

a) Agrégase, en la letra a), a continuación de la palabra "ley" y antes del punto y coma (;), la siguiente frase: "y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo".

b) Suprímese, en la letra d), la conjunción "y", con que finaliza.

c) Intercálanse, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):

"e) Otorgar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 el Régimen de Garantías en Salud, y financiar a estos las prestaciones que no formen parte de dicho Régimen, conforme a la ley;

f) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley, y".

23) Intercálase, en el artículo 30, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva, pasando las actuales letras k) y l), a ser l) y m), respectivamente:

"k) Proponer, a la autoridad que corresponda, la aplicación de las medidas administrativas que procedieren a los funcionarios que incurrieren en incumplimiento de los convenios relacionados con las garantías establecidas en el Régimen de Garantías en Salud;"



## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

24) Sustitúyese, en el inciso segundo del artículo 31, el numeral "28" por el numeral "31".

25) En el artículo 39:

a) Sustitúyese, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".

b) Sustitúyese la letra l) por la siguiente:

"l) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575."

26) Sustitúyese, en el artículo 40, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

27) Sustitúyese el artículo 42 por el siguiente:

"Artículo 42.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra k) del artículo 39 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna del Instituto, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que lo integren."

28) En el artículo 50:

a) Sustitúyese, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".

b) Reemplázase la letra f) por la siguiente:

"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575."

29) Sustitúyese el artículo 51 por el siguiente:

"Artículo 51.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra e) del artículo 51 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna de la Central, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que la integren."

30) Sustitúyense, en el inciso segundo del artículo 52, las letras a) y b) por las siguientes:

"a) El Subsecretario de Redes Asistenciales, o su representante, quien la presidirá;

b) Un representante del Ministro de Salud;"

31) En el capítulo VI:

a) Intercálase, entre el epígrafe del Capítulo y el artículo 56, lo siguiente:

"TÍTULO I  
Normas Generales"

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

b) Intercálanse, a continuación del artículo 60, los siguientes Títulos II, III, IV, V, VI, VII y VIII, nuevos, pasando los actuales artículos 61 y 62 a ser 84 y 85, respectivamente.

**"TÍTULO II****De la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo**

Artículo 61.- Establécese, para el personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos, sea de planta o a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente base y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 62.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente base ascenderá al 5,5% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente variable será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 63.- Para efectos de otorgar el componente variable de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo señalada en los artículos precedentes, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- El Ministerio de Salud fijará, antes del 10 de septiembre de cada año, las metas sanitarias nacionales para el año siguiente y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de cada uno de los Servicios de Salud.

2.- Conforme al marco señalado en el número anterior, el Director de cada Servicio de Salud determinará para cada uno de sus establecimientos, incluida la Dirección del Servicio, las metas específicas y los

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

indicadores de actividad, previa aprobación por parte del Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo.

3.- Para efectos de la determinación de las metas, el respectivo Director de Servicio deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo, presidido por dicha autoridad e integrado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud, por los Directores de establecimientos de salud del Servicio, por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de técnicos tenga mayor representación y por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de administrativos y auxiliares tenga, en su conjunto, mayor representación, en el respectivo Servicio de Salud; sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

4.- En relación con dichas metas específicas, se evaluará el desempeño de cada establecimiento.

5.- La evaluación del nivel de cumplimiento de las metas fijadas a cada establecimiento se efectuará por el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, en el plazo que señale el reglamento, a partir de la información proporcionada por los Servicios de Salud y por los propios establecimientos, la que deberá ser entregada por dichas entidades a la señalada autoridad, a más tardar, el 31 de enero de cada año. La resolución que dicte el Secretario Regional Ministerial de Salud será apelable ante el Ministro de Salud en el plazo de diez días, contado desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la resolución por carta certificada dirigida al domicilio del Servicio de Salud correspondiente.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los procedimientos destinados a la definición y evaluación del grado de cumplimiento de las metas anuales, los plazos que deberán cumplirse durante el proceso de evaluación, el mecanismo para determinar las asociaciones de funcionarios con mayor representatividad y sus representantes, y las demás disposiciones necesarias para el otorgamiento de esta asignación.

## TÍTULO III

## De la Asignación de Acreditación Individual y Estímulo al Desempeño Colectivo

Artículo 64.- Establécese, para el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de planta o a contrata, de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, y para el personal de la planta de directivos de carrera ubicados entre los grados 17º y 11º, ambos inclusive, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 65.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente de acreditación individual ascenderá a un máximo de 5,5%, conforme a los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 66.- Para efectos de otorgar el componente de acreditación individual, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- Los profesionales deberán participar en el proceso de acreditación cada tres años, el que consistirá en la evaluación de las actividades de capacitación que sean pertinentes al mejoramiento de la gestión de los organismos y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios. Para estos efectos, el respectivo Servicio de Salud deberá disponer, al menos una vez al año, para quienes cumplan el respectivo período, de todas las medidas necesarias para implementar dicho proceso.

2.- Accederán al beneficio los funcionarios que hubieren aprobado el proceso de acreditación.

3.- El monto del componente de acreditación individual dependerá de los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, según la siguiente tabla:

Hasta 3 años	3%
Más de 3 años hasta 6 años	5%
Más de 6 años hasta 9 años	5,5%

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

4.- Para los funcionarios que tengan más de nueve años de servicio, la asignación pasará a ser permanente, con un porcentaje igual al de la última acreditación que hayan aprobado.

5.- En caso de que un funcionario no apruebe uno de los procesos de acreditación, no accederá al incremento del componente, pero mantendrá el porcentaje obtenido por las acreditaciones anteriores.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo, la periodicidad y las demás disposiciones necesarias para la implementación del procedimiento de acreditación y el otorgamiento del componente de acreditación individual.

Artículo 67.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, de la asignación señalada en el artículo 64, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63, efecto para el cual las asociaciones de funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán un solo representante.

## TÍTULO IV

## De la Asignación de Estímulo a la Función Directiva

Artículo 68.- Establécese, para el personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de estímulo que se regirá por las siguientes normas:

1.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud que, conforme a lo señalado en el artículo 21 A de la presente ley, pueden optar a la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente a la obtención por parte del establecimiento de la categoría mencionada.

2.- Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a dos factores: la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia, y el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813.

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso primero, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 69.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la Planta Directiva por concepto de asignación de estímulo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185 y, cuando corresponda, la asignación de responsabilidad superior otorgada por el decreto ley N° 1.770, de 1977, y la asignación del artículo 2° de la ley N° 19.699.

Esta asignación será de 11% sobre la base señalada en el inciso primero, para aquellos funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la clasificación en la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red".

Para el personal directivo que se desempeñe en la Dirección de los Servicios de Salud, la asignación corresponderá a 11% de la base de cálculo señalada en el inciso primero, conforme a la siguiente distribución:

a) Hasta 8% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación por el total de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio; y

b) Hasta 3% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813. En este caso, el porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 3% por el cociente resultante de dividir el número de entidades y/o establecimientos que efectivamente hayan cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, por el total de entidades administradoras y/o sus establecimientos, ubicados en el territorio jurisdiccional del Servicio.

Artículo 70.- Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo y las demás disposiciones necesarias para otorgar el componente por obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", de la asignación señalada en el artículo 68.

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Artículo 71.- Las asignaciones señaladas en los artículos 61, 64 y 68, se pagarán en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto por pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos precedentemente.

Estas asignaciones tendrán carácter de impositivas para fines de previsión y salud. Para determinar las impositivas e impuestos a que se encuentren afectas, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cuocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las impositivas se deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de impositividad.

## TÍTULO V

## De la Asignación de Turno

Artículo 72.- Establécese una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta doce horas, mediante turnos rotativos. Estos turnos podrán comprender un número de horas superior a la jornada ordinaria de trabajo del funcionario.

Dicha asignación estará destinada a retribuir pecuniariamente al referido personal el desempeño de jornadas de trabajo en horarios total o parcialmente diferentes de la jornada ordinaria establecida en el artículo 59 de la ley N° 18.834, incluso en horario nocturno y en días sábados, domingos y festivos, acorde con las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

La ley de Presupuestos, respecto de cada Servicio de Salud, expresará el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y por tres funcionarios, separadamente.

Artículo 73.- Esta asignación será impositiva sólo para efectos de pensiones y de salud y será incompatible con la asignación establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

El personal que labora en el sistema de turno de que trata este Título no podrá desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto motivados por emergencias

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el Director del Servicio de Salud respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 60 de la ley N° 18.834.

Artículo 74.- Para tener derecho a la asignación de turno, los funcionarios deberán estar formalmente destinados a prestar servicios en los puestos de trabajo cuya jornada sea ininterrumpida, a través de resoluciones anuales del Director del establecimiento de salud correspondiente.

Esta asignación se percibirá mientras el trabajador se encuentre en funciones en los puestos de trabajo mencionados, e integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro o tres funcionarios, manteniendo el derecho a percibirla durante los períodos de ausencia con goce de remuneraciones originados por permisos, licencias y feriado legal. Asimismo, será considerada como estipendio de carácter general y permanente, para efectos del inciso tercero del artículo 21 de la ley N° 19.429.

Artículo 75.- Las horas extraordinarias que, en virtud de lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, puedan percibir los funcionarios de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, cualquiera que sea el motivo de su origen, no constituirán remuneración permanente para ningún efecto legal. En consecuencia, no se percibirán durante los feriados, licencias y permisos con goce de remuneraciones.

## TÍTULO VI

## De la Asignación de Responsabilidad

Artículo 76.- Establécese una asignación de responsabilidad para el personal de la planta de profesionales, de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, con contratos de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

Esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público.

Durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de Jefe Directo para los efectos previstos en el Párrafo 3 del Título II de la ley N° 18.834.



## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Artículo 77.- Esta asignación se otorgará conforme a las reglas siguientes:

1.- El número de cupos por establecimiento es el determinado en el artículo siguiente.

2.- Para los efectos de realizar el o los concursos correspondientes, se constituirá en el establecimiento respectivo un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

3.- En el o los concursos para acceder a esta asignación, se considerarán los siguientes factores y con la ponderación indicada en cada caso:

FACTORES	PONDERACIÓN
Capacitación pertinente	30%
Evaluación de Desempeño	20%
Experiencia Calificada	20%
Aptitud para el cargo (Entrevista)	30%

4.- El o los cupos disponibles se asignarán en orden de prelación al funcionario o funcionarios que logren el mayor puntaje en el proceso de concurso y sólo en la medida en que cumplan con los requisitos mínimos para su asignación.

5.- Se otorgará por un período máximo de tres años, siempre que se desempeñe efectivamente la función de responsabilidad de gestión en el establecimiento en el que fue otorgada. En todo caso, el funcionario podrá concursar nuevamente por la asignación, en la medida en que cumpla los requisitos para ello.

6.- Se deberá realizar concurso cada vez que uno o más de los cupos asignados al establecimiento quede disponible.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación y todas las otras normas necesarias para la aplicación de este beneficio.

Artículo 78.- El monto máximo anual por establecimiento de esta asignación corresponderá a la cantidad establecida en la tabla siguiente, el que deberá ser distribuido entre la totalidad de los cupos

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

asignados al establecimiento, sea en partes iguales o diferenciadas, valor que se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que lo sean las remuneraciones del sector público. En todo caso, la asignación individual no podrá ser inferior al monto promedio anual por persona reducido en 10%, ni superior al mismo promedio aumentado en 10%. Asimismo, el establecimiento no podrá exceder el monto máximo anual que le haya sido asignado ni el número de cupos establecidos.

Tipo de establecimiento	Cupos máximo por establecimiento	Monto máximo anual por establecimiento	Monto promedio anual por persona
Hospital Alta complejidad	12	\$6.960.000	\$580.000
Hospital Media complejidad	9	\$3.366.000	\$374.000
Hospital Baja complejidad	2	\$424.000	\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$212.000	\$212.000
Centros de Referencia de Salud (CRS);	1	\$212.000	\$212.000
Centros de Diagnóstico Terapéuticos (CDT).	1	\$212.000	\$212.000

La asignación otorgada a cada funcionario se pagará en cuotas mensuales iguales. La primera de ellas se pagará el día primero del mes siguiente al de la total tramitación del acto administrativo que la conceda.

En caso de que el establecimiento no asigne todos los cupos que tiene disponibles, su monto fijo anual se verá reducido en el promedio anual por persona, por cada uno de los cupos no asignados.

El número total de cupos a nivel nacional será de 1.259 asignaciones al año, con un costo anual máximo de \$515 millones, reajutable en la forma señalada en el inciso primero.

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

Artículo 79 .- Lo dispuesto en el párrafo final de la letra h) del artículo 1° de la ley N° 19.490 será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68, 72 y 76 de esta ley.

## TÍTULO VII

## De la Promoción en la Carrera Funcionaria

Artículo 80.- La promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación.

Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirvan.

Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso, disponiendo a los funcionarios de cada grado de la respectiva planta en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.

Producida una vacante, será promovido el funcionario que se encuentre en el primer lugar del referido escalafón. En caso de producirse un empate, operarán los criterios de desempate establecidos en el artículo 46 de la ley N°18.834.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, fijará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas para cada planta y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento del sistema de acreditación, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación de la competencia e idoneidad de los funcionarios.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo y en el siguiente, será aplicable a los funcionarios lo dispuesto en el artículo 45 de la ley N° 18.834.

Artículo 81.- Para todos los efectos legales, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

profesionales de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile; de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se hará por concursos internos.

Las bases de los concursos internos considerarán cuatro factores, a saber: capacitación pertinente, evaluación del desempeño, la experiencia calificada y aptitud para el cargo. Cada uno de estos factores tendrá una ponderación de 25%.

Para estos efectos existirá un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel nacional, regional o local, según corresponda.

En los concursos será promovido al cargo vacante el funcionario que obtenga el mayor puntaje y en ellos podrán participar los funcionarios profesionales de la planta que se ubiquen en los grados inferiores según la siguiente tabla:

GRADO VACANTE	GRADOS QUE PUEDEN PARTICIPAR
5º	6º - 10º
6º	7º - 10º
7º	8º - 10º
8º	9º - 11º
9º	10º - 12º
10º	11º - 13º
11º	12º - 14º
12º	13º - 15º
13º	14º - 16º
14º	15º - 17º
15º	16º - 17º
16º	17º - 18º
17º	18º

Los concursos se sujetarán a las siguientes reglas:

1.- Los funcionarios, en un solo acto, deberán postular a una o más de las plantas respecto de las cuales cumplan con los requisitos legales, sin especificar cargos o grados determinados dentro de ellas.

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

2.- La provisión de los cargos vacantes de cada planta se efectuará, en cada grado, en orden decreciente, conforme al puntaje obtenido por los postulantes.

3.- Las vacantes que se produzcan por efecto de la provisión de los cargos, conforme al numeral anterior, se proveerán en acto seguido, como parte del mismo concurso y siguiendo iguales reglas.

4.- En caso de producirse empate, los funcionarios serán designados conforme al resultado de la última calificación obtenida y, en el evento de mantenerse esta igualdad, decidirá el respectivo Jefe de Servicio.

### TÍTULO VIII De la Dotación

Artículo 82.- Establécese que hasta el 15% de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, se expresará para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas.

Conforme a lo señalado en el inciso precedente, los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas asimilados a los grados de la planta de profesionales, podrán voluntariamente y previa aprobación del respectivo Director de Servicio de Salud, reducir su jornada a empleos de 22 horas. En tal caso, el Servicio podrá contratar profesionales haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir en un porcentaje proporcional del 50% los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales, cualquiera que sea la regulación específica de cada uno de ellos.

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, efecto para el cual se considerarán todos los nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Los funcionarios contratados por 22 horas no podrán desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno de que trata el Título V de este Capítulo.

Artículo 83.- La Junta Calificadora que existirá en cada uno de los hospitales que integran los Servicios de Salud, conforme a lo establecido en el inciso sexto del artículo 30 de la ley N° 18.834, estará integrada por los tres funcionarios de más alto nivel jerárquico, a excepción del Director del hospital, y por un representante del personal elegido por éste. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios que corresponda a la planta a calificar que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

El Director del hospital conocerá del recurso de apelación que puede interponer el funcionario ante la resolución de la Junta Calificadora o de la del jefe directo en el caso del delegado del personal, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la ley N° 18.834."

ARTÍCULO 2º.- Sustitúyese el artículo 5º del Código Sanitario por el siguiente:

**"Artículo 5º.- Cada vez que el presente Código aluda a la autoridad sanitaria, deberá entenderse por ella al Ministro de Salud, en las materias que son de competencia de dicha Secretaría de Estado; a los Directores Regionales de Salud, como sucesores legales de los Servicios de Salud y del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, respecto de las atribuciones y funciones que este Código radica en dichas autoridades y que ejercerá dentro del territorio regional de que se trate; y al Director del Instituto de Salud Pública, en relación con las facultades que legalmente le corresponden respecto de las materias sanitarias que este Código regula, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado válidamente sus atribuciones."**

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

ARTÍCULO 3°.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias, a saber:

a) Para precisar las funciones de los servicios y entidades a que se refiere esta ley, de acuerdo con las normas de su artículo 1°;

b) Para reorganizar dichos servicios y organismos públicos, o crearlos, en su caso, disponiendo, dentro de los márgenes que establece la ley N° 18.575, la estructura y organización de cada uno de ellos, facilitando su mayor flexibilidad;

c) Para crear el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales y los demás Directivos que sean indispensables para la buena marcha de las entidades a que se refiere este artículo;

d) Para ordenar el traspaso de personal de una entidad a otra, en su misma calidad jurídica, con sus mismos grados y remuneraciones. Toda diferencia de remuneraciones que pudiere producirse deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que será imponible en la misma proporción que las remuneraciones que compensa y se absorberá por los incrementos que los funcionarios experimenten en sus remuneraciones permanentes, excepto los derivados de los reajustes generales de remuneraciones del sector público;

e) Para fijar las plantas de personal de estas entidades, de acuerdo con las letras c) y d) precedentes y para determinar los requisitos de ingreso y promoción de los cargos que compongan las diversas plantas de las instituciones a que se refiere esta ley. No obstante, dichos requisitos no serán exigibles para los actuales funcionarios que sean nombrados en las nuevas plantas para desempeñar empleos propios de su planta de origen;

f) Para disponer que los jefes de servicio respectivos procedan a nombrar, en sus actuales cargos y calidad jurídica, sin solución de continuidad, a los personales que permanezcan en el servicio o a los traspasados a él, dentro del plazo que se disponga;

g) La aplicación de las disposiciones del o de los decretos con fuerza de ley respecto de los personales involucrados no podrá significar, para ningún efecto legal, término de servicios o supresión o fusión de empleos o cargos ni, en general, cese de funciones o término de la relación laboral;

h) Los funcionarios mantendrán sus regímenes de previsión y los derechos inherentes a ellos;

i) Para conformar el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

j) Para disponer la dotación máxima anual de personal de cada una de las entidades antes referidas, el gasto máximo en materia de viáticos, honorarios y otros;

k) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas del o de los decretos con fuerza de ley a que se ha hecho referencia en las letras anteriores;

l) Para establecer los montos mensuales y su reajustabilidad, que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por cuatro personas, durante el primer año presupuestario de vigencia;

m) Para determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, establecer el destino de sus recursos y el traslado de su personal. En tanto no se suprima dicho servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios 1°, 7° y 10 de esta ley;

n) Para aumentar o fusionar algunos de los organismos señalados en el artículo 16 del decreto ley N° 2.763, de 1979;

o) Para hacer aplicables al personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales las normas sobre carrera funcionaria, el sistema de remuneraciones y los beneficios que rijan respecto del personal de la Subsecretaría de Salud, y

p) En general, para establecer todas las disposiciones que sean necesarias para la adecuada aplicación de las normas de esta ley y el buen desempeño de las instituciones involucradas, incluida la posibilidad de determinar la o las fechas en que entrarán en vigencia las materias contenidas en esta ley.

ARTÍCULO 4°.- Modifícase la ley N° 19.490, del siguiente modo:

1.- Sustitúyese el inciso segundo del artículo 3° por el siguiente:

"Dicha bonificación se regulará por lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 19.479, a excepción de los valores establecidos en la letra c) del inciso primero de esa misma norma. Para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, esta bonificación será de 15,5% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 7,75% para el 33% que le siga en orden descendiente



## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

de evaluación, hasta completar 66%. Para el personal de planta y a contrata del Fondo Nacional de Salud, esta bonificación será de 10% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 5% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar el 66%."

2.- En el artículo 4º:

a) Agrégase, en el inciso cuarto, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser seguido, lo siguiente: "No obstante lo señalado precedentemente, para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, la bonificación por desempeño institucional será de hasta el 15,5%."

b) Agrégase, el siguiente nuevo inciso octavo, pasando los actuales incisos octavo y noveno a ser noveno y décimo, respectivamente:

"Con independencia de la calificación que se obtenga, la bonificación de que trata este artículo será percibida por el 100% de los funcionarios de cada planta y los funcionarios a contrata asimilados a éstas."

ARTÍCULO 5º.- Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 4º de la ley N° 19.086, el párrafo relativo a la planta de profesionales, por el siguiente: "PLANTA DE PROFESIONALES: De grado 18º al grado 5º."

ARTÍCULO 6º.- Déjase establecido que, a contar de la fecha de publicación de esta ley, los funcionarios de las profesiones de Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos, podrán acceder, entre los grados 18º al 5º, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones, o a los empleos a contrata asimilados a los mismos grados.

## DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- Los funcionarios de planta y a contrata regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que se desempeñen en alguno de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 del decreto ley N° 2.763, de 1979; en la Subsecretaría del Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mayores de sesenta años de edad, si son mujeres, y de sesenta y cinco años, si son hombres, que, después de los noventa días posteriores a la publicación de esta ley y hasta el 31 de diciembre de 2004, presenten su renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

imponibles, actualizadas según el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses prestados a alguno de los organismos señalados, con un tope de ocho meses de dicha remuneración.

El monto de este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$ 270.000 mensuales y en un mes para aquellos que tengan, a la fecha de publicación de la ley, más de sesenta y tres años si son mujeres y más de sesenta y ocho años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

Para poder acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Durante el año 2003, podrán acceder a este beneficio 2.194 funcionarios, privilegiándose aquellos de menores rentas y mayor edad. Durante el año 2004, podrán acogerse otros 2.000 funcionarios. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio durante el año 2003, podrán hacerlo el año 2004. Los cupos que no fueren utilizados en el año 2003, serán acumulables para el año siguiente.

Esta indemnización no será imponible ni constituirá renta para ningún efecto legal.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará los calendarios de postulación y pago, los mecanismos para el otorgamiento y las demás disposiciones necesarias para la implementación de este beneficio.

Los funcionarios que cesen en sus empleos por aplicación de lo dispuesto en este artículo, no podrán ser nombrados ni contratados asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos señalados en el inciso primero, durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido, expresado en unidades de fomento, más el interés corriente para operaciones reajustables.

Artículo segundo.- La asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en el artículo 61 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, se otorgará en forma gradual durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

a) año 2003: - componente base  
2,75%

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

- componente variable 0%
- b) año 2004: - componente base 3,85%
  - componente variable, hasta 1,65%
- c) año 2005: - componente base 4,95%
  - componente variable, hasta 3,3%
- d) año 2006: - componente base 5,5%
  - componente variable, hasta 5,5%

Artículo tercero.- El componente por acreditación individual a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se implementará gradualmente entre el año 2003 y el 2006, según la siguiente tabla de progresividad:

Años de servicio del funcionario	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Hasta 3 años	2,75%	3%	3%	3%
Más de 3 años y hasta 6 años	2,75%	3,75%	4%	5%
Más de 6 años y hasta 9 años	2,75%	3,80%	4,75%	5,5%
Más de 9 años	2,75%	3,85%	4,95%	5,5%

El proceso de acreditación a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar el año 2005.

En los años 2003 y 2004, el componente será pagado a todos los funcionarios señalados en el artículo 64 del referido decreto ley, sin necesidad de acreditarse, conforme a la tabla anterior.

Artículo cuarto.- El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios a que se refieren los artículos 64, 65 y 67 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará durante los años 2003 al 2006 según la siguiente tabla:

Porcentaje de cumplimiento	2003	2004	2005	2006
90% o más	0%	1,65%	3,3%	5,5%
Entre 75% y menos de 90%	0%	0,83%	1,65%	2,75%

Artículo quinto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el número 1 del mismo artículo, en

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

forma gradual durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

- año 2004: hasta 5,5%
- año 2005: hasta 8,25%
- año 2006: hasta 11%

Artículo sexto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el número 2 del mismo artículo, en forma gradual, durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

a) Año 2004: hasta el 5,5%, según la siguiente distribución: hasta el 4% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes; y de hasta 1,5% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje a pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

b) Año 2005: hasta el 8,25%, según la siguiente distribución: hasta el 6% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes; y hasta el 2,25% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje por pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

c) Año 2006: hasta el 11%, conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

Artículo séptimo.- Las modificaciones a la ley N° 19.490, contenidas en los numerales 1), con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y 2), letra a), del artículo 4° de la presente ley, se otorgarán en forma gradual, durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

1) Bonificación de estímulo por desempeño funcionario:  
a) Para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados:

- i) año 2003 : 12,75%
- ii) año 2004 : 13,85%
- iii) año 2005 : 14,95%

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

iv) año 2006 : 15,5%

b) Para los funcionarios que sigan en orden descendente de evaluación, hasta completar el 66% mejor evaluados respecto de cada planta:

- i) año 2003 : 6,38%
- ii) año 2004 : 6,93%
- iii) año 2005 : 7,48%
- iv) año 2006 : 7,75%

2) Bonificación por desempeño institucional: El cumplimiento de las metas del año precedente dará derecho a los funcionarios:

- a) año 2003 : hasta el 12,75%
- b) año 2004 : hasta el 13,85%
- c) año 2005 : hasta el 14,95%
- d) año 2006 : hasta el 15,5%

Artículo octavo.- La asignación de turno y la bonificación compensatoria a que se refieren los artículos 72, 73 y 74, respectivamente, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, y decimotercero transitorio de esta ley, respectivamente, comenzarán a regir a contar del día primero del mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra l) del artículo 3° de esta ley, respecto del personal que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios.

Para los funcionarios que integren el sistema de turnos rotativos cubiertos por tres funcionarios, las correspondientes asignación de turno y bonificación compensatoria, comenzarán a regir conforme al siguiente cronograma:

1. A partir del segundo semestre de 2004 se pagarán, por concepto de asignación de turno y bonificación compensatoria, los mismos montos que a esa fecha tenga asignado el personal de igual grado y planta que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios. La diferencia correspondiente al mayor número de horas trabajadas será considerada como trabajo extraordinario y pagado de acuerdo con la normativa vigente, no aplicándose, en este caso, lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.

2. A partir del segundo semestre de 2005, se pagarán los montos que, para esa fecha, haya determinado el decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra l), del artículo 3°, de la presente ley, para la asignación en que el turno esté integrado por tres funcionarios, pasando a ser plenamente aplicable lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979. La correspondiente bonificación compensatoria,

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

se pagará conforme a la normativa contenida en el artículo decimotercero transitorio de este cuerpo legal.

Artículo noveno.- El artículo 76 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a regir a contar del primer día del mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento respectivo. Para el primer año, los cupos totales a nivel nacional serán asignados de acuerdo con la clasificación de complejidad de los establecimientos vigente al momento de publicarse la presente ley, conforme a la siguiente tabla:

Tipo de establecimiento	Cupos máximos por establecimiento	Monto máximo anual por establecimiento	Monto promedio anual por persona
HOSPITAL TIPO 1	13	\$7.540.000	\$580.000
HOSPITAL TIPO 2	12	\$5.460.000	\$455.000
HOSPITAL TIPO 3	9	\$3.366.000	\$374.000
HOSPITAL TIPO 4	2	\$424.000	\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$212.000	\$212.000
Centros de Referencia de Salud (CRS);	1	\$212.000	\$212.000
Centros de Diagnóstico Terapéuticos (CDT).	1	\$212.000	\$212.000
		\$212.000	

Artículo décimo.- El sistema de promoción mediante concurso interno a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar en enero del año 2004, respecto de todos los cargos vacantes existentes a esa fecha, salvo el grado de inicio de cada planta, el que seguirá regulado conforme las normas generales.

Artículo undécimo.- El incremento remuneracional para el personal que se desempeñe en los establecimientos de salud de carácter experimental, creados por los decretos con fuerza de ley del Ministerio de Salud N°s 29, 30 y 31, todos de 2000, será incorporado en su propio sistema

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

de remuneraciones, fijado conforme al procedimiento establecido en el artículo 9° del decreto ley N° 1.953, de 1977, íntegramente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Artículo duodécimo.- Los reglamentos a que se refieren el inciso segundo del artículo 63, el inciso segundo del artículo 66, el artículo 70 y el inciso segundo del artículo 77, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, deberán dictarse dentro de los ciento ochenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley.

Artículo decimotercero - El personal a que se aplica el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se encuentre en funciones a la fecha de publicación de la presente ley, tendrá derecho a una bonificación no imponible destinada a compensar las deducciones por concepto de cotizaciones para pensiones y salud a que esté afecta la asignación de turno, cuyo monto será el que resulte de aplicar los siguientes porcentajes sobre el valor de dicha asignación, según sea el sistema o régimen previsional de afiliación del trabajador:

a) 20,5% para los afiliados al sistema del decreto ley N° 3.500, de 1980.

b) 25,62% para los afiliados al régimen general de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Sección Empleados Públicos.

c) 21,62% para los afiliados al régimen previsional de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, con rebaja de imposiciones de la letra a) del artículo 14 del decreto con fuerza de ley N° 1.340 bis, de 1930.

Para el personal afiliado a un sistema o régimen previsional diferente de los señalados, tal bonificación será equivalente a la suma de las cotizaciones para salud y pensiones que, con respecto a la referida asignación, le corresponda efectuar al trabajador.

Esta bonificación compensatoria se calculará conforme a los límites de impondibilidad establecidos por la legislación vigente.

Artículo decimocuarto.- Concédese, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se pagará en una sola cuota en el curso del mes siguiente al de la publicación de la presente ley, el que beneficiará a los funcionarios que dichas disposiciones señalan que se encuentren ubicados entre los grados 19°

## OFICIO DE LEY A CAMARA REVISORA

y 28° de la Escala Única, ambos inclusive, y cuyos montos serán equivalentes a la aplicación de los porcentajes que se indican:

- Grados 19° al 22°: 2,38%
- Grados 23° al 28°: 3,81%

Los porcentajes antedichos se aplicarán sobre los valores vigentes al mes anterior a la publicación de la presente ley de las remuneraciones anualizadas que sirven de base de cálculo a esta asignación, de conformidad con lo establecido en el artículo 62 del decreto ley N°2.763, de 1979, más la bonificación otorgada por el artículo 21 de la ley N°19.429, cuando corresponda.

Artículo decimoquinto.- Lo dispuesto en el artículo 14 D, que se agrega al decreto ley N° 2.763, de 1979, regirá a contar de la fecha de vigencia de esta ley.

Artículo decimosexto.- El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo al ítem 50-01-03-25-33.104 de la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere financiar con esos recursos."

Dios guarde a V.E.

ADRIANA MUÑOZ D'ALBORA  
Presidenta de la Cámara de Diputados

CARLOS LOYOLA OPAZO  
Secretario de la Cámara de Diputados



## 2. Segundo trámite constitucional. Senado

### 2.1. Primer informe Comisión de Salud

Senado, 26 de agosto de 2003. Cuenta en Sesión 28, Legislatura 349.

**INFORME DE LA COMISION DE SALUD**, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, instaurar distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

BOLETÍN N° 2.980-11.

#### **HONORABLE SENADO:**

Vuestra Comisión de Salud tiene el honor de informaros acerca del proyecto de la referencia, iniciado en Mensaje de S.E. el Presidente de la República, con urgencia calificada de "simple".

A las sesiones en que se estudió este asunto asistieron, además de los integrantes de la Comisión, los Honorables Senadores señores Edgardo Boeninger Kausel y Jaime Naranjo Ortiz.

- - - - -

Se hace presente que, con fecha 8 de enero de 2003, la Comisión de Salud fue autorizada por la Sala para discutir el proyecto en general y en particular a la vez.

- - - - -

Concurrieron especialmente invitados a exponer sus puntos de vista sobre el proyecto de ley:

El Ministro de Salud, señor Pedro García (Osvaldo Artaza), su Jefe de Gabinete, señor Alfredo Montecinos; el Subsecretario, señor Antonio Infante; el Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica, señor Andrés Romero; el Jefe de la División Gestión Red Asistencial, señor Carlos Manzi; de la Dirección de Presupuestos de esa Cartera, el Jefe de Estudios, señor Jaime Crispi; las señoras Gloria Uribe y María Eliana Gutiérrez, del Depto. Gestión y Desarrollo,

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Area Recursos Humanos y el Jefe del Departamento de Calidad, señor Fernando Oteiza,

El Secretario Ejecutivo de la Comisión Reforma, señor Hernán Sandoval; los asesores de la misma, señora Patricia Frentz, y señores Gianpiero Fava y Homero Vásquez.

Los Asesores del Ministerio Salud, los señores Eduardo Alvarez, Sebastián Pavlovic, Rodrigo Gómez, Miguel Navarro.

Del Fondo Nacional de Salud (FONASA), su Director, señor Alvaro Erazo.

De la Superintendencia de Isapres, el Superintendente, señor Héctor Inostroza; el Fiscal señor Ulises Nancuante (Gerardo Riveros) y el señor Alberto Muñoz, Jefe de Estudios.

Del Ministerio de Hacienda, los asesores, señora Consuelo Espinosa y los señores, Marcelo Tockman, Julio Valladares, Enrique Arancibia, Carlos Pardo.

Del Ministerio de Educación, la señora Pilar Armanet, Jefa de la División de Educación Superior.

Los Decanos de las Facultades de Medicina, señor Gonzalo Grebe, de la Pontificia Universidad Católica de Chile; el señor Octavio Enríquez, de la Universidad de Concepción; el señor Jorge Las Heras, de la Universidad de Chile.

De la Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado, señora María José Lamaitre, Secretaria Técnica.

De la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas, el señor Carlos Toro, Presidente.

De la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, su Presidente, señor Octavio Henríquez.

Del Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, señor Ricardo Rossi.

Los Directores de los Hospitales Guillermo Grant Benavente, de Concepción, su Director, el señor Hugolino Catalán y el Subdirector Administrativo, señor Ulises Figueroa; del Hospital Las Higueras de Talcahuano, su Director, señor Rubén Puente, y el Subdirector Administrativo, señor Pedro Martínez; del Hospital San Pablo, de Coquimbo, señor Roberto Sagredo; del Hospital Luis Calvo Mackenna, su Directora, señora Dolores Tohá; y la Directora del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, señora Andrea Poblete.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Del Centro de Referencia de Salud (CRS), de Peñalolén, el señor Manuel Inostroza.

Del Colegio Médico, su Presidente, señor Juan Luis Castro; el Vicepresidente, señor Ramón Osses; el Jefe del Departamento de Ética, señor Julio Montt; el Jefe del Departamento de Políticas de Salud, señor David Villena; el asesor jurídico de la misma entidad, señor Enrique Díaz; de la filial Temuco, el señor Fernando Barrientos; del Capítulo Médico de Angol, el Presidente y Vicepresidente, señores Luis Muñoz y Enrique Rusell.

De la Corporación de Médicos para Chile, los señores Emilio Santelices, Pablo Araya, las señoras Carmen Covarrubias y Gloria Burgos; los asesores de la misma, señores Francisco Miranda y Francisco Santelices.

De la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipalizada (CONFUSAM), su Presidente, señor Esteban Maturana; la Secretaria General de la misma entidad, señoras Lita Bilbao y Eugenia Muñoz.

De la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud (CONFENATS), su Presidente, señor Jorge Araya; el Vicepresidente, señor Germán Rodríguez; el Secretario, señor Hernán González; el Jefe de Organizaciones, señor Mauricio Ugarte;

De la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS), el Presidente Nacional, señor Roberto Zambrano; los Directores Nacionales, señores Víctor Riquelme, Jorge Soto, Ricardo Ruiz y las señoras Alicia González, Ruth Corral y Leonor Carrizo.

De la Federación Nacional de Profesionales de la Salud (FENPRUSS), su Presidente, señor Juan Díaz; el Vicepresidente, señor Marcelo Sepúlveda; y el Director Nacional, señor Franz Bagús;

Del Colegio de Enfermeras de Chile, las señoras, Gladys Corral, Presidenta Nacional, María Teresa Castillo y Aurora Araos, Secretaria y Directora Nacional, respectivamente.

Del Colegio de Tecnólogos Médicos, la Presidenta señora Mirta Díaz y los dirigentes señores, Nelson Castellón, Oscar Díaz, Alejandro Pinto, Pedro Cortés, Sergio Montealegre y las señoras Angélica Aranda y Verónica Hernández.

De la Multigremial del Hospital Sótero del Río, los doctores señores, Alejandro Vlastelica y Jorge Cifuentes; de igual centro hospitalario, las Presidentas de Fenats y Aprus (Asociación de Profesionales de la Salud), señoras Hunilce Sepúlveda y Gilda Salazar, respectivamente y los dirigentes,

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

señoras Siria Islamie, Rebeca Pizarro, Claudia Urrea y los señores Miguel Eiguren y Marcelo Zenteno.

Instituto Libertad y Desarrollo, el Director del Area Social, señor Rodrigo Castro y el asesor señor Sebastián Soto.

De la Asociación Gremial de Clínicas Privadas, señor Máximo Silva, Presidente; la Gerente de la misma, señora Ana María Albornoz.

De la Asociación de Isapres, los señores Hernán Doren, Presidente; Andrés Tagle, Vicepresidente, el señor Rafael Caviedes, Director Ejecutivo y el señor Gonzalo Simón, Gerente.

De la Fundación "Jaime Guzmán Errázuriz", los señores Nicolás Figari, Karlfranz Koehler y Pablo Wagner.

Del Centro de Estudios Salud y Futuro, el señor Héctor Sánchez, Director Ejecutivo.

Estuvieron también presentes los asesores, señores Juan Luis Correa, de Renovación Nacional; Osvaldo Carvajal, asesor del Honorable Senador señor Mario Ríos; la señora Hedy Matthei, asesora del Honorable Senador señor Jovino Novoa; el señor Luis Díaz, las señoras Marcela Noé y Carmen Celedón, asesores del Honorable Senador señor José Antonio Viera-Gallo;

De la consultora MINGA, la señora Nydia Contardo; y la señora María Soledad Barría, asesoras de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Los invitados acompañaron sus exposiciones con diversos documentos, que quedaron a disposición de la Comisión, y que fueron debidamente considerados por sus integrantes.

Se recibieron, además, los aportes por escrito de las siguientes instituciones:

- Ministerio de Salud, "Reforma de la Salud, funciones y objetivos en una nueva institucionalidad sanitaria".

- Exposición del señor Ministro de Salud (Sr. Osvaldo Artaza) y del Subsecretario de la misma cartera, señor Antonio Infante, en relación con el proyecto de ley de Autoridad Sanitaria; y "Acuerdo entre el Gobierno y el consejo de Gremios de la Salud (CONGRES).

- Colegio Médico de Chile, "Reforma de la Salud".,
- Médicos para Chile, "Agenda Pro Salud para Chile".

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

- Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud, "Posición de CONFENATS frente al proyecto de ley de Autoridad Sanitaria".
- Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los servicios de Salud (FENPRUSS), "Posición de FENPRUSS frente al Proyecto de Autoridad Sanitaria".
- Confederación Nacional Fenats Unitaria, "Observaciones y opiniones de Fenats Unitaria respecto a Proyecto de ley que modifica la ley N° 2.763".
- Colegio de Enfermeras de Chile, "La Reforma de salud vista por el Colegio de Enfermeras".
- Colegio de Tecnólogos Médicos de Chile, "Propuesta del colegio de Tecnólogos Médicos que guarda relación con la inserción de este profesional en la reforma de salud planteada para la década 2000 – 2010.
- Multigremial del Hospital Dr. Sótero del Río, "Realidad Hospitalaria Hospital Dr. Sótero del Río".
- Isapres de Chile A.G., "Planteamientos acerca del proyecto de ley que modifica el decreto ley N° 2.763 de 1979".
- Asociación de Clínicas y Prestadores de Salud Privados A.G., "Observaciones a la ley que establece una autoridad Sanitaria y modifica la gestión en el sector salud, (Boletín N° 2.980-11)".
- Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina, "Reforma de Salud".
- Universidad de Chile, texto del señor Decano de la Facultad de Medicina a los Honorables miembros de la Comisión de Salud del Senado.
- Universidad de Concepción, Facultad de Medicina, "Reforma de la Salud: Una visión desde la Universidad".
- Centro de Estudios Salud y Futuro, "Análisis y algunas propuestas respecto del proyecto de ley en trámite sobre autoridad sanitaria".
- Fundación "Jaime Guzmán Errázuriz", "La oportunidad de una gran reforma de salud".
- Instituto Libertad y Desarrollo, "Análisis y comentarios al proyecto de ley que establece autoridad sanitaria y reforma gestión pública".

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

- Doctor Manuel Inostroza Palma, Director C.R.S. Experimental de Peñalolén Cordillera Oriente, "La reforma de salud y el proyecto de autoridad sanitaria y gestión".
- Hospital de Angol, "Presentación proyecto asistencia pública Hospital de Angol".
- Honorable Senador señor Edgardo Boeninger K., "Planteamiento del Partido Demócrata Cristiano que fija su posición en relación a diversos aspectos de la reforma de la salud".
- Biblioteca del Congreso Nacional, "Legislación comparada sobre modelos de gestión sanitaria y hospitalaria".
- Ministerio de Salud, "Reforma de la Salud, Contenidos del conjunto legislativo".
- Colegio Médico de Chile, "Reforma de salud, proyecto país".
- Ministerio de Salud, "Reforma de la salud, La red asistencial con énfasis en atención primaria".
- Ministerio de Salud, "Objetivos del sector salud en el contexto de la reforma sanitaria".
- Ministerio de Salud, "La Red Asistencial con énfasis en Atención Primaria".
- Ministerio de Salud, "El modelo de atención para la reforma de la salud: una red asistencial territorial con énfasis en la atención primaria".
- Ministerio de Hacienda, "Reforma de la salud y nueva política de personal".
- Fondo Nacional de Salud (FONASA), "Política de Precios Fondo Nacional de Salud".
- Colegio Médico de Chile, "Red de Atención de salud", e "Historia de la atención primaria de salud en Chile".
- Asociación Nacional de Inspectores Fiscalizadores de Saneamiento y Salud ANAISS CHILE A.G., "Proyecto de Creación de Planta de Fiscalizadores en Salud Pública".
- Ministerio de Salud, "Propuestas de mejoramiento de la atención primaria de salud municipal".

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

- Hospital Dr. Luis calvo Mackenna, "Cuenta Pública".
- Hospital Guillermo Grant Benavente, de Concepción, "Informe de gestión".
- Hospital Las Higueras, de Talcahuano, "Estudio diagnóstico de la estructura de costos del Hospital Las Higueras".
- Servicio de Salud de Talcahuano, "El modelo de financiamiento del sector público de salud y sus resultados durante el año 2002".
- Colegio de Enfermeras de Chile, "Reorganización de la atención y cuidados de enfermería en el marco de una reforma de salud".
- Ministerio de Salud, informes respecto del financiamiento del Plan Auge en el proceso de Reforma a la Salud, "Informe Final, Costeo por nivel plan auge", "The solidarity compensation fund in chile on its way to implementation – some observations from an international perspective" y "Recommendations for risk adjustment and data needs for the solidarity compensation fund of Chile".
- Ministerio de Salud, "Organigrama formal del sector salud con reforma".
- Ministerio de Obras Públicas, Bases de Licitación "Evaluación económica, diseño de negocio y elaboración de un comparador de sector público para la rehabilitación, ampliación, construcción, mantenimiento y operación de infraestructura hospitalaria".
- Colegio Médico de Chile, "Opinión acerca de los sistemas vigentes para la certificación de especialidades médicas y de protocolos médicos".
- Biblioteca del Congreso Nacional, "La responsabilidad civil médica en la doctrina y en la jurisprudencia".

Se deja constancia que copia de todos los documentos acompañados por las entidades que concurrieron invitadas a la Comisión, así como de quienes hicieron llegar sus opiniones por escrito, se incluyen en un Anexo que se adjunta al original de este informe, copia del cual queda a disposición de los señores Senadores en la Secretaría de la Comisión.

- - - - -

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Cabe señalar que los artículos 10, 21 y 22, contenidos en el artículo 7° del proyecto son normas de rango orgánico constitucional, por incidir en atribuciones de los tribunales de justicia.**

**En consecuencia, de conformidad con el artículo 74 de la Constitución Política de la República, en relación con el inciso segundo del artículo 63 de la misma, esas disposiciones requieren, para ser aprobadas, el voto a favor de las cuatro séptimas partes de los Senadores en ejercicio.**

**Se hace presente que las normas recientemente señaladas, originalmente contenidas en el proyecto de ley que establece el Régimen de Garantías de Salud (Boletín N° 2.947-11), y posteriormente incorporadas a la iniciativa legal en informe, fueron consultadas a la Corte Suprema por la H. Cámara de Diputados, en su oportunidad.**

**La Excelentísima Corte Suprema evacuó su respuesta a la Comisión de Salud de dicha Corporación, el 20 de enero de 2003.**

-----

## OBJETIVOS FUNDAMENTALES Y ESTRUCTURA DEL PROYECTO

El proyecto de ley tiene por objetivos fundamentales establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, conformando una estructura distinta del sector público de salud, fortaleciendo las potestades de la autoridad sanitaria; introduciendo mayores capacidades de gestión, para incrementar la eficiencia en el uso de los recursos fiscales, y crear instancias de participación ciudadana en las Secretarías Regionales Ministeriales y en las Direcciones de los Servicios de Salud.

El articulado del proyecto, al que se incorporaron importantes modificaciones y adiciones persigue la consecución de las finalidades enunciadas arriba, a través de disposiciones que procuran:

1) Separar claramente las funciones de rectoría, regulación y fiscalización, de las de administración de las acciones de salud. Las primeras



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

corresponden al Ministerio, a la Subsecretaría de Salud Pública, al Instituto de Salud Pública (ISP) y a la Superintendencia de Salud. Las segundas, al sistema de provisión de prestaciones de salud, que incluye la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud, los establecimientos autogestionados en red, los municipales de atención primaria, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST).

2) Fortalecer las Redes Asistenciales en el territorio de cada Servicio de Salud, a las que se integrarán los establecimientos dependientes del Servicio respectivo, los de atención primaria municipal y los privados que suscriban el respectivo convenio. La puerta de ingreso al sistema será la atención primaria de salud.

3) Crear la categoría de Establecimientos de Autogestión en Red, que serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, que podrán generar ingresos propios, y celebrar convenios y contratos con FONASA y con terceros, para obtener y otorgar prestaciones de y a terceros.

4) Proporcionar canales de participación de la ciudadanía, estableciendo como organismos asesores, el Consejo Consultivo de Salud; el Consejo Nacional Consultivo de la Calidad; el Consejo de la Red Asistencial que, también con carácter consultivo, existirá en cada Servicio de Salud.

5) Otorgar incentivos remuneratorios, modernizar la carrera funcionaria e impulsar una nueva política de recursos humanos, a través de la incorporación de normas relativas a los trabajadores de la salud.

- - - - -

El proyecto está conformado por siete artículos permanentes y veintidos artículos transitorios.

El artículo 1º contiene 32 numerales que modifican el decreto ley N° 2.763, de 1979.

El artículo 2º sustituye el artículo 5º del Código Sanitario adecuándolo a los cambios que introduce la iniciativa en informe.

El artículo 3º delega facultades legislativas en el Presidente de la República para: determinar estructura y organización interna del Instituto de Salud Pública y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y para establecer normas respecto de los encasillamientos derivados de las plantas que fije para la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la Superintendencia de Salud, dejando expresa

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

salvedad que no se podrá alterar la planta de personal y la dotación máxima y se deberá resguardar los derechos laborales y previsionales de los trabajadores.

El artículo 4º modifica la ley N° 19.490, que estableció asignaciones y bonificaciones para el personal de salud, elevando el porcentaje de las asignaciones de estímulo al desempeño individual e institucional.

El artículo 5º reforma la ley N° 19.086, que estableció normas sobre remuneraciones y cargos en plantas del personal del sector salud, disponiendo que la Planta de Profesionales irá de los grados 18º a 5º.

El artículo 6º complementa el anterior, en cuanto establece que esos mismos profesionales podrán acceder a cargos vacantes hasta del grado 5, o a empleos a contrata asimilados a grados, con igual límite.

El artículo 7º crea la Superintendencia de salud y fija su ley orgánica.

El artículo primero transitorio otorga al personal de la salud que se retire voluntariamente del servicio a más tardar el 31 de diciembre de 2004, y que cumpla determinados requisitos, derecho a una indemnización.

Los artículos segundo a decimotercero transitorios regulan la aplicación gradual y progresiva de los beneficios remuneratorios que el proyecto en informe otorga al personal de la salud.

El artículo decimocuarto transitorio concede un anticipo de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo a los funcionarios beneficiarios de la misma que se encuentren entre los grados 19 y 28 de la Escala Unica de Remuneraciones, ambos inclusive.

El artículo decimoquinto transitorio individualiza los establecimientos que tendrán la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red".

El artículo decimosexto transitorio dispone que el traspaso desde los Servicios de Salud a las Direcciones Regionales de Salud, de todas las funciones que actualmente aquéllos cumplen, que no sean de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud, se verificará a la entrada en vigencia como ley de esta iniciativa.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El artículo decimoséptimo señala la Partida Presupuestaria del Tesoro Público a la que imputará el mayor gasto que represente la aplicación de esta ley.

El artículo decimoctavo faculta al Presidente de la República para fijar el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.933.

El artículo decimonoveno señala que en tanto no se dicten las normas legales que regulen el régimen de Garantías de Salud se entenderán suspendidas las normas sobre la materia que contempla el proyecto en informe.

El artículo vigésimo dispone que el Presidente de la República por decreto expedido por intermedio del Ministro de Hacienda conformará el primer presupuesto de la Superintendencia de Salud.

El artículo vigésimo primero señala que lo dispuesto en el inciso final del número 11 del artículo 4° del decreto ley N° 2.763, de 1979, relativo a reconocer a las Universidades como certificadoras, no se aplicará mientras no entren en vigencia las normas relativas a la acreditación de los programas correspondientes.

El artículo vigésimo segundo faculta al Presidente de la República para fijar el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979.

- - - - -

## ANTECEDENTES DE DERECHO

El proyecto en informe se vincula con los siguientes cuerpos normativos:

Ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.

D.L. N° 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

D.F.L. N° 725, de 1968, Código Sanitario, artículo 5°, sobre interpretación de la expresión autoridad sanitaria.

Ley N° 19.378, estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal.

Ley N° 19.607, que modifica el estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Ley Nº 19.490, que establece asignaciones y bonificaciones para el personal del sector salud.

Ley Nº 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas de personal del sector salud.

Ley Nº 18.834, Estatuto Administrativo.

D.L. Nº 249, de 1974, Escala Unica de Remuneraciones.

D.F.L. Nºs. 29,30 y 31, del Ministerio de Salud, de 2000, que crean los establecimientos de salud de carácter experimental Hospital Padre Alberto Hurtado, Centro de Referencia de Salud (CRS) de Peñalolén Cordillera Oriente y CRS de Maipú.

D.L. Nº 1.953, de 1977, que establece normas de carácter presupuestario y financieras.

Ley Nº 19.429, sobre reajuste de remuneraciones del sector público.

D.S. Nº 320, del Ministerio de Salud, de 2003, que determina el aporte estatal a las entidades administradoras de salud municipal (per cápita) para el año en curso.

- - - - -

## DISCUSION Y APROBACIÓN GENERAL

La discusión general del proyecto se inició con una serie de audiencias, en las que se escuchó el parecer del Ejecutivo y de las organizaciones y personas invitadas acerca del proyecto en informe, y también sobre las demás iniciativas que integran la denominada Reforma de la Salud.

## PLANTEAMIENTOS GENERALES DEL PODER EJECUTIVO

**El Ministro de Salud, señor Pedro García,** inició su intervención expresando que los objetivos sanitarios para la década 2000-2010 fijados por el Poder Ejecutivo son: mejorar los logros sanitarios alcanzados, particularmente en los indicadores mortalidad infantil y materna, morbilidad en enfermedades infecciosas y emergentes y en TBC; enfrentar los desafíos que plantean el envejecimiento de la población y los cambios sociales, factores éstos que han determinado un cambio del perfil epidemiológico, poniendo el acento en las enfermedades cardiovasculares, los cánceres y la diabetes mellitus; reducir las desigualdades en salud, que se manifiestan principalmente en la mortalidad infantil y la esperanza de vida, como consecuencia de las diferencias en las variables nivel educacional y ubicación geográfica, y proveer servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población, en cuanto a trato digno, información sobre las alternativas terapéuticas y oportunidad para decidir sobre la propia salud.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Señaló que las cinco iniciativas legales en actual tramitación en el Congreso Nacional conforman un conjunto coherente, que apunta en dirección a los mencionados objetivos en todas aquellas materias que requieren una norma de rango legal para ser implementadas.

Informó que el proyecto en discusión establece las funciones y competencias de los organismos públicos del sector, separando las que se refieren a prestación de servicios de las de regulación y fiscalización; instaura un nuevo modelo de atención en redes, de alcance local y nacional; impulsa la autogestión de los hospitales, y establece incentivos al desempeño de los trabajadores del sector, en cuanto a carrera funcionaria, asignaciones y estímulo al retiro.

Precisó que a la autoridad sanitaria le corresponden los roles normativo y fiscalizador; elabora y dirige las políticas y objetivos nacionales en salud, lleva a cabo las acciones de salud pública y fiscaliza la calidad. La autoridad sanitaria radica en el Ministerio de Salud, que es dotado de dos Subsecretarías: la de Salud Pública y la de Redes. De la Subsecretaría de Salud Pública dependen las autoridades sanitarias regionales. La Subsecretaría de Redes coordina el sistema de redes locales y el nacional y provee prestaciones de salud, a través de los Servicios. La Superintendencia de Salud supervigila y fiscaliza a los aseguradores, FONASA e ISAPRES. Cada Servicio de Salud conforma una red asistencial en que se integran los establecimientos públicos de todos los niveles, incluidos los municipales, y los privados en convenio. La autoridad sanitaria regional ejercerá las facultades reguladoras y de control que actualmente detentan los Directores de los Servicios, quienes concentrarán su actuar en el otorgamiento de la atención médica y el funcionamiento de las redes. Se crea la categoría de hospitales autogestionados en red, que serán establecimientos dotados de determinados recursos humanos, infraestructura tecnológica y capacidad resolutive, y deberán cumplir requisitos de competencia y desempeño en lo asistencial, lo financiero y la calidad.

Hizo presente que el proyecto sobre derechos y deberes de las personas en salud versa sobre las prerrogativas de gozar de un trato digno, tener compañía y asistencia espiritual, recibir información sobre materias administrativas y prestaciones, reserva de la ficha clínica, decisión informada y de hacer consultas y reclamos, así como sobre el deber de asumir responsabilidad por la propia salud y colaborar con el funcionamiento del sistema y el equipo médico tratante.

Puso de relieve que otra de las iniciativas es la que crea el Régimen de Garantías en Salud, como parte integrante del régimen de prestaciones definido en el artículo 4º de la ley N° 18.469 y del de la ley N° 18.933, de ISAPRES. Está integrado por el Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y recursos disponibles, y por el sistema de Acceso Universal con Garantías

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Explícitas (AUGE), que establece un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y de prestaciones asociadas a ellas, garantizando explícitamente el acceso, la oportunidad, la calidad y la protección financiera que FONASA como las ISAPRES deberán asegurar a sus beneficiarios. El Régimen cuenta con un Consejo Consultivo, que interviene en la evaluación y revisión trienal del mismo. Se crean el Fondo de Compensación Solidario, para equilibrar los riesgos por las variables sexo y edad, entre el FONASA y las ISAPRES, y el Fondo Maternal Solidario, a cargo de la Superintendencia de Seguridad Social, que asumirá el pago del subsidio por maternidad.

Expresó que el cuarto proyecto, que modifica las ley de ISAPRES, limita las alzas de precio de los contratos de salud de cotizantes cautivos; protege las cargas del cotizante que fallece, asegurándoles los beneficios del contrato por un año, a contar del fallecimiento; garantiza los derechos del beneficiario que pasa a ser cotizante; cautela la mantención en el sistema de beneficiarios a cuya Isapre se le cancela el registro; dispone el traspaso obligatorio de cartera, previo a la cancelación del registro; obliga a informar a la Superintendencia hechos relevantes; se crea un sistema de alertas de riesgos financieros; hace obligatoria la auditoría externa; redefine la configuración de la garantía que deben mantener las ISAPRES; instituye un arancel común obligatorio, elaborado por la Superintendencia; regula las actividad de los agentes de venta, y aumenta las atribuciones de la Superintendencia sobre los prestadores.

Finalmente, acotó que el último proyecto es el relativo al financiamiento.

Posteriormente, el Ministro de Salud se refirió específicamente al proyecto de ley en estudio, destacando que la situación actual de la Autoridad Sanitaria en Chile tiene una alta dosis de dispersión y burocracia. Por una parte, el Ministerio de Salud se involucra innecesariamente en la conducción de los prestadores públicos y, por otra, los Servicios de Salud realizan funciones propias de la citada autoridad, generando confusión en la ciudadanía.

Asimismo, en las áreas asistencial, del medio ambiente y ocupacional, la fiscalización ha sido irregular y de escaso impacto sanitario, a veces por exceso y otras por ausencia de normas legales o reglamentarias. Como consecuencia de esto aparece una serie de inequidades, coberturas dispares para los usuarios y gran variabilidad en los resultados sanitarios.

Señaló que se ha detectado una fiscalización insuficiente de la calidad de las prestaciones, ya que los Servicios de Salud son, simultáneamente, responsables de la gestión de sus establecimientos y fiscalizadores de la acción de las entidades privadas, lo que les ha impedido efectuar en forma eficiente funciones tan disímiles.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Expresó que las normas que regulen la Autoridad Sanitaria deben facilitar el funcionamiento eficiente de los establecimientos de salud, para lo cual el Gobierno estima que las exigencias deben ser homogéneas para los prestadores de salud públicos y privados.

Asimismo, se ha detectado una regulación insuficiente de los administradores privados del seguro de salud, que se manifiesta en el temor de los usuarios del sistema privado por la incógnita de qué ocurrirá con ellos en caso de una enfermedad grave, ya que el sistema actual contiene planes de difícil interpretación, asimetrías de información y comportamientos defensivos, tanto de los prestadores como de los usuarios.

Indicó que falta comprensión de la ciudadanía acerca del rol de la Autoridad Sanitaria, puesto que la población no tiene claro cómo canalizar sus demandas o reclamos ni cómo exigir el cumplimiento de sus derechos.

En definitiva, hay insuficiencias en la legislación vigente que impiden la integración armónica de los subsistemas público y privado, dificultan un buen uso de los recursos del sector y restringen el acceso equitativo a la salud. Esto, además, limita la labor del Gobierno como responsable del desarrollo de todo el sector y de la salud de la población, motivos por los cuales se requiere de cambios legales.

El Ministro de Salud indicó, a continuación, los aspectos que deben ser modificados para concretar un cambio en la Autoridad Sanitaria. La situación de los Servicios de Salud ha venido evolucionando desde la reforma de los años ochenta, que pretendió concentrar en el Ministerio de Salud las tareas normativas, y descentralizar en los servicios la gestión de la atención de salud y las facultades fiscalizadoras del proceso asistencial y de la salud pública, transformando a la autoridad en "juez y parte" de su desempeño.

Destacó que la doble condición de autoridad sanitaria y de gestor asistencial dificultó la solución adecuada de los problemas en cada área, y los servicios concentraron su trabajo en los establecimientos de su dependencia, debilitándose la coordinación entre los distintos niveles de atención lo que, a su vez, restringió el traspaso de recursos desde los hospitales hacia la atención primaria. Esto acentuó la incapacidad para mantener una adecuada sintonía entre las necesidades asistenciales de la población y la dotación y aptitud de los recursos.

A continuación, se refirió a algunos problemas de los Servicios de Salud.

En el nivel primario, el modelo de atención y organización redundaba en una escasa capacidad resolutoria; en la insuficiente anticipación; en la baja cobertura de problemas crónicos del adulto; en el acceso restringido a ciertos horarios; en el limitado control de calidad; en la poca capacidad de gestión; en

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

la falta de incentivos para los médicos y otros profesionales; en la alta rotación del personal médico, y en hospitales tipo cuatro con exceso de capacidad instalada.

Agregó que hay numerosos problemas en la relación de la atención primaria con la de los otros niveles, por las derivaciones excesivas a consecuencia de la incapacidad de resolución de los consultorios, por el escaso acceso a especialistas y a exámenes de apoyo de diagnóstico terapéutico y por las dificultades de acceso a la atención hospitalaria.

También se deben mejorar los vínculos con la población, fortaleciendo su grado de confianza en el sistema, reduciendo las dificultades de trato y de acceso e incrementando la participación social en todos los niveles.

En cuanto al nivel secundario, indicó que también presenta problemas por superar en lo relativo al modelo de atención y de organización. Citó como ejemplos: la escasa cobertura de los problemas del adulto mayor y de enfermos crónicos; las limitaciones en la resolución y el manejo ambulatorio de diversas patologías; el bajo control ético y de calidad, y la incapacidad de gestión directa de recursos, entre otros.

Ahora bien, en la relación del nivel secundario con el resto de la red asistencial se percibe una escasa adecuación de la respuesta ante las demandas desde el nivel primario y de urgencias y una reducida tasa de devolución de pacientes al primer nivel.

En cuanto al nivel terciario, manifestó que las dificultades del modelo de atención y de organización se refieren a la poca adecuación al patrón epidemiológico actual; a la limitada cobertura de los problemas del adulto mayor y de enfermedades crónicas; a la lenta reducción de las listas de espera; a la lenta descentralización e incapacidad de gestión de recursos; al bajo control ético y de calidad; a las hospitalizaciones innecesarias; a los servicios clínicos segmentados y poco colaboradores, y a los procedimientos administrativos altamente burocratizados.

A continuación, el Ministro de Salud se refirió a los aspectos principales del proyecto de ley, cuales son:

- creación de una red asistencial territorial con énfasis en la atención primaria;
- mejora en la organización y en la focalización de los recursos;
- adecuación a la nueva realidad epidemiológica y al avance tecnológico;



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

- racionalización de las funciones, separando las de gestión y fiscalización, de las de otorgamiento de prestaciones públicas en los Servicios de Salud, y

- favorecimiento de la desconcentración.

Destacó que el proyecto pretende poner a disposición de las personas una entidad cercana, para que puedan canalizar sus reclamos, dudas y demandas, e integrar toda la capacidad sanitaria regional para lograr una visión y evaluación integral de las políticas sanitarias. Para ello, se propone una nueva estructura sanitaria del sector público de salud que se ajuste a las exigencias que impone la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población.

Indicó que los pilares fundamentales de la iniciativa consisten en fortalecer la institucionalidad y las potestades de la Autoridad Sanitaria, estableciendo una clara separación de funciones con la gestión de los Servicios de Salud; fijando normas que permitan mejorar la gestión de los Servicios de Salud; conformando instancias de participación ciudadana en el nivel de la Autoridad Sanitaria Regional y en las Direcciones de los Servicios de Salud, e instaurando normas que permitan mejorar la gestión de los recursos humanos.

En cuanto al fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria, manifestó que el Estado tiene la responsabilidad indelegable de guiar el desarrollo del sector salud y asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias de la población.

La Autoridad Sanitaria es la institucionalidad del Estado encargada de cumplir estos objetivos en todo el territorio nacional, respecto de todos y cada uno de los actores del sistema, de manera que asegure la conducción política integral del sector y ejerza el liderazgo estratégico y técnico del sistema; por lo tanto, debe contar con instrumentos eficaces para cumplir las funciones de rectoría, regulación y fiscalización de los sistemas público y privado de salud.

Para estos fines, la Autoridad Sanitaria debe estar dotada de los instrumentos jurídicos, administrativos y financieros que le permitan ejercer debidamente sus facultades respecto de la formulación de políticas, la dictación de normas y todas las otras actividades que permitan proteger la salud de la población y hacer respetar los derechos de los usuarios en relación con el seguro de salud y los prestadores.

Añadió que la institucionalidad propuesta garantiza lo siguiente: rectoría y regulación de la Autoridad Sanitaria sobre todo el sector salud, tanto público como privado; rectoría de la Autoridad Sanitaria en el espacio intersectorial;

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

conducción política integral del sector salud; liderazgo estratégico técnico sobre todos los actores del sistema; sistematización de normas, obligaciones y reglas coherentes y equilibradas para el funcionamiento de todos los agentes involucrados; monitoreo del cumplimiento de la normativa vigente y de los mecanismos regulatorios en todo el territorio nacional; protección y promoción de la salud a la población; acceso de la población más vulnerable a los Servicios de Salud; protección de los derechos en salud de los usuarios; protección financiera para la familia; cobertura sanitaria a toda la población, y fiscalización del cumplimiento del Plan Auge.

Destacó que el sistema debe disponer de las nuevas herramientas de gestión incluidas en el proyecto para lograr la eficacia requerida; entre ellas citó las siguientes: dotación de capacidades de prevención eficaz y de atención de salud cercana al domicilio; configuración de una red asistencial constituida por profesionales, equipamiento y otros recursos de salud organizados para el mejor y más eficiente cuidado de la salud y para el tratamiento de las enfermedades de la población que habita en el territorio bajo su responsabilidad; definición de una estrategia de organización de los recursos de salud definida a partir del perfil epidemiológico, que fortalezca la atención primaria y especialice a los hospitales, en el sentido de lograr una redistribución de los recursos acorde con los procesos de enfermedades predominantes; transición desde una estrategia de organización centrada en el acceso a las prestaciones médicas y la medicina hospitalaria, hacia otra en que se busque establecer ambientes saludables en el hogar, el trabajo y la comunidad; provocar un mejoramiento sustantivo de la salud de la población, como también un control de los gastos, de manera que éstos tengan una relación costo/beneficio demostrable; especializar los Servicios en la atención de las necesidades de salud de las personas, abandonando todas las responsabilidades ajenas al quehacer asistencial y asegurar que las redes asistenciales de los Servicios, compuestas por establecimientos públicos y privados, respondan eficaz y eficientemente a los desafíos que impone el Régimen de Garantías en Salud.

A continuación, el señor Ministro analizó pormenorizadamente el contenido del proyecto de ley, comenzando con la definición del rol principal de la Autoridad Sanitaria, que será la regulación y fiscalización de los sectores público y privado y de los agentes cuyas actividades inciden en la salud de la población.

La Autoridad Sanitaria residirá, en lo fundamental, en el Ministerio de Salud y en los organismos que de él dependen. Entre sus funciones destacó las de elaborar y dirigir las políticas nacionales de salud, definir los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud; fortalecer su acción para promover y desarrollar políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias; definir normas e instrumentos para evaluar la

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

calidad de la atención; fortalecer el desempeño de las funciones esenciales de salud pública, definir el plan de salud y establecer sus garantías.

Por otra parte, señaló que la iniciativa propone crear dos Subsecretarías que reemplacen a la actual de Salud: la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales. A la primera le corresponderá la administración y servicio interno del Ministerio y las labores de coordinación relativas a la función de regulación y fiscalización del sector, que no estén radicadas en la Subsecretaría de Redes Asistenciales. A la segunda le corresponderá la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de salud asociadas a las prestaciones individuales a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Por otra parte, indicó que es necesario fortalecer la gestión de los Servicios, estableciendo una red asistencial con el conjunto de establecimientos de salud que operen dentro de su territorio y actuando en forma coordinada mediante lazos institucionales o contractuales.

En este contexto, la red funcionará con una lógica territorial y tendrá bajo su responsabilidad la atención de los usuarios de la ley N° 18.469, las atenciones de emergencia, las convenidas para los afiliados al sistema de las Instituciones de Salud Previsional y atenderá a toda la población en las acciones de salud pública. Podrán coexistir en la red establecimientos de autogestión que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistencial, financiero y de calidad. Estos establecimientos podrán postular a un sistema de acreditación que les permita contar con atribuciones especiales y con determinados grados de autogestión, aún cuando mantengan su dependencia de la red asistencial.

El Ministro señaló que la iniciativa propone crear un Consejo Regional de Salud, con carácter consultivo, que colabore con la Autoridad Sanitaria Regional; además, se contempla la existencia de un Consejo Consultivo del Servicio de Salud, concebido como un organismo colegiado con representación de los usuarios, de los establecimientos públicos de salud de todos los niveles de atención y de los privados que integren la red asistencial del Servicio.

En otro orden de ideas, manifestó que un aspecto importante que contempla el proyecto es el mejoramiento de la gestión de recursos humanos. Destacó los acuerdos alcanzados entre el Ministerio y los gremios representativos del sector Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (CONFENATS), Federación Nacional de Profesionales de la Salud (FENPRUSS) y Federación Nacional de Técnicos Paramédicos de los Servicios de Salud (FENTEES), para impulsar una nueva política de modernización de la gestión del personal, en el marco de la reforma de la salud. Indicó que, para

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

contar con funcionarios motivados en la atención, es imprescindible el mejoramiento de las condiciones de los trabajadores del sector.

En este ámbito, señaló que la iniciativa dispone para el personal regulado por la ley N° 18.834, Estatuto Administrativo, de los Servicios de Salud, de la Subsecretaría de Salud, del Instituto de Salud Pública y de la Central Nacional de Abastecimiento de los Servicios de Salud, el fortalecimiento del trabajo en equipo y el desarrollo del personal.

Se moderniza la carrera funcionaria, es decir, se introducen elementos que permitan desarrollar sistemas de promoción que privilegien la capacidad de los funcionarios y la igualdad de oportunidades para el ascenso. En este sentido, se establecen mecanismos para el perfeccionamiento del escalafón de mérito de Técnicos, Auxiliares y Administrativos, considerando en la evaluación factores de capacitación pertinente, buen desempeño y experiencia calificada. En el caso de los profesionales, el ascenso se producirá por concurso interno, considerando cuatro factores con igual ponderación: capacitación pertinente, desempeño, experiencia calificada y aptitud. Ambas medidas comenzarán a regir el año 2004.

Se modifica la ley N° 19.086, eliminando el tope en el grado 10° de la EUS y se establece que, a contar de la fecha de publicación de la ley, las asistentes sociales, enfermeras, kinesiólogos, matronas, nutricionistas, tecnólogos médicos, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos podrán acceder a los grados del 18° al 5°, terminando con una limitación que afecta a poco más de 8.000 funcionarios de la salud. Se aumentará la adecuación de la organización del personal de los Servicios de Salud, determinando que un 15% de la contratación de los cargos profesionales se transforme en dotaciones por hora y jornadas parciales, con remuneraciones proporcionales a la jornada.

- - - - -

La exposición del Ministro de Salud sobre el proyecto de ley en estudio fue complementada en la siguiente sesión de la Comisión por el señor **Subsecretario de Salud, señor Antonio Infante**.

El señor Subsecretario manifestó que la iniciativa incorpora nuevos incentivos de carácter remuneratorio, ya que la nueva política en materia de remuneraciones se expresa a través de la creación de asignaciones de estímulo al desempeño de los equipos de salud, al fortalecimiento de la función directiva y a la creación de una asignación de turno. Estos incentivos se otorgarán, en forma gradual, en un período de 4 años, a contar del año 2003.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

La Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo tiene un componente base de 5,5% y uno asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención, de hasta un 5,5%; ella beneficiará a más de 47.000 funcionarios, auxiliares, técnicos y administrativos de los Servicios.

Por otra parte, indicó que se establece una Asignación de Acreditación Individual y Estímulo al Desempeño Colectivo, con un componente por acreditación individual de hasta un 5,5% y uno asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención de hasta un 5,5%; ella beneficiará a más de 11.000 funcionarios de la planta de profesionales de los Servicios de Salud.

La Asignación de Estímulo a la Función Directiva beneficiará aproximadamente a 1.315 funcionarios, quienes podrán percibir anualmente hasta un 11% por este concepto, de acuerdo a los siguientes criterios: en los establecimientos de salud que puedan optar a la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente a la obtención de dicha categoría; para la Dirección de los Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a dos factores: la incorporación de los establecimientos al "Sistema de Autogestión en Red" y el cumplimiento de las metas sanitarias de los establecimientos de salud primaria.

La Asignación de Responsabilidad, para 1.259 funcionarios de la planta de profesionales que desempeñen funciones de gestión en los hospitales, consultorios generales urbanos y rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT), será concursable cada tres años; con ella se busca incentivar el ejercicio de estas funciones y mejorar la calidad de las prestaciones a los usuarios.

También se estipula la asignación denominada "De Turno", para quienes laboran efectivamente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por tres o cuatro funcionarios, reemplazando, de este modo, el actual pago de horas extraordinarias. Dicha asignación, de carácter imponible, regirá a contar del año 2003 para funcionarios que integren el cuarto turno y, en cuanto al tercer turno, su imponibilidad será gradual, a contar del año 2004.

Destacó que el número de funcionarios que podrá acceder a esta asignación será materia que se resolverá anualmente en la Ley de Presupuestos. Sin embargo, se estima que a contar del año 2003 aproximadamente 9.150 funcionarios que integrarán el cuarto turno percibirán este beneficio.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Señaló que el proyecto también incorpora una modificación de las Asignaciones de Desempeño Institucional e Individual, contempladas en la ley N° 19.490, para el Instituto de Salud Pública, la Central Nacional de Abastecimiento de los Servicios de Salud y la Subsecretaría de Salud.

La Bonificación de Desempeño Individual y la de Desempeño Institucional se incrementan en un 5,5% cada una, en forma progresiva, a contar del año 2003; además, aumenta la cobertura de la Bonificación de Desempeño Institucional, permitiendo con ello que el 100% del personal calificado pueda acceder a este beneficio, de acuerdo al nivel de cumplimiento de metas. Indicó que alrededor de 1.400 funcionarios de dichas instituciones se beneficiarán con la modificación de la ley N° 19.490, a contar del año 2003.

Expresó que el proyecto contempla un programa transitorio de incentivo al egreso, en virtud del cual los funcionarios que se desempeñen en los Servicios de Salud, en la Subsecretaría, en el Instituto de Salud Pública y en la Central Nacional de Abastecimientos de los Servicios de Salud, que cumplan con los requisitos de edad y que dentro de un plazo determinado presenten su renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización equivalente al promedio de las últimas doce remuneraciones imponibles, por cada año de servicio, con un tope de ocho meses. Este beneficio se incrementará en un mes, en los siguientes casos: para aquéllos cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$ 270.000 mensuales; para aquéllos que tengan, a la fecha de publicación de la ley, más de 63 años, si son mujeres y más de 68 años, tratándose de hombres; las funcionarias tendrán, además, otro mes adicional; en ningún caso este beneficio podrá exceder de once meses de remuneración imponible promediada.

Señaló que durante el año 2003 podrán acceder a este beneficio 2.194 funcionarios, privilegiándose a aquéllos de menores rentas y mayor edad. Durante el año 2004 podrán acogerse 2.000 más.

El señor Subsecretario de Salud, señor Antonio Infante, terminó su exposición señalando que la inversión pública modernizará la política de desarrollo del personal en los Servicios de Salud, lo que implica una importante inversión adicional, a partir del año 2003, en forma progresiva y por un período de 4 años.

En efecto, en el año 2003 se aumentará el gasto en cerca de 9 mil millones de pesos con respecto al año 2002, para continuar aportando recursos a la salud en una proporción mayor que la de otros sectores. Señaló que está previsto disponer de más de 25 mil millones adicionales en el año 2006, ya que la salud es un derecho de la ciudadanía y

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

un deber del Gobierno. Indicó que las cifras del gasto correspondientes a cada año serán las siguientes:

Año	Mayor Gasto Fiscal respecto del año 2002
2003	\$ 8.674 millones
2004	\$ 17.654 millones
2005	\$ 19.160 millones
2006	\$ 25.625 millones

Las cifras están expresadas en pesos del año 2002.

-----

**El doctor Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo de la Comisión Reforma de Salud**, realizó una exposición acerca del sistema de "Redes Asistenciales".

Expresó que la Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, incluidos los de la Atención Primaria Municipal y los privados en convenio dentro del respectivo territorio, los cuales deben colaborar y complementarse entre sí, para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Atención Primaria de Salud está fragmentada y desconectada; posee grandes incentivos para la derivación de los pacientes a niveles superiores; tiene una alta rotación de personal, y un gran tránsito de los usuarios en busca de atención. Esto se ha paliado, en parte, porque 55 consultorios, de los 456 existentes, han implementado Centros de Salud Familiar, que atienden al 11% de la población inscrita en los consultorios.

Estos Centros de Salud Familiar poseen un equipo de salud que genera una relación de confianza entre el médico y sus pacientes, lo que cobra especial relevancia en las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión. La existencia de estos Centros de Salud requiere transferencia de conocimientos, tecnología y medicamentos.

Manifestó que, de acuerdo a las 56 patologías que serán garantizadas por el Plan Auge, se estima que se destinarán \$ 70 mil millones anuales a la compra de medicamentos para el tratamiento de las patologías ambulatorias para los 10 millones y medio de personas que están en el nivel primario de atención, y \$ 40 mil millones para tratamientos especializados y para hospitalizaciones, totalizando \$ 110 mil millones, que representan el 20% de los \$ 550 mil millones que es el valor del citado Plan.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Concluyó que esta cobertura es importante, considerando que los medicamentos inciden fuertemente en los gastos de las personas más pobres.

La Atención Primaria requiere, para aumentar su resolutivez, apoyo permanente del nivel especializado. Citó como ejemplo el éxito obtenido por el Programa IRA (Infecciones Respiratorias en Adultos), el cual no requirió la presencia de especialistas en los consultorios, demostrando que una buena implementación de un programa de transferencia en la Atención Primaria puede generar resultados positivos.

Es necesario establecer incentivos económicos y de capacitación para los funcionarios que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud, con la finalidad de otorgarles estabilidad laboral, evitar la rotación constante del personal y facilitar la relación efectiva entre el médico y sus pacientes.

La nueva Red Asistencial deja de tener como centro al hospital y pasa a ofrecer una atención continua de calidad, con niveles de referencia y contrareferencia a lo largo de todo el proceso de atención, desde la promoción de la salud hasta la atención de patologías.

La Red Asistencial supone un Servicio de Salud que la coordine y controle, desde la Atención Primaria Municipal hasta el establecimiento de alto nivel de especialidad. El Servicio de Salud tendrá competencia exclusiva en materia de gestión del sistema de atención médica, privándosele de las facultades actuales de autoridad sanitaria. Además, se incorporan a la Red los establecimientos privados con convenios con el sistema público, previa acreditación por la autoridad sanitaria, los cuales recibirán financiamiento del FONASA.

Se establece una Autoridad Sanitaria Regional, que fiscaliza la calidad de la atención y es la responsable de la ejecución de las acciones de salud contenidas en el Plan de Salud Pública.

Al Director del Servicio de Salud le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia. Destacó la importancia de la territorialidad del sistema, que busca cumplir con los objetivos sanitarios nacionales cubriendo las necesidades y expectativas de la población que habita en una zona determinada.

Cada Servicio de Salud tendrá un Consejo, de carácter consultivo, que conocerá la gestión programática, financiera y presupuestaria del Servicio, dejando constancia de los reparos, que serán enviados al SEREMI respectivo. Este Consejo de la Red Asistencial estará



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

constituido por representantes de los usuarios, de los establecimientos de salud públicos de todos los niveles y de los privados que integren la Red.

Puso de relieve la importancia de la participación ciudadana, ya que, a través de ella, la comunidad obtiene una sensación de pertenencia respecto de la organización y se proporciona una orientación importante para el servicio. Citó como ejemplo el caso de Brasil, donde la participación ciudadana ha logrado producir una inflexión en los presupuestos de salud hacia la atención odontológica, que es de gran importancia para esa población.

Destacó como factores que caracterizan la Red Asistencial, la orientación de la misma hacia las necesidades de la población a cargo, que se evaluarán con referencia a los objetivos nacionales de salud y por la medición y monitoreo de las brechas existentes entre la situación real de salud en un territorio determinado y los objetivos sanitarios planteados; la celebración de convenios o compromisos de gestión entre los prestadores y el articulador, para que cada establecimiento de la Red conozca los puntos más eficientes de su desempeño; la Red debe compartir la responsabilidad sanitaria, financiera y administrativa con el Director del Servicio de Salud respectivo; finalmente, este Director tendrá atribuciones para la coordinación y uso racional de los recursos de los establecimientos a su cargo.

Para lograr el nuevo modelo de Red Asistencial se requieren nuevas atribuciones legales, que incorporen al sistema los conceptos de Red Asistencial; definan el nuevo modelo de atención, basado en la Atención Primaria de Salud, y perfile las nuevas atribuciones del Director del Servicio de Salud, como articulador de la Red.

Recalcó la importancia de la modernización de la carrera funcionaria, especialmente en el nivel ejecutivo, ya que el sistema hospitalario y el de atención primaria necesitan especialistas en gestión administrativa, financiera y sanitaria.

En materia de gestión de la Red, se requieren compromisos y convenios; planificación conjunta y objetivos comunes; relaciones técnicas de colaboración; gestión de derivaciones y contraderivaciones, y transferencia de recursos, tecnología, conocimientos y procesos hacia la atención primaria. Agregó que para este proceso será de gran importancia la generación de guías clínicas, que permitan un manejo integrado de las patologías, desde la atención primaria hasta los niveles más complejos.

También es necesaria la implementación de incentivos como los mecanismos de transferencia de recursos, la creación de estímulos profesionales y económicos asociados al desempeño y la disposición de recursos propios de los Establecimientos Autogestionados, derivados de la venta de servicios propios.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

La principal causa de derivación y contraderivación de atenciones desde y hacia el nivel primario de salud es que los pacientes no encuentran satisfacción a sus demandas de atención en el consultorio, el cual no cuenta con capacidad para realizar exámenes de laboratorio e imágenes, ni con especialistas, ni dispone de medicamentos. En la medida que se transfieran recursos para que cada consultorio supla estas carencias, a través de programas especiales de transferencias que permitan adquirirlos a los prestadores privados del entorno inmediato, o mediante convenios con el hospital base respectivo, aumentará la resolutivez de este nivel.

En los Centros de Referencia de Salud (CRS) y en los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) se han realizado inversiones significativas en imagenología y laboratorio, permitiéndoseles vender este tipo de servicios a los municipios. Como no se han creado los mecanismos que agilicen el proceso de compra por parte de las municipalidades, a éstas les resulta más fácil derivar al paciente.

En cuanto a la atención médica especializada, expresó que constituye un problema mayor, considerando que en los Servicios de Salud los especialistas tienen un promedio de 15% de pacientes nuevos y un 85% de pacientes en control, por lo que cabría preguntarse por qué estos últimos no son devueltos al nivel primario para el tratamiento adecuado.

Debido a la falta de flujos de información los Servicios de Salud no saben de dónde llegan los pacientes, ni en qué volumen. Cuando se conozcan estos datos se podrá fortalecer a los consultorios, focalizando los esfuerzos e incentivos en la resolución de los problemas reales de salud.

En los flujos de transferencias, el FONASA realiza un traspaso duodecimal fijado en los compromisos de gestión, hacia los Servicios de Salud, los que, a su vez, los traspasan a los establecimientos privados con convenio y entregan el duodécimo correspondiente a los municipios, a través de dos vías: el per cápita, que considera una cifra aproximada de \$ 930 mensuales por persona, y conforme a los programas convenidos con los distintos municipios.

El aporte per cápita a la Atención Primaria asciende a \$ 1.711 mensuales, de los cuales menos de \$ 1.000 se transfiere como per cápita por persona inscrita y el resto por programas especiales. Alrededor de 9.000.000 de inscritos reciben el per cápita municipal, lo que se traduce en 1,8 atenciones al año por persona.

El Programa 02 de FONASA, Atención Primaria, por \$ 201.992 millones, incluye las transferencias totales que se hacen a ese sector; aproximadamente \$ 140.000 millones corresponden al per cápita y \$ 60.000 millones a los programas especiales.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Director Regional fiscalizará las normas sanitarias y la calidad de las prestaciones otorgadas por la atención primaria municipal y el Servicio de Salud supervisará el cumplimiento de las normas técnicas y los programas de salud.

En caso que el municipio no cumpla con sus obligaciones existe un recurso de reclamación, ante el Director Regional, por la calidad de los establecimientos que están a cargo de los municipios; un recurso de reclamación ante el alcalde, según la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades, y un recurso de reclamación ante la Corte de Apelaciones, contra el fallo del recurso ante el alcalde. Destacó que los reclamos de la ciudadanía frente a la atención municipal son poco frecuentes.

En cuanto a las personas que se inscriben en más de un consultorio, el problema se resuelve por las listas de inscritos que los municipios entregan mensualmente al FONASA, el cual detecta el fraude por la duplicidad de los números de carnet de identidad.

Manifestó que es difícil determinar cuál es el óptimo en materia de atención, ya que las realidades son bastante distintas; además, las prestaciones varían según los grupos de edad y sexo. Citó como ejemplo el sistema aplicado en Cataluña, donde la atención primaria tiene como promedio 11 consultas al año por persona, lo cual se basa en que la consulta directa, unida a un trabajo de construir relaciones de confianza con la población, tiene por consecuencia la disminución de la cantidad de procedimientos complejos y el de exámenes de laboratorio o complementarios

Chile tiene en la actualidad una baja tasa de consulta para el varón adulto, con una consulta al año por persona, lo que se debe a que este segmento corresponde al grupo de trabajadores que tienen limitaciones horarias para concurrir al consultorio. Este hecho se ha corregido con los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), que atienden los días sábados.

Hay sectores de la población que en la actualidad están desatendidos, para los cuales hay que generar una Atención Primaria bien organizada. Esa es la propuesta del Plan de Salud Familiar, que incorpora un sistema de pesquisa de enfermedades crónicas en los adultos para otorgarles una atención oportuna.

El incremento de la atención médica y de las atenciones de urgencia en la Atención Primaria se debe a la ampliación de los SAPU (Servicios de Atención Primaria de Urgencia) que satisfacen las necesidades de salud utilizando la misma infraestructura, con una ampliación horaria. Este servicio proporciona una atención a un costo aproximado de \$ 2.500, en tanto que una

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

consulta a nivel de servicio de urgencia hospitalario vale \$ 8.000. En cierta medida, se ha aumentado la complejidad de las prestaciones, a través de la compra de exámenes de laboratorio y los municipios utilizan parte de sus recursos propios para comprar atenciones complejas.

Finalizada la exposición, la Honorable Senadora señora Matthei consultó si se conoce la distribución geográfica de estos problemas de acceso, a lo que el representante del Ejecutivo explicó que existen instrumentos para el análisis de la desigualdad basados en la encuesta CASEN, la cual arroja comunas con grandes diferencias en la esperanza de vida, existiendo, además, estadísticas de las causas de muerte por comuna, relacionadas con niveles de ingreso y de educación.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo consultó si el tema de las derivaciones y contraderivaciones estará contenido en un reglamento, y si no sería más conveniente que la ley fijara un criterio general al respecto.

Agregó que no están explícitos los mecanismos reglamentarios, financieros y de integración de la red, y los objetivos de la misma, a lo que el doctor Sandoval replicó que las derivaciones y contraderivaciones no pueden rigidizarse en una ley y que se requiere generar mecanismos de transferencia de conocimientos y competencias hacia la atención primaria.

El representante del Ejecutivo destacó que, en este sentido, en el Programa IRA no existen especialistas que hayan ido a los consultorios primarios y, sin embargo, el programa ha conseguido éxito con la transferencia de conocimiento a los médicos generales; en consecuencia, se necesita que el hospital deje de ser una concentración de conocimientos y los transfiera al nivel primario, conjuntamente con cambiar el criterio respecto de los especialistas. Citó como ejemplo que el 50% de las consultas derivadas de los gastroenterólogos corresponden a colon irritable, patología que no requiere ningún conocimiento especializado para su manejo y que podría ser atendida en el nivel primario en base a un protocolo de manejo.

Destacó que sería ideal establecer parámetros para limitar las derivaciones desde el nivel primario hacia los hospitales. Sugirió que no se cancele la consulta de un especialista del nivel superior hasta que el paciente sea devuelto al nivel primario de atención.

La Honorable Senadora señora Matthei reiteró que aún no tiene claro lo relativo a premios y castigos para que las atenciones se otorguen en el nivel que corresponda.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Honorable Senador señor Viera-Gallo consultó por qué no se han introducido estos cambios en el sistema, añadiendo que, a su parecer, no es por falta de voluntad, sino porque existen intereses gremiales y corporativos, que para vencerlos sería necesario dictar una ley, debido a que nuestro país tiene una cultura legalista.

Añadió, por ejemplo, que le preocupa el tema de la falta de oftalmólogos en los consultorios, en circunstancias que se le ha señalado que la solución sería poner a un optometrista, pero también se le ha informado que habría oposición de los especialistas.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó que comparte lo expresado por el representante del Ejecutivo y sugirió tres condiciones para el buen funcionamiento de la atención primaria: un ordenamiento, a lo menos jurídico, de la contratación de personal, que implemente un solo sistema, con distintos puntos de apoyo. incentivos económicos, de carrera funcionaria, médica y administrativa, entre los sistemas. implementación técnica y financiera suficiente. El per cápita actual de la atención primaria no permite una atención adecuada.

El representante del Ejecutivo explicó que hay un programa de oftalmología a nivel de los consultorios, y que lo único que se exige a las recetas de lentes es que sean firmadas por un médico general, por lo que las recetas podrían ser despachadas por los consultorios que posean el equipamiento adecuado para ello.

El Honorable Senador señor Espina solicitó aclarar la referencia al uso del mecanismo libre elección, a lo que se le respondió que, de acuerdo a los datos del año 2001, \$ 180 mil millones se gastaron en la libre elección, de los cuales aproximadamente el 50% fue con copago de los usuarios, lo que representó que \$ 90 mil millones fueran destinados a la compra de bonos por el grupo B, es decir, por cotizantes cuyo ingreso es inferior a \$ 112.000, quienes por problemas de oportunidad, teniendo derecho a ser atendidos en forma institucional, igualmente compran el bono.

Esto significa que la mitad de los bonos que se venden los compra gente del grupo B de Fonasa, que no debería comprarlos, y esos pagos representan \$ 45 mil millones que salen del bolsillo directo de las personas pobres o cesantes.

Destacó que en el año 2002 se vendió un 10% menos de bonos, debido a la crisis económica.

El Honorable Senador señor Viera Gallo expresó que en materia de salud familiar existe un buen ejemplo en la ciudad de

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Talcahuano, pese a que la mayoría de sus centros son muy precarios, por la escasez de recursos. Consultó la causa por la cual los municipios no implementan los Centros de Salud Familiar.

El representante del Ejecutivo explicó que este tipo de centros no se implementan, primero, porque hay un problema de diseño, al requerirse un especialista en salud familiar; segundo, la organización de los Centros de Salud es un tema radicado en la decisión de las corporaciones municipales, y tercero, se debe aumentar la transferencia per cápita a la atención primaria, con el objeto de financiar este plan de salud familiar en la mayoría de los consultorios del país, que es lo que pretende el Régimen de Garantías de Salud.

- - - - -

**El señor Marcelo Tockman, asesor del** Ministerio de Hacienda, realizó una exposición acerca del tema de las "**Prestaciones Valoradas**". Expresó que las fuentes de financiamiento del Servicio de Salud para el año 2003 provienen, en un 57%, del Programa de Prestaciones Institucionales y, en un 43%, del Programa de Prestaciones Valoradas. Comparando estas cifras con las del año 2002, las primeras se redujeron en un 5,3% y las segundas se incrementaron en un 18,7%.

El Programa de Prestaciones Valoradas supone: compra de prestaciones mediante pagos prospectivos por problemas resueltos, para aplicar incentivos correctos; una canasta definida con los especialistas; una valorización efectuada mediante estudios de costos y comparación con los privados, para lo cual se considera la oferta privada disponible a esos precios en la mayoría de las prestaciones, corrigiendo los rezagos en los precios con una evaluación permanente de los mismos; si el sistema dispone pagos menores a los costos, las consecuencias son una producción insuficiente o el endeudamiento del sistema, y si los pagos son mayores que los costos, se produce una sobreutilización del sistema.

La identificación de precios en los Programas de Prestaciones Valoradas permite la corrección de los mismos, por eso es necesario un proceso permanente de información y actualización.

El Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) realiza transferencias asociadas al pago de factores, independientemente de la producción. El Servicio de Salud se compromete anualmente a realizar todo lo que pueda con el presupuesto otorgado por dicho Programa, de acuerdo a las metas sanitarias generales. Agregó que la deuda hospitalaria se genera porque los Servicios de Salud realizan más prestaciones de las que pueden financiar con su presupuesto.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

En el Programa de Prestaciones Valoradas es relevante el precio para poder realizar las transferencias, ya que en él ellas se compran, por lo que un error en el precio es nefasto para el sistema. En cambio el Programa de Prestaciones Institucionales financia factores, no existe compra.

Concluyó que los costos son importantes donde hay compra de prestaciones; que en la fijación de precios no todo el costo de un establecimiento en particular es relevante, ya que el precio no debe validar la ineficiencia; que los precios se evalúan permanentemente en el Programa de Prestaciones Valoradas, para la corrección de los mismos, y que este Programa, como mecanismo de pago, está en expansión.

El Honorable Senador señor Ríos manifestó que el presupuesto del Ministerio de Salud no contempla los recursos necesarios para la mantención y reparación de los edificios, ni tampoco se conoce los montos involucrados, por lo que sugirió determinar su valor considerando los objetivos sanitarios futuros.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo consultó si las remuneraciones del personal están o no contempladas en las Prestaciones Valoradas y en las Institucionales, a lo que el Ministro de Salud respondió afirmativamente, explicando que se consideran tomando en cuenta horas médicas destinadas a cada atención.

El Ministro de Salud explicó que el FONASA determina cuáles y cuántas prestaciones se necesita realizar en el sistema, y su valor se determina en base a los procedimientos médicos y exámenes necesarios para el tratamiento. Posteriormente, se designa para otorgarlas al Servicio que cuenta con las condiciones necesarias para ello.

Agregó que la resolución de problemas con criterios sanitarios facilita la convivencia en los hospitales y que no es razonable que sea el médico quien jerarquice las atenciones.

El Honorable Senador señor Edgardo Boeninger manifestó que el Plan Auge evitará que el médico enfrente el problema ético de priorizar las atenciones.

El Honorable Senador señor Ríos manifestó que en el planteamiento realizado en torno a la valorización de las prestaciones no existen responsabilidades del Ministerio de Salud. Asimismo, se necesita otorgar al Director de los Servicios de Salud mayor autonomía en la gestión, para evitar que se diluya su responsabilidad.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Honorable Senador señor Espina consultó de qué manera se consideran en la valoración de las prestaciones la docencia y la capacitación.

La Honorable Senadora señora Matthei concordó en la importancia de jerarquizar las atenciones y en que se debe liberar al médico de una decisión difícil, en la que gravitará la limitación de los recursos. Enfatizó que es necesario establecer reglas claras y precisas de priorización.

Agregó que el Programa de Prestaciones Valoradas le parece bien en principio, no obstante que presenta un problema por la incidencia de costos variables. Consultó cómo considera este programa los costos fijos de mantención de un hospital, ya que depende de la utilización de un establecimiento si se cubren o no este tipo de costos.

Añadió que este sistema lleva a concluir que es conveniente establecer pocos centros especializados, a lo largo del país.

El Honorable Senador señor Boeninger destacó la importancia de terminar con la diferencia de valoración entre las prestaciones incluidas en el Plan Auge y las que no lo están. En cuanto al programa de Prestaciones Valoradas, subrayó la importancia de la calidad de la atención, de los protocolos y de las guías clínicas, las cuales definirán el marco de acción de los médicos.

El Ministro de Salud explicó que los procesos de valoración favorecen la eficiencia, ya que los hospitales con sobredotación deberán buscar fórmulas para aumentar su producción y la calidad del trabajo funcionario.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo consultó cómo se cobra a un Servicio de Salud las atenciones otorgadas por el hospital regional a los pacientes derivados del Programa de Prestaciones Valoradas.

Los representantes del Ejecutivo respondieron que la idea es reforzar que la solución de un problema de salud radica en el prestador. En cuanto a las actividades de docencia, se comprometieron a averiguar los costos involucrados, y en cuanto a la publicidad de las listas de espera, explicaron que el proyecto de ley que regula el Plan Auge establece este mecanismo para todas las prestaciones, lo que contribuirá a un manejo transparente.

- - - - -

**El Director Nacional del FONASA, señor Alvaro Erazo, prosiguió con otra exposición sobre la temática de las "Prestaciones Valoradas".**



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Indicó que el presupuesto del sector público de salud durante el período 1976-1992 se caracterizó por ser de continuidad, sin criterios de liquidación de los recursos asignados al sector, sin incentivos, y en donde los precios que fijaba la autoridad no tenían relación con los costos.

En el año 1992 se inició la incorporación de un mecanismo de asignación de pago por prestaciones prospectivas que identificó los recursos asignados a los diferentes Servicios de Salud.

En el año 1995 se crearon los Programas Especiales, sustentados en la lógica de pagos por resultados, denominados Pagos Asociados al Diagnóstico (PAD), que incorporaron prestaciones a partir de un diagnóstico resolutivo, quebrando la tendencia de la asignación presupuestaria basada en criterios históricos.

En el año 2002 se incorporó el sistema de Pago por Prestaciones Valoradas.

Destacó que el 72% de la facturación del FONASA ha sido actualizada a costos reales, a través de las prestaciones valoradas y las institucionales.

Señaló que se debe considerar que hay transferencias que están definidas como bienes de salud pública y que constituyen, en el marco de la Reforma, el denominado Plan de Salud Pública, que transfieren actividades para el catálogo de las 2.200 prestaciones otorgadas en la modalidad institucional.

En cuanto a los componentes centrales de la Reforma Financiera implementada en el FONASA, destacó:

- El ordenamiento financiero con presupuestos prospectivos y con transferencia financiera.
- Una política arancelaria que ha incorporado una metodología general de costos y una política de precios con pagos asociados al diagnóstico en los Programas de Prestaciones Valoradas, y al per cápita en el nivel primario.
- Mecanismos de asignación de recursos en el nivel primario con un sistema de pago per cápita y en el secundario y terciario, con un sistema de Pago por Prestaciones (PPP); Pagos Asociados al Diagnóstico (PAD); Programas Especiales y compromisos de Gestión.
- Una Política de recuperación de costos con techos catastróficos, con revisión de copagos y una redefinición de tramos con clasificación previsual.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Hizo presente que FONASA debe cumplir un rol de intermediador que equilibre la realidad presupuestaria del sector, las demandas de los usuarios por atenciones de salud y la disponibilidad de la oferta de los prestadores, para lo cual es indispensable lograr una combinación entre los mecanismos de pago de prestaciones y la política de precios que la sustenta.

Los instrumentos para tales efectos están definidos en el Arancel de la Modalidad Institucional (MAI), con los Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), y el de Prestaciones Institucionales (PPI); y el Arancel de la Modalidad de Libre Elección (MLE).

Manifestó que los elementos centrales de la transición de los presupuestos históricos a los presupuestos reales lo constituyen los mecanismos de asignación de recursos; la identificación de variables críticas, como los marcos presupuestarios para el año respectivo, y las prioridades sanitarias.

Indicó que para que una Política de Precios sea eficiente y equitativa es necesario: un marco presupuestario; costos medios de producción con modalidad institucional; precios de mercado en la modalidad de libre elección; constituir una señal válida de microasignación de recursos; establecer un equilibrio financiero entre la bonificación estatal y los niveles de copago de los usuarios, definido como macroasignación, mesoasignación y microasignación con los Servicios de Salud, y disponer de mecanismos de asignación de precios, de manera que la formulación de la política de precios sea eficiente y contribuya a la equidad.

Los estudios hechos a lo largo del país han identificado una variación de los costos, por lo que una política de precios responsable debe definir costos promedio sobre los cuales FONASA ha venido aplicando su política arancelaria en materia de la modalidad institucional y de libre elección.

El Honorable Senador señor Espina expresó que la política de precios y los costos medios de producción de la modalidad institucional asignan a cada prestación un valor promedio, por lo que consultó si el pago de esa prestación sería equivalente para todos los hospitales.

El Director de FONASA confirmó lo expresado por el Honorable Senador, pero agregó que estos valores tienen coeficientes correctores que, en algunos casos, obedecen a la mayor o menor complejidad de la prestación, y que los costos directos consideran al personal incorporado como modalidad institucional.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Señaló que en la metodología de determinación de precios bajo la modalidad de Atención Institucional FONASA ha incorporado dos sistemas independientes, pero complementarios: el Sistema de Costeo de Prestaciones de Hospitales Públicos, con las modalidades del Sistema de Costeo de Prestaciones, y el Sistema de Información para la Gestión Hospitalaria (SIGH) de costeo indirecto, a través de la cual se evalúan los costos de la gestión hospitalaria en centros de responsabilidad.

El Sistema de Costeo de Prestaciones considera los costos directos como recursos humanos, muebles y equipos ( más un factor de depreciación), insumos y medicamentos.

La Honorable Senadora señora Matthei consultó cuál es el índice de depreciación de bienes, a lo que se le respondió no tener el dato exacto del mismo, pues varía de acuerdo al efecto de la vida útil del equipo.

Añadió el Director de FONASA que el Sistema de Información para la Gestión de los Hospitales involucra costos indirectos como los de administración, de mantención y unidades de apoyo incorporadas en un proceso más indirecto de la resolución del problema de salud.

Los costos directos e indirectos constituyen el costo total de la prestación.

Indicó que en el último estudio hecho por FONASA con el apoyo de la OMS, se incorporó al Sistema de Información de Gestión Hospitalaria, a través de un proceso informático, una serie de actividades intermedias en los procesos de producción, independientemente de las actividades generales y de las finales.

Por otra parte, la metodología de determinación de precios para la Modalidad de Atención Institucional incorpora todos los costos, salvo el pago del capital, pues el plan de inversiones se viabiliza a través de las decisiones de la Subsecretaría de Salud.

En la Modalidad de Libre Elección los precios constituyen una señal de gran importancia, considerando el poder de compra del FONASA en el mercado privado, convirtiéndolo en un regulador natural de precios en el sector privado.

El Pago Asociado al Diagnóstico (PAD), ha avanzado en asociar los mecanismos que tiendan a dar soluciones integrales con un diagnóstico resolutivo o resolución integral o canasta integral, ya que el PAD establece un conjunto estandarizado de prestaciones, con un costo medio y un riesgo compartido.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Pago por Prestaciones, conocido como catálogo de prestaciones, considera un volumen importante de las 2.200 prestaciones que tiene FONASA, cada una de las cuales tiene su definición técnica.

La construcción de la denominada "Canasta PAD", considera las prestaciones como los días cama, exámenes y procedimientos, intervención quirúrgica, las frecuencias de uso, precios unitarios. Se elabora con criterios expertos, con revisión de fichas clínicas, y estudios nacionales e internacionales que sirven como referente.

Los Honorables Senadores señora Matthei y señor Boeninger expresaron que, en la práctica, el Sistema de Gestión de Hospitales considerará todos los costos indirectos de las intervenciones que se realicen en los hospitales.

Al respecto, el Director de FONASA indicó que para la resolución de cada problema de salud se deben sumar presupuestos históricos, con presupuestos por actividad. Citó como ejemplo que en el precio del día cama integral en hospitales tipo 1 se identificó una diferencia del precio del arancel de \$ 22 mil, con un costo actualizado de \$ 26 mil.

Destacó que FONASA efectuó un estudio de costos con la metodología SIGH que detectó como áreas presupuestarias complejas a la cama integral UTI adulto, pediátrica y neonatal; y la intermedia adulto y pediátrica. Estos tipos de cama tienen un alto porcentaje diferencial, por lo que en el presupuesto el año 2002 se planteó al Ministerio de Hacienda que en el plazo de tres años se modificarían gradualmente los precios, actualizando los costos a partir del referido estudio. Se logró corregir las denominadas "camas críticas" en \$ 7.900 millones, acercándose al precio del estudio de costos en un 85%.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide consultó qué porcentaje de la deuda hospitalaria representan las camas críticas, a lo que se le respondió que éstas constituyen alrededor de \$ 14.000 millones de la misma.

El Honorable Senador señor Boeninger consultó qué porcentaje de costos indirectos aún no han sido considerados en los valores reales de las prestaciones, a lo que el Director de FONASA respondió que alrededor de un 20% de los costos indirectos aún no han sido incorporados al valor de las mismas. Citó como ejemplo que los médicos generales de zona se cancelan por una partida presupuestaria distinta a la del Ministerio de Salud, por lo que su costo no es considerado aún.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

La Honorable Senadora señora Matthei expresó que del ejemplo citado se puede concluir que los costos señalados no sirven para comparar el valor de las prestaciones entre el sistema público y privado.

El Honorable Senador señor Espina consultó cómo se calcula el costo promedio de las cama UCI y UTI. Se le respondió que éste se calcula en base al promedio de los 12 hospitales tomados como muestra para la realización del estudio.

El Ministro de Salud agregó que el estudio de costos de las prestaciones se realiza con la colaboración de expertos a nivel local, destacando que, si bien los costos los calcula el FONASA, los protocolos clínicos son elaborados por equipos científicos competentes.

La Honorable Senadora Matthei manifestó que habría que determinar las causas por las cuales algunos establecimientos hospitalarios se escapan del promedio de costos de las prestaciones, lo que podría ocurrir por un problema de gestión o por falta de personal. El Director de FONASA añadió que la definición de un estándar de calidad es básica para la implementación de una política de asignación de recursos.

La referida señora Senadora sugirió licitar las patologías que puedan esperar para su atención, evitándole al FONASA fijar los precios de las mismas. Agregó, además, que esta modalidad sería más barata para el sistema público.

El Director de FONASA expresó que se deben poner los incentivos correctos para conseguir la implementación entre los sistemas público y privado de salud. Añadió que durante el presente año se está utilizando el sistema de convenios con privados, dispuesto en el D.F.L N° 36, del Ministerio de Salud, de 1980, sobre normas que se aplican a la celebración de convenios que celebren los Servicios de Salud.

Destacó que el sistema de licitación presenta dudas de si los oferentes serán o no los únicos interesados en el proceso y si son o no los más eficientes en el otorgamiento de una determinada prestación. Añadió que el FONASA utilizó esta modalidad en el convenio que celebró con la Clínica Santa María para el otorgamiento de los exámenes de endoscopías.

El Honorable Senador señor Espina consultó qué porcentaje de las transferencias del FONASA corresponden a convenios con privados. Se le respondió que sólo un 3%, del 10% autorizado para tales efectos, se utiliza efectivamente.

El Honorable Senador señor Espina manifestó que el D.F.L N° 36, del Ministerio de Salud, de 1981, constituye una herramienta para

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

que FONASA contrate servicios en el sistema privado, que si bien podría ayudar a la buena gestión de un establecimiento, presenta el problema de los costo fijos de personal del sistema público de salud.

El Ministro de Salud acotó que si FONASA aumentara a 10% sus transferencias para celebrar convenios con privados, podría suceder que no exista una oferta adecuada para esta demanda en el mercado privado.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide manifestó ser partidario de poner un límite para que FONASA celebre convenios con privados, ya que la finalidad de esta modalidad es garantizar la atención a la población cuando el Servicio de Salud no esté en condiciones de otorgarla. Se trata de fortalecer el aparato público de salud con mayor cantidad de recursos para que la red atienda a una esfera amplia de la población.

Añadió que si el Servicio de Salud utilizara la totalidad del porcentaje permitido para la celebración de convenios con privados, los costos de las prestaciones serían más caros en el sistema privado, y que este sistema no siempre es el más favorable para los pacientes. Estimó preferible la idea de utilizar el sistema de convenios con privados sólo subsidiariamente.

El Honorable Senador señor Espina expresó que la externalización de servicios le resta capacitación a los funcionarios del sistema público de salud. Añadió que, según su opinión, FONASA no llegaría a utilizar el 10% de sus transferencias en convenios con privados para el otorgamiento de prestaciones, porque saldría más caro al considerar los costos fijos del personal de los Servicios de Salud. Explicó que se debe compatibilizar este sistema con los hospitales bien gestionados y que no deberían establecerse límites para la celebración de este tipo de convenios, entregándolos a las necesidades del sistema.

El Honorable Senador señor Ríos felicitó al Director de FONASA por la administración de un sistema de salud complicado. No obstante, enfatizó que se debe terminar la administración centralizada del sistema, ya que no existe razón para imponer parámetros similares a realidades disímiles entre sí. Agregó que da la sensación que el avance realizado por FONASA en materia de valorización de prestaciones no ha sido el adecuado.

El Director de FONASA manifestó que dentro de los desafíos de la institución que dirige, para el año 2003, se encuentran: el costeo de las prestaciones prioritarias como las del Plan Auge de alta complejidad; establecer el Pago Asociado al Diagnóstico (PAD), según protocolos; identificar las prestaciones o canastas del Programa de Prestaciones Institucionales (PPI)

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

pertencientes a la resolución de patologías AUGÉ, y establecer convenios para el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI).

Agregó que el rol básico de FONASA es definir las reglas del juego en términos financieros, para lo cual es necesario transparentar el presupuesto de los Servicios a enero de 2003, abandonar los presupuestos históricos y fijar las reglas de financiamiento para las transferencias a los Programas de Prestaciones Valoradas e Institucionales.

-----

**El señor Julio Valladares, asesor del Ministerio de Hacienda,** efectuó una exposición acerca de la "**Reforma de Salud y la Nueva Política del Personal**".

Manifestó que la Reforma de la Salud requiere el fortalecimiento del sistema público mediante el mejoramiento de la gestión hospitalaria y el desarrollo de una nueva política de recursos humanos que asegure una mayor calidad de las prestaciones y una mejor atención a los pacientes.

Esta nueva política se sustenta sobre los principios de descentralización y de autonomía en la gestión de los hospitales públicos, con personal idóneo para el trabajo en equipo; en mayores niveles de flexibilización y adaptación de los establecimientos y del personal a los requerimientos de la población, y en un sistema de remuneraciones que incentive el cumplimiento de los objetivos sanitarios del país.

La política del personal es producto de un intenso proceso de diálogo entre el Ministerio de Salud y los gremios representativos del sector.

Las nuevas disposiciones afectan al personal regulado por la Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo; al de los Servicios de Salud, de la Subsecretaría de Salud, del Instituto de Salud Pública (ISP) y de la Central Nacional de Abastecimiento de los Servicios de Salud (CENABAST).

La normativa en materia de personal está referida a la modernización de la carrera funcionaria, a los incentivos de carácter remuneratorio y al Programa Especial de Incentivo al Retiro.

En cuanto a la modernización de la carrera funcionaria, se introducen elementos que permiten desarrollar sistemas de promoción que privilegian la capacidad de los funcionarios y la igualdad de oportunidades para el ascenso, mediante concursos internos.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

De este modo, se dispone que para la Planta de Directivos y de Profesionales de los Servicios de Salud, de la Subsecretaría de Salud, del Instituto de Salud Pública y de la Cenabast la promoción se efectuará por concurso interno, considerando 4 factores con igual ponderación: capacitación, desempeño, experiencia calificada y aptitud para el cargo; esto comenzará a regir a contar del año 2004.

Se prevé un aumento de la capacidad de adecuación del personal, determinando que un 15% de los cargos profesionales contratados se transformen en una dotación por horas, con jornadas parciales y con remuneraciones proporcionales a la jornada.

En materia de modernización de la carrera funcionaria, se modifica la ley N° 19.086, eliminando el tope del grado 10º de la E.U.R, de manera que, a contar de la fecha de publicación de la ley, si hay cargos vacantes, las asistentes sociales, enfermeras, kinesiólogos, matronas y nutricionistas, entre otros, podrán acceder a los grados del 18º al 5º, posibilitando a los profesionales más meritorios alcanzar grados más altos que en la actualidad.

A su vez, para las Plantas de Técnicos Administrativos y Auxiliares del Servicio de Salud, de la Subsecretaría de Salud, del Instituto de Salud Pública y de la Cenabast, se perfecciona el escalafón de mérito, considerando en la evaluación los factores capacitación, buen desempeño y experiencia calificada.

En cuanto a los incentivos de carácter remuneratorio, la nueva política se expresa en la creación de las asignaciones de estímulo al cumplimiento de metas sanitarias por establecimiento, a la acreditación individual de competencias, al fortalecimiento de la función directiva, y la asignación de turno. Estos incentivos se otorgarán en forma gradual, durante un período de 4 años, a contar del año 2003, hasta alcanzar sus montos máximos.

La Asignación de Estímulo a la Función Directiva busca fortalecer el cumplimiento de metas y el desempeño por establecimiento, conforme a ciertos criterios de asignación que, para los establecimientos de salud que puedan optar a la categoría de Establecimiento de Autogestión en Red, estará asociada a la obtención de dicha calificación, en tanto que para las Direcciones de los Servicios, ella estará vinculada a la obtención de la categoría de Autogestión en Red de los centros hospitalarios de su dependencia (hasta el 8%) y al cumplimiento de las metas sanitarias de los establecimientos de salud primaria ubicados en su territorio (hasta el 3%).

Aproximadamente 1.315 funcionarios de la Planta Directiva podrán percibir, a contar del año 2004, hasta un 5,5% de sus remuneraciones, y a contar del año 2006, entrando en régimen, percibirán anualmente un incentivo de 11% de las mismas.



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

La Asignación de Responsabilidad tiene por objeto incentivar el desempeño de las funciones de responsabilidad de gestión en los hospitales, consultorios generales urbanos y rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT). Se otorgará mediante concurso abierto y tendrá una vigencia de 3 años, renovables.

Para esta asignación habrán 1.259 cupos para la Planta Profesional, seleccionados mediante concurso, estableciéndose cupos máximos según el tipo de establecimiento y el monto promedio asignado por persona.

La Asignación de Acreditación Individual y Estímulo al Desempeño Colectivo para Profesionales, contempla un componente por acreditación individual, con un máximo de 5,5% de las remuneraciones, dependiendo de los años de servicio del funcionario, y un componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención de los usuarios de los hospitales, con un máximo de 5,5%, dependiendo del grado del cumplimiento de metas fijadas para el año anterior.

Agregó que este beneficio se irá otorgando en forma gradual durante un período de 4 años, entre los años 2003 al 2006 y que, aproximadamente, 11.515 funcionarios de la Planta Profesional de los Servicios de Salud recibirán este incentivo a contar del 2006, para premiar el desempeño individual de los profesionales y el logro de las metas sanitarias por establecimiento.

La Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo para Técnicos, Administrativos y Auxiliares contiene un componente base de 5,5%, y un componente variable, asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención de los usuarios de cada hospital público, de hasta un 5,5%, dependiendo del grado de cumplimiento de las metas fijadas para el año anterior.

Esta asignación se otorgará gradualmente durante un período de 4 años, a partir del año 2003, siendo beneficiados aproximadamente 47.280 funcionarios auxiliares, técnicos y administrativos de los Servicios de Salud, una vez en régimen.

La Asignación de Turno favorecerá a los funcionarios de los Servicios de Salud que laboren efectivamente en puestos de trabajo que requieran atención las 24 horas del día durante todos los días del año.

Esta asignación será imponible y se otorgará gradualmente, a contar del año 2003, a los funcionarios que integren el sistema de cuarto turno y, a contar del año 2004, a los del tercer turno.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Este sistema reemplaza el pago de horas extraordinarias. Los montos mensuales percibidos por este concepto serán materia de un decreto con fuerza de ley que establecerá los valores para cada uno de los cargos y grados. Asimismo, a aquellos funcionarios que perciban la Asignación de Turno y que se encuentren contratados actualmente, se les otorgará una bonificación destinada a compensar las cotizaciones de pensión y de salud a las que está afecta dicha asignación.

En otro orden de ideas, manifestó que el proyecto de ley introduce modificaciones a las Bonificaciones al Desempeño Institucional y Funcionario, reguladas en la ley Nº 19.490 para el ISP y la CENABAST.

En efecto, la Bonificación por Desempeño Institucional se incrementa en un 5,5%, a contar del año 2003 y se aumenta su cobertura, en forma progresiva, hasta llegar al 100% del personal calificado. En tanto, la Bonificación al Desempeño Funcionario se aumenta en un 5,5%, a contar del año 2003, para el 33% del personal mejor evaluado, y para el siguiente 33% se incrementa progresivamente en un 2,75%.

**Alrededor de 1.400 funcionarios de la Subsecretaría de Salud, del ISP y de la CENABAST se beneficiarán con este reforzamiento de los incentivos al desempeño institucional e individual vigentes en la ley Nº 19.490.**

Otro de los beneficios dispuestos por la iniciativa es el Programa Especial de Incentivo al Retiro, que favorecerá a 4.194 funcionarios que cuentan con los requisitos necesarios para jubilar. Esta asignación contempla un mes del promedio de las últimas doce remuneraciones imponibles, por cada año de servicio, con un tope de ocho meses. El beneficio se incrementará en un mes por año si las remuneraciones imponibles del funcionario son inferiores a \$ 270.000 mensuales, o si tienen, a la fecha de publicación de la ley, más de 63 años si son mujeres y más de 68 años si son hombres, y en un mes adicional para las funcionarias.

Agregó que durante el año 2003 podrán acceder a este beneficio 2.194 funcionarios, privilegiándose a aquellos de menores rentas y de mayor edad. Durante el año 2004 podrán acogerse otros 2.000 funcionarios más.

La nueva política de personal entrará en régimen el año 2006, con un costo de \$ 25.625 millones (pesos del año 2002).

Este cuerpo legal otorgará los beneficios señalados en forma gradual, durante un período de 4 años, a partir del año 2003, y el costo para cada período será el siguiente:

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

AÑO Mayor Gasto Fiscal  
Respecto del gasto 2002

\$ 8.674 millones  
\$ 17.654 millones  
\$ 19.160 millones  
\$ 25.625 millones

**Finalmente, señaló que con el objeto de fortalecer y mejorar la productividad del personal se han tomado las medidas necesarias para incrementar gradualmente la inversión en capacitación funcionaria, con el fin de que en el año 2005 el 1% del total del gasto en personal sea destinado a este objetivo.**

**Esta inversión se efectuará en forma gradual, considerando la siguiente distribución: alcanzar el 0,4% el año 2003 (incorporada en la Ley de Presupuestos); el 0,7% el año 2004 y un 1% el año 2005. Estos recursos financiarán los programas de capacitación del proceso de modernización de los centros hospitalarios.**

La Honorable Senadora señora Matthei consultó qué gremios son los que participaron en los acuerdos celebrados para alcanzar consenso en materia de personal.

El representante del Ejecutivo respondió que fueron la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS UNITARIA) y la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de la Salud (FENPRUSS), y que no concurrió la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (CONFENATS).

El Honorable Senador señor Viera-Gallo consultó si las nuevas disposiciones en materia de personal afectan al FONASA, a lo que se le respondió que esta institución resolvió abstraerse de la aplicación de la ley Nº 19.490 e incorporarse a la Asignación de Desempeño Individual prevista para la Administración Pública.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo solicitó aclarar cómo se considerará el factor antigüedad en la nueva política de personal. Se le respondió que el factor de promoción en la carrera funcionaria denominado "experiencia calificada", incluye la antigüedad, además de otros conceptos.

La Honorable Senadora señora Matthei consultó si existirá la oportunidad para que todos los funcionarios tengan acceso igualitario a la capacitación y qué ocurrirá al respecto en la Atención Primaria.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El representante del Ejecutivo explicó que los recursos para capacitación se distribuirán a cada Servicio de Salud, quienes resolverán los mecanismos de acceso a ella, a través de los comités de capacitación y de un diálogo previo con los funcionarios. Finalmente, señaló que la Atención Primaria está sujeta a un estatuto distinto al de los Servicios de Salud, por lo que no le son aplicables las normas sobre capacitación previstas en la iniciativa legal.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo consultó si en el caso de los grandes establecimientos hospitalarios las metas sanitarias están establecidas para el hospital o por cada una de las distintas secciones que lo componen, a lo que se le contestó que las metas se instituyen para cada establecimiento.

El Honorable Senador señor Ríos manifestó que no existe ninguna novedad en la propuesta de personal introducida por el proyecto de ley, considerando que los trabajadores de la salud no se sienten contentos en el desempeño de sus funciones. Sugirió que una alternativa sería aumentar sus remuneraciones. Asimismo, criticó que el Director del Hospital tenga escasas atribuciones para otorgar este tipo de incentivos, lo que podría afectar negativamente el cumplimiento de metas.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo explicó que, en materia de recursos humanos, lo ideal sería que cada hospital tuviera personalidad jurídica y patrimonio propio, con una planta funcionaria mínima y derechos laborales básicos, quedando el resto de las materias entregadas a la flexibilidad de la red.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskide consideró que las modificaciones propuestas por la iniciativa en materia de recursos humanos, aún cuando no solucionan todos los problemas, constituyen un avance. De no aprobarse, significaría seguir con el sistema actual, lo que tampoco puede ser. Sugirió al Ejecutivo proponer una solución alternativa al respecto.

- - - - -

En otra ronda de invitados asistieron a la Comisión algunos **Directores de establecimientos hospitalarios**, quienes expusieron respecto de la realidad de los mismos:

**Doctor Hugolino Catalán, Director del Hospital Guillermo Grant de Concepción:**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Manifestó que el establecimiento hospitalario que dirige es un hospital de referencia en donde no existe correlación entre la derivación de los pacientes complejos que atienden y los valores facturados por dichas atenciones. Agregó que se han suprimido cargos de 22 y de 28 horas semanales, mermando la capacidad profesional; 154 funcionarios se encuentran en condiciones de jubilar, pero no lo hacen por el bajo monto de las pensiones; el 40% de las atenciones corresponden a atenciones de urgencia, y el hospital no recupera el IVA que cancela en sus adquisiciones.

En el año 2002 la diferencia entre lo facturado y las transferencias realizadas por el Servicio de Salud ascendió a un 32,4%, destacando que, si bien el hospital ha aumentado su producción, no ha existido la compensación económica correspondiente. Acotó, además, que a enero de 2002, la deuda del hospital ascendía a \$ 2.300 millones y que en diciembre del mismo año se redujo a \$ 652 millones.

El Honorable Senador señor Ríos señaló que en el Hospital Guillermo Grant existe un alto promedio de licencias médicas por trabajador, situándolo entre aquellos establecimientos con más altos índices de ausentismo.

El Director expresó que el hospital registra un promedio de 29 días anuales de permiso médico por trabajador, uno de los más elevados del país. Estimó que esta cifra, proyectada para el año 2003, se reducirá a 18 o 20 días, por la aplicación del artículo 145 del la ley Nº 18.834, Estatuto Administrativo, que establece como causal de cesación en el cargo la salud incompatible con el mismo. Añadió que este ausentismo representa para el hospital un gasto de \$ 800 millones anuales.

El Honorable Senador señor Ríos destacó que los \$ 800 millones que le cuesta al hospital el ausentismo funcionario podrían solucionar el problema de la deuda del establecimiento.

Agregó que no existe un plan de mantención de los 42 mil metros cuadrados construidos del Hospital Guillermo Grant, por lo que sólo se realizan los trabajos o reparaciones más urgentes. El señor Ulises Figueroa, Subdirector Administrativo del Hospital Guillermo Grant, confirmó lo dicho por el señor Senador.

La Honorable Senadora señora Matthei consultó al Director cómo ha logrado rebajar la deuda hospitalaria del establecimiento, si se ha facturado un 32% más que los pagos efectivamente recibidos.

El Director respondió que, básicamente, la deuda se ha financiado por recursos externos y por una mejora de la gestión hospitalaria, ya que la capacidad técnica y administrativa contribuye a un mejor uso de los recursos.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Explicó que durante el año 2002 se recibió una inyección de recursos por buena gestión hospitalaria, lo que ayudó a rebajar los niveles de la deuda. Además, durante el mismo año se rebajó el ausentismo funcionario ahorrando así los recursos destinados a la contratación de reemplazos, sin embargo, y pese a los esfuerzos realizados, la deuda se ha hecho insostenible.

Manifestó que las transferencias fiscales constituyen un 90% de los ingresos del hospital y el 10 % son ingresos propios. Además, sólo el 40% de las prestaciones están insertas dentro del nuevo mecanismo de transferencia implementado por el Ministerio de Salud, basado en precios reales por producción total y el porcentaje restante se paga a través de las Prestaciones Institucionales y transferencias normales.

El Honorable Senador señor Ríos manifestó que a la deuda de cada establecimiento hospitalario se le debe sumar el factor de depreciación de bienes, pero no existen estudios que indiquen los índices del mismo.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó que se necesita una Reforma de Salud en la cual todas las prestaciones se paguen a un costo real. Consultó qué ocurre con la valoración de las prestaciones si éstas, según FONASA, se pagan en su mayoría a un precio real, contrariando lo dicho por el Director del Hospital Guillermo Grant quien explicitó la subvaloración de las mismas, por lo que cabría preguntarse si FONASA se equivocó en la fijación de estos precios o bien el hospital posee costos no razonables o ineficientes.

El referido Director expresó que los estudios de costos de las prestaciones demuestran que existen diferencias entre el costo real y el calculado, sin perjuicio que se ha avanzado en este tema.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskide manifestó que el Hospital de Concepción se caracteriza por ser un establecimiento público, de referencia y docente, lo que complica su gestión y financiamiento. Consultó cuáles son los aspectos de gestión que deben ser mejorados; si la docencia es causal de financiamiento, y cómo se ha logrado disminuir el ausentismo funcionario.

La Honorable Senadora señora Matthei preguntó, además, qué facultades son necesarias para mejorar la gestión hospitalaria, y cuáles son las causas del ausentismo laboral del Hospital de Concepción.

El Director contestó que la VIIIª Región es una zona de gran ausentismo laboral y que las licencias médicas de los funcionarios se

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

deben a un problema cultural y a falta de control, y no a razones de edad o de contagio.

Añadió que si bien el Hospital Guillermo Grant realiza una función docente, no percibe el 2% de su presupuesto hospitalario por asignación por función docente, lo que implica un mayor gasto. No obstante esto, existe la obligación ética del establecimiento de colaborar con la enseñanza médica y, en este contexto, se ha comenzado a licitar los campos clínicos del hospital entre las distintas universidades.

Destacó que hay problemas de gestión y de legislación que hacen que nadie se interese en el cargo de Jefe de Servicios Clínicos y de Subdirector Administrativo, debido a la escasa expectativa de desarrollo que el cargo ofrece y al bajo nivel remuneratorio del mismo, situándolo por debajo de sus subordinados; y que, además, no tiene derecho a indemnización por término de funciones.

Criticó las escasas atribuciones otorgadas por la ley Nº 18.834, Estatuto Administrativo, a los directores de hospitales en materia de recursos humanos.

El señor Subdirector Administrativo destacó, entre otros, que el hospital Guillermo Grant no conoce su canasta de insumos para operar; posee poca capacidad de gestión en materia de mantención; posee cargos servidos por funcionarios que no reúnen la capacidad técnica necesaria, y la rotación de los cargos de los directores impide la realización de una buena gestión hospitalaria y obstaculiza la proyección a futuro del establecimiento.

**Doctor Rubén Puente, Director del Hospital Las Higueras de Talcahuano:**

El doctor Rubén Puente, Director del Hospital Las Higueras de Talcahuano, manifestó que de acuerdo a un estudio de costos encomendado por el hospital a una empresa externa en el año 1999, donde se valorizaron 128 prestaciones, se detectó una subvalorización de las mismas por parte del FONASA de un 15 %. El mismo estudio, proyectado para el año 2003, siguió arrojando el mismo resultado.

Destacó que dicho estudio demostró, además, que el costo de las prestaciones varía de un establecimiento hospitalario a otro, al estar insertos en realidades distintas. Además, algunas prestaciones están bien valoradas y otras no. Sugirió hacer un estudio particular que permita cancelar a cada hospital los costos propios de las prestaciones que otorga.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Expresó que Talcahuano es la 5ª ciudad más grande del país y que abarca a un porcentaje importante de población pobre; presenta un atraso en relación con las necesidades de atención de la población a cargo; posee una planta rígida y presupuestos históricos; pese a la reducción del gasto y aumento de la producción, el hospital necesita que se le pague las atenciones que realiza a un costo real, finalmente, el FONASA no le cancela al hospital la asignación del 2% de su presupuesto por ser un establecimiento docente y tampoco el 1% por asignación de zona.

Añadió que el hospital requiere que se le paguen las prestaciones que otorga a un valor real, de ser así, el establecimiento, incluso, tendría un superávit.

El Honorable Senador señor Ríos consultó cuántas camas posee el hospital, a lo que se le respondió que el hospital cuenta con 430 camas, con un 76% de uso. Éste número se ha ido adaptando al cambio epidemiológico de la población y a la baja en la tasa de natalidad. Destacó el Director que el hospital Las Higueras atiende 3.200 partos anuales, es decir, 9 partos diarios .

El Director acotó que el hospital ha fijado como meta reducir el ausentismo funcionario de 17 a 11 días durante el transcurso del presente año. Añadió que el 60% de los funcionarios del establecimiento tienen más de 60 años de edad y más de 40 años de servicio.

Expresó que los ingresos propios del hospital en el año 2002 ascendieron a \$ 10.700 millones y que la deuda durante el mismo año ascendió a \$ 990 millones.

Explicó una serie de gráficos sobre producción del hospital por tipos de prestación, por especialidades médicas y por atenciones de urgencia. Respecto de éstas últimas, destacó que su disminución se debe al reforzamiento de la atención primaria que ha aumentado las atenciones de especialistas y de odontólogos.

Añadió que si el FONASA cancelara al Hospital Las Higueras la asignación de docencia y de zona aislada éste registraría un nivel normal de deuda de alrededor de \$ 320 millones anuales.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo consultó si el nivel de atención primaria municipal está o no relacionada con la Dirección del Hospital Las Higueras.

El Director respondió que recién este año se ha ido fortaleciendo esta relación, destacando que la conexión entre los distintos puntos de la red es indispensable para el buen funcionamiento de la misma.



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Destacó que la Subdirección Administrativa del hospital realizó un estudio del financiamiento del sector salud que detectó inequidades en el sistema entre un Servicio de Salud y otro.

Finalmente, propuso, a título personal, la realización de un examen médico preventivo anual obligatorio para toda la población, sujeto a protocolos clínicos, el que debería aplicarse en ciertos segmentos de la población, como el adulto mayor. Este examen permite la detección precoz de enfermedades, constituyendo un ahorro para el sistema de salud al evitar tratar patologías ya declaradas.

**Doctor Roberto Sagredo, Director del Hospital San Pablo de Coquimbo:**

El Director explicó que el Hospital San Pablo de Coquimbo posee 300 camas y es el único centro que atiende traumas en un radio de 700 Km. Agregó que este establecimiento sufrió severos daños con el terremoto del año 1997, los cuales aún no han sido reparados.

Señaló que el problema de la valorización de las prestaciones obedece a un asunto de gestión de los hospitales, los cuales poseen escasas herramientas de administración porque todo ya viene decidido desde el nivel central.

Destacó que los pacientes buscan financiamiento para sus atenciones de salud en el hospital mismo, transformándolo en una financiera. Esto se debe a que la población recurre al hospital para ser atendido y no ante el FONASA, produciéndose un problema ético para los médicos que siempre optarán por atender a un paciente, pese a las restricciones económicas.

Hizo presente que los precios fijados por FONASA no corresponden a la realidad, a tal punto que el Hospital de Coquimbo recibe \$ 3.600 por cada día cama, que es irrisorio. Destacó que la tarea de fijar precios para las prestaciones es difícil, y que el estudio de FONASA demostró que las prestaciones estaban subvaloradas en un 15%, lo que ha contribuido a acrecentar la deuda hospitalaria.

En cuanto al ausentismo funcionario, destacó que el Hospital de Coquimbo creó la Unidad de Relaciones Laborales, lo que permitió reducir a 8 días el promedio de ausencias.

El doctor Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo de la Comisión Reforma, destacó que los estudios realizados en materia de ausentismo laboral demostraron que el sector salud posee un 40% más de ausencias que las otras ocupaciones, las que registran, como promedio, una

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

ausencia de 7 días anuales por trabajador. Esta diferencia se debe a que el promedio de edad de los funcionarios del sistema público de salud bordea los 48 años, en tanto que en el resto de las ocupaciones es del orden de los 36 años, además, la mayoría de las funcionarias del sector público de salud son mujeres, las cuales deben realizar grandes esfuerzos físicos para el traslado de pacientes y el sistema de turnos y trabajos extraordinarios son causales detonante de estrés y sobrecarga de trabajo.

El Director del Hospital San Pablo agregó que esta situación se agrava porque los médicos del sistema público otorgan frecuentemente licencias, a solicitud de los funcionarios que trabajan estrechamente con ellos.

Por otra parte, denunció que los fondos del presupuesto que llegan al Servicio de Salud de Coquimbo no se distribuyen a los hospitales, lo que desanima a los funcionarios al impedirles realizar sus quehaceres por falta de recursos.

Realizó una serie de sugerencias, cuales son, otorgar atribuciones para que los hospitales manejen sus propios recursos financieros y humanos; que los directores controlen los sobresueldos cancelados a los funcionarios, permitiendo un ahorro importante de recursos; valorizar las prestaciones en forma real. Además requirió llenar todos los cargos vacantes de 22 y 28 horas de neurocirugía del Hospital de Coquimbo, para permitir la presencia permanente de un neurocirujano en el Servicio de Urgencia.

La Honorable Senadora Matthei hizo presente que los trabajadores del Hospital de Coquimbo laboran en condiciones infrahumanas y en edificios con daños estructurales graves, que aún no han sido reparados.

**Doctora Dolores Tohá, Directora del Hospital Luis Calvo Mackenna:**

Manifestó que este establecimiento hospitalario es una entidad pediátrica y docente que posee 286 camas para atención de pacientes beneficiarios del FONASA y cuenta con medio pensionado y pensionado para la atención de pacientes de seguros privados; tiene 26 servicios clínicos, que cuentan con la colaboración permanente de servicios extranjeros para la capacitación de los profesionales, destacando, además, que es el único centro asistencial donde se realizan transplantes de médula ósea.

El establecimiento cuenta con el apoyo de entidades privadas que aportan a su financiamiento, mantención e infraestructura.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

En cuanto a los resultados financieros, destacó que durante el año 2002 los ingresos hospitalarios fueron constituidos por las transferencias fiscales en un 89% y por los ingresos propios un 11%. Los gastos se destinaron en un 56% a recursos humanos y en un 44% a Bienes y Servicios.

Añadió que la Oficina de Estudios del Hospital calculó los valores de una canasta de prestaciones complejas, las cuales han aumentado en los últimos años, destacando que los ingresos proyectados para el año 2003 por prestaciones complejas ascenderían a \$ 4.183.804.000.

Señaló que ha cumplido con la totalidad de las metas de producción y se han disminuido las listas de espera para consultas de especialistas, principalmente, oftalmólogos, dermatólogos y otorrinos. Añadió que el hospital invirtió en el laboratorio de bioquímica más moderno del sistema público.

En relación a las prestaciones valoradas expresó que un 53% corresponden a prestaciones complejas, un 42% a las urgencias y a la UTI; un 3% a otras prestaciones; un 1% al Programa de Oportunidad de la Atención, y un 0,4% a salud mental.

Destacó que la deuda del hospital del año 2002 ascendió sólo a una cifra cercana a los 11 millones de pesos y que el compromiso es disminuirla durante el transcurso de este año, con pago de facturas a 30 días. Añadió que los proveedores de insumos hospitalarios han formado verdaderos monopolios que no están interesados en negociar mejores precios por pagos más oportunos.

Acotó que las decisiones que afectan a los pacientes se deben tomar considerando la evidencia clínica, los valores de las prestaciones y los recursos disponibles, ya que existen tratamientos que pueden ser dañinos para los pacientes, citó como por ejemplo que la diocaína fue utilizada en el tratamiento para la arritmia en el infarto al miocardio, pero diversos estudios posteriores demostraron que ésta aumentaba las posibilidades de infarto.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo consultó si el hospital Luis Calvo Mackenna negoció directamente con FONASA el costo de las prestaciones, a lo que la Directora respondió que cualquier establecimiento puede hacerlo, pero el problema radica en la dificultad para calcular los valores de las prestaciones, tarea que fue realizada en el estudio efectuado por el Departamento de Estudios del establecimiento.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

La Honorable Senadora señora Matthei preguntó si existen vías que permitan a los demás directivos de hospitales conocer la experiencia en materia de gestión del Hospital Calvo Mackenna, de manera de transferirles esta experiencia; cuánto tiempo lleva en el cargo la Directora y si tiene algún curso de administración o gestión y, finalmente, solicitó su opinión en cuanto a si faltan atribuciones directivas para el manejo de recursos humanos en el hospital.

La Directora respondió que el Ministerio de Salud ha implementado el Programa de Excelencia Hospitalaria que reunió en el año 2002 a 57 establecimientos hospitalarios del sistema público, con el objetivo de reunirse y compartir experiencias de gestión. Agregó que ocupa el cargo de Directora desde el mes de febrero del año pasado, y que si bien tiene cursos en gestión, lo primordial en una administración es el sentido común y trabajar con buenos equipos humanos. Finalmente, expresó que las direcciones de hospitales deberían contar con mayor flexibilidad en materia de personal dada la rigidez del sistema actual.

La Honorable Senadora señora Matthei consultó cómo se materializa la ayuda otorgada por las entidades privadas al hospital, a lo que se le contestó que si bien en un principio la existencia de estas entidades fue muy controversial, éstas han contribuido a la compra de equipos y a mejoras en infraestructura, aportando, además, mecanismos más ágiles de compra de medicamentos y maquinarias.

- - - - -

La Directora del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, señora Andrea Poblete, destacó que al igual que el Hospital Calvo Mackenna, el Servicio que ella dirige también ha registrado un equilibrio entre ingresos y gastos, una disminución de la deuda y un aumento de la producción, lo que ha permitido realizar inversiones dentro del Servicio.

- - - - -

Finalizada la exposición de los Directores de establecimientos hospitalarios el Ministro de Salud realizó una serie de descargos a las principales observaciones efectuadas al proyecto de ley. Acotó, en primer término, que se está implementando un sistema de protocolización, mediante el cual se uniformarán los criterios médicos para el tratamiento de las patologías, y que, asimismo, se debe considerar que los costos son distintos de un lugar a otro, por lo que deberían existir ciertas herramientas de comparación entre los hospitales

Agregó que el 55% de las prestaciones están valoradas en base a presupuestos históricos, por lo que las herramientas de

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

gestión son indispensables para el buen manejo de la deuda de cada establecimiento hospitalario.

El Honorable Senador señor Ríos manifestó que no existen buenas o malas administraciones hospitalarias, ya que cada establecimiento posee una realidad propia y distinta.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo expresó su preocupación sobre la manera de materializar las observaciones o aspiraciones vertidas por los directores de hospitales en normas concretas del proyecto de ley, sin que queden entregadas a la buena intención de la autoridad, solicitándoles a los referidos directores sugerencias concretas al proyecto de ley sobre Autoridad Sanitaria, principalmente, en cuanto al pago de prestaciones.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskide compartió el planteamiento del citado señor Senador, agregando que es importante conocer la opinión sobre las falencias del sistema para introducir las modificaciones necesarias, siendo uno de los temas más reiterados el de la gestión hospitalaria.

Acotó que el ausentismo de los hospitales públicos posee índices elevados debido a las condiciones en que se desempeñan los funcionarios, las cuales conoce personalmente por haber ejercido en un hospital. Solicitó al Ministerio de Salud los datos de ausentismo funcionario del sistema público de salud por tipos de enfermedad, por hospital y por región, y que se explicaran los mecanismos adoptados para lograr rebajar los índices de ausentismo.

El Ministro de Salud señaló que cada Servicio tiene su propia realidad y que las relaciones de las distintas autoridades de la red asistencial son indispensable para el buen funcionamiento de ésta.

En cuanto a la depreciación de bienes expresó que se deben buscar mecanismos que financien y transparenten el sistema.

Por otra parte, señaló que se debe tener claro que la demanda de atenciones de salud es infinita y el presupuesto es limitado. Asimismo, los gastos en salud son diferentes entre un Servicio y otro, por lo que se hace necesario adoptar mecanismos que permitan realizar comparaciones de costos.

- - - -

Una vez concluída la exposición de los invitados sobre las diversas materias abordadas por la iniciativa legal, los Honorables Senadores expresaron su parecer sobre la misma.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**El Honorable Senador señor Ruiz-Esqüide**

destacó la importancia de los temas contenidos en la Reforma de Salud, principalmente en la orientación otorgada a la nueva Autoridad Sanitaria. En este contexto expresó, la iniciativa dispone el marco legal del sector público de salud y determina el rol normativo y de prestador de dicha autoridad en la Red Asistencial.

Manifestó que es preciso organizar este nuevo sistema, garantizando el acceso igualitario de la población a la salud, de manera de evitar que las demandas de atención lleguen a los servicios de urgencia por falta de resolutivez del sistema en el nivel primario, con la consiguiente falta de oportunidad en la atención.

Expresó que el crecimiento económico del país, de alrededor del 3% anual, es bastante inferior al del presupuesto de salud, que asciende a un 12% anual, lo que unido al incremento de los valores de la tecnología y de los medicamentos genera un aumento insostenible del costo de las atenciones y tratamientos.

Señaló que un sistema de salud basado en el aspecto curativo es altamente costoso, lo que pone en la disyuntiva de dar salud a toda la población, pero de mala calidad por falta de recursos, o bien, otorgar atención sólo a los que puedan pagarla.

Destacó que la estructura piramidal del sistema de salud se fundamenta en una población sana, con énfasis en la prevención de enfermedades, lo que haría posible atender a un porcentaje importante de la población en el nivel primario.

Indicó que en la presente iniciativa legal la atención primaria de salud es abordada, a su entender, en forma insuficiente, situación que se percibe en los siguientes aspectos:

Interrelación técnica insuficiente del sistema municipal con el Estatal; el proyecto no da cuenta de la brecha existente.  
Bajo financiamiento de este nivel de atención, con un per cápita insuficiente. Lo ideal sería la desmunicipalización del sistema primario de salud, evitando que cobertura y calidad dependan del alcalde de turno. Al respecto, sugirió que el personal de este sector podría ser dirigido por el Seremi o el Servicio de Salud respectivo y que los recursos podrían ser entregados por el Estado sobre la base de costos reales de las prestaciones.  
Falta de expectativas de formación profesional de los médicos para desempeñarse en el sector primario, a diferencia de lo que ocurre en los hospitales. Esta situación produce una carencia de especialistas en este nivel de atención, imposibilitando la implementación del Plan Auge. Sugirió

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

considerar la jornada laboral completa y exclusiva para que los médicos se desempeñen en los diversos niveles de atención, permitiéndoles, incluso, la realización de atenciones privadas.

Falta de nitidez en la definición de las autoridades regionales, principalmente de la figura del Director Regional. Evitar que se mantenga una competencia innecesaria por atribuciones de los Seremis y Directores de Servicios.

Precisar la interrelación entre la Subsecretaría de Salud y la de Redes Asistenciales.

Falta de relación entre la Red Asistencial con los Servicios de Salud y los Seremi. Solicitó informar acerca de los resultados sanitarios de este nivel de atención basado en los siguientes parámetros: relación de la atención primaria con el sistema Estatal de referencia, per cápita municipal y nivel de capacitación de recursos humanos.

Concluyó que el Ministerio debe regular a los prestadores y a los aseguradores, inspirándose en el modelo del Consejo Consultivo de Salud que existió en dicho ministerio.

Asimismo, propuso que es indispensable perfeccionar el control ético de los profesionales de la salud, con el objetivo de mejorar la calidad, acreditación y regulación de los prestadores públicos y privados.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Boeninger**, planteó que no están en discusión los objetivos de la Reforma de Salud, sin perjuicio de lo cual, algunos de ellos podrían ser perfeccionados. Realizó las siguientes observaciones:

Se debe discutir el problema que se produce por la diferenciación entre patologías que conforman el Plan Auge y las que no, lo cual podría provocar la tentación de destinar los recursos económicos, que son limitados, sólo al cumplimiento del citado Plan.

Falta una Superintendencia que fiscalice a los prestadores.

Se debe propender a un modelo integrado de salud, para los sistemas público y privado, de modo que compartan la misma lógica sanitaria y se les apliquen las mismas normas.

Se requiere que los establecimientos hospitalarios tengan mayor flexibilidad y poder de gestión en la toma de sus propias decisiones, puesto que si se desea implementar un sistema de atención basado en la evidencia y en protocolos.

Se requieren redes en los sistemas público y privado, siendo necesario, además, disponer de estímulos para que los médicos se interesen en ingresar a la atención primaria.

Criticó que el grado de flexibilidad de los Hospitales Autogestionados sea inferior al otorgado a los hospitales experimentales; citó como ejemplo la falta de patrimonio propio de aquéllos. Asimismo, acotó que se necesitan Directores de Hospitales que se responsabilicen por su gestión.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Sugirió que, en materia de acreditación de prestadores, el Ministerio de Salud dicte las normas generales sobre la materia, y descentralizar en otras entidades la ejecución de esta función.

Incertidumbre del precio del Plan Auge, que podrá variar periódicamente; se debe evitar establecer un costo muy alto para maximizar los recursos o muy bajo que haga colapsar el sistema.

Sugirió una tuición ética profesional independiente del Colegio Médico, que es una entidad gremial. Propuso el desempeño de esta función por parte de las Sociedades de Especialidades Médicas.

Propuso una gradualidad en la implementación del Reforma de Salud, por cuanto el tema del financiamiento aún no ha sido resuelto.

Sugirió propender a la plena utilización de la infraestructura ociosa y permitir el traslado de especialistas excedentarios hacia la atención primaria.

Las redes asistenciales deben construirse a partir de los hospitales autogestionados.

No es posible mantener la libre elección abierta, porque los recursos son limitados.

Evitar la judicialización creciente de las relaciones médico-paciente.

**La Honorable Senadora señora Matthei** destacó que el problema de asignación de recursos económicos escasos a una demanda de salud infinita se resuelve, en el sistema privado, por el precio de los planes de salud y, en el sistema público, con las colas para recibir atención.

Sugirió instaurar un seguro de salud que cubra a todas las personas con niveles de calidad determinados, independientemente del sistema al cual estén afiliadas, similar al utilizado en las AFP, en donde si el cotizante muere o se invalida, su prima sigue siendo pagada por un fondo solidario, que actúa como un seguro social de riesgos.

Expresó las siguientes observaciones a la iniciativa legal:

No se especifica quién determinará las atenciones que serán incluidas en el Plan Auge, lo cual, a su parecer, podría dar lugar a que el contenido termine por definirse por la presión pública.

No se determina el tratamiento de las enfermedades colaterales, no incluidas en el Plan Auge, pero que son una consecuencia inmediata de una patología que sí forma parte de dicho Plan.

Falta nitidez y claridad en la estructura del sistema de salud; a nivel de las autoridades regionales pueden producirse conflictos de competencia por confusión de funciones.

Concepción poco flexible de la Red Asistencial territorial; debe ser nacional, no regional.



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Se requiere aumentar la flexibilidad de los Hospitales Autogestionados en materia de recursos humanos, compras, cobranzas y sub-contrataciones, entre otras. Conjuntamente con esto, se necesita un mecanismo idóneo y objetivo de nombramiento de los Directores de Hospitales.

Terminar con la diferencia de financiamiento entre las prestaciones contempladas en el Plan Auge, a un costo real, y las que no forman parte de él.

Determinar los sistemas de premios o castigos mediante los cuales se evitarán las derivaciones de atención desde la atención primaria a la de nivel superior. Establecer la obligatoriedad de las cotizaciones para los trabajadores independientes.

Permitir la libre elección en planes de salud acotados.

Propuso una sola Superintendencia con tres Intendencias: de prestadores, de seguros y de derechos de los pacientes.

El esquema de organización del proyecto es confuso; sugirió que un modelo normal de estructura del sector salud, que podría ser el siguiente:

- normalización y control, a cargo del Estado.
- gestión: pública, mixta y privada, con y sin fines de lucro.
- normas para la acreditación.

En desacuerdo con poner límites territoriales y cuantitativos a la relación e integración de los sectores involucrados.

**El Honorable Senador señor Espina** realizó los siguientes reparos a la iniciativa:

El Fonasa debería depender, como organismo administrador de los recursos, del Ministerio de Salud y no de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, como lo establece la iniciativa.

No comparte el establecimiento de la figura del Director Regional, el cual asume roles propios de los Seremi, los cuales, a su entender, deberían ser fortalecidos. Asimismo, sugirió que la Superintendencia de Salud debería tener la atribución de resolver reclamos del sistema público y privado y decidir los conflictos que conoce el Compín.

Proponer un sistema objetivo de nombramientos de los Directores de los Servicios de Salud.

Sugirió replantear el rol de los Consejos Asesores, para impedir propuestas demagógicas.

Perfeccionar el sistema de acreditación de especialidades, con la finalidad de proteger a los pacientes.

Incorporar a la Red Asistencial a los prestadores privados, sin la limitación del 20% dispuesta en el proyecto.

Poner término al incentivo perverso para derivar pacientes desde la atención primaria a la secundaria o terciaria. Conjuntamente, disponer de incentivos para que los médicos se interesen en trabajar en los consultorios.

Ampliar y flexibilizar las atribuciones de los Directores de Hospitales y de Servicios de Salud para el éxito de la gestión.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Distinguir qué temas requieren de ley y en cuáles basta una reordenación administrativa.

Incorporar a la red la totalidad de los establecimientos hospitalarios, como autogestionados.

**El Honorable Senador señor Bombal** solicitó al Ministerio de Salud informar sobre la experiencia de los tres establecimientos pilotos en gestión hospitalaria. Expresó que no hay mecanismos de complementación entre los sistemas, destinados a emplear recursos ociosos de uno para suplir los déficit del otro.

**El Honorable Senador señor Viera-Gallo** señaló que es partidario de la Reforma de Salud y que sus reparos son realizados al modelo existente, sin intención de abrir debate sobre nuevas alternativas de reforma.

En cuanto al proyecto de ley sobre Autoridad Sanitaria, realizó las siguientes observaciones:

No queda claro si el Ministerio de Salud fiscaliza o controla, puesto que si se refiere al cumplimiento normativo, el concepto más apropiado sería el de control, ya que la fiscalización es de orden externo. Asimismo, se debe determinar el campo de acción de la Superintendencia y el del Director Regional.

No comparte la idea de crear dos Subsecretarías, la de Salud y la de Redes Asistenciales, las cuales podrían tener conflictos de competencia a nivel regional, considerando las facultades que el Código Sanitario entrega a los Servicios de Salud en materia de fiscalización; además, no le parece lógico que una Subsecretaría fiscalice a la otra, ya que podría traer conflictos permanentes entre ambas. Propuso una sola Subsecretaría, con dos Direcciones.

No parece justificada la creación de las Direcciones Regionales de Salud, ya que sus funciones podrían ser realizadas por los actuales SEREMI. La incorporación de la Atención Primaria en la Red Asistencial no supera los problemas que se observan en la actualidad, tanto en cuanto al financiamiento, como en la posibilidad real de los Directores de los Servicios de coordinar y controlar su funcionamiento. Sugirió considerar la experiencia de la ley sobre asignación de estímulo en la Atención Primaria, donde el Director del Servicio fija las metas de los consultorios, que luego son evaluadas por el SEREMI, con el objetivo de distribuir la asignación de estímulo respectiva. Propuso que el SEREMI tenga injerencia en el nombramiento de los directores de los consultorios, en conjunto con las autoridades municipales.

Propuso considerar la facultad presidencial del artículo 13 del Código Sanitario, que permite, bajo ciertas condiciones, traspasar algunas funciones de salud desde el municipio al nivel central, por un período de dos años, con la finalidad de estudiar la posibilidad de autogestionar consultorios.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Se debe precisar el estatus jurídico y las relaciones entre los Consultorios de la Atención Primaria; si integran o no la Red Asistencial; explicar qué significa que los consultorios estén supeditados a reglas técnicas y supervisados por el Servicio de Salud; determinar quiénes fiscalizan a los consultorios y qué sanciones pueden aplicarse; precisar el rol de la Superintendencia respecto de la Atención Primaria; determinar si los Directores de los Servicios tienen incidencia real en los consultorios y si pueden velar por su capacidad resolutive en materia de derivaciones y contraderivaciones; finalmente, solicitó explicitar la atribución del Director del Servicio para celebrar convenios con municipios, del artículo 20.

La autogestión, concebida como un premio para los establecimientos que cumplan ciertos requisitos, tal como lo hace el proyecto de ley, podría conducir a acentuar las desigualdades entre unos y otros. Se necesita establecer estándares o condiciones generales para todos los establecimientos.

No es posible que la iniciativa no determine la estructura del Ministerio y que ésta quede en manos del Ministro; propuso la creación en la ley de una planta básica.

Expresó la necesidad de definir con mayor claridad los aspectos normativo, de ejecución, de control y de fiscalización, ya que el control, por su naturaleza, es de orden interno, en tanto que la fiscalización es externa. Asimismo, propuso definir el alcance del rol fiscalizador que se atribuye a la Superintendencia, en relación con las facultades del Poder Judicial y de la Contraloría General de la República; sugirió requerir un informe en derecho al respecto.

Planteó que no está bien definida la composición de las Redes Asistenciales y que no existe claridad de la ubicación en la misma de los consultorios.

En materia de valorización de las prestaciones, manifestó que todas éstas deben pagarse según sus costos reales, puesto que si el sistema no está en condiciones de otorgar una prestación a un valor real no puede ofrecer a la población su otorgamiento efectivo, y tampoco corresponde a este respecto diferenciar entre prestaciones AUGE y las no AUGE.

Expresó que la composición del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud resulta demasiado presidencial, y que la parte gremial y académica del mismo debiera ser elegida directamente por organizaciones representativas.

Asimismo, expresó que el carácter incremental del Régimen de Garantías -que no puede disminuir- puede resultar poco práctico y funcional, sobre todo en períodos de crisis, por lo cual sugirió implementar su flexibilidad .

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El acceso al Régimen de Garantías obliga a ingresar a la Red Asistencial a través de la Atención Primaria, pudiendo optarse entre un consultorio u otro, independientemente del domicilio del paciente, tal como ocurre en la actualidad, sin embargo, el acceso a los Hospitales no es libre, por lo que es válido preguntarse si hay condiciones reales para garantizar, como lo hace el proyecto, la libertad para elegir médicos en los consultorios y en los hospitales, lo que, a su parecer, sería una utopía. Propuso establecer que el consultorio competente para otorgar la atención de salud sea el del domicilio del paciente, evitando así la práctica actual de elegir el hospital optando por ir al consultorio apropiado.

El proyecto regula el acceso a la Red Asistencial y las alternativas para ello (urgencias y libre elección), pero nada dice de las derivaciones y contraderivaciones del sistema, entregando esta materia al reglamento, pese a ser un tema central. Sugirió fijar un criterio para determinar si el médico tratante de un paciente será el del consultorio o el del hospital, advirtiendo que cree más conveniente que sea el del consultorio, por la cercanía del médico con sus pacientes.

En cuanto a la Superintendencia de Salud, manifestó los siguientes comentarios:

Su estructura no puede quedar al arbitrio del Superintendente, por lo que propuso regular en la ley los aspectos mínimos del sistema. El Superintendente debe gozar de mayor independencia respecto del Gobierno, garantizándosele algún grado de inamovilidad. No existe claridad acerca de si el procedimiento arbitral para resolver reclamos es de carácter administrativo o judicial, si es de primera o única instancia, si proceden o no recursos y si éstos son renunciables; tampoco se regula el rol de la Contraloría General de la República en la fase posterior a la resolución del reclamo.

**El Honorable Senador señor Ríos** expresó que los artículos 1º y 2º del D.L N° 2.763, del Ministerio de Salud, de 1979, disponen que las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado contribuirán a la ejecución de las acciones que les correspondan al Ministerio de Salud y a los demás organismos en cuanto a garantizar el acceso libre e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.

Destacó que los sistemas públicos y privados de salud, si bien son dos sistemas distintos, están sujetos a una misma política sanitaria y a una misma normativa. Observó que el libro elaborado por el Ministerio de Salud, denominado: "Los Objetivos Sanitarios para la Década 2002-2010", ayudará a tener claridad de las metas del sector.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Señaló que las políticas del área social de vivienda, educación y salud se rigen por una sola normativa dispuesta por la cartera respectiva, tanto para el sector público como para el privado, siendo el sector salud en donde se suscitan los mayores problemas entre ambos.

Manifestó que el área de la vivienda ha obtenido resultados exitosos debido a que posee una política clara, objetivos definidos y una convivencia armónica entre el sector público y el privado, en donde la Cámara Chilena de la Construcción asesora al Ministerio de Vivienda y Urbanismo en distintas materias.

En materia de educación, en cambio, no existen metas u objetivos educacionales claros, lo que ha provocado que dicha área no haya obtenido buenos resultados.

Destacó que en el sector salud existe conflictos entre el área pública y la privada, y que no todos los problemas de salud son atribuibles al Ministerio del ramo, sino, que a otros organismos. Citó como ejemplo la relación de la mortalidad infantil con los niveles educacionales; de las enfermedades bronquiales con el medio ambiente, y de las afecciones virales y bacterianas con la falta de higiene.

Hizo presente que este problema se debe a que no se ha planteado el tema de la salud como base central de nuestro desarrollo a futuro, tal como lo hizo EE.UU, provocando falta de coordinación entre la Cartera de Salud con el resto de los organismos estatales.

Señaló que, pese a los problemas de la salud, existen excelentes índices que nos sitúan en los primeros lugares a nivel Sudamericano, no obstante lo cual el tema sigue siendo prioritario para la población.

Indicó que los consultorios son verdaderos centros sociales a los que la gente concurre a reunirse y a conversar, sin tener una real necesidad de atención de salud debido a un problema cultural.

Asimismo, en la cuenta presidencial anual del 21 de mayo, se entrega una gran cantidad de información respecto del sector público de salud, que luego de un tiempo es olvidada por la ciudadanía. Por otra parte, se aprueba, sin mayor debate, el presupuesto del Ministerio de Salud, que representa alrededor del 25% del presupuesto fiscal, y los intendentes, gobernadores y alcaldes jamás dan cuenta de los resultados sanitarios de su gestión.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Indicó varios aspectos que afligen al sector salud, entre ellos: el gran interés político en los cargos del sector, que en su conjunto reúne a alrededor de 70 mil funcionarios; la falta de atención de médicos especialistas; el incumplimiento horario por parte de los médicos; la realización de atenciones privadas en el hospital, en concomitancia con todo el sistema hospitalario; la centralización del sistema de salud; la existencia de un Ministerio administrativo y no normativo; la incertidumbre en el sistema de salud sembrada por la prensa; la irrealidad de la deuda hospitalaria y el constante cambio del Ministro de Salud y de los Directores de los Servicios.

Añadió que estos problemas y conflictos dificultarán la Reforma de Salud y contribuirán, en conjunto con la crítica social, a opacar el buen desempeño que el Ministerio de Salud realiza en el marco de la normativa actual.

Pese a toda a esta problemática que afecta al sector, la población confía en la capacidad profesional de sus funcionarios y responde positivamente a las campañas de prevención de salud, como las de vacunación, prevención de colesterol y del SIDA.

Agregó que nuestro país tiene programas de eficiencia mundial como el de medicina laboral, a través de las mutuales de seguridad y de los seguros de accidentes escolares, y que la red asistencial del sistema de salud cubre todo el territorio nacional.

Señaló que el gasto global en salud, proyectado para el año 2003 para el sector público y privado, asciende a \$ 2 billones 300 mil millones, equivalentes a US\$ 3.300.000.000, con US\$ 250 per cápita.

Hizo presente que un 1,66 % de dicho gasto proviene de los aportes municipales; el 32, 5% del aporte fiscal; y, un 65,7 %, del sistema privado, y un 0,2% por otros conceptos.

Indicó que la relación entre el gasto en salud y los logros alcanzados es buena, sin embargo, la población no tiene confianza en la administración del sistema, sin que exista, a su parecer, razones suficientes para ello. Por tanto, la problemática radica en determinar quién debe administrar el sistema.

Concluyó que se debe administrar mejor, para lo cual se requieren objetivos claros y definidos, con actores conocidos y responsables, terminando con las administraciones políticas donde se diluyen las responsabilidades; un ministerio fuerte, sólido, normativo y no administrativo; un marco normativo igualitario para todo el sistema de salud, sea público o privado; una administración descentralizada que permita

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

establecer una relación entre el administrador del sistema y el usuario, otorgándole un sentido de pertenencia con su sistema; una coordinación ejecutiva permanente del Director del Servicio de Salud con todos los niveles institucionales, y una disposición y trato funcionario agradable para los pacientes.

Propuso, además, fortalecer la autonomía ejecutiva de los Servicios de Salud, siendo contrario a la creación de los nuevos Directores Regionales; pagar el 7% de la cotización de salud en el Servicio que el cotizante vive o trabaja y que los más pobres sean ayudados con un aporte fiscal; mayor capacidad del Servicio para realizar y ejecutar convenios de atención con el sector estatal y privado; terminar con los cargos políticos, instaurando el sistema de concursos públicos; implementar una estructura moderna para la administración de los establecimientos hospitalarios, los que, a su entender, deberían considerarse como empresas del Estado; que el Servicio se abra a las alternativas que le ofrece el mercado; que exista una distribución del aporte fiscal en base a los requerimientos reales de los Servicios de Salud; que el Estado en su rol subsidiario cancele la atención de los pacientes más pobres y, finalmente, tener claridad en cuanto al financiamiento para poder disponer de los recursos necesario para el cumplimiento de los objetivos en base al rendimiento.

Expresó que, considerando estos planteamientos, el sector salud necesita:

Establecer una división normativa clara en el área ejecutiva, ya que el Ministerio de Salud debe coordinar y disponer una serie de acciones con otras carteras.

Implementar la descentralización administrativa con servicios sólidos y responsables ante el usuario del cumplimiento de los programas y de las acciones de salud.

Considerar una nueva estructura en la administración hospitalaria, de acuerdo al grado de complejidad de su administración.

Terminar con las administraciones mixtas de los recursos de salud, con deslindes claros de responsabilidades entre el sistema público y privado, y

Dar cumplimiento a la política pública.

Finalizó enfatizando que el éxito de un sistema de salud involucra necesariamente a la Atención Primaria, la cual si bien posee una administración distinta a la del sistema central, debe cumplir con los mismos objetivos sanitarios.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

-----

El Ministro de Salud se hizo cargo de las principales objeciones efectuadas al proyecto de ley por los Honorables señores Senadores durante la discusión en general de la misma. Dicha Autoridad señaló que el Ejecutivo apoyaría la idea de reducir las Autoridades Sanitarias Regionales, como articuladores de la red, y a los SEREMI como autoridad regional de salud.

Asimismo, en materia de acreditaciones, propuso como vía alternativa a la dispuesta en el proyecto de ley, que el Ministerio de Salud establezca las normas y procedimientos sobre acreditación de la calidad de las atenciones, sin perjuicio de que este organismo delegue la facultad de fiscalización de la misma a organismos privados o la misma Superintendencia, para determinados temas.

Citó como ejemplo que el ISP no cuenta con las condiciones necesarias para cumplir a cabalidad su función fiscalizadora de los laboratorios clínicos y farmacéuticos, para lo cual sería conveniente contratar a alguna entidad privada que desempeñara tal función con criterios uniformes.

El Ministro de Salud expresó, en cuanto a la Red Asistencial, que existe voluntad del Ejecutivo para que los Hospitales Autogestionados mantengan la calidad de tales durante un período determinado, otorgándoles, además, algún grado de manejo presupuestario, pero con un patrimonio perteneciente al Servicio de Salud respectivo. Apoyó, además, la idea de otorgar mayores atribuciones a los directores de hospitales en cuanto a gestión.

También concordó con la idea de eliminar las restricciones porcentuales para la celebración de convenios con privados para el cumplimiento del régimen de garantías de salud, pero con resguardos de los derechos de los beneficiarios del sistema público.

En cuanto a la Atención Primaria, destacó la idea de conceder atribuciones a los directores de hospitales para que los facultativos que se desempeñan en ellos puedan ir a los consultorios. Agregó que se propone la creación de un Consejo de Integración de la Red Asistencial, de manera de regularizar la existencia legal de los actuales Consejos Intercomunales y que se propone una evaluación anual de los Directores de los Servicios de Salud con el objetivo de fiscalizar la adecuada coordinación de la red.

Sin embargo, hizo presente que los cambios propuestos no se deben introducir a propósito de la Reforma de Salud, sino en una etapa posterior.



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Destacó la idea de adoptar el concurso público como mecanismo de selección de los cargos directivos e implementar un proceso de evaluación de desempeño de los mismos. Al respecto, existe en tramitación el proyecto de ley que establece una nueva política de trato funcionario del sector público, donde se implementarían tales mecanismos.

En definitiva concluyó, al Ejecutivo le interesa determinar y limitar los roles de cada autoridad sanitaria; establecer un sistema definido de vigilancia, con autoridades con selección transparente, sujetos a evaluaciones objetivas por su desempeño y con un Director de Servicio cuya función esencial sea el trabajo de interrelación de todos los eslabones de la Red Asistencial.

- - - - -

**Sometido a votación el proyecto en informe, fue aprobado en general, en forma unánime, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

- - - - -

**DISCUSIÓN EN PARTICULAR****ARTÍCULO 1°**

Este precepto Introduce diversas modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979.

**N°1)**

El numeral 1 sustituye el artículo 4° del referido texto legal, mediante el cual se establecen las funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, y dispone que le corresponderá formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Gobierno.

Enseguida, se enuncian otras facultades a través de distintos numerales.

En el **N° 1**, se establece la función de ejercer la rectoría del sector salud, lo cual comprende, entre otras materias:

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

a) La formulación, control y evaluación de políticas de Estado, planes y programas generales en materia de salud.

b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.

c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.

d) La coordinación y cooperación internacional en salud.

e) Dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas al Sistema, de acuerdo con las políticas fijadas.

**El N°1 fue aprobado, con algunas enmiendas, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

El N° 2 dispone la atribución de dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas. Asimismo, dictar normas sanitarias en aspectos tales como autorizaciones sanitarias; saneamiento básico; calidad de los alimentos; medio ambiente, de acuerdo con la ley N° 19.300; ambiente laboral, y en lo referente a todas aquellas materias reguladas y sancionadas por el Código Sanitario.

Este numeral fue objeto de Indicación del Ejecutivo para intercalar, antes de la palabra "protección", la palabra "prevención", seguida de una coma (,) y para suprimir la oración que comienza con "Asimismo" y termina con "Sanitario".

**El N° 2 y la indicación del Ejecutivo fueron aprobadas sin debate, unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

El N° 3 establece la fiscalización del cumplimiento de las normas que determine la ley, a través de la Dirección Regional de Salud respectiva, y que no estén encomendadas a otros organismos.

Este numeral fue objeto de indicación del Ejecutivo para sustituirlo, por el siguiente:

"3.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

La fiscalización de las normas contenidas en el Código Sanitario y demás leyes complementarias, en materias tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, será efectuada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.

Las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas, podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo.”.

**La indicación del Ejecutivo fue aprobada sin debate, unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos y Viera-Gallo.**

Con el **N° 4** se atribuye la definición de las normas y la medición y monitoreo nacional de la situación de salud y de vigilancia de salud pública.

Este número fue objeto de indicación del Ejecutivo para sustituirlo por el siguiente: "4.- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población."

**La indicación fue aprobada, unánimemente, sin debate, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos y Viera-Gallo.**

El **N° 5** faculta a esta Cartera a recopilar y generar información en materia de salud y de gestión en salud.

Este número fue objeto de indicación del Ejecutivo para sustituirlo por el siguiente:

“5.- Tratar datos estadísticos y personales y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Asimismo, podrá tratar datos sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628.”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo expresó que la ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, exige que para llevar cualquier tipo de archivos o bases de datos se requiere de autorización especial.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Honorable Senador señor Ríos replicó que si ya existen normas sobre la materia estaría demás este numeral propuesto. Agregó que los Servicios de Salud poseen las fichas de salud de más de diez millones de personas, de las cuales perfectamente puede conocerse el perfil epidemiológico de la población.

El señor Ministro de Salud señaló que esta atribución se justifica para poder conocer los grupos de riesgo sanitario. Se trata de poder acceder a fichas clínicas de los pacientes con los resguardos y restricciones correspondientes.

Los Honorables Senadores señores Viera-Gallo y Espina solicitaron al Ejecutivo los mayores resguardos para la protección de datos personales, exigiendo la autorización expresa del titular de la ficha clínica para su utilización para fines estadísticos. Destacaron, además, que en este tipo de situación se compromete el secreto profesional del médico tratante.

**La indicación fue aprobada con una corrección, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señor Viera-Gallo, y con la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

El **N° 6** la faculta para formular el presupuesto sectorial a nivel de cada órgano y servicio que integre el Sistema.

**El numeral fue aprobado con la eliminación de la oración "a nivel de cada órgano y servicio que integre el sistema", unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

El **N° 7** permite al Ministerio formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGE", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

El Honorable Senador señor Ríos anunció su voto en contra para este numeral ya que hace alusión al "Sistema AUGE", el cual aún no ha sido conocido ni aprobado por la Comisión. Agregó, además, que el proyecto presentado por el Ejecutivo respecto del citado Sistema le merece dudas y reparos.

La Honorable Senadora Matthei propuso a la Comisión aprobar este numeral, sin perjuicio de agregar que, en definitiva, debería ser contenido en el proyecto que primero finalice su tramitación.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El numeral fue aprobado con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina y Viera-Gallo, y con el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.

El **N° 8** prescribe el formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, para lo cual el Ministro de Salud convocará un Consejo Consultivo de Salud, con determinados integrantes, el que tendrá un carácter asesor del Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de dichos lineamientos.

Al respecto, el Honorable Senador señor Viera- Gallo acotó que el Consejo Consultivo propuesto en este numeral debería ser elegido por los sectores más representativos de la sociedad, como lo establece la norma.

El Honorable Senador señor Espina expresó que los consejos consultivos no necesitan ser creados por ley, agregando, además, que la norma no especifica la forma de elección de los representantes de las distintas organizaciones representativas, las cuales tenderán a nombrar personeros del nivel central lo que provocaría un serio desconocimiento de las distintas realidades locales y regionales.

El señor Ministro de Salud hizo presente que el objetivo de estos consejos consultivos es involucrar a las sociedades civiles en materias de salud otorgándoles un mayor control social de la gestión sanitaria.

El Honorable Senador señor Ríos expresó que, en general, estos consejos no son de gran utilidad.

Este número fue objeto de indicación del Ejecutivo para sustituir el inciso primero por el siguiente:

"8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, el cual está conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas, considerando factores ambientales, sociales y económicos en el ámbito de la salud del país."

Además, incorporar en el inciso segundo, después de la palabra "usuarios", la siguiente oración precedida por una coma (,): "instituciones académicas y entidades públicas y privadas que hayan desarrollado actividades relevantes en el ámbito de la salud ambiental".

**La indicación fue aprobada sólo en la parte que sustituye el inciso primero del numeral, quedando pendiente su inciso**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**segundo, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

Posteriormente, recogiendo las sugerencias de los miembros de la Comisión, el Ejecutivo presentó una nueva indicación para suprimir el inciso segundo del número 8, **la cual fue aprobada, unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos y Viera-Gallo.**

El **Nº 9** le permite establecer las normas, procedimientos y el sistema de medición y acreditación de la calidad de atención en todos los niveles de complejidad del sector.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente que comparte el fondo de esta atribución del Ministerio de Salud, sin embargo la redacción del precepto podría dar lugar a acciones judiciales por la calidad de la atención, que es, precisamente, uno de los factores garantizados por el Plan Auge. Sugirió buscar un sinónimo de la palabra "calidad" para evitar este tipo de situaciones.

El Honorable Senador señor Espina concordó con lo expresado por el Honorable Senador señor Viera-Gallo, agregando que lo correcto sería establecer un sistema de medición de condiciones necesarias para que un establecimiento hospitalario, sea público o privado, funcione adecuadamente.

El numeral fue objeto de indicación del Ejecutivo para sustituir el número 9, por el siguiente:

"9.- Establecer, mediante resolución, los estándares referidos a condiciones sanitarias seguras y la aplicación de técnicas y tecnología apropiada en servicios de atención de salud, tales como requisitos de seguridad de instalaciones y equipos o requisitos de dispositivos médicos, de acuerdo a los niveles de complejidad de los establecimientos y disponibilidad de recursos, los que deberán ser iguales para el sector público o privado."

**La indicación fue aprobada con correcciones, con los votos de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

- - - - -

El Ejecutivo presentó indicación para intercalar los siguientes números 10, 11 y 12, nuevos, modificándose la numeración correlativa siguiente:

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

10.- Establecer, mediante resolución, normas de protocolo de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados, los que serán de carácter referencial. Dichos protocolos sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en la resolución.

11.- Establecer, mediante Decreto Supremo, el sistema de acreditación de los prestadores institucionales de salud, esto es de los establecimientos asistenciales y personas jurídicas, de derecho público o privado, que proporcionan prestaciones de salud a las personas, tales como hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos y laboratorios.

Para estos efectos, la acreditación es el proceso periódico de evaluación de prestadores institucionales debidamente autorizados para funcionar, con relación al cumplimiento de estándares relativos a recursos institucionales, procesos y resultados, tales como prevención de infecciones intra hospitalarias, cumplimiento de derechos de los pacientes, evaluación de cumplimiento de protocolos de atención, funciones de apoyo, capacitación de recursos humanos, coordinación con la red asistencial, seguridad y equipamiento, entre otros, los que serán determinados por el Ministerio de Salud.

El reglamento deberá contemplar la intervención de entidades públicas y privadas que cumplan con similares condiciones técnicas de idoneidad, para los efectos de la verificación del cumplimiento de las normas respectivas. Asimismo, deberá contemplar un registro nacional y regional de los prestadores acreditados, el que será mantenido por la Superintendencia de Salud.

El sistema de acreditación y los estándares exigidos deberán ser los mismos para el sector público y privado.

12.- Establecer, mediante Decreto Supremo, el sistema de certificación de los prestadores individuales de salud, esto es de las personas naturales que, de manera independiente, dependiente de un prestador institucional o a través de un convenio con éste, otorgan prestaciones de salud directamente a las personas.

Para estos efectos, la certificación es el proceso de evaluación de competencias especiales de los prestadores individuales de salud, que estén habilitados legalmente para el ejercicio de sus profesiones. Los estándares serán determinados por el Ministerio de Salud.

El reglamento deberá contemplar la intervención de entidades públicas y privadas que cumplan con similares condiciones técnicas de idoneidad, para los efectos de la verificación del cumplimiento de las

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

normas respectivas. Asimismo, deberá contemplar un registro nacional y regional de los prestadores certificados, el que será mantenido por la Superintendencia de Salud.

El sistema de certificación y los estándares exigidos deberán ser los mismos para los prestadores del sector público y privado."

**El N° 12 contenido en la indicación fue aprobado, como se consigna en su oportunidad, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina y Viera-Gallo, y con el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

Los N° 10 y 11 quedaron pendientes con el objetivo de ser perfeccionados por el Ejecutivo.

- - - - -

La Comisión, con el objetivo de dar claridad a los temas de acreditación de prestadores institucionales de salud y el de certificación de especialidades y sub especialidades médicas, acordó invitar a diversas autoridades relacionadas con tema para efectos de que hicieran valer sus puntos de vista sobre la materia.

Para estos efectos expusieron ante la Comisión la señora Pilar Armanet, Jefa de la División de Educación Superior del Ministerio de Educación; la señora María José Lemaitre, Secretaria Técnica de la Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado; el señor Juan Luis Castro, Presidente del Colegio Médico; señor Carlos Toro, Presidente de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM); el señor Octavio Enríquez, Presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH); y el señor Ricardo Rossi, del Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

El Presidente del Colegio Médico, señor Juan Luis Castro, expresó que en la actualidad existe un problema de credibilidad y de confianza pública en los médicos, respecto de las especialidades que estos supuestamente ejercen, por ende se deben adoptar los mecanismos de resguardo necesarios para dar seguridad a la población de que serán atendidos por un profesional médico idóneo.

Propuso que las facultades de medicina tengan un rol preponderante en el organismo que en definitiva se encargue de la certificación de especialidades y sub especialidades médicas.

El señor Carlos Toro, Presidente de CONACEM, indicó que la función de acreditación médica no puede quedar entregada a un cuerpo



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

legal ni tampoco a un organismo público , sino a una entidad autónoma para evitar cualquier tipo de acreditación.

Señaló que la entidad que él representa constituye una corporación de derecho privado sustentada con aportes de socios y con derechos de certificación, que certifica especialidades adquiridas en el extranjero o bien por el adiestramiento por práctica, siendo éste un procedimiento voluntario para los participantes.

El señor Octavio Enríquez, Presidente de ASOFAMECH, señaló que no es conveniente que la certificación de especialidades y sub especialidades se confiera a un organismo que esté por encima de las facultades de medicina o que desconozca la trayectoria de CONACEM. Propuso una certificación especial del título universitario más un programa de acreditación o certificación hecha por un organismo pluralista y autónomo como el CONACEM.

El señor Ricardo Rossi, del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, propuso la creación de un ente autónomo relacionado con las entidades formadoras de profesionales médicos.

La señora Pilar Armanet, del Ministerio de Educación, explicó que la acreditación de las carreras de medicina será obligatoria en el proyecto de ley sobre calidad de acreditación, bajo sanción de no percibir crédito universitario, para cursar los estudios de los alumnos.

El señor Ministro de Salud expresó que organismos como la ASOGAMECH y CONACEM no están validados legalmente. Al respecto, a su Cartera le interesa tener claridad respecto de conocer cuáles son las especialidades y sub especialidades médicas que deben ser acreditadas y establecer un registro público de las mismas. Se comprometió a realizar una propuesta sobre la materia que recoja los planteamientos de los Honorables Senadores y de los invitados.

**Finalizada la ronda de exposiciones, el Ejecutivo presentó una indicación para reemplazar los N° 10 y 11, por los siguientes :**

**10.- Establecer un sistema de acreditación de prestadores institucionales de salud debidamente autorizados para funcionar, esto es de los establecimientos asistenciales y personas jurídicas, de derecho público o privado, que proporcionan prestaciones de salud a las personas, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos.**

**Para estos efectos, la acreditación es el resultado del proceso periódico de evaluación del cumplimiento de los estándares que**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

permiten garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Los estándares se refieren a recursos institucionales, procesos y resultados, tales como prevención de infecciones intra hospitalarias, cumplimiento de derechos de los pacientes, cumplimiento de protocolos de atención, organización adecuada de las funciones de apoyo, capacitación de recursos humanos, coordinación adecuada con la red asistencial, seguridad y equipamiento apropiado, entre otros.

**Mediante un Reglamento, de los Ministerios de Salud y Hacienda, se deberá establecer la entidad o entidades acreditadoras, las que podrán ser públicas y privadas, o el sistema de selección de estas entidades; los requisitos que deberán cumplir; el mecanismo de elaboración de los estándares que deben cumplir los prestadores y el procedimiento de acreditación; las atribuciones del organismo acreditador con relación a 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; los aranceles que deberán pagar los prestadores por la acreditación, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.**

**La acreditación deberá aplicar iguales estándares y procedimientos a los sectores público y privado.**

**11.- Establecer un sistema de certificación de especialidades y sub especialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es de las personas naturales que, de manera independiente, dependiente de un prestador institucional o a través de un convenio con éste, otorgan prestaciones de salud directamente a las personas.**

Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual una entidad reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencia relevante en un determinado ámbito del trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.

**Mediante un reglamento, de los Ministerios de Salud y Educación, se determinarán fundadamente las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades de acuerdo a sus programas de evaluación, formación o entrenamiento; las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema; un registro público nacional y regional de los prestadores certificados, el que será mantenido por la Superintendencia de Salud, y las demás materias necesarias para desarrollar el sistema.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Las entidades serán seleccionadas de acuerdo a pautas objetivas relacionadas con el currículum de formación, las actividades prácticas, los establecimientos asistenciales que disponen para el entrenamiento y el cuerpo de profesores asignados a la enseñanza y supervisión, si los programas son de formación o de entrenamiento. En el caso de los programas de evaluación de los conocimientos adquiridos por una experiencia prolongada y relevante del ejercicio práctico de la especialidad, las pautas se referirán a los sistemas de evaluación y el cuerpo de evaluadores que serán utilizados.**

**Las Universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente."**

El Honorable Senador señor Viera-Gallo sugirió eliminar la oración del Nº 10 relativa al "cumplimiento de derechos de los pacientes", para evitar problemas de judicialización.

**Puesta en votación la indicación, el Nº 10 y la proposición del Honorable Senador señor Viera-Gallo fueron aprobadas, unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo. En tanto los Nºs. 11 y 12 fueron aprobados con los votos de los Honorables Senadores señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con la abstención de la Honorable Senadora señora Matthei.**

- - - - -

El **Nº 10** faculta para definir políticas destinadas a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en la atención de salud y reglamentar los mecanismos de reclamo y apelación que serán implementados por la Dirección Regional de Salud respectiva.

El Ejecutivo presentó una indicación a este numeral para sustituir el número 10, actual, que ha pasado a ser número 13, por el siguiente:

"13.- Implementar sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes. Los sistemas podrán contemplar la intervención de entidades públicas y privadas que cumplan con condiciones técnicas de idoneidad."

El Honorable Senador señor Ríos advirtió que esta norma busca establecer una etapa previa a la jurisdiccional, por lo que se corre

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

el peligro de que surjan más presiones y controversias por parte de los pacientes y de sus abogados.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo expresó que si se desea establecer un sistema alternativo de solución de controversias éste debe ser real y efectivo, además, sugirió algún sistema de selección de conflictos, de lo contrario el Estado y el Ministerio de Salud podrían sobrecargarse de este tipo de solución de controversias.

**Puesta en votación la indicación, fue aprobada con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

El **N° 11** permite supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y programas generales de salud, especialmente en lo relativo a su eficiencia, eficacia y calidad.

**El numeral fue aprobado sin debate con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

El **N° 12** establece la definición de políticas que promuevan la participación de las personas en las diferentes instituciones del Sistema.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo presentó una indicación a este numeral para agregar un inciso segundo, nuevo, en los siguientes términos: "Al hacerlo, deberá tener especial consideración de las necesidades y características culturales de las etnias de nuestro país, creando modalidades de salud interculturales en sectores con una alta concentración de población indígena."

Explicó que su indicación tiene por objetivo incorporar el concepto de salud intercultural.

El Honorable Senador Espina, al igual que el resto de los miembros de la Comisión apoyó la indicación, agregando que en su región más del 25% de la población es de origen mapuche, con lo cual se ha desarrollado una red intercultural que ha incorporado prácticas distintas a la medicina tradicional.

**Puesta en votación la indicación, fue aprobada unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El **N°13** dispone la fijación de políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

**El numeral fue aprobado unánimemente, sin debate, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

El **N°14** permite velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, tanto en el nivel regional como nacional.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide sugirió agregar al final de este numeral la oración "en todos sus niveles".

**El numeral fue aprobado, sin debate, con la modificación propuesta por la unanimidad de la Comisión, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

El **N° 15** enuncia que también tendrá las demás atribuciones que le confieran las leyes y reglamentos.

**El numeral fue aprobado unánimemente, sin debate, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**N°2)**

Este numeral intercala, a continuación del artículo 4º, un artículo 4º bis, nuevo, que establece que el Ministerio de Salud ejecutará la fiscalización a través de las Direcciones Regionales de Salud, sin perjuicio de las facultades que les competan, por ley, a otros organismos públicos, y de la facultad de delegar en terceros acreditados la inspección o verificación del cumplimiento de las normas.

El Ejecutivo presentó una indicación a este numeral para sustituir el numeral 2, por el siguiente:

"2) Intercálase, a continuación del artículo 4º, los siguientes artículos 4º bis y 4º ter, nuevos:

"Artículo 4º bis.- Para el cumplimiento de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud convocará un Consejo Consultivo de Salud que tendrá el carácter de asesor en todas las

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de los lineamientos estratégicos del sector.

El referido Consejo será presidido por el Ministro de Salud y estará integrado por:

1. Dos directores o profesores de reconocida trayectoria de las Escuelas o Departamentos de Salud Pública de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegidos por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile;
2. Un decano o profesor de reconocida trayectoria de las Facultades de Economía o Administración de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegido por el Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas;
3. Un representante de la Sociedad Chilena de Salubridad, elegido por ésta;
4. Un representante del Colegio Médico de Chile, elegido por éste;
5. Dos representantes de Colegios Profesionales del área de la salud, elegidos por éstos conforme el reglamento;
6. Un representante de los prestadores públicos de salud, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud;
7. Un representante de las Asociación Chilena de Municipalidades, elegido por ésta;
8. Un representante de los prestadores privados de salud, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;
9. El Director de Fondo Nacional de Salud o su representante;
10. Un representante de las Instituciones de Salud Previsional, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;
11. Dos representantes de asociaciones de usuarios o grupos de salud, elegidos por éstos conforme el reglamento;
12. Un representante de organización no gubernamental sin fines de lucro que haya desarrollado actividades relevantes en el ámbito de la salud ambiental, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Los consejeros serán nombrados por un período por cinco años, el que podrá prorrogarse por una sola vez y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo.

Artículo 4° ter.- Para el cumplimiento de las funciones señaladas en los números 9, 10, 11 y 12 del artículo 4°, el Ministro de Salud convocará un Consejo Nacional Consultivo de la Calidad, que tendrá el carácter de asesor, será presidido por el Ministro de Salud e integrado por:

a) Un científico de connotada trayectoria en el área de calidad en salud, representante de sociedades científicas con personalidad jurídica, elegido por éstas en la forma que señale el reglamento;

b) Un director o profesor de reconocida trayectoria de las Facultades, Escuelas o Departamentos de Medicina o de Salud Pública de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegido por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile;

c) Un experto en el área de la calidad en salud de reconocida idoneidad y trayectoria, elegidos por el Ministro de Salud;

d) Un representante del Instituto de Salud Pública, elegido por éste;

e) Un representante de las Mutuales de Seguridad, elegido por éstas;

f) Un representante de los prestadores públicos de salud, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud;

g) Un representante de los prestadores privados de salud, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;

h) El Director de Fondo Nacional de Salud o su representante;

i) Un representante de las Instituciones de Salud Previsional, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país.

Los consejeros serán nombrados por un período de tres años, el que podrá prorrogarse por una sola vez y no percibirán remuneración alguna por su desempeño. Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo.

Corresponderá al Consejo Nacional Consultivo de la Calidad absolver las consultas que le formule el Ministerio de Salud en materias de su competencia; emitir opinión sobre las normas de calidad de

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

atención en salud, protocolos de atención en salud, el sistema de acreditación y certificación de los prestadores institucionales e individuales de salud y garantizar su idoneidad y transparencia; y ejercer las demás funciones que se le encomiende la ley y los reglamentos."."

En el artículo 4º bis los Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo estuvieron por eliminar el Nº 11, relativo a los representantes de los usuarios o grupos de salud elegidos por éstos conforme al reglamento. Estuvo en contra el Honorable Senador señor Ríos.

**El artículo 4º bis fue aprobado, con la modificación propuesta, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos y Viera-Gallo.**

En el artículo 4º ter la Comisión acordó eliminar su inciso final por estimar que el Consejo Nacional Consultivo de la Calidad no le corresponde pronunciarse sobre los protocolos de atención

**El artículo 4º ter fue aprobado con la modificación propuesta, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y Viera-Gallo, y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

**Nº3)**

Sustituye el artículo 5º por otro que establece la integración del Ministerio de Salud, y la organización del mismo, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

Señala, además que dicha Cartera, mediante decreto, determinará la estructura y organización interna del Ministerio y asignará las funciones y atribuciones específicas que correspondan a cada uno de los niveles jerárquicos existentes, considerando los factores allí establecidos.

A propósito de este artículo la Comisión decidió poner en votación la idea de establecer dos Subsecretarías, la de Redes Asistenciales y la de Salud, al conformar la integración del Ministerio de Salud.

El Honorable Senador señor Ríos anunció su voto en contra de la existencia de las dos Subsecretarías, debido a que la actual organización del Ministerio de Salud ha funcionado en forma normal.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide destacó que el Ministerio de Salud debe organizarse de acuerdo a los requerimientos de la Reforma, la cual se centra en la atención primaria basado en un sistema preventivo de patologías y en un sistema de redes de atención.



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Añadió que no está de acuerdo con la existencia de dos subsecretarías, salvo que esta situación sea indispensable para la Reforma.

El Honorable Senador señor Boeninger apoyó la existencia de estos dos organismos en vista a la diversidad de funciones que ejerce cada una de ellas. Asimismo, el cambio en el modelo de atención centrado en la atención primaria representará una serie de desafíos y una recarga de funciones, por lo que estimó razonable la división de las mismas.

El Honorable Senador señor Espina apoyó la existencia de dos subsecretarías por tener asignadas cada una de ellas funciones distintas, de lo contrario el sistema no operaría en forma adecuada.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo anunció su abstención en esta votación fundado en el peligro de cuoteo político que estos dos organismos podrían dar lugar.

La Honorable Senadora señora Matthei expresó que si bien el sistema le merece algunas dudas, votará favorablemente la existencia de dos subsecretarías.

**Puesta en votación la idea de establecer las Subsecretarías de Redes Asistenciales y la de Salud y de eliminar las Direcciones Regionales de Salud, fue aprobada, con los votos a favor de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, y el voto en contra del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.**

Este Numeral fue objeto de indicación del Ejecutivo para sustituir en el artículo 5º del decreto ley N° 2.763, de 1979, el inciso tercero por el siguiente:

**“Mediante Decreto Supremo, conforme lo dispuesto en la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado se determinará la estructura y organización interna del Ministerio de Salud, y se asignarán las tareas y cometidos que correspondan a cada una de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, secretarías regionales ministeriales y oficinas provinciales que se establezcan para el ejercicio de sus funciones. Para estos efectos deberá considerar, a lo menos, el desarrollo de funciones de diseño de políticas y planes en el ámbito de la salud de las personas y el ambiente, financieras e inversiones en el Sistema, regulación, epidemiología, estadísticas y auditoría.**

Sin perjuicio de las facultades de dirección superior que le corresponden al Ministro de Salud, no podrá modificarse el Decreto Supremo señalado en el

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

inciso anterior antes de cumplirse dos años desde su vigencia o de cualquiera de sus modificaciones.”.

El señor Ministro de Salud explicó que esta indicación tiene por objetivo limitar la facultad del Ministro para modificar la estructura y organización interna de la cartera.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide estuvo conteste con la indicación, sin embargo hizo presente que sería partidario de limitar la facultad modificatoria estableciendo que ésta no podrá variarse más de una vez durante el período presidencial respectivo, y no a dos años como lo establece la indicación.

**Puesta en votación esta indicación, su inciso primero, fue aprobada, con enmiendas, como se consignará en su oportunidad, con los votos de los Honorables Senadores señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo. En tanto, su inciso segundo, fue aprobado por los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo; con el voto en contra del Honorable Senador Ríos.**

El Honorable Senador señor Viera-Gallo solicitó dejar constancia de las instituciones que no quedan comprendidas dentro de este precepto como FONASA y las Superintendencias.

El Honorable Senador señor Ríos sugirió definir expresamente si la estructura y organización del Ministerio se realizará en forma descentralizada o desconcentrada, de manera de que no queden dudas al respecto.

El mismo numeral fue objeto de Indicación por parte del Honorable Senador señor Ríos para mantener el artículo 5º del decreto ley N° 2.763, de 1979, y eliminar el artículo 5º aprobado por la Cámara de Diputados.

**La Indicación fue rechazada con los votos en contra de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y con el voto a favor del Honorable Senador señor Ríos.**

**El Honorable Senador señor Viera-Gallo presentó otra Indicación para sustituir, en el numeral 3) del proyecto, los incisos primero y segundo del artículo 5º que se propone, por los que siguen:**

“El Ministerio de Salud está integrado por el Ministro; la Subsecretaría; la División de Redes Asistenciales; la División de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Ministerio estará organizado, además, en Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función."

**El autor de la Indicación la retiró, en atención a la aprobación de la indicación del Ejecutivo.**

Nº4

Deroga el inciso final del artículo 6º.

**El numeral fue aprobado unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Nº5

Deroga el artículo 7º.

**El Honorable Senador señor Viera-Gallo presentó Indicación para remplazar el numeral 5) por el siguiente:**

Sustitúyase el artículo 7º por el que sigue:

Artículo 7º.- Al Subsecretario corresponderá dirigir la administración y servicio interno del Ministerio; llevar a cabo las funciones de regulación, evaluación y control del sector salud; subrogar al Ministro y desempeñar las demás funciones que le asignan el decreto ley No 1.028, de 1975, y demás leyes, y reglamentos."

**El autor de la Indicación la retiró.**

**El numeral fue aprobado unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Nº6

En su literal a) reemplaza los incisos primero y segundo del artículo 8º, por uno que establece que la Subsecretaría de Redes Asistenciales tendrá a su cargo la coordinación y control del Sistema y de todo lo relacionado con la provisión de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, que sean de la competencia del Ministerio de Salud, salvo en las materias que sean de la competencia de la Subsecretaría de Salud Pública.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

La letra b) modifica el inciso tercero del mismo artículo , que ha pasado a ser segundo, del siguiente modo:

i.- Agrega, en la letra b), a continuación del punto y coma (;), la conjunción "y".

ii.- Sustituye, en la letra c), la conjunción "y" con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).

iii.- Suprime la letra d) con sus dos párrafos.

La letra c) sustituye el inciso final por otro que prescribe que la Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá contar con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de las **acciones de salud del Sistema.**".

Este numeral fue objeto de indicación del Ejecutivo para sustituir la letra a) del numeral 6, por la siguiente:

"a) Reemplázanse los incisos primero y segundo, por los siguientes:

"Artículo 8°.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema y la regulación de la prestación de servicios de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para la atención integral de la salud de las personas y los estándares de calidad que le serán exigibles.

En relación con las materias señaladas en el inciso anterior, le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento y coordinar su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema e impartirles instrucciones, en forma que garantice su ejecución de una manera integral, eficiente y uniforme.

Asimismo, desempeñará las demás funciones que le asignan el decreto ley 1.208, de 1975, y demás leyes y reglamentos.

El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda."."

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**La indicación del Ejecutivo fue aprobada, con algunas correcciones, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo, y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

**El Honorable Senador señor Viera-Gallo presentó una Indicación para modificar el literal a) del numeral 6), referido al artículo 8º del D.L. 2763, de la forma siguiente:**

a) Reemplácese, en su letra a) la expresión "Subsecretaría" por "**División**", en las dos ocasiones en que ésta figura.

**La indicación fue retirada por su autor.**

Los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina presentaron una indicación para agregar en el artículo 1º, número 6, letra a), una frase final, al inciso primero, del siguiente tenor "o de la Superintendencia de Salud".

**Sus autores la retiraron.**

**El literal b) fue aprobado con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo y Ruiz-Esquide.**

**El literal c) se aprobó con la indicación del Honorable Senador señor Viera-Gallo para eliminar el inciso final, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Nº 7)

Este numeral sustituye el artículo 9º por otro que dispone que la Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las funciones de regulación y fiscalización del sector salud, las acciones de salud pública.

**El inciso segundo dispone que para estos efectos a la Subsecretaría le corresponderá administrar el financiamiento de las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de cobertura nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, sin consideración a la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie, para lo**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**cual la Ley de Presupuestos deberá contemplar los montos que se destinarán a cada una de ellas.**

El inciso tercero faculta al Subsecretario para requerir las correcciones que sean necesarias cuando, de oficio o por presentación de reclamo, detecte incumplimiento de la normativa que rija a las prestaciones y actividades indicadas en el inciso anterior, sin perjuicio de las modificaciones o innovaciones que apruebe de iniciativas que, con fines de mejoramiento de calidad o eficiencia, le sean propuestas.

El inciso cuarto prescribe que la Subsecretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio.

El inciso quinto establece que la Subsecretaría de Salud Pública contará con la estructura necesaria para controlar y coordinar eficientemente el cumplimiento de sus funciones.

**El Honorable Senador señor Viera-Gallo presentó una indicación para modificar el artículo 9° que el numeral 7) agrega al D.L. 2.763, de la siguiente forma:**

a) Reemplazar su inciso primero por el siguiente:

"La División de Salud Pública tendrá a su cargo la coordinación y control de todo lo relacionado con las acciones de ese carácter que desarrolle el Ministerio."; para sustituir, en el inciso segundo, la expresión "Subsecretaría" por "División".; para reemplazar, en el inciso tercero, la frase "El Subsecretario" por "El Jefe de División", y para eliminar sus incisos cuarto y quinto.

Las indicaciones del Honorable Senador señor Viera-Gallo fueron retiradas por su autor.

Los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina presentaron indicación para:

Agregar en el número 1) del inciso primero la siguiente frase final. "en los aspectos sanitarios contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley N° 725 de 1967 vinculados con la salud pública.". **la que fue retirada pos sus autores**, y otra para intercalar un inciso segundo nuevo del siguiente tenor:

"Con este mismo objeto le corresponderá efectuar la coordinación intersectorial necesaria para realizar las acciones de fomento y protección de la salud, canalizando recursos a la implementación de programas nacionales o locales previamente identificados y priorizados.". **Esta Indicación fue**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**rechazada con los votos de los Honorables Senadores señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Asimismo, este número fue objeto de indicación por parte del Ejecutivo para sustituir el numeral 7, por el siguiente:

"7.- Sustitúyese el artículo 9° por el siguiente:

"Artículo 9°.- El Subsecretario de Salud Pública subrogará al Ministro en primer orden, tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.

En relación con las materias señaladas en el inciso anterior, le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento y coordinar su ejecución por el Fondo Nacional de Salud, la Superintendencia de Salud y el Instituto de Salud Pública e impartirles instrucciones, en forma que garantice su ejecución de una manera integral, eficiente y uniforme.

Asimismo, administrará el financiamiento previsto para las acciones de salud pública, correspondientes a las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, independiente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie.

Además, desempeñará las demás funciones que le asignan el decreto ley 1.208, de 1975, y demás leyes y reglamentos.

El Subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales y las divisiones, departamentos, secciones, oficinas y demás unidades y personal que corresponda."."

**La indicación con algunas modificaciones fue aprobada con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina y Viera-Gallo, con el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

**8)**

Sustituye el artículo 10, por otro que establece la competencia de cada Subsecretaría a través de tres literales, que disponen el controlar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes del

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

sector salud, y coordinar su ejecución por los organismos que integran el Sistema; impartir instrucciones sobre las normas, planes y programas a los organismos del Sistema, en forma de que se garantice la ejecución de las políticas de salud, elaboradas por el Ministerio, de manera integral, eficiente y uniforme, y ejercer las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos."

Este numeral fue objeto de dos indicaciones. Una del Honorable Senador señor Viera-Gallo para incorporar la expresión "Subsecretaría" por "División", la **que fue retirada por su autor**, y otra del Ejecutivo para derogar el artículo 10. **Esta última indicación fue aprobada con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina y Viera-Gallo.**

**9)**

Deroga los artículos 11 a 13.

**Aprobado sin enmiendas, con igual votación a la anterior.**

**10)**

Introduce modificaciones al artículo 14.

Con la letra a) reemplaza, en el primer párrafo, la oración que empieza con las palabras "el que deberá" y termina con la expresión "siguientes:", por: "el que tendrá las funciones señaladas en el artículo 64 de la ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional."

La letra b) suprime los literales desde la a) a la j).

La letra c) agrega un inciso final, nuevo, que dispone que sin perjuicio de otras atribuciones que asigna la presente ley a los Directores Regionales de Salud, éstos tendrán que fiscalizar en los organismos que correspondan, en su respectiva región, el debido cumplimiento del derecho de las personas en salud a la libertad de elegir los establecimientos y los profesionales, tanto en el sector público como en el privado, que les proporcionarán las atenciones y prestaciones que les reconocen tanto la ley N° 18.469 cuanto la ley sobre Garantías en Salud."

Este numeral fue objeto de dos indicaciones por parte del Ejecutivo. La primera para reemplazar la letra a) por la siguiente:



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

"a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con las palabras "el que deberá" y termina con la expresión "siguientes:", por "sin perjuicio de las oficinas provinciales o locales que pudieran requerirse."

La segunda indicación es para suprimir la letra c).

**Ambas indicaciones fueron aprobadas con una modificación consistente en la eliminación de la palabra "local" de la letra a), con los votos de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ríos y Viera-Gallo.**

**11)**

El numeral 11) intercala, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D, 14 E, 14 F, 14 G y 14 H, nuevos, a través de los cuales, se establecen las Direcciones Regionales de Salud.

**El artículo 14 A** dispone la existencia en cada región del país de una Dirección Regional de Salud para el desarrollo de funciones de inspección en materias sanitarias, ambientales y de calidad de los prestadores; salud pública; epidemiología, y acreditación de prestadores de salud, entre otras materias. Estará a cargo de un Director Regional de Salud, el que será nombrado por el Presidente de la República, a propuesta del Ministro de Salud, y dependerá jerárquicamente del Subsecretario de Salud Pública.

Su inciso segundo enuncia los requisitos que deberá poseer el Director Regional de Salud, el cual será nombrado por un proceso de selección público y evaluado anualmente por el Ministerio de Salud, de acuerdo con los resultados de su gestión y con los objetivos diseñados al momento de su nombramiento.

El Ejecutivo presentó indicación a este artículo para sustituir el artículo 14 A, por el siguiente:

"Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades certificadas en el ámbito de la salud pública."

La indicación tiene por objetivo adecuar el sistema a la eliminación de las Direcciones Regionales, cuyas funciones serán asumidas por el SEREMI de salud.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Honorable Senador señor Boeninger destacó que la Indicación del Ejecutivo pretende que la autoridad sanitaria regional, como es el caso del SEREMI, concilie las características propias de un funcionario público con la necesidad de una formación especializada de sus servidores.. Por lo mismo, se necesita precisar las funciones de este cargo para así evitar vacíos legales.

**El inciso primero de la indicación fue aprobado con los votos de los Honorables Senadores señores Bombal, Boeninger, Ríos y Viera-Gallo.**

**El inciso segundo fue aprobado con los votos de los Honorables Senadores señores Bombal, Boeninger y Viera-Gallo, con el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

Se hace presente que este numeral también fue objeto de Indicaciones por parte de los Honorables Senadores señores Viera-Gallo y de los Honorables Senadores señora Matthei, Espina y Ríos, las cuales fueron retiradas por sus autores.

**El artículo 14 B,** dispone la existencia de un Consejo Asesor para cada Dirección Regional, el que tendrá carácter consultivo. Establece los integrantes del mismo, los cuales no percibirán remuneración.

La Comisión acordó, en primer término votar la existencia de un Consejo Asesor del SEREMI de Salud, Estuvieron por apoyar esta idea los Honorables Senadores señores Boeninger y Viera-Gallo y votó en contra, el Honorable Senador señor Ríos.

Seguidamente, se siguió el mismo método respecto a la composición del mismo Consejo. Votaron a favor los Honorables Senadores señores Boeninger y Viera-Gallo, con la abstención del Honorable Senador señor Ríos.

En sesiones posteriores se reabrió el debate sobre el tema.

El Honorable Senador señor Ríos acotó que es inoportuna la creación de este Consejo debido a que estas entidades pueden crearse sin necesidad de la dictación de una ley. Añadió que este tipo de entidades no son muy representativas de los distintos estamentos marginando a una serie de personas o instituciones, además de que contribuye a diluir responsabilidades.

La Honorable Senadora señora Matthei concordó con el planteamiento del Honorable Senador señor Ríos, añadiendo que el proyecto de ley dispone un gran número de integrantes, algunos de los cuales le merecen dudas en cuanto a su forma de selección en el caso de los representantes de los usuarios.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Ministro de Salud explicó que la idea de este Consejo Asesor es otorgar un mayor grado de participación a la ciudadanía en el desarrollo sanitario del país.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide destacó que es importante la participación ciudadana en la toma de decisiones para evitar que éstas sean arbitrarias o sesgadas. Además, la nueva concepción de autoridad sanitaria se basa en un modelo preventivo de salud de las personas, lo que implica la participación de la población.

El Honorable Senador señor Espina indicó que, a su parecer, la representatividad de este Consejo es dudosa, puesto que el nivel central propenderá a copar los cupos de sus integrantes, desconociéndose así la realidad regional y local.

Agregó que le parece bien la idea de que el SEREMI de Salud cuente con una instancia de consulta popular, pero no le convence el Consejo Consultivo establecido en el proyecto de ley.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo explicó que si se rechaza la existencia de este Consejo, el Presidente de la República igualmente puede crearlo por decreto.

El Ministro de Salud sugirió proponer durante la discusión en particular de la iniciativa una concepción más amplia de este organismo, de manera de obligar al Seremi a consultarlo en las materias que sean de su incumbencia.

**Puesta en votación nuevamente la existencia del Consejo Consultivo del SEREMI, dispuesto en el artículo 14 B, fue rechazada con los votos en contra de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ríos. Votaron a favor de su existencia los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**El artículo 14 C** dispone las funciones de las Direcciones Regionales de Salud, como el velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad y proponer las adecuaciones de dichas políticas a la realidad de cada región, oyendo previamente al Consejo Asesor; mantener al día el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas; colaborar, conforme a las instrucciones del Subsecretario correspondiente, con las acciones de salud pública, mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan, especialmente con los servicios de salud y las entidades administradoras de salud municipal respectivas; fiscalizar el cumplimiento de las normas e

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre calidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios a que se refieren las leyes N° 18.469 y N° 18.933, por parte de los prestadores de salud, sean personas naturales o jurídicas; conocer y resolver administrativamente los reclamos que se presenten respecto de la calidad de atención y servicio que otorguen los prestadores de salud, tanto públicos como privados, sin perjuicio de las facultades que les competan a otros organismos públicos; adoptar las medidas sanitarias que correspondan según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias, elaborar informes en materias sanitarias y acreditar prestadores de salud en la región; ejecutar las acciones necesarias para la protección de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de la calidad de los elementos básicos del ambiente; colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector de la salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos; organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y, en general, ejecutar, por sí o por terceros, todas aquellas prestaciones de carácter médico-administrativas, y las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

El Ejecutivo presentó una indicación para sustituir el artículo 14 C, por el siguiente:

"Artículo 14 C.- Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud:

1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad y proponer las adecuaciones de dichas políticas a la realidad de cada región, oyendo previamente al Consejo Asesor. Para tales efectos, entre otras medidas, podrá requerir de la autoridad correspondiente, la adopción de las disposiciones administrativas que procedieren si detectare el incumplimiento de las obligaciones o deberes por parte de tales organismos, dentro del ámbito de su competencia.

2.- Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones sobre la materia, para lo cual se encontrará dotado de todas las facultades y atribuciones que el Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias sanitario ambientales le confieren, de conformidad con lo previsto en el Artículo 14 D.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

3.- Adoptar las medidas sanitarias que corresponda según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias y elaborar informes en materias sanitarias. Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, serán homogéneas para los establecimientos públicos y privados.

4.- Colaborar, conforme las instrucciones del Subsecretario correspondiente, con las acciones de salud pública, mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan, especialmente con los Servicios de Salud y las entidades administradoras de salud municipal respectivas.

5.- Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

6.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

7.- Cumplir las acciones de fiscalización del cumplimiento de normas de calidad y acreditación de prestadores de acciones auxiliares de salud que señale el Reglamento, conforme al número 9 del artículo 4º de esta ley, y las que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.

8.- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y, en general, ejecutar, por sí o por terceros, todas aquellas prestaciones de carácter médico-administrativas, y

9.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos."

El Honorable Senador señor Bombal manifestó que, según su parecer, la Indicación del Ejecutivo le entrega demasiadas atribuciones al SEREMI de Salud.

**Puesta en votación la indicación del Ejecutivo fue aprobada unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ríos y Viera-Gallo.**

Posteriormente, el Ejecutivo presentó otra indicación para que en el artículo 14 C:

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

i) Se reemplace el número 4, por el siguiente:

"4.- Colaborar, conforme las instrucciones del Subsecretario correspondiente, con las acciones de salud pública, preferentemente a través de los Servicios de Salud y las entidades administradoras de salud municipal, o directamente, mediante la celebración de convenios con las personas o entidades correspondientes."

ii) Para intercalar el siguiente número 8, nuevo, modificándose la numeración correlativa siguiente:

"8.- Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, conforme lo dispuesto en el artículo 4º de la ley Nº 19.813."

**Puesta en votación la indicación del Ejecutivo que reemplaza el Nº 4, fue aprobada unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Puesta en votación la indicación del Ejecutivo que intercala un Nº 8, nuevo, fue aprobada unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con el voto en contra de la Honorable Senadora señora Matthei.**

En vista a la aprobación antes señalada se dieron por retiradas las demás indicaciones parlamentarias efectuadas al artículo 14 C.

**El artículo 14 D** señala que las materias que actualmente corresponden a los Servicios de Salud serán ejercidas por el Ministerio de Salud a través de las Direcciones Regionales de Salud, siempre que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud.

**La Comisión determinó poner en votación la idea del traspaso de funciones desde el Director Regional al SEREMI de Salud, la cual fue aprobada con los votos a favor de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y con los votos en contra de los Honorables Senadores señores Bombal y Ríos.**

Este artículo fue objeto de indicación del Ejecutivo para que en el artículo 14 D:

i) Para sustituir la expresión "Direcciones Regionales de Salud" por "Secretarías Regionales Ministeriales".

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

ii) Para suprimir la palabra "actualmente" y la oración "promoción, prevención,".

iii) Para incorporar los siguientes incisos segundo y tercero:

"Para el debido y oportuno ejercicio de las atribuciones señaladas en el inciso anterior, especialmente todas aquellas materias sanitario ambientales, tales como saneamiento básico, calidad de los alimentos y ambiente laboral, el Secretario Regional Ministerial de Salud deberá diseñar programas que comprendan prioridades y metas anuales, oyendo al respectivo Consejo Asesor. Asimismo, deberá coordinar el ejercicio de sus facultades administrativas con las demás entidades públicas competentes, especialmente con las Municipalidades de la Región, pudiendo delegar en éstos las funciones de inspección o verificación del cumplimiento de las normas sanitarias, mediante la celebración de los convenios respectivos.

En relación a las materias que trata este artículo, los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud deberán ajustarse a las instrucciones de carácter técnico y administrativo que imparta el Ministerio de Salud, ya sea a nivel nacional o regional."

**La indicación fue aprobada en lo relativo a la sustitución de la expresión "Direcciones Regionales" por "Secretarías Regionales Ministeriales"; para suprimir la palabra "actualmente" y los vocablos "promoción, prevención," y para aprobar su inciso tercero, quedando rechazado el inciso segundo, con los votos de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo. Votaron en contra de esta resolución los Honorables Senadores señores Bombal y Ríos.**

El **artículo 14 E** regula las sanciones que podrá aplicar el Director Regional de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial, entre ellas, amonestación; multa, a beneficio de la respectiva Dirección Regional de Salud, de hasta 1.000 unidades de fomento; clausura; cancelación de la autorización sanitaria para funcionar, y las demás que las leyes y reglamentos autoricen aplicar a la autoridad sanitaria.

El **artículo 14 F** faculta al Director Regional para el cumplimiento de sus funciones fiscalizadoras a que se refieren los artículos 14 C, números 4 y 5, y 14 E, a inspeccionar instrumentos o documentos que obren en poder del organismo fiscalizado, y requerir de éste o de sus jefes superiores, administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar, a éstos o a terceros directamente relacionados con la materia fiscalizada, la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado.

El inciso segundo además lo faculta a citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, asesores y dependientes de los organismos fiscalizados o de terceros directamente relacionados con la materia fiscalizada, cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones.

El inciso tercero cautela que en el ejercicio de las funciones fiscalizadoras, la autoridad deberá velar por los derechos de las personas consagrados en la ley N° 19.628 y las normas sobre secreto profesional.

El **artículo 14 G.** establece que en contra de las resoluciones o instrucciones que dicte el Director Regional de Salud, en uso de las facultades de fiscalización podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles.

El resto del precepto regula el plazos de resolución del recurso por parte del Director Regional, y dispone un reclamo adicional en contra de lo resuelto por Director Regional en el recurso de reposición, ante el Ministro de Salud, quien dispondrá de treinta días para resolver.

El **artículo 14 H** faculta al Director Regional de Salud para ordenar a la autoridad correspondiente, la instrucción de investigaciones o sumarios administrativos respecto del personal directivo de los Servicios de Salud, en lo referente al cumplimiento de las normas de calidad, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan los Directores de dichos organismos y la Contraloría General de la República.

Asimismo, el Director Regional de Salud podrá aplicar sanciones al Director del Servicio de Salud o al Director del establecimiento público de salud respectivo, por incumplimiento de instrucciones emitidas por el Director Regional de Salud, previa investigación de los hechos.

El Ejecutivo presentó indicación para suprimir los artículos 14 E, 14 F, 14 G y 14 H.

**La indicación fue aprobada con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

Considerando lo anterior, las indicaciones Parlamentarias presentadas a dichos artículos fueron retiradas.

**12)**



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Sustituye el artículo 15 con el objetivo de disponer los organismos dependientes del Ministerio de Salud, entre ellos, los Servicios de Salud; el Fondo Nacional de Salud; la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud; los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud, conforme a dichos cuerpos legales, y el Instituto de Salud Pública de Chile.

Dichos organismos dependerán del Ministerio a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, excepto el Instituto de Salud Pública de Chile, el que lo hará a través de la Subsecretaría de Salud Pública."

El Ejecutivo formuló indicación para derogar el artículo 15.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo retiró la indicación efectuada a este artículo.

**Puesta en votación la indicación del Ejecutivo fue aprobada con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ruiz-Esqüide y Viera-Gallo.**

**13)**

Introduce modificaciones al artículo 16 que crea los Servicios de Salud. La primera modificación contenida en la letra a), sustituye, en el primer párrafo del inciso primero, la expresión "los Servicios" por "los Servicios o el Servicio"; y la frase "fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas", por la frase "promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud".

**Además, con la letra b) sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: "Siete en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente y Servicio de Salud del Ambiente." por el siguiente: "Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente."**

**Los Honorables Senadores señora Matthei, Y señores Espina y Ríos formularon indicación para sustituir el artículo 1º numeral 13, letra a) que introduce modificaciones al inciso primero del artículo 16, por otro del siguiente tenor: "Artículo 16: Créanse los Servicios de Salud, encargados de administrar los diferentes modelos de atención y de estructurar, gestionar y articular la red asistencial que incluya diferentes niveles de complejidad y sistemas de referencia y derivación de las personas, dentro y fuera de la región respectiva, en función de las necesidades detectadas en la población usuaria."**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**La Comisión sugirió reemplazar en la Indicación la palabra "modelo" por "modalidades", y " región respectiva", por "área territorial asignada", para una mejor comprensión del precepto.**

**Puesta en votación la indicación parlamentaria fue aprobada con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La letra b) del precepto fue aprobada con la misma votación.

**14)**

Intercala, a continuación del artículo 16, los siguientes artículos 16 bis y 16 ter, nuevos:

El artículo 16 bis dispone la constitución de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud

Asimismo, prescribe que la complementación y colaboración de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

Este artículo fue objeto de Indicación del Ejecutivo para :

a) sustituir el inciso primero del artículo 16 bis, por el siguiente:

"Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos dependientes del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población."

**Puesta en votación, la letra a) de la indicación fue aprobada con la modificación que elimina la palabra "dependientes", con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Asimismo, se deja constancia que la palabra "establecimiento" dispuesta en la indicación, está recogida en sentido amplio, por lo que no sólo incorpora a los hospitales.

b) Para agregar en el inciso segundo del artículo 16 bis, antes de la expresión "La Red", la palabra "Asimismo", seguida por una coma (,).

**Puesta en votación la letra b) de la indicación fue rechazada con la misma votación anterior.**

El **artículo 16 ter** describe la organización de la red asistencial de cada Servicio de Salud en base a un primer nivel de atención primaria y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia.

Se dispone la obligatoriedad de que los establecimientos de atención primaria, sean consultorios u hospitales de pequeñas localidades deberán cubrir, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo.

Este artículo fue objeto de indicación del Ejecutivo para incorporar, en el inciso primero del artículo 16 ter, después de la palabra "urgencia", la frase "y demás casos que señalen la ley o los reglamentos".

La indicación con algunas correcciones formales fue aprobada con los votos de los **Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

En el inciso segundo del artículo 16 ter se acordó eliminar la palabra "técnicamente", y la frase final "sin perjuicio de la necesaria coordinación comunal y regional". Acordado con los votos de los **Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos, por estimar que el inciso es innecesario.**

Posteriormente, el Ejecutivo incorporó otra indicación para intercalar los siguientes incisos tercero y cuarto, nuevos, al artículo 16 ter:

"Los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada, espontánea y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.

El establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud con relación al ingreso de datos y los sistemas de información que deberán mantener, los que deberán ser compatibles con el sistema de información del Fondo Nacional de Salud, a fin de que éste mantenga un sistema de información nacional en línea de beneficiarios de la ley N° 18.469."

**El inciso tercero de la indicación y el inciso cuarto hasta la palabra "mantener", fueron aprobados con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Posteriormente el Ejecutivo presentó indicación para agregar al artículo 16 ter, el siguiente inciso final:

"Los beneficiarios de la ley N° 18.469, deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud correspondiente a su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que le prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel. El beneficiario no podrá cambiar su lugar de inscripción antes de transcurrido un año desde la fecha de inscripción, salvo que comprobare mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distinto al declarado en la inscripción anterior."

**La indicación fue aprobada con una modificación consistente en agregar, a continuación de "nivel", la frase "y será responsable de su seguimiento de salud", por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**15)**

Deroga los incisos segundo y tercero del artículo 17 el que establece las funciones que cada Servicio de Salud ejercerá en sus respectivos territorios, especificando el ámbito de acción del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, el cual se supeditarán a la protección de los riesgos del medio ambiente y para la conservación de sus elementos básicos sólo en el territorio de la Región Metropolitana.

**Fue aprobado por igual unanimidad a la anterior.**

**16)**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Sustituye el artículo 18 que establece los Directores de los Servicios de Salud, por otro que dispone que cada Servicio estará a cargo de un Director designado por decreto supremo del Ministerio de Salud y que será funcionario de la confianza del Presidente de la República. Establece los requisitos de nombramiento que debe reunir dicha autoridad, la que será nombrada a partir de un proceso de selección público y será evaluado anualmente por el Ministerio de Salud.

El Ejecutivo formuló indicación para sustituir el numeral 16 por el siguiente:

“16) Sustitúyese el artículo 18 por el siguiente:

"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director seleccionado, designado y evaluado conforme a la ley."."

**La indicación fue aprobada unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos y Viera-Gallo.**

El inciso segundo del artículo 18 fue aprobado con modificaciones, para establecer que el director deberá ser un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión en salud. **Esta modificación fue acordada con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo, con el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

**17)**

Intercala, a continuación del artículo 18, un siguiente artículo 18 bis, nuevo, mediante el cual se preceptúan las atribuciones y competencias del Director de cada Servicio, debiendo velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutoria del nivel primario de atención y por la efectiva y eficiente derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red.

El Ejecutivo presentó indicación :

a) Para reemplazar, en el inciso primero, la oración “del territorio de su competencia” por la frase “a su cargo”.

**La indicación fue rechazada unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos y Viera-Gallo.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

b) Para reemplazar, en el inciso primero, la oración "directivas generales impartidas por el" por la frase "programas del".

**La indicación fue aprobada unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos y Viera-Gallo.**

c) Para reemplazar, en el inciso final, la frase "derivación y contraderivación" por la palabra "referencia".

**La indicación fue aprobada unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos y Viera-Gallo.**

d) Para agregar, en el inciso final, antes del punto aparte y precedida por una coma (,) la siguiente frase: "conforme las normas que imparta el Ministerio de Salud, mediante resolución."

**La indicación fue aprobada unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

**El Honorable Senador señor Viera-Gallo presentó una Indicación para:**

**a) Agregar el siguiente nuevo inciso tercero, pasando el actual inciso tercero a ser cuarto:**

"Con este objeto determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, según corresponda, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria. Sobre esta base se evaluará el desempeño de cada entidad administradora. Para efectos de la determinación de dichas metas, deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo presidido por el Director e integrado por el Director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad, todo ello sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes."

**La letra a) de la indicación fue aprobada con algunas modificaciones unánimemente por la Comisión, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina y Ríos.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

b) Incorporar la siguiente frase final en su inciso tercero (que pasa a ser cuarto):

“Un reglamento establecerá las condiciones y procedimientos destinados a practicar dichas derivaciones y contraderivaciones, señalando, además, en este último caso, los plazos e indicaciones con las que el paciente será reorientado al nivel primario. ”

**La indicación en su literal b) fue retirada por su autor.**

**18)**

Introduce modificaciones al artículo 20 que dispone las atribuciones de los Directores de Servicio.

Con la letra a) sustituye la letra a) por otra que prescribe la facultad de velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como, asimismo, coordinar, asesorar y controlar todos los establecimientos del Servicio.”.

**La letra b) sustituye la letra m) por la siguiente:**

“m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;”.

La letra c) sustitúyense, en la letra n), la conjunción "y" y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

La letra d) Intercálase, a continuación de la letra n), la siguiente letra o) nueva, pasando la actual letra ñ) a ser letra p):

“o) Declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación, y”.

El Ejecutivo presentó indicación para:

a) Para agregar en la letra a), después de la palabra “controlar”, la frase “el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en”.

**La letra a) de la indicación fue aprobada unánimemente por la Comisión, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Posteriormente, el Ejecutivo presentó otra indicación para agregar una letra a), nueva, que sustituya el encabezamiento del artículo 20, por el siguiente:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en el Título IV y V de este Capítulo, para el desempeño de sus funciones el Director tendrá, entre otras, las siguientes atribuciones:". "

**La indicación fue aprobada con los votos de los Honorables Senadores señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

b) Para agregar la siguiente letra c), nueva, modificándose los literales correlativos:

"c) Agrégase el siguiente párrafo segundo a la letra h):

"Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo en favor del Fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud.". "

**La indicación fue aprobada con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos y Viera-Gallo.**

c) Para agregar la siguiente letra f), nueva:

"f) Intercálase, a continuación de la letra o), la siguiente letra p):

"p) Disponer, mediante resolución fundada, el traspaso de los funcionarios, en comisión de servicios, a cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, siempre que dicho establecimiento esté situado en la misma ciudad en que éste se desempeñare.

En caso alguno estas comisiones podrán significar el desempeño de funciones de inferior jerarquía a las del cargo o ajenas a los conocimientos que éste requiere, ni podrán importar menoscabo para el funcionario.

Podrá disponerse que dicha comisión sea cumplida en jornadas totales o parciales, así como en días determinados de la semana.

Los funcionarios no podrán ser designados en comisión de servicios durante más de dos años. No obstante, de común acuerdo podrá prorrogarse la comisión por el plazo que convengan las partes.

Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren.



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El funcionario respecto de quien se disponga su traspaso en comisión de servicios, que estimare que ésta le produce menoscabo podrá solicitar la reposición de la resolución ante el Director. La resolución del Director podrá ser apelada ante el Secretario Regional Ministerial de Salud dentro del término de diez días hábiles contado desde la fecha en que se le comunique dicha resolución o la que deseche la reposición.

Sin perjuicio de lo dispuesto en esta letra, el Director podrá designar en comisión de servicios a los funcionarios conforme las normas que establece la ley 18.834, Estatuto Administrativo."."

**La letra c) de la indicación fue aprobada con algunas modificaciones con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos y Viera-Gallo.**

d) Para agregar la siguiente letra g), nueva:

"g) Intercálase, a continuación de la letra p), la siguiente letra q):

"q) Celebrar convenios de gestión con las respectivas entidades administradoras de salud municipal, conforme lo dispuesto en el artículo 57 de la ley N° 19.378, que tengan por objeto, entre otros, asignar recursos asociados al cumplimiento de metas sanitarias, aumento de la resolutivez de sus establecimientos y mejoramiento de los niveles –de satisfacción del usuario. Los referidos convenios deberán contemplar, en general, los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores, medios de verificación y las medidas que se adoptarán en caso de incumplimiento de las obligaciones contraídas."."

**La letra d) de la indicación fue aprobada con algunas modificaciones con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

e) Para agregar la siguiente letra h), nueva:

"h) Intercálase, a continuación de la letra q), la siguiente letra r):

"r) Evaluar el cumplimiento de las normas técnicas, planes y programas que imparta el Ministerio de Salud a los establecimientos de atención primaria de salud, conforme lo dispuesto en el artículo 56 de la ley N° 19.378 y el cumplimiento de las metas fijadas a dichos establecimientos en virtud de los convenios celebrados conforme la letra anterior y el artículo 57 de dicha ley. En caso que el Director de Servicio establezca un incumplimiento grave de las obligaciones señaladas en el párrafo anterior, podrá solicitar al Alcalde respectivo la remoción del director del establecimiento de atención

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

primaria de salud, para los efectos previstos en la letra b) del artículo 48 de la mencionada ley. Asimismo, dicha comunicación será remitida al Intendente Regional, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 9º de la ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades."."

**El Ejecutivo retiró la letra e) de la indicación, y este numeral, con las adecuaciones respectivas, se consigna, en su oportunidad, en el texto del proyecto.**

19)

Intercala, a continuación del artículo 21, los siguientes artículos 21 A, 21 B, 21 C y 21 D, nuevos, con el objetivo de establecer los Establecimientos Autogestionados en Red.

El **artículo 21 A** dispone que los establecimientos de salud dependientes del Servicio de Salud que cumplan los requisitos legales tendrán la denominación de Autogestionado.

Un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular el sistema de postulación y clasificación; las etapas que contemple el proceso; los requisitos que deberá cumplir y las condiciones y facultades del establecimiento en cada una de las etapas; los mecanismos de evaluación y control; y las causales de revocación de la clasificación otorgada, entre otras materias.

El **artículo 21 B** prescribe las condiciones mínimas que el reglamento deberá exigir para que los establecimientos puedan ingresar al sistema de postulación como "Establecimiento de Autogestión en Red".

El **artículo 21 C** dispone que dichos establecimientos contarán, de acuerdo con la etapa del proceso en que se encuentren, entre otras atribuciones, con las siguientes condiciones y facultades especiales allí señaladas, en la forma que señale el reglamento, como la de administrar y disponer de sus ingresos propios, de los cuales el 20%, descontados los costos fijos y variables necesarios para la generación de éstos, será destinado a un fondo que será administrado por el Servicio de Salud respectivo, para la capacitación del personal, adquisición de equipamiento crítico, cumplimiento del Régimen de la ley N° 18.469 y fortalecimiento de la atención primaria de la Red Asistencial correspondiente; celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud para percibir directamente el financiamiento proveniente de programas de prestaciones valoradas; celebrar contratos de compra de prestaciones de servicio con personas naturales; La gestión y administración de sus recursos; y , acceder a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Dichos establecimientos mantendrán su dependencia de la Red Asistencial, serán supervigilados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, y fiscalizados por el Secretario Regional Ministerial, conforme a la ley.

La clasificación mediante resolución fundada del Ministerio de Salud, previa visación del Ministerio de Hacienda. De igual manera deberá revocarse la clasificación otorgada, cuando los establecimientos dejen de cumplir los requisitos o incurran en incumplimiento de sus funciones u obligaciones, conforme lo determine el reglamento.

El **artículo 21 D** establece que en cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, el que tendrá carácter consultivo y conocerá de la gestión del Servicio, y conocerá, anticipadamente, el plan anual de trabajo del Servicio y la rendición de cuentas de su autoridad, dejando constancia de los reparos y alcances que surjan, los que serán enviados al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud.

Finalmente se precisa la constitución del Consejo.

El Ejecutivo presentó indicación para suprimir los artículos 21A, 21 B y 21 C, pasando el artículo 21 D a ser 21 A.

**La indicación fue aprobada unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

20)

El numeral 20 sustituye, en el artículo 23, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

**Se aprobó unánimemente con igual votación a la del numeral precedente.**

21)

Sustitúyese el artículo 24, referido al financiamiento de los Servicios de Salud por otro que regula la misma materia y que establece que dicho financiamiento se realizará con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469; con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la ejecución de acciones de salud pública; con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes; con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes; con los bienes que adquieran por donación, herencia o legado;

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios.

**Se aprobó con igual votación a la del anterior numeral.**

- - - - -

El Ejecutivo presentó indicación para intercalar el siguiente numeral 22, nuevo, modificándose la numeración correlativa:

22) Intercálase, a continuación del artículo 25, los siguientes Títulos IV y V, nuevos:

"TITULO IV  
DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTION EN RED

Párrafo I  
DE LA CREACIÓN Y FUNCIONES

Artículo 25 A.- Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala este título, si cumple los requisitos que se determinen en el Reglamento a que se refiere el inciso siguiente.

**Un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular entre otras materias el sistema de obtención de dicha calidad y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos, los mecanismos de evaluación y control de su gestión y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir. Los requisitos deberán estar referidos, al menos, a gestión financiera, gestión de personal e indicadores y estándares fijados en convenios y normas.**

Mediante resolución fundada conjunta del Ministerio de Salud y Hacienda, se reconocerá la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" a aquellos que cumplan los requisitos señalados en dicho Reglamento, los que estarán sujetos a las normas de este título, conforme el inciso primero.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Los establecimientos que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley N°18.575 y a las normas de la presente ley.

No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 25 L y 25 M.

**Los establecimientos de autogestión en red serán los continuadores legales de los Servicios de Salud en las funciones asistenciales que les corresponden.**

Artículo 25 B.- El Establecimiento deberá funcionar coordinado con el Servicio de Salud que integra, formando parte de la Red Asistencial de éste. Para estos efectos, el Establecimiento deberá, a lo menos:

1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio de Salud respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red Asistencial;
2. Atender beneficiarios de la ley N° 18.469 y N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de los convenios correspondientes;
3. Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales;
4. Entregar información estadística y de atención de pacientes que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud, la Superintendencia de Salud o alguno de los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente.

**Los establecimientos que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, formarán parte de una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional. Una vez que se les reconozca la calidad de establecimiento de autogestión en red, mediante resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Hacienda, podrán ser incorporados a esta Red Asistencial de Alta Especialidad, funcionarán coordinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales y a lo menos deberán:**

1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Subsecretario de Redes Asistenciales;
2. Atender beneficiarios de la ley N° 18.469 y N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos que formen parte de las Redes Asistenciales de los Servicios de Salud, conforme las normas que imparta el

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Subsecretario de Redes Asistenciales, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de los convenios correspondientes;

3. Cumplir con lo establecido en los números 3. y 4. del inciso precedente.

Artículo 25 C.- El Establecimiento estará a cargo de un director, el que corresponderá al segundo nivel jerárquico del Servicio de Salud para los efectos del Artículo Trigésimo Séptimo de la Ley N°19.882. Tendrá las atribuciones a que se refieren los artículos 25 E y 25 F.

El cargo de director de establecimiento deberá ser servido en jornada completa de 44 horas semanales y remunerado conforme al sistema del decreto ley N°249, de 1974, y sus normas complementarias, según el grado de la escala en que se encuentre ubicado el cargo en la respectiva planta de personal.

Los mecanismos y procedimientos de coordinación y relación entre el director del establecimiento y el director del servicio de salud correspondiente se regirán por los convenios de desempeño que se celebren de conformidad con la ley antes citada.

El director será removido de comprobarse el incumplimiento del convenio de desempeño y por lo establecido en el inciso cuarto del artículo 25 I. En estos y los demás casos de remoción, se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud.

Artículo 25 D.- Existirá un Consejo Consultivo de los Usuarios, el que estará compuesto por 5 representantes de la comunidad usuaria y 2 representantes de los trabajadores del Establecimiento.

**El Consejo Consultivo tendrá la función de asesorar al director del establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.**

Asimismo, en el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por el establecimiento durante el año, así como la cuenta pública anual del mismo.

Un Reglamento determinará las funciones, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competen al Consejo Consultivo.

El director contará también con la asesoría de un Consejo Técnico, el que tendrá por objeto colaborar en los aspectos de gestión en que el director requiera su opinión, así como propender a la mejor coordinación de todas las actividades del establecimiento.

El consejo será presidido por el director y estará constituido por representantes de las distintas jefaturas del establecimiento conforme lo establezca el reglamento, el que determinará las demás funciones y procedimientos que correspondan.

Asimismo, contará con la asesoría de comités sobre asuntos específicos, integrados por los funcionarios que designe el director del establecimiento.

Artículo 25 E.- La administración superior y control del Establecimiento corresponderá al director, el que no quedará sometido al

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

control jerárquico del director del Servicio de Salud respectivo, con relación al ejercicio de las atribuciones que le confiere este título.

Artículo 25 F.- En el director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:

a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento.

b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento.

c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y la demás normativa vigente.

d) Elaborar y presentar al Subsecretario de Redes Asistenciales, el proyecto de presupuesto del establecimiento, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones, conforme a las necesidades de reposición del equipamiento de éste y a las políticas del Ministerio de Salud. Para estos efectos se requerirá un informe del Servicio de Salud respectivo.

El Subsecretario de Redes Asistenciales, dentro de los primeros quince días del mes de Diciembre de cada año, mediante resolución aprobará los presupuestos de los establecimientos autogestionados y el del Servicio sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos.

En cada uno de los presupuestos de los establecimientos autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto.

e) Ejecutar el presupuesto y el plan anual en el marco presupuestario del Establecimiento, de acuerdo con las normas relativas a la administración financiera del Estado.

Las modificaciones a los presupuestos y a los montos determinados en sus glosas deberán ser autorizadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo a las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Copia de la resolución deberá ser remitida a la Dirección de Presupuestos.

f) Ejercer las funciones de administración del personal destinado al establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el Reglamento.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios, el Director del establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio descentralizado.

Un Reglamento, emitido a través del Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, establecerá las normas necesarias para ejercer las funciones de que trata el presente literal.

g) Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aún cuando sean propias y/o habituales del Establecimiento.

El gasto por los contratos señalados en esta letra no podrá exceder el 20% del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.

h) Celebrar contratos regidos por la ley N° 18.803.

i) Ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporales que hayan sido asignadas o afectadas al establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.

Las transacciones a que se refiere el párrafo anterior deberán ser aprobadas por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas de los decretos leyes N°1056 de 1975, o N°1939, 1977.

Asimismo, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra s), podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas.

j) Celebrar convenios regidos por el Decreto con Fuerza de Ley N° 36, del Ministerio de Salud, del año 1980.

k) Celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud, y con entidades administradoras de salud primaria, en los que se podrán proveer todos los recursos necesarios para la ejecución del convenio, mediante la destinación de funcionarios a prestar colaboración en éste, el traspaso de fondos presupuestarios u otras modalidades adecuadas a su naturaleza. En particular, podrá estipularse el aporte de medicamentos, insumos y otros bienes fungibles de propiedad del establecimiento. Los bienes inmuebles, equipos e instrumentos podrán cederse en comodato o a otro título no traslativo de dominio, y serán restituidos a su terminación.

l) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objeto de otorgar prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos el Ministerio de Salud y de Hacienda.

Los convenios con las Instituciones de Salud Previsional deberán considerar el pago directo e íntegro a los Establecimientos del valor total de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios. Dichas entidades podrán repetir en contra del afiliado correspondiente el monto que exceda de los que les corresponda pagar conforme el plan de salud convenido.

En todo caso, la atención de las personas a que se refiere esta letra no podrá significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios.

m) Celebrar convenios con profesionales que sean funcionarios del establecimiento, que cumplan jornadas de a lo menos 11 horas semanales, para que atiendan en el establecimiento a sus pacientes particulares, fuera del horario de su jornada de trabajo.

Los convenios deberán ajustarse al Reglamento y a las instrucciones que se impartan, actos administrativos que se emitirán conjuntamente por los Ministerios de Salud y Hacienda, y no podrán significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales.

n) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue el Establecimiento a los beneficiarios de la ley N°18.469 en la Modalidad de Atención Institucional. En el caso de la Modalidad de Libre Elección se aplicarán las normas generales de la ley N°18.469.

Con el exclusivo objeto de verificar que los convenios cumplan con el artículo 25 B, el respectivo director de Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, deberá aprobarlos previamente.

La resolución de las controversias que se originen por la aplicación de esta letra, será resuelta por el Ministro de Salud.

o) Celebrar convenios con los Servicios de Salud, para otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N°18.469.

p) Celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial de Salud correspondiente, para la ejecución de acciones de salud pública.

q) Establecer en forma autónoma un arancel para la atención de personas no beneficiarias de la ley N°18.469, el cual en ningún caso podrá ser inferior al Arancel a que se refiere el artículo 28 de dicha ley.

r) Realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización expresa del Ministerio de Hacienda.

s) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso y dar de baja los bienes muebles del Establecimiento, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

t) Delegar, bajo su responsabilidad, y de conformidad con lo establecido en la ley 18.575, atribuciones y facultades en los funcionarios de su dependencia.

u) Conferir mandatos en asuntos determinados.

v) Desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y reglamentos.

Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo.

Artículo 25 G.- El Establecimiento estará sujeto a una evaluación anual efectuada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, para verificar el cumplimiento de los estándares que serán determinados por resolución conjunta del Ministerio de Salud y Hacienda los que incluirán a lo menos las siguientes materias:

a) Cumplir las obligaciones que establece el artículo 25 B, para lo que se requerirá un informe al director de Servicio de Salud correspondiente, si procediere.

b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;

c) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de cuenta pública a la comunidad, entre otras;

d) Mantener equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días;

e) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios;

f) Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe al director de Servicio de Salud correspondiente, si procediere; y

g) Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieren convenido con el director del Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, para lo que se requerirá un informe al director de Servicio de Salud correspondiente, si procediere.

Artículo 25 H.- El Establecimiento deberá efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Sin perjuicio de lo anterior y de las respectivas normas de contabilidad gubernamental, el Establecimiento deberá elaborar estados financieros trimestrales en la forma que defina el reglamento.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Artículo 25 I.- Detectado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud respectivo o el Superintendente de Salud el incumplimiento de los estándares señalados en el artículo 25 G, el Subsecretario representará al director del establecimiento la situación y le otorgará un plazo de 15 días hábiles, el que podrá ser prorrogado por una sola vez, para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia.

La Subsecretaría, conjuntamente con la Dirección de Presupuestos, dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia, ya sea aprobándolo o rechazándolo.

Si la Subsecretaría aprueba el Plan presentado, éste deberá ejecutarse en el plazo que acuerden, el que no podrá exceder de ciento veinte días. Al cabo de este plazo, deberá evaluarse si se subsanaron los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación.

La no presentación del Plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo se considerará incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del director del establecimiento el cual, en estos casos, cesará en sus funciones por el solo ministerio de la ley. Asimismo, en tanto no se reestablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el capítulo VI de esta ley.

Artículo 25 J.- Mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales se regulará la forma en que la población usuaria del Establecimiento podrá manifestar sus peticiones, críticas y sugerencias.

## Párrafo II

## NORMAS ESPECIALES DE PERSONAL

**Artículo 25 K.- El personal del establecimiento estará compuesto por las personas que, cualesquiera sea su calidad jurídica, se desempeñen en el a la fecha de otorgamiento de la calidad de Establecimiento de Autogestión en Red. Sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del Establecimiento, podrá ponerse término a la destinación de determinados funcionarios en el establecimiento.**

## Párrafo III

**DE LOS RECURSOS Y BIENES DEL ESTABLECIMIENTO**

Artículo 25 L.- El establecimiento, para el desarrollo de sus funciones, contará con los siguientes recursos:

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

- a) Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469;
- b) Con aquellos pagos que le efectúe el Servicio de Salud respectivo por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469;
- c) Con aquellos pagos que le efectúe el Secretario Regional Ministerial por la ejecución de acciones de salud pública;
- d) Con los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;
- e) Con los frutos que produzcan los bienes destinados a su funcionamiento y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes;
- f) Con los bienes que adquiera por donación, herencia o legado;
- g) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones y otros recursos que le corresponda percibir;
- h) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios; y
- i) Con los aportes, transferencias, subvenciones que reciba de personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras y los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.

Artículo 25 M.- El establecimiento tendrá el uso, goce y disposición exclusivo de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, que se encuentren destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos, de bienestar de su personal u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de "Establecimiento de Autogestión en Red", y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título.

En el plazo de un año contado de la fecha señalada en el inciso anterior, mediante una o más resoluciones del Subsecretario de Redes Asistenciales se individualizarán los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Servicio de Salud que se destinen al funcionamiento del establecimiento.

Los bienes señalados en este artículo, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios y administrativos, gozan de inembargabilidad.

## Párrafo IV

**DE LAS CONTIENDAS DE COMPETENCIA**

Artículo 25 N.- Las contiendas de competencia que surjan entre los Directores de los Servicios de Salud y lo Directores de los "Establecimientos de Autogestión en Red" serán resueltas por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

## TITULO V

## DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MENOR COMPLEJIDAD

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Artículo 25 Ñ.- Los establecimientos de salud dependientes de los Servicio de Salud, que tengan menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, tendrán las atribuciones que señala este título si cumplen los requisitos que se determinen conforme el artículo 25 P.

**Un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular entre otras materias el sistema de obtención de las atribuciones y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos, los mecanismos de evaluación y control de su gestión y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir.**

Mediante resolución fundada conjunta del Ministerio de Salud y Hacienda, se reconocerán los establecimientos que cumplan los estándares señalados, los que estarán sujetos a las normas de este título, conforme el inciso primero.

**Artículo 25 O.- Al director del establecimiento corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades del establecimiento para que ellas se desarrollen de modo regular y eficiente, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones:**

Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento;

Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento;

Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y la demás normativa vigente;

Presentar anualmente al Director del Servicio el proyecto de presupuesto del establecimiento y ejecutarlo una vez aprobado, de acuerdo a las normas vigentes sobre la materia;

Estudiar y presentar al Director del Servicio, iniciativas y proyectos con sus respectivos análisis y antecedentes, que tiendan a ampliar o mejorar las acciones de salud, indicando sus fuentes de financiamiento;

En materias de personal el director podrá:

- designar suplentes;
- contratar personal, siempre que no implique aumento de la dotación del establecimiento;
- aceptar renunciaciones voluntarias; con excepción de las presentadas por funcionarios de la exclusiva confianza del Presidente de la República;
- designar funcionarios en comisiones de servicios y cometidos funcionales;
- destinar funcionarios dentro del mismo establecimiento o a otros dependientes del Servicio;

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

- autorizar, conceder o reconocer feriados; permisos con o sin goce de remuneraciones dentro del país; licencias por enfermedad, reposos preventivos o maternales; y reconocer, prorrogar y poner término a asignaciones familiares y prenatales;
- ordenar la instrucción de investigaciones sumarias y sumarios administrativos; aplicar medidas disciplinarias, inclusive la suspensión de funciones; absolver, sobreseer y resolver sobre todas las materias relacionadas con esos procedimientos; y
- declarar accidentes en actos de servicio.

Desempeñar las demás funciones y atribuciones específicas que le delegue o encomiende el Director del Servicio y el reglamento.

Artículo 25 P.- Un reglamento, que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular los requisitos que deberá cumplir el Establecimiento, los que se referirán sobre las siguientes materias a lo menos: Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;

Administración eficiente de los recursos asignados;

Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios;

Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial;

Artículo 25 Q.- El establecimiento será evaluado anualmente por el Director del Servicio de Salud respectivo, en la mantención del cumplimiento de los estándares señalados en el artículo anterior. En caso que no fuere satisfactoria, se deberá remover al Director del Establecimiento. Asimismo, en tanto no se reestablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el capítulo VI de esta ley."

**La indicación fue aprobada unánimemente y sin debate con los votos de los Honorables Senadores señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

22)

Introduce modificaciones al artículo 27. En el inciso primero de dicho precepto el literal a) agrega, en la letra a), a continuación de la palabra "ley" y antes del punto y coma (;), la siguiente frase: "y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo".

La letra b) Suprime, en la letra d), la conjunción "y", con que finaliza.

La letra c) intercala, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

"e) Otorgar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 el Régimen de Garantías en Salud, y financiar a estos las prestaciones que no formen parte de dicho Régimen, conforme a la ley;

Al respecto, el Honorable Senador señor Viera-Gallo explicó que la redacción del literal es dudosa, ya que se debe tener en claro que el FONASA sólo es responsable del cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud y de su financiamiento.

La Honorable Senadora señora Matthei añadió que no se puede responsabilizar al FONASA por la mala gestión de un Director de Servicio traducido en el no otorgamiento del Régimen.

El Ministro de Salud respondió que los Servicios de Salud procurarán cumplir con el plan AUGE, ya que de lo contrario el FONASA castigará a dicho Servicio quitándole las atenciones y su financiamiento.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo replicó que esta explicación sería válida sólo si el FONASA actuara en un mercado múltiple, lo cual no es así.

El señor Hernán Sandoval destacó que la indicación persigue resolver el problema actual de que sólo el 20% de la población del país cuenta con sistema de reclamo en el sistema de Isapres, respaldado por la Superintendencia respectiva. El sistema público no cuenta con sistema administrativo de reclamo que le permita ejercer efectivamente sus derechos.

La Honorable Senadora señora Matthei destacó que, a su parecer, en este sistema propuesto no existe una pirámide de responsabilidades claramente delimitada, por ende no puede responsabilizarse por el no otorgamiento del Régimen de Garantías al ente encargado del financiamiento de las prestaciones.

Añadió que si un establecimiento hospitalario falla en el otorgamiento del AUGE, el FONASA deberá cancelar los recursos necesarios para pagar las remuneraciones de los funcionarios. Concluyó que si se desea responsabilizar al FONASA debe otorgársele atribuciones concretas sobre los Servicios de Salud.

La Comisión acordó rechazar la letra e), proponiendo que su contenido sea introducido en el proyecto de ley sobre el Régimen de Garantías Explícitas. **Por lo tanto, se dio por rechazada la letra e) con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Ejecutivo presentó Indicación para agregar en la letra c) del numeral 22, que modifica el inciso primero del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, la siguiente letra, g) nueva:

"g) Tratar datos estadísticos y personales y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia, conforme las normas de la ley N° 19.628. Asimismo, podrá tratar datos sensibles para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria."

**La Indicación fue aprobada con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Posteriormente, se considero la letra f) que dice: "Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley, y".

**- Se aprobó con igual votación a la anterior.**

**23)**

Intercala, en el artículo 30, a continuación de la letra j), la siguiente letra k), nueva, pasando las actuales letras k) y l), a ser l) y m), respectivamente:

"k) Proponer, a la autoridad que corresponda, la aplicación de las medidas administrativas que procedieren a los funcionarios que incurrieren en incumplimiento de los convenios relacionados con las garantías establecidas en el Régimen de Garantías en Salud;"

La Comisión acordó rechazar este numeral con el objetivo de que sea incorporado, en su oportunidad, el proyecto de ley que establece el Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

**Por tanto, se rechazó este numeral, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

**24)**

Sustituye, en el inciso segundo del artículo 31, el numeral "28" por el numeral "31"



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Fue aprobado por unanimidad con los votos de los Honorables Senadores, señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

- - - - -

El Ejecutivo presentó indicación para intercalar el siguiente numeral 25), pasando los siguientes numerales a adquirir la numeración correspondiente:

"25) Incorpórase, en el artículo 37, la siguiente letra g):

"g) Fiscalizar el cumplimiento de normas de calidad y acreditación de los laboratorios señalados en la letra a) precedente, de los bancos de sangre y de los prestadores de imagenología y radioterapia, conforme el reglamento a que se refiere el número 10 del artículo 4º de esta ley, y las que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio."."

La indicación fue aprobada unánimemente por la Comisión, con los votos de los Honorables Senadores, señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

- - - - -

**25)**

Modifica el artículo 39. Con la letra a) sustituye, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".

Con la letra b) sustituye la letra l) por la siguiente:

"l) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575."

El Ejecutivo presentó Indicación para agregar en el numeral 25), que ha pasado a ser 26), la siguiente letra c):

"c) Agrégase la siguiente letra m), nueva, modificándose la numeración correlativa siguiente:

"m) Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme el reglamento respectivo."."

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**El numeral y la indicación aditiva fueron aprobados unánimemente por la Comisión, con los votos de los Honorables Senadores, señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**26)**

Sustituye, en el artículo 40, relativo a la subrogación del personal del Instituto de Salud Pública, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

**Fue aprobado con igual votación a la anterior.**

**27)**

Sustituye el artículo 42, relativo a los departamentos dependientes del Director del Instituto de Salud Pública por otro que dispone que el Director determinará la estructura y organización interna del Instituto, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que lo integren, en conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575 y en la letra k) del artículo 39 de este cuerpo legal.

El Ejecutivo presentó indicación para reemplazarlo por el siguiente:

"Sustitúyese el artículo 42 por el siguiente:

"Artículo 42.- La estructura y organización interna del Instituto se determinará conforme lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes."."

**La indicación fue aprobada unánimemente por la Comisión, con los votos de los Honorables Senadores, señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**28)**

Modifica el artículo 50, de la siguiente manera:

Por el literal a) Sustituye, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".

Por el literal b) Reemplázase la letra f) por la siguiente:

"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575.".

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**El numeral fue aprobado unánimemente por la Comisión, con los votos de los Honorables Senadores, señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

29)

Sustituye el artículo 51 por el siguiente:

"Artículo 51.- En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley Nº 18.575 y en la letra e) del artículo 51 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna de la Central, así como los cometidos que correspondan a cada una de las unidades que la integren."

El Ejecutivo presentó indicación para reemplazar el numeral 30 por el siguiente:

"30) Sustitúyese el artículo 51 por el siguiente:

"Artículo 51.- La estructura y organización interna de la Central se determinará conforme lo establecido en el artículo 31 de la ley Nº 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales."."

El señor Ministro de Salud explicó que la indicación tiene por objetivo adecuar este precepto a la misma redacción establecida en la Ley Nº 18.882, que Regula Nueva Política del Personal a los Funcionarios Públicos que indica.

**La indicación fue aprobada unánimemente por la Comisión, con los votos de los Honorables Senadores, señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

30)

Sustituye, en el inciso segundo del artículo 52, las letras a) y b) por las siguientes:

"a) El Subsecretario de Redes Asistenciales, o su representante, quien la presidirá;

b) Un representante del Ministro de Salud;"

**El numeral fue aprobado unánimemente por la Comisión, con los votos de los Honorables Senadores, señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

31)

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

a) Intercala en el Capítulo VI, entre el epígrafe del Capítulo y el artículo 56, lo siguiente:

"TÍTULO I  
Normas Generales"

b) Intercálanse, a continuación del artículo 60, los siguientes Títulos II, III, IV, V, VI, VII y VIII, con los artículos 61 a 83, nuevos, pasando los actuales artículos 61 y 62 a ser 84 y 85, respectivamente.

El Título II, De la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo, contempla los artículos 61, 62 y 63, mediante los cuales se establece una asignación de desarrollo y estímulo al desarrollo para el personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos, sea de planta o a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974.

Dicha asignación contendrá un componente base y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

El artículo 62 prescribe que el monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de esta asignación se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

Además, se regula específicamente la ascendencia del componente y del variable

El artículo 63 establece reglas para efectos de otorgar el componente variable de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo señalada en los artículos precedentes.

**La Comisión acordó rechazar la frase final del N°2 del artículo 63, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina y Viera-Gallo.**

**La Comisión aprobó el Título I y II, con la modificación señalada, unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señores, señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

TÍTULO III  
De la Asignación de Acreditación Individual y

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

## Estímulo al Desempeño Colectivo

Los artículos 64 a 67 regulan esta asignación. Según lo prescrito por el artículo 64, será percibida por el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de planta o a contrata, de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, y para el personal de la planta de directivos de carrera ubicados entre los grados 17º y 11º, ambos inclusive, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974.

Este beneficio contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

El artículo 65 establece la base de cálculo de este beneficio, cuyo monto mensual se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2º de la ley N° 19.699.

Se dispone la ascendencia máxima del componente de acreditación individual y del componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios.

El artículo 66 dispone ciertas normas para efectos de otorgar el componente de acreditación individual.

El artículo 67 Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, de la asignación señalada en el artículo 64, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63, efecto para el cual las asociaciones de funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán un solo representante.

**La Comisión aprobó el Título III, unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina y Viera-Gallo.**

## TÍTULO IV

## De la Asignación de Estímulo a la Función Directiva

Este Título desde el artículo 68 al 71 regula esta asignación.

El artículo 68 dispone que serán beneficiados con esta asignación el personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Seguidamente, establece una normativa especial de regulación de la misma.

El artículo 69 regula la forma de cálculo del monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la Planta Directiva por concepto de asignación de estímulo, sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185 y, cuando corresponda, la asignación de responsabilidad superior otorgada por el decreto ley N° 1.770, de 1977, y la asignación del artículo 2° de la ley N° 19.699.

Los porcentajes de esta asignación que se aplicarán a la base señalada precedentemente variarán dependiendo si sus beneficiarios son funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la clasificación en la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" o para el personal directivo que se desempeñe en la Dirección de los Servicios de Salud.

El artículo 71 prescribe que las asignaciones señaladas en los artículos 61, 64 y 68, se pagarán en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto por pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos precedentemente.

Estas asignaciones tendrán carácter de impositivas para fines de previsión y salud. Para determinar las impositivas e impuestos a que se encuentren afectas, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cuocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las impositivas se deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de impositividad.

El señor Julio Valladares, asesor del Ministerio de Hacienda, explicó que esta asignación beneficiará a 1.300 profesionales que ocupan cargos directivos de los Servicios de Salud y de los hospitales.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo precisó que en la actualidad las plantas directivas perciben menor remuneración que los médicos tratantes, ya que al asumir una función de mayor responsabilidad pierden números de horas canceladas.

La señora Elena Gutiérrez, del Ministerio de Salud explicó que la ley N° 19.664, que establece normas para los profesionales de la salud y modifica la ley N° 15.076, corrigió las remuneraciones de los cargos directivos, mitigando en parte la situación expresada por el Senador señor Viera-Gallo.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

La Honorable Senadora señora Matthei destacó que las Direcciones de los Servicios están sobredimensionadas, por lo que sugirió que los Servicios de Salud deberían tener una planta funcionaria y presupuestos propios e independientes al de los Hospitales, de lo contrario el Servicio respectivo concentra el mayor gasto en desmedro de los hospitales.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo consultó si la asignación de Estímulo a la Función Directiva será percibida en forma igualitaria para los cargos directivos de los Servicios de Salud y de los hospitales, cualquiera sea su envergadura, a lo que se le respondió que es una asignación pareja para todos ellos.

Al respecto el citado señor Senador y la Honorable Senadora señora Matthei no estuvieron acuerdo con este mecanismo igualitario de asignación de este beneficio.

El Honorable Senador señor Ríos destacó, a propósito de la asignación de recursos a los servicios, la importancia cancelar el 7% de la cotización de salud en el servicio donde el cotizante vive o trabaja, ya que esta modalidad acrecentaría el presupuesto de cada uno de estos Servicios.

**La Comisión aprobó el Título IV, unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## TÍTULO V

## De la Asignación de Turno

Los artículos 72 a 75 disponen la Asignación de Turno, que de acuerdo al artículo 72 corresponderá ser percibida por el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta doce horas, mediante turnos rotativos. Estos turnos podrán comprender un número de horas superior a la jornada ordinaria de trabajo del funcionario.

Dicha asignación estará destinada a retribuir pecuniariamente al referido personal el desempeño de jornadas de trabajo en horarios total o parcialmente diferentes de la jornada ordinaria establecida en el artículo 59 de la ley N° 18.834, incluso en horario nocturno y en días sábados, domingos y festivos,

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

acorde con las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

El artículo 73 explica que este beneficio será imponible sólo para efectos de pensiones y de salud y será incompatible con la asignación establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

Asimismo, se establece una prohibición para el personal que labora en el sistema de turno de que trata este Título al impedirles desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el Director del Servicio de Salud respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 60 de la ley N° 18.834.

La Comisión acordó reemplazar en el inciso segundo del artículo 73 la expresión "del Servicio de Salud" que sigue a la palabra Director, por "del establecimiento".

El artículo 74 establece los requisitos necesarios para tener derecho a percibir la asignación.

El artículo 75 dispone que las horas extraordinarias que, en virtud de lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, puedan percibir los funcionarios de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974 no constituirán remuneración permanente para ningún efecto legal, por lo que no podrán percibirse durante los feriados, licencias y permisos con goce de remuneraciones.

El asesor del Ministerio de Hacienda, explicó que esta asignación tiene por objetivo ordenar aquellos puestos de trabajo que deben funcionar las 24 horas. Agregó que en la actualidad existe el sistema del tercer turno, a través del cual se cancelan 90 horas extras al funcionario que lo realiza, con el inconveniente de que este tipo de turno representa una importante recarga de trabajo.

La señora Elena Gutiérrez, del Ministerio de Salud expresó que a través de esta asignación se busca transparentar el pago de los turnos a través de una asignación específica que será imponible y permanente.

La Honorable Senadora Matthei expresó que el sistema público de salud registra un gran número de ausentismo por licencias médicas, situación, que a su parecer, debería ser regulada.



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**La Comisión aprobó el Título V, con la modificación del inciso segundo del artículo 73, con los votos de los Honorables Senadores señores, señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide, con la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

## TÍTULO VI

## De la Asignación de Responsabilidad

Los artículos 76 a 79 establecen esta asignación, la cual según el artículo 76 está dispuesta para el personal de la planta de profesionales, de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, con contratos de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

Esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público.

Durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de Jefe Directo para los efectos previstos en el Párrafo 3 del Título II de la ley N° 18.834.

El artículo 77 prescribe una serie de reglas para el otorgamiento de este beneficio.

El artículo 78 regula el monto máximo anual por establecimiento de esta asignación corresponderá a la cantidad establecida en una tabla, el que deberá ser distribuido entre la totalidad de los cupos asignados al establecimiento, sea en partes iguales o diferenciadas, valor que se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que lo sean las remuneraciones del sector público.

La asignación otorgada a cada funcionario se pagará en cuotas mensuales iguales. La primera de ellas se pagará el día primero del mes siguiente al de la total tramitación del acto administrativo que la conceda.

En caso de que el establecimiento no asigne todos los cupos que tiene disponibles, su monto fijo anual se verá reducido en el promedio anual por persona, por cada uno de los cupos no asignados.

El número total de cupos a nivel nacional será de 1.259 asignaciones al año, con un costo anual máximo de \$515 millones, reajutable en la forma señalada en el inciso primero.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**La Comisión acordó rechazar el inciso cuarto del artículo 78, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, pasando el actual inciso quinto a ser cuarto.**

Artículo 79 dispone expresamente que lo dispuesto en el párrafo final de la letra h) del artículo 1° de la ley N° 19.490 será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68, 72 y 76 de esta ley.

La Honorable Senadora señora Matthei y el Honorable Senador señor Espina expresaron que la ley sólo debe contener los criterios generales de esta asignación, dejando el detalle de la misma entregada al reglamento respectivo.

El Honorable Senador señor Espina postuló que la Asignación de Responsabilidad al ser concursables, podría dar lugar a que el Servicio las otorgue aunque el funcionario no las merezca, ya que si no asignan este beneficio el Servicio lo pierde hasta el año siguiente. Por lo mismo, solicitó mayor flexibilidad en la gestión de los Directores.

El Ejecutivo se comprometió a estudiar el mecanismo de asignación de esta asignación, para perfeccionarla durante la discusión en particular.

**La Comisión aprobó el Título VI con la modificación del artículo 78, unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina y Viera-Gallo.**

## TÍTULO VII

## De la Promoción en la Carrera Funcionaria

Los artículos 80 a 83 regulan la promoción de la carrera funcionaria. El artículo 80 expresa que promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación, para lo cual deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirvan.

Asimismo, se establece la confección de un escalafón de mérito para el ascenso, que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, fijará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas para cada planta y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento del sistema de acreditación, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación de la competencia e idoneidad de los funcionarios.

El artículo 81 señala que para todos los efectos legales, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales de los servicios allí señalados se hará por concursos internos.

Se especifican las bases, factores y ponderación de los concursos internos, para cuyo efecto se instaura un comité especial. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel nacional, regional o local, según corresponda.

Se establecen reglas para los concursos.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo destacó que el procedimiento de acreditación de competencias, a través del cual se evaluarán los factores en el período de acreditación determinado no contempla ningún tipo de reclamo o apelación.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide consultó en qué plazo se aplicará este nuevo sistema, sugiriendo estudiar una cierta gradualidad para su entrada en vigencia.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo propuso porcentajes de consideración distintos a los establecidos en la iniciativa para considerar los factores que se evaluarán en el procedimiento de acreditación de competencias: capacitación, experiencia calificada y calificación funcionaria.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide anunció que no votará este Título.

**La Comisión aprobó el artículo 81 con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina y Viera-Gallo.**

**La Comisión aprobó el artículo 80 con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con el compromiso de que el Ejecutivo varíe los porcentajes de consideración de los factores del procedimiento de acreditación de competencias.**

## TÍTULO VIII De la Dotación

El artículo 82 establece que hasta el 15% de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, se expresará para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas, por lo que los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas podrán reducir su jornada a empleos de 22 horas, facultando al Servicio para contratar profesionales haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Se dispone que los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir en un porcentaje proporcional del 50% los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales.

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, efecto para el cual se considerarán todos los nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Asimismo, los funcionarios contratados por 22 horas no podrán desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno de que trata el Título V de este Capítulo.

El artículo 83 establece que la Junta Calificadora que existirá en cada uno de los hospitales que integran los Servicios de Salud, y especifica su integración, y dispone que será el Director del hospital quien resolverá el recurso de apelación interpuesto por el funcionario ante la resolución de la Junta Calificadora o de la del jefe directo en el caso del delegado del personal, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la ley N° 18.834."

La Comisión acordó aumentar el porcentaje de 15% a 50% de los empleos a contrata para jornadas parciales.

**La Comisión aprobó el Título VIII con la modificación señalada y algunas correcciones formales con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina y Viera-Gallo.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**ARTÍCULO 2°**

Este precepto sustituye el artículo 5° del Código Sanitario para efectos de establecer que cada vez que el presente Código aluda a la autoridad sanitaria, deberá entenderse por ella al Ministro de Salud, en las materias que son de competencia de dicha Secretaría de Estado; a los Directores Regionales de Salud, como sucesores legales de los Servicios de Salud y del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, respecto de las atribuciones y funciones que este Código radica en dichas autoridades y que ejercerá dentro del territorio regional de que se trate; y al Director del Instituto de Salud Pública, en relación con las facultades que legalmente le corresponden respecto de las materias sanitarias que este Código regula, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado válidamente sus atribuciones.

El Ejecutivo presentó indicación para intercalar, después de la palabra "Código", la frase " la ley o el reglamento", precedida por una coma (,), las tres veces que aparece en el artículo, y para reemplazar la frase "Direcciones Regionales de Salud por "Secretarios Regionales Ministeriales".

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide presentó una indicación para incorporar al artículo dos incisos, nuevos, con la finalidad de incorporar la organización y atribuciones de los servicios de enfermería.

**La indicación del Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide fue retirada por su autor.**

**La Comisión aprobó la indicación del Ejecutivo, en forma unánime, con los votos de los Honorables Senadores señores Ríos, Espina y Viera-Gallo.**

**ARTÍCULO 3°**

Este artículo faculta al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las materias allí dispuestas.

El Ejecutivo formuló indicación para sustituir el artículo 3° por el siguiente:

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

“Artículo 3°.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias, a saber:

a) Para determinar la estructura y organización interna del Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, no pudiendo alterar la planta de personal y la dotación máxima;

b) Para modificar las plantas de personal de la Subsecretaría de Salud, adecuándolas a la Subsecretaría de Salud Pública que consulta la presente ley; para fijar las plantas de personal de la Superintendencia de Salud, en cuanto continuadora de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional; y para fijar la planta de personal de la Subsecretaría de Redes asistenciales.

En el ejercicio de esta facultad, el Presidente de la República podrá establecer los requisitos para el desempeño de los cargos y deberá dictar todas las normas necesarias para la adecuada estructuración y operación de las plantas que fije y establecer los niveles jerárquicos para efectos de la aplicación de la ley N° 19.882. De igual forma, fijará las fechas de vigencia de las plantas, así como las dotaciones máximas de personal.

c) Para establecer las normas complementarias al artículo 13 bis de la ley N° 18.834 respecto de los encasillamientos derivados de las plantas que fije para la Subsecretaría de Redes asistenciales y de la Superintendencia de Salud.

Los encasillamientos podrán incluir personal proveniente de otras instituciones que conforman el Ministerio de Salud y sus servicios dependientes o relacionados. En todo caso, respecto de la Superintendencia de Salud deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

Los encasillamientos de personal que se dispongan de conformidad con este norma, no serán considerados como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral.

La aplicación de este mecanismo no podrá significar pérdida del empleo, disminución de remuneraciones ni modificaciones de los derechos estatutarios y previsionales de los funcionarios traspasados. Cualquier diferencia de remuneraciones deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que se absorberá por los futuros mejoramientos de

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Dicha planilla mantendrá la misma impenibilidad que aquella de las remuneraciones que compensa.

Los funcionarios encasillados conservarán el número de bienios o trienios que tengan reconocidos, como también el tiempo computable para uno nuevo.

d) Para ordenar el traspaso de funcionarios entre las instituciones a que se aplica el presente artículo y los recursos que se liberen por este hecho. En el caso de funcionarios titulares de planta, su traspaso comprenderá el del cargo que sirven.

Los trasposos de personal que se dispongan de conformidad con este norma, deberán efectuarse resguardando todos los derechos estatutarios, previsionales y remuneracionales que detenten los funcionarios encasillados de conformidad con lo dispuesto en el inciso tercero y siguientes de la letra b).

e) Para modificar o conformar, según corresponda, el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes;

f) Para establecer los montos mensuales y su reajustabilidad, que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por cuatro personas, durante el primer año presupuestario de vigencia;

g) Para determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, establecer el destino de sus recursos y el traslado de su personal, el que deberá efectuarse al Ministerio de Salud o los servicios y entidades que dependen o se relacionan con el Presidente de la República a través del mismo, en las mismas condiciones establecidas en la letra b). En tanto no se suprima dicho servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios 1°, 7° y 10 de esta ley.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

h) Para establecer la fecha en que entrarán a regir las normas de la presente ley y la de el o los decretos con fuerza de ley de que trata el presente artículo.”.

**La Comisión rechazó la letra b) en forma unánime con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**La Comisión aprobó las letras a), c) y d) en forma unánime con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

**La Comisión rechazó la letra e) en forma unánime con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**La Comisión aprobó la letra f) y g), con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

**La Comisión rechazó la letra h) en forma unánime con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Como consecuencia de la votación anterior la Comisión rechazó por unanimidad una indicación del Ejecutivo para sustituir el artículo decimoquinto, por el siguiente:

“ARTICULO DECIMOQUINTO.- La presente ley comenzará a regir a contar de la fecha que señale el Decreto con Fuerza de Ley respectivo, conforme lo dispuesto en la letra h) del artículo 3° de esta ley, salvo las disposiciones contenidas en los artículos 3°, 4°, 5°, 6° y las disposiciones transitorias, las que regirán desde la fecha de publicación en el diario oficial de esta ley.”.

**Votaron por el rechazo los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**ARTÍCULO 4°**



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Modifica la ley N° 19.490, del siguiente modo:

Con el N°1 sustituye el inciso segundo del artículo 3° por el siguiente:

"Dicha bonificación se regulará por lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 19.479, a excepción de los valores establecidos en la letra c) del inciso primero de esa misma norma. Para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, esta bonificación será de 15,5% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 7,75% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar 66%. Para el personal de planta y a contrata del Fondo Nacional de Salud, esta bonificación será de 10% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 5% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar el 66%."

Con el N°2, modifica el artículo 4°. Con la letra a) agrega, en el inciso cuarto, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser seguido, lo siguiente: "No obstante lo señalado precedentemente, para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, la bonificación por desempeño institucional será de hasta el 15,5%."

Con la letra b) agrégase, el siguiente nuevo inciso octavo, pasando los actuales incisos octavo y noveno a ser noveno y décimo, respectivamente:

"Con independencia de la calificación que se obtenga, la bonificación de que trata este artículo será percibida por el 100% de los funcionarios de cada planta y los funcionarios a contrata asimilados a éstas."

La Comisión acordó agregar en el N°2, letra a) a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

**El artículo, con la modificación precedente, fue aprobado unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Viera-Gallo y Ruiz-Esquide.**

**ARTÍCULO 5°**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Sustituye, en el inciso tercero del artículo 4º de la ley Nº 19.086, el párrafo relativo a la planta de profesionales, por el siguiente: "PLANTA DE PROFESIONALES: De grado 18º al grado 5º."

**El artículo fue aprobado unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Viera-Gallo y Ruiz-Esquide.**

**ARTÍCULO 6º**

Dispone que a contar de la fecha de publicación de esta ley, los funcionarios de las profesiones de Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos, podrán acceder, entre los grados 18º al 5º, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones, o a los empleos a contrata asimilados a los mismos grados.

**El artículo fue aprobado unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Viera-Gallo y Ruiz-Esquide.**

- - - - -

El Ejecutivo presentó indicación para agregar, a continuación del artículo 6º, el siguiente artículo 7º, nuevo:

"Artículo 7º.- Créase la Superintendencia de Salud y fíjase como su ley orgánica la siguiente:

"TÍTULO I  
NORMAS GENERALES

Párrafo 1º  
De la naturaleza y objeto

Artículo 1º.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Su domicilio será la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las oficinas regionales que establezca el Superintendente en otras ciudades del país.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

La Superintendencia estará afecta al Sistema de Alta Dirección Pública establecido en la Ley N°19.882.

Artículo 2º.- Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que le sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen los contratos de salud, las leyes y reglamentos que las rigen.

Además, le competará la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional, en el debido cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que correspondan a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Igualmente, concernirá a la Superintendencia la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación.

Para los efectos de esta ley, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán considerados Seguros Previsionales de Salud.

## Párrafo 2º

De la organización y estructura

Artículo 3º.- La Superintendencia se estructurará orgánica y funcionalmente en la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud.

Los funcionarios que ejerzan los cargos de Intendentes corresponden al segundo nivel jerárquico de la Superintendencia, para los efectos del Artículo Trigésimo Séptimo de la Ley N°19.882.

En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, el jefe superior del Servicio, con sujeción a la planta de personal y a la dotación máxima, establecerá la organización interna y determinará las denominaciones y funciones que correspondan a cada una de las unidades establecidas para el cumplimiento de las funciones que le sean asignadas.

Artículo 4º.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Será obligación preferente del Superintendente velar por que los distintos niveles jerárquicos actúen coordinadamente en el ejercicio de sus funciones y propender a la unidad de acción, evitando la duplicación o interferencia de funciones.

Corresponderá al Superintendente, especialmente:

- 1.- Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar el funcionamiento de la Superintendencia y ejercer, respecto de su personal, las atribuciones propias de su calidad de Jefe Superior de Servicio;
- 2.- Establecer oficinas regionales cuando las necesidades del Servicio así lo exijan y existan las disponibilidades presupuestarias;
- 3.- Celebrar las convenciones y ejecutar los actos necesarios para el cumplimiento de los fines de la Superintendencia;
- 4.- Delegar atribuciones o facultades específicas en funcionarios de la Superintendencia;
- 5.- Encomendar a las distintas unidades de la Superintendencia las funciones que estime necesarias;
- 6.- Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme el reglamento respectivo;
- 7.- Conocer y fallar los recursos que esta ley establece;
- 8.- Rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el objeto de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta, y
- 9.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Sin perjuicio de la facultad del Ministerio de Salud para dictar las normas sobre acreditación y certificación de los prestadores de salud y de calidad de las atenciones de salud, el Superintendente podrá someter a la consideración de dicho Ministerio las que estime convenientes.

## TÍTULO II DE LA INTENDENCIA DE SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD

### Párrafo 1°

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

De la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional

Artículo 5º.- La supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional que le corresponde a la Superintendencia, la ejercerá a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud, en los términos que señala esta ley, la Ley N° 18.933 y demás disposiciones que le sean aplicables.

Párrafo 2º

De la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 6º.- Le corresponderá a la Superintendencia las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud, respecto de la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud:

- 1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen, impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;
- 2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;
- 3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;
- 4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud y los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;
- 5.- Efectuar publicaciones informativas acerca de los beneficios del Régimen, así como de las medidas adoptadas para velar por el correcto cumplimiento del Régimen; difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que impone el referido Régimen de Garantías e informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud;

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

- 6.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas. La Superintendencia deberá adoptar las medidas que sean necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica;
- 7.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento de las normas del Régimen sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos;
- 8.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud;
- 9.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud;
- 10.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;
- 11.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley, y
- 12.- Las demás que contemplen las leyes.

Artículo 7º.- El Fondo Nacional de Salud devolverá lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, según lo determine la Superintendencia mediante resolución, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

Dichas resoluciones y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

Párrafo 3º

De las controversias entre los beneficiarios y los Seguros Previsionales de Salud

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Artículo 8º.- La Superintendencia, a través del Intendente de Seguros Previsionales de Salud, quien actuará en calidad de árbitro arbitrador, resolverá las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la instancia a la que se refiere el artículo 11 o a la justicia ordinaria. El Intendente no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta función.

El Intendente de Seguros Previsionales de Salud, durante el procedimiento, deberá velar por que se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados, la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general aplicación, el procedimiento a seguir en los reclamos que se presenten, el Intendente de Seguros Previsionales de Salud, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, deberá citar al afectado y a un representante de Fondo Nacional de Salud o de las Instituciones de Salud Previsional 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 9º.- En contra de lo resuelto por el Intendente de Seguros Previsionales 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 5 días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la sentencia arbitral.

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

Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, el Intendente de Seguros Previsionales de Salud deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

Artículo 10.- Resuelto por el Intendente de Seguros Previsionales de Salud el recurso de reposición, el afectado podrá apelar ante el Superintendente, dentro de los 10 días hábiles siguientes a su notificación.

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

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, el Superintendente deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

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

Artículo 11.- Sin perjuicio de la facultad del Intendente de Seguros Previsionales de Salud para resolver las controversias que se susciten, en los términos de esta ley, las partes podrán convenir que dicha dificultad sea sometida, previamente, a Mediación.

Para el efecto anterior, la Superintendencia deberá llevar un registro especial de mediadores a los que las partes podrán acudir.

Corresponderá a la Superintendencia fijar, mediante normas de general aplicación, los requisitos que deberán cumplir los mediadores a que se refiere este precepto, así como las normas generales de procedimiento a las que deberán sujetarse y las sanciones que podrá aplicar por su inobservancia. Dichas sanciones serán amonestación, multa de hasta 1.000 unidades de fomento, suspensión hasta por 180 días o cancelación del registro.

Cada parte asumirá el costo de la mediación.

### TÍTULO III DE LA INTENDENCIA DE PRESTADORES DE SALUD

Artículo 12.- Le corresponderá a la Superintendencia, para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, en el otorgamiento de prestaciones a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:

- 1.- Ejercer todas las funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales y certificación de competencias de las especialidades y subespecialidades de prestadores individuales, de acuerdo a las normas que, para tales efectos, determine el reglamento y el Ministerio de Salud. Este reglamento será expedido por el Ministerio de Salud y será suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.
- 2.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas de acreditación de los prestadores institucionales de salud y de certificación de los prestadores individuales de salud.



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

- 3.- Mantener y difundir un registro actualizado de los prestadores acreditados o certificados;
- 4.- Efectuar publicaciones de estudios, índices y estadísticas relacionadas con la calidad de las atenciones y prestaciones de salud que se proporcionen;
- 5.- Autorizar, registrar y fiscalizar a las personas jurídicas que acrediten o certifiquen a los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento;
- 6.- Requerir de los organismos acreditadores y certificadores y de los prestadores de salud, institucionales e individuales, toda la información que sea necesaria para el cumplimiento de su función fiscalizadora, para cuyo efecto podrá emitir las instrucciones operativas que sean conducentes;
- 7.- 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 esta ley le asigna;
- 8.- Conocer y resolver administrativamente, a través del Intendente de Prestadores de Salud, los reclamos que presenten los beneficiarios de las leyes Nº 18.469 y Nº 18.933, respecto de la acreditación y certificación de los prestadores de salud, tanto públicos como privados, que queden dentro de su esfera de competencia. De las resoluciones que dicte, se podrán interponer los recursos a que se refiere el Título V de esta ley.

La Intendencia de Prestadores de Salud no será competente para pronunciarse sobre el manejo clínico individual de un paciente.

- 9.- Imponer las sanciones que corresponda, en conformidad a la ley, y
- 10.- 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 homogéneos para los establecimientos públicos y privados, de acuerdo a la normativa vigente.

Artículo 13.- El proceso de acreditación y certificación deberá efectuarse de acuerdo con los plazos y procedimientos reglamentariamente dispuestos y de conformidad con las normas previstas para ello por el Ministerio de Salud, con informe inmediato a la Intendencia de Prestadores de Salud.

Cualquiera infracción a las normas reglamentarias que regulan la acreditación y la certificación, podrá ser representada a la

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

referida Intendencia, con el fin de que ésta adopte las medidas correctivas del caso.

Artículo 14.- En uso de las atribuciones que le confiere este párrafo, la Superintendencia a través del Intendente de Prestadores de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá aplicar a los prestadores de salud, institucionales e individuales, las siguientes sanciones por incumplimiento de las normas de acreditación y/o certificación:

- 1.- Amonestación; y
- 2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado.

Con todo, en casos graves y sin perjuicio de la multa que proceda, se podrá solicitar al Secretario Regional Ministerial, en su calidad de autoridad sanitaria regional, que aplique las medidas de clausura y/o cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.

Artículo 15.- Tratándose de infracciones cometidas por las entidades acreditadoras y/o certificadoras de los prestadores de salud, la Superintendencia a través del Intendente de Prestadores de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá aplicar las siguientes sanciones:

- 1.- Amonestación;
- 2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado;
- 3.- Cancelación de la inscripción en el registro de entidades acreditadoras y certificadoras; y
- 4.- Las demás que autoricen las leyes y reglamentos.

La multa que se determine será compatible con cualquiera otra sanción.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

TÍTULO V  
DE LAS NORMAS COMUNES A AMBAS INTENDENCIAS

Artículo 16.- La Superintendencia podrá requerir del Ministro de Salud que ordene la instrucción de sumarios administrativos al personal del Fondo Nacional de Salud, en lo referente al cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, y al personal de los Servicios de Salud, establecimientos experimentales, autogestionados y de atención primaria, en lo referente al cumplimiento de las normas de acreditación y/o certificación, sin perjuicio de las facultades que sobre estas materias tengan los directores de los mencionados organismos y la Contraloría General de la República.

Asimismo, mediante igual procedimiento, la Superintendencia podrá requerir la aplicación de las sanciones de amonestación, censura o multa, al Director del Fondo Nacional de Salud, al Director del Servicio de Salud o al Director del establecimiento público de salud respectivo, cuando éstos no dieren cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada una vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa responderá personalmente el infractor.

Artículo 17.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece esta ley y las demás que le encomienden las leyes y reglamentos, la Superintendencia podrá, a través de la respectiva Intendencia, inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, que obren en poder de los organismos o establecimientos fiscalizados, y requerir de ellos o de sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de sus negocios.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Finalmente, podrá pedir a las Instituciones de Salud Previsional la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.

Artículo 18.- Los afiliados y beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 sólo podrán deducir reclamos administrativos ante la Intendencia respectiva en contra del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y/o los prestadores de salud, una vez que dichos reclamos hayan sido conocidos y resueltos fundadamente y por escrito por la entidad que corresponda. Si la Intendencia de que se trate recibe un reclamo sin que se haya dado cumplimiento a lo señalado precedentemente, ésta procederá a enviar el reclamo a quien corresponda.

La Superintendencia fijará, a través de normas de general aplicación, el procedimiento que se seguirá en los casos señalados en el inciso anterior.

## TÍTULO V DE LOS RECURSOS

Artículo 19.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte el Intendente respectivo, 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.

El Intendente deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo que no exceda los 30 días hábiles desde la interposición del mismo.

Si no se dedujere reposición ante el Intendente respectivo, se podrá interponer el recurso jerárquico para ante el Superintendente, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la notificación del acto impugnado.

Artículo 20.- Rechazada total o parcialmente la reposición, se elevará el expediente al Superintendente si, junto con ésta, se hubiere interpuesto subsidiariamente el recurso jerárquico.

El Superintendente dispondrá de 30 días hábiles para resolver. Igual plazo le correrá en la situación indicada en el inciso final del artículo anterior.

Artículo 21.- En contra de la resolución que deniegue el recurso jerárquico, el afectado podrá reclamar, dentro del plazo de los 15 días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal.

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 u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes 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 hábiles, 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".

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 una vez notificada la reclamación a la Superintendencia. Las resoluciones que apliquen multa, cancelen, denieguen el registro de una Institución de Salud Previsional u ordenen la devolución de sumas de dinero al Fondo Nacional de Salud, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las personas 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.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Honorable Senador señor Espina manifestó que sería preferible que el procedimiento de reclamo dispuesto en este artículo fuera deducido ante el juez de letras en vez de la Corte de Apelaciones respectiva, atendida la demora que registra en la tramitación de causas el tribunal de alzada.

Asimismo, solicitó un pronunciamiento sobre el proyecto de ley al Instituto de Derecho Procesal.

El señor Andrés Romero, Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud manifestó que la aprehensión del señor Senador no sería de tanta envergadura, de acuerdo a los datos que el Ministerio maneja.

## TÍTULO VI DISPOSICIONES FINALES

Artículo 22.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de Institución Fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.

En materia de remuneraciones, le serán aplicables a la Superintendencia los artículos 17 de la Ley N°18.091 y 5° de la Ley N°19.528. Para este efecto, el Superintendente deberá informar anualmente al Ministro de Hacienda.

Artículo 23.- El personal de la Superintendencia se regirá por el Estatuto Administrativo aprobado por la ley N° 18.834 y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.

Artículo 24.- La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

Artículo 25.- El patrimonio de la Superintendencia estará formado por:

- 1.- El aporte que se contemple anualmente en la Ley de Presupuestos;

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

2.- Los recursos otorgados por leyes especiales;

3.- Los bienes muebles e inmuebles, corporales e incorporeales que se le transfieran o adquiriera a cualquier título.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objeto de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren, la que se reducirá a escritura pública; en el caso de los bienes inmuebles, el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente.

4.- Los frutos de sus bienes;

5.- Las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;

6.- Los ingresos que perciba por los servicios que preste, y

7.- Los aportes de la cooperación internacional que reciba a cualquier título.

Las multas que aplique la Superintendencia serán a beneficio fiscal.

Artículo 26.- Deróganse, a contar de la fecha de creación de la Superintendencia de Salud, las normas legales que sean contrarias o incompatibles con las contenidas en la presente ley orgánica y, en especial, el artículo 1º, el numeral 5 del artículo 3º y los artículos 6º, 7º, 8º, 9º, 10, 15, 15 bis y 16 de la ley N° 18.933.

**La indicación del Ejecutivo para agregar un artículo 7º, nuevo, fue aprobada con algunas correcciones formales unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, salvo en el caso del artículo 21, contenido en esta disposición, que fue aprobado con las modificaciones señaladas, con los votos de los Honorables Senadores señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y con la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Honorable Senador señor Ríos manifestó que, a su parecer, esta nueva Superintendencia de Salud se diferencia de otras entidades fiscalizadoras cuyo objetivo es hacer cumplir las normas sectoriales. Esta nueva entidad invade el ámbito técnico lo que genera el riesgo de generar conflictos.

Agregó que esta Superintendencia es lejana y ajena a la gente, con una dirección centralizada y poderosa, ya que las oficinas regionales son facultativas. Sugirió reemplazar esta entidad por el fortalecimiento de los Servicios de Salud y de sus Directores.

La Honorable Senadora señora Matthei consultó por qué esta Superintendencia no supervigilará a las prestaciones no AUGÉ del FONASA, a lo que el señor Manuel Inostroza, Superintendente de Isapres, señaló que la función de autorizar el funcionamiento de prestadores de salud es del SEREMI respectivo,

El Honorable Senador señor Ruiz-Esqüide señaló que a través de este proyecto de ley se intentará disminuir al máximo el peligro de judicialización de la salud, por eso son positivas todas las instancias del sistema destinadas a resolver conflictos.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esqüide concordó con el Honorable Senador señor Ríos en orden a crear al menos una oficina de Esta Superintendencia de Salud en la cabecera de cada Región

**Los artículos 1º y 2º de la indicación fueron aprobados con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esqüide y Viera-Gallo, con el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

**Los artículos 3º y 4º de la indicación fueron aprobados con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señor Viera-Gallo, con la abstención del Honorable Senador señor Ríos. Asimismo, el inciso segundo del artículo 4º fue rechazado unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señor Ríos y Viera-Gallo,**

**El artículo 5º de la indicación fue aprobado con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esqüide y Viera-Gallo.**

**El artículo 6º de la indicación fue aprobado con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ruiz-Esqüide y Viera-Gallo, con el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos. El N° 5 del artículo 6º fue aprobado con la abstención de la**



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Honorable Senadora señora Matthei. En tanto que el artículo 7° fue aprobado con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo. El voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

Posteriormente, el Ejecutivo presentó una nueva indicación sustitutiva para reemplazar en el artículo 7°, nuevo, los artículos 8° al 16 por los siguientes artículos 8° al 17, reemplazándose la numeración correlativa siguiente:

“Artículo 8°.- La Superintendencia, a través del Intendente de Seguros Previsionales de Salud, quien actuará en calidad de árbitro arbitrador, resolverá las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la instancia a la que se refiere el artículo 11 o a la justicia ordinaria. 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. Con todo, dicho procedimiento deberá consultar, a lo menos, las siguientes etapas: presentación de la demanda; contestación; observaciones a la contestación; período de prueba, si existieren hechos pertinentes, sustanciales y controvertidos, y sentencia.

El Intendente de Seguros Previsionales de Salud, durante el procedimiento, deberá velar por que se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados, la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes.

El Intendente de Seguros Previsionales de Salud, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, podrá citar al afectado y a un representante de Fondo Nacional de Salud o de las Instituciones de Salud Previsional a una audiencia de conciliación, en la cual, por sí o por un funcionario que designe, 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.

**El artículo 8° fue aprobado con los votos de los Honorables Senadores señores Boeninger, Viera-Gallo y Ruiz-Esquide.**

Artículo 9°.- En contra de lo resuelto por el Intendente de Seguros Previsionales de Salud en su calidad de árbitro

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

arbitrador, podrá deducirse recurso de reposición ante la misma autoridad, el que deberá interponerse dentro del plazo fatal de 10 días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la sentencia arbitral.

El referido 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 de Seguros Previsionales de Salud deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

**El artículo 9º fue aprobado con los votos de los Honorables Senadores señores Boeninger, Viera-Gallo y Ruiz-Esquide.**

Artículo 10.- Resuelto por el Intendente de Seguros Previsionales de Salud el recurso de reposición, el afectado podrá apelar ante el Superintendente, dentro de los 10 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 30 días hábiles.

Con todo, el Superintendente podrá declarar inadmisibles las apelaciones, si éstas se limitan a reiterar los argumentos esgrimidos en la reposición de que trata el artículo anterior.

De lo resuelto por el Superintendente sólo procederá el recurso de queja ante la Corte Suprema.

**El artículo 10 fue aprobado con los votos de los Honorables Senadores señores Boeninger, Viera-Gallo y Ruiz-Esquide.**

Artículo 11.- Sin perjuicio de la facultad del Intendente de Seguros Previsionales de Salud para resolver las controversias que se susciten, en los términos de esta ley, las partes podrán convenir libremente y de mutuo acuerdo que dicha dificultad sea sometida, previamente, a Mediación.

Para el efecto anterior, la Superintendencia deberá llevar un registro especial de mediadores a los que las partes podrán acudir.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Corresponderá a la Superintendencia fijar, mediante normas de general aplicación, los requisitos que deberán cumplir los mediadores a que se refiere este precepto, así como las normas generales de procedimiento a las que deberán sujetarse y las sanciones que podrá aplicar por su inobservancia. Dichas sanciones serán amonestación, multa de hasta 1.000 unidades de fomento, suspensión hasta por 180 días o cancelación del registro.

Cada parte asumirá el costo de la mediación.

En caso que fracase la mediación, el afiliado o beneficiario, podrá recurrir a la justicia ordinaria o someter la controversia a la decisión del Intendente de Seguros Previsionales de Salud.

**El artículo 11 fue aprobado con la eliminación de la frase "libremente y de mutuo acuerdo", con los votos de los Honorables Senadores señores Boeninger, Viera-Gallo y Ruiz-Eskuide.**

## TÍTULO III

## DE LA INTENDENCIA DE PRESTADORES DE SALUD

Artículo 12.- Le corresponderá a la Superintendencia, para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, en el otorgamiento de prestaciones a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:

1. Ejercer, de acuerdo a las normas que para tales efectos determine el reglamento y el Ministerio de Salud, las funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud. Asimismo, el Intendente dictará la resolución correspondiente que sancionará la evaluación efectuada por la entidad acreditadora.
2. Autorizar a las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento y designar aleatoriamente la entidad que desarrollará el proceso.
3. Fiscalizar el debido cumplimiento por parte de la entidad acreditadora de los procesos y estándares de acreditación de los prestadores institucionales de salud.
4. Fiscalizar a los prestadores institucionales acreditados en la mantención del cumplimiento de los estándares de acreditación.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

5. Mantener y difundir un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras, conforme el reglamento correspondiente.
6. Mantener y difundir un registro nacional y regional actualizado de los prestadores individuales certificados en sus especialidades y subespecialidades, y de las entidades certificadoras, conforme el reglamento correspondiente.
7. Efectuar publicaciones de estudios, índices y estadísticas 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. Requerir de los organismos acreditadores y certificadores y de los prestadores de salud, institucionales e individuales, toda la información que sea necesaria para el cumplimiento de su función, para cuyo efecto podrá emitir las instrucciones operativas que sean conducentes;
9. 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 esta ley le asigna;
10. Conocer los reclamos que presenten los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respecto de la acreditación y certificación de los prestadores de salud, tanto públicos como privados, que queden dentro de su esfera de competencia, con el objeto de revisar fundadamente los procesos de acreditación y certificación correspondientes.

La Intendencia de Prestadores de Salud no será competente para pronunciarse sobre el manejo clínico individual de casos.

1. Imponer las sanciones que corresponda, en conformidad a la ley, y
2. 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.

**La indicación fue aprobada con algunas modificaciones, dejando pendiente los numerales 1 y 2, a la espera de una nueva indicación del Ejecutivo con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Posteriormente, el Ejecutivo presentó indicación para reemplazar el encabezado y los Nº 1 y 2 del artículo 12 por el siguiente:

Artículo 12.- Le corresponderá a la Superintendencia, para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, en el otorgamiento de prestaciones a los beneficiarios de las leyes Nº 18.469 y Nº 18.933, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:

Ejercer, de acuerdo a las normas que para tales efectos determine el reglamento y el Ministerio de Salud, las funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud. Asimismo, el Intendente dictará la resolución correspondiente que sancionará la evaluación efectuada por la entidad acreditadora.

Autorizar a las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento, y designar aleatoriamente la entidad que desarrollará el proceso.

**Esta indicación fue aprobada unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo 13.- El proceso de acreditación deberá efectuarse de acuerdo con los plazos y procedimientos reglamentariamente dispuestos y de conformidad con las normas previstas para ello por el Ministerio de Salud, con informe a la Intendencia de Prestadores de Salud.

Cualquiera infracción a las normas reglamentarias que regulan la acreditación, podrá ser representada a la referida Intendencia, con el fin de que ésta adopte las medidas correctivas del caso.

**El artículo 13 fue rechazado con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

Artículo 14.- En uso de las atribuciones que le confiere este párrafo, la Superintendencia a través del Intendente de Prestadores de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá solicitar una nueva evaluación de un prestador institucional si verificare que éste no ha mantenido el cumplimiento de los estándares de acreditación, pudiendo convenir previamente un Plan de ajuste y corrección.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Asimismo, en casos graves el Superintendente deberá solicitar al Secretario Regional Ministerial, en su calidad de autoridad sanitaria regional, que aplique las medidas de clausura y/o cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo solicitó dejar establecido que la expresión "casos graves" se refiere a la inexistencia de los requisitos mínimos para que el prestador institucional pueda funcionar con normalidad.

El citado Senador sugirió eliminar la primera parte del artículo hasta la palabra Intendente; cambiar el verbo "solicitar" del inciso segundo por "hacer presente" y agregar la frase "de la necesidad" luego de "autoridad sanitaria regional,".

**El artículo 14 fue aprobado con las modificaciones señaladas, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

Artículo 15.- Tratándose de infracciones cometidas por las entidades acreditadoras de los prestadores institucionales de salud, la Superintendencia a través del Intendente de Prestadores de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá aplicar a la entidad las siguientes sanciones, de acuerdo a la gravedad de la falta o su reiteración:

- 1.- Amonestación;
- 2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado;
- 3.- Cancelación de la inscripción en el registro de entidades acreditadoras; y
- 4.- Las demás que autoricen las leyes y reglamentos.

La multa que se determine será compatible con cualquiera otra sanción.

**El artículo 15 fue aprobado con las modificaciones señaladas, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

Artículo 16.- Sin perjuicio de las atribuciones del Ministerio de Salud y Educación establecidas en el numeral 11 del artículo 4º

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

del decreto ley n° 2.763, de 1979, la Superintendencia podrá proponer fundadamente al Ministerio de Salud la incorporación o la revocación del reconocimiento otorgado a una entidad certificadora de especialidades.

El Honorable Senador señor Boeninger solicitó dejar constancia que la Superintendencia si bien podrá proponer la incorporación o la revocación del reconocimiento otorgado a una entidad certificadora, ésta constituye una facultad legal de mayor fuerza vinculante que un mero derecho de petición.

**El artículo 16 fue aprobado con las modificaciones señaladas, con los votos de los Honorables Senadores señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

#### TÍTULO IV DE LAS NORMAS COMUNES A AMBAS INTENDENCIAS

Artículo 17.- La Superintendencia podrá requerir del Ministro de Salud que ordene la instrucción de sumarios administrativos al personal del Fondo Nacional de Salud, en caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, y al personal de los Servicios de Salud, establecimientos experimentales, autogestionados y de atención primaria, en caso de incumplimiento de las normas de acreditación, sin perjuicio de las facultades que sobre estas materias tengan los directores de los mencionados organismos y la Contraloría General de la República.

Asimismo, 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."

**El artículo 17 fue aprobado con las modificaciones señaladas, con los votos de los Honorables Senadores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

3) Para incorporar en el artículo 7º, nuevo, en el título IV "DE LAS NORMAS COMUNES A AMBAS INTENDENCIAS", los siguientes artículos 20 y 21, nuevos, modificándose la numeración correlativa:

"Artículo 20.- La Superintendencia, para la aplicación de las sanciones que procedan, deberá sujetarse a las siguientes reglas:

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

- 1.- El procedimiento podrá iniciarse por denuncia, por incumplimiento de alguna instrucción o como consecuencia de una fiscalización.
- 2.- Deberá solicitarse un informe al afectado, el que dispondrá de diez días hábiles para formular sus descargos contados desde su notificación.
- 3.- Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente respectivo dictará una resolución fundada absolviendo al afectado o aplicándoles alguna de las sanciones que establece la ley.
- 4.- En contra de lo resuelto por el Intendente respectivo, procederán los recursos contemplados en el Título V.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo sugirió modificar el N° 1, en el sentido de establecer que el procedimiento podrá originarse de oficio o a petición de parte, y para que en el N° 3 se elimina la frase final "absolviendo al afectado o aplicándoles lagunas de las sanciones que establece la ley" por la frase "resolviendo la materia".

**El artículo 20 fue aprobado con las modificaciones señaladas, con los votos de los Honorables Senadores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo 21.- Las notificaciones que efectúe la Superintendencia se efectuarán conforme las normas establecidas en la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.

Asimismo, en los procedimientos arbitrales o administrativos y en la dictación de instrucciones generales o específicas, se podrá considerar la utilización de medios electrónicos, caso en el cual se sujetarán a las normas de las leyes N° 19.799 y N° 19.880 en lo que corresponda."

**El artículo 21 fue aprobado con las modificaciones señaladas, con los votos de los Honorables Senadores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

4) Para sustituir, en el artículo 7º, nuevo, los artículos 19 y 20, que han pasado a ser 22 y 23, por el siguiente artículo 22:

"Artículo 22.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte el intendente respectivo, podrán deducirse los recursos de reposición ante dicha autoridad y el jerárquico ante el Superintendente, conforme lo dispuesto en la ley 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos."



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**El artículo 22 fue aprobado con las modificaciones señaladas, con los votos de los Honorables Senadores Espina, Ruiz-Eskide y Viera-Gallo, con la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

-----

## DISPOSICIONES TRANSITORIAS

## Artículo primero

Establece un programa de incentivo al retiro para aquellos funcionarios que se desempeñen en la Subsecretaría de Salud, en el ISP, en la CENABAST y que cumplan con los requisitos de edad tendrán derecho a percibir una indemnización no imponible ni constitutiva de renta para ningún efecto legal, de un mes del promedio de las últimas doce remuneraciones imponibles, por cada año de servicio con un tope de 8 meses. Este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$ 270.000 mensuales y en un mes para aquellos que tengan, a la fecha de publicación de la ley, más de sesenta y tres años si son mujeres y más de sesenta y ocho años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

El precepto regula los cupos anuales de este beneficio y un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará los calendarios de postulación y pago, los mecanismos para el otorgamiento y las demás disposiciones necesarias para la implementación de este beneficio.

Finalmente se dispone que los funcionarios que se acojan a este beneficio no podrán ser nombrados ni contratados asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos allí señalados durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido bajo las condiciones allí prescritas.

**Artículo segundo**

Este artículo dispone que la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en el artículo 61 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, se otorgará en forma gradual durante un período de cuatro años, conforme cronograma que la misma norma dispone.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Artículo tercero**

Dispone que el componente por acreditación individual a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se implementará gradualmente entre el año 2003 y el 2006, según una tabla de progresividad que el mismo precepto dispone.

Asimismo, el proceso de acreditación a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar el año 2005, y que en los años 2003 y 2004, el componente será pagado a todos los funcionarios señalados en el artículo 64 del referido decreto ley, sin necesidad de acreditarse, conforme a la tabla anterior.

**Artículo cuarto**

Establece que el componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios a que se refieren los artículos 64, 65 y 67 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará durante los años 2003 al 2006 según la siguiente tabla allí dispuesta.

**Artículo quinto**

Establece que la asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el número 1 del mismo artículo, en forma gradual durante un período de tres años, conforme al cronograma allí dispuesto.

**Artículo sexto**

Dispone un cronograma gradual durante tres años para el pago de la asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68.

**Artículo séptimo**

Dispone un cronograma por un período de cuatro años para el otorgamiento de las modificaciones a la ley N° 19.490, contenidas en los numerales 1), con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y 2), letra a), del artículo 4° de la presente ley.

**Artículo octavo**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Establece la entrada en vigencia de la asignación de turno y la bonificación compensatoria a que se refieren los artículos 72, 73 y 74 y decimotercero transitorio de esta ley, respectivamente.

Además, dispone un cronograma para la entrega de la asignación de turno y bonificación compensatoria para los funcionarios que integren el sistema de turnos rotativos cubiertos por tres funcionarios.

**Artículo noveno**

Regula la entrada en vigencia del artículo 76, que dispone la asignación de responsabilidad.

**Artículo décimo**

Regula la entrada en vigencia del sistema de promoción mediante concurso interno a que se refiere el artículo 81.

**Artículo undécimo**

Prescribe que el incremento remuneracional para el personal que se desempeñe en los establecimientos de salud de carácter experimental será incorporado en su propio sistema de remuneraciones, asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

**Artículo duodécimo**

Dispone la fecha de dictación de los reglamentos a que se refieren el inciso segundo del artículo 63, el inciso segundo del artículo 66, el artículo 70 y el inciso segundo del artículo 77.

**Artículo decimotercero**

Dispone una compensación destinada a paliar las deducciones por concepto de cotizaciones para pensiones y salud a que esté afecta la asignación de turno.

**Artículo decimocuarto**

Concede, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63, pagadera en una sola cuota, la que beneficiará a los funcionarios que cumplan las condiciones allí descritas.

**Artículo decimoquinto**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Establece la entrada en vigencia del artículo 14D.

## Artículo decimosexto

Establece que el mayor gasto que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud, sin perjuicio que el Hacienda, con cargo al ítem 50-01-03-25-33.104 de la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere financiar con esos recursos.

Las disposiciones transitorias señaladas fueron aprobadas en su conjunto en forma unánime por la Comisión, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

-----

El Ejecutivo presentó indicación para sustituir el artículo decimoquinto, por el siguiente:

"ARTICULO DECIMOQUINTO.- La presente ley comenzará a regir a contar de la fecha que señale el Decreto con Fuerza de Ley respectivo, conforme lo dispuesto en la letra h) del artículo 3° de esta ley, salvo las disposiciones contenidas en los artículos 3°, 4°, 5°, 6° y las disposiciones transitorias, las que regirán desde la fecha de publicación en el diario oficial de esta ley."

**Este artículo fue rechazado unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Posteriormente presentó indicación para intercalar, a continuación del artículo decimocuarto transitorio, el siguiente artículo decimoquinto transitorio, nuevo:

"ARTICULO DÉCIMOQUINTO TRANSITORIO.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 25 A del decreto ley N° 2.763, de 1979, los siguientes establecimientos tendrán la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala el Título IV decreto ley N° 2.763, de 1979, cuando cumplan los requisitos que establezca el reglamento señalado en el mencionado artículo:

N°	COMUNA	ESTABLECIMIENTO
----	--------	-----------------

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

<b>N°</b>	<b>COMUNA</b>	<b>ESTABLECIMIENTO</b>
1	ANGOL	<b>HOSPITAL ANGOL</b>
2	ANTOFAGASTA	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DOCTOR LEONARDO GUZMAN</b>
3	ARICA	<b>HOSPITAL DOCTOR JUAN NOE CREVANI</b>
4	CASTRO	<b>HOSPITAL CASTRO</b>
5	CHILLAN	<b>HOSPITAL HERMINDA MARTIN</b>
6	CONCEPCION	<b>HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE</b>
7	COQUIMBO	<b>HOSPITAL COQUIMBO</b>
8	CORONEL	<b>HOSPITAL CORONEL</b>
9	COYHAIQUE	<b>HOSPITAL COYHAIQUE</b>
10	CURICO	<b>HOSPITAL CURICO</b>
11	INDEPENDENCIA	<b>HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO</b>
12	INDEPENDENCIA	<b>INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER</b>
13	INDEPENDENCIA	<b>HOSPITAL SAN JOSE</b>
14	IQUIQUE	<b>HOSPITAL DOCTOR ERNESTO TORRES GALDAMES</b>
15	LA SERENA	<b>HOSPITAL LA SERENA</b>
16	LINARES	<b>HOSPITAL LINARES</b>
17	LOS ANDES	<b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LOS ANDES</b>
18	LOS ANGELES	<b>HOSPITAL VICTOR RIOS RUIZ</b>
19	LOTA	<b>HOSPITAL LOTA</b>
20	MELIPILA	<b>HOSPITAL MELIPILLA</b>
21	OSORNO	<b>HOSPITAL BASE DE OSORNO</b>
22	OVALLE	<b>HOSPITAL OVALLE</b>
23	PEÑALOLEN	<b>HOSPITAL DOCTOR LUIS TISNÉ BROUSSE</b>
24	PROVIDENCIA	<b>INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA</b>
25	PROVIDENCIA	<b>HOSPITAL DEL SALVADOR</b>
26	PROVIDENCIA	<b>HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA</b>
27	PROVIDENCIA	<b>INSTITUTO DE GERIATRIA PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA</b>
28	PROVIDENCIA	<b>INSTITUTO PEDRO AGUIRRE CERDA</b>
29	PROVIDENCIA	<b>INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX</b>
30	PUENTE ALTO	<b>HOSPITAL DOCTOR SOTERO DEL RIO GUNDIAN</b>
31	PUERTO MONTT	<b>HOSPITAL PUERTO MONTT</b>
32	PUNTA ARENAS	<b>HOSPITAL REGIONAL DOCTOR LAUTARO NAVARRO AVARIA</b>
33	QUILLOTA	<b>HOSPITAL SAN MARTÍN</b>
34	QUILPUE	<b>HOSPITAL QUILPUE</b>
35	QUINTA NORMAL	<b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS</b>
36	QUINTA NORMAL	<b>HOSPITAL FELIX BULNES</b>

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

<b>N°</b>	<b>COMUNA</b>	<b>ESTABLECIMIENTO</b>
37	RANCAGUA	<b>HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA</b>
38	RECOLETA	<b>INSTITUTO PSIQUIATRICO DOCTOR JOSE HORWITZ BARAK</b>
39	SAN ANTONIO	<b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b>
40	SAN CARLOS	<b>HOSPITAL SAN CARLOS</b>
41	SAN FELIPE	<b>HOSPITAL SAN CAMILO</b>
42	SAN FERNANDO	<b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN FERNANDO</b>
43	SAN MIGUEL	<b>HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU</b>
44	SAN MIGUEL	<b>HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES</b>
45	SANTIAGO	<b>HOSPITAL ASISTENCIA PUBLICA</b>
46	SANTIAGO	<b>HOSPITAL PAULA JARA QUEMADA</b>
47	SANTIAGO	<b>INSTITUTO TRAUMATOLÓGICO DOCTOR TEODORO GEBAUER</b>
48	TALCA	<b>HOSPITAL TALCA</b>
49	TALCAHUANO	<b>HOSPITAL LAS HIGUERAS</b>
50	TEMUCO	<b>HOSPITAL TEMUCO</b>
51	TOMÉ	<b>HOSPITAL TOME</b>
52	VALDIVIA	<b>HOSPITAL VALDIVIA</b>
53	VALPARAISO	<b>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</b>
54	VALPARAISO	<b>HOSPITAL VALPARAISO</b>
55	VICTORIA	<b>HOSPITAL VICTORIA</b>
56	VIÑA DEL MAR	<b>HOSPITAL GUSTAVO FRICKE</b>

Los establecimientos señalados en este artículo que no hayan sido calificados como "Establecimiento de Autogestión en Red" al 1 de enero del año 2009, pasarán a tener dicha calidad a contar de esta fecha, por el solo ministerio de la ley, y se encontrarán regidos por las normas establecidas en el mencionado título. El personal directivo de estos establecimientos tendrá derecho a los beneficios remuneracionales establecidos en el artículo 68 de esta ley, asociados al cumplimiento de los estándares establecidos en el artículo 25 G, cuando el establecimiento cumpla dichos estándares."

**La indicación se aprobó unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Posteriormente el Ejecutivo presentó indicación para agregar los siguientes artículos transitorios:

"Artículo primero transitorio.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año, contado desde la fecha

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

de publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, el que deberá ser también suscrito por el Ministro de Hacienda, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.933.

Artículo segundo transitorio.- Facúltase al Presidente de la República para que dentro del plazo de un año contado desde la publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido a través del Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, establezca los mecanismos necesarios para ordenar la devolución, en todo o en parte, de lo pagado por el otorgamiento de prestaciones, cuando éstas se hayan otorgado sin cumplir las garantías de acceso, oportunidad y calidad definidas por el Régimen de Garantías de Salud.

Artículo tercero. transitorio- En tanto no se dicten las normas legales que regulen el Régimen de Garantías en Salud, las potestades que sobre dicha materia contempla la presente ley, se entenderán suspendidas.

Artículo cuarto transitorio.- En tanto no se dicten nuevas normas sobre acreditación y certificación de las prestaciones de salud, la Superintendencia de Salud aplicará las que hayan sido dictadas por el Ministerio de Salud y siempre que se encuentren vigentes a la fecha de publicación de la presente ley, para lo cual, no antes de 360 días siguientes a dicha publicación, las determinará, mediante una o más resoluciones. En ejercicio de esta facultad, la referida Superintendencia no podrá alterar su contenido.

Artículo quinto transitorio.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministro de Hacienda, conformará el primer presupuesto de la Superintendencia de Salud.

El gasto que se derive de las nuevas plantas que se fijen, del encasillamiento que se practique y del traspaso de personal desde otras instituciones que se disponga, no podrá exceder de la suma de las remuneraciones que se estén pagando al personal de la Superintendencia de ISAPRES más las del personal traspasado correspondientes al nuevo régimen de remuneraciones a que estarán afectos con motivo de dicho traspaso, cualesquiera sea la calidad jurídica de estos personales, todo ello considerando su efecto año completo."."

**Fueron aprobados en forma unánime los artículos transitorios primero, tercero y quinto, y fueron rechazados los artículos transitorios segundo y cuarto, con los votos de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Eskuide y Viera-Gallo, con la numeración que se señala, en su oportunidad.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Ejecutivo presentó indicación para agregar un artículo decimoséptimo transitorio nuevo, y otro vigésimoprimer, del siguiente tenor:

"Artículo decimoséptimo.- Lo dispuesto en el inciso final del número 11.- del artículo 4° del decreto ley N° 2.763, de 1979, no se aplicará mientras no entren en vigencia las normas relativas a la acreditación de los programas correspondientes.",

"Artículo Vigésimoprimer.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, del año 1979."

**La indicación, en su primera parte, fue aprobada en forma unánime con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo. En cuanto a la agregación del artículo vigésimoprimer, nuevo, fue aprobado, unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con la abstención del Honorable Senador señor Ríos. La numeración de los artículos transitorios recién aprobados se indica, en su oportunidad.**

-----

En mérito de los acuerdos precedentemente expuestos, vuestra Comisión de Salud tiene el honor de proponeros la aprobación del proyecto de ley en informe, con las siguientes modificaciones:

ARTICULO 1º.-

Numeral 1)

Sustituir, en el encabezamiento del artículo 4º que se propone, la palabra "Además" por "En particular".

Suprimir en la letra a) del número 1, las palabras "de Estado".

Reemplazar, en la letra e) del número 1, los vocablos "Dirigir y orientar" por "La dirección y orientación de".

Sustituir los números 2 al 15, por los siguientes números 2 a 18:



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de promoción o fomento, prevención, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.

3.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley.

La fiscalización de las normas contenidas en el Código Sanitario y demás leyes complementarias, en materias tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, será efectuada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.

Las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas, podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo.

4.- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.

5.- Tratar datos estadísticos y personales y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Asimismo, podrá tratar datos sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628.

6.- Formular el presupuesto sectorial.

7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGE", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, el cual está conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas, considerando factores ambientales, sociales y económicos en el ámbito de la salud del país.

9.- Establecer, mediante resolución, los estándares mínimos, iguales para el sector público y el privado, referidos a condiciones sanitarias seguras y la aplicación de técnicas y tecnología apropiada en servicios de atención de salud, tales como requisitos de seguridad de instalaciones y

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

equipos o requisitos de dispositivos médicos, de acuerdo a los niveles de complejidad de los establecimientos y a la disponibilidad de recursos.

10.- Establecer un sistema de acreditación de prestadores institucionales de salud debidamente autorizados para funcionar, esto es de los establecimientos asistenciales y personas jurídicas, de derecho público o privado, que proporcionan prestaciones de salud a las personas, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos.

Para estos efectos, la acreditación es el resultado del proceso periódico de evaluación del cumplimiento de los estándares que permiten garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Los estándares se refieren a recursos institucionales, procesos y resultados, tales como prevención de infecciones intra hospitalarias, cumplimiento de protocolos de atención, organización adecuada de las funciones de apoyo, capacitación de recursos humanos, coordinación adecuada con la red asistencial, seguridad y equipamiento apropiado, entre otros.

Mediante un Reglamento, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se deberá establecer la entidad o entidades acreditadoras, las que podrán ser públicas y privadas, o el sistema de selección de estas entidades; los requisitos que deberán cumplir; el mecanismo de elaboración de los estándares que deben cumplir los prestadores y el procedimiento de acreditación; las atribuciones del organismo acreditador con relación a 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; los aranceles que deberán pagar los prestadores por la acreditación, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.

La acreditación deberá aplicar iguales estándares y procedimientos a los sectores público y privado.

**11.- Establecer un sistema de certificación de especialidades y sub especialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es de las personas naturales que, de manera independiente, dependiendo de un prestador institucional o a través de un convenio con éste, otorgan prestaciones de salud directamente a las personas.**

Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual una entidad reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencia relevante en un determinado ámbito del trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Mediante un reglamento, de los Ministerios de Salud y Educación, se determinarán fundadamente las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades de acuerdo a sus programas de evaluación, formación o entrenamiento; las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema; un registro público nacional y regional de los prestadores certificados, el que será mantenido por la Superintendencia de Salud, y las demás materias necesarias para desarrollar el sistema.**

**Las entidades serán seleccionadas de acuerdo a pautas objetivas relacionadas con el currículum de formación, las actividades prácticas, los establecimientos asistenciales que disponen para el entrenamiento y el cuerpo de profesores asignados a la enseñanza y supervisión, si los programas son de formación o de entrenamiento. En el caso de los programas de evaluación de los conocimientos adquiridos por una experiencia prolongada y relevante del ejercicio práctico de la especialidad, las pautas se referirán a los sistemas de evaluación y el cuerpo de evaluadores que serán utilizados.**

**Las Universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente.**

12.- Establecer, mediante resolución, normas de protocolo de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados, los que serán de carácter referencial. Dichos protocolos sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en la resolución.

13.- Implementar sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes. Los sistemas podrán contemplar la intervención de entidades públicas y privadas que cumplan con condiciones técnicas de idoneidad.

14.- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y programas generales de salud, especialmente en lo relativo a su eficiencia, eficacia y calidad.

15.- Definir políticas que promuevan la participación en las diferentes instituciones del Sistema.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Al hacerlo, deberá tener especial consideración de las necesidades y características culturales de las etnias de nuestro país, creando modalidades de salud interculturales en sectores con una alta concentración de población indígena.

16.- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

17.- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

18.- Las demás que le confieran las leyes y reglamentos."

**Numeral 2)**

Sustituirlo, por el que se transcribe a continuación:

"2) Intercálase, a continuación del artículo 4º, los siguientes artículos 4º bis y 4º ter, nuevos:

"Artículo 4º bis.- Para el cumplimiento de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud convocará un Consejo Consultivo de Salud que tendrá el carácter de asesor en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de los lineamientos estratégicos del sector.

El referido Consejo será presidido por el Ministro de Salud y estará integrado por:

1. Dos directores o profesores de reconocida trayectoria de las Escuelas o Departamentos de Salud Pública de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegidos por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile;

2. Un decano o profesor de reconocida trayectoria de las Facultades de Economía o Administración de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegido por el Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas;

3. Un representante de la Sociedad Chilena de Salubridad, elegido por ésta;

4. Un representante del Colegio Médico de Chile, elegido por éste;

5. Dos representantes de Colegios Profesionales del área de la salud, elegidos por éstos conforme el reglamento;

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

6. Un representante de los prestadores públicos de salud, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud;

7. Un representante de las Asociación Chilena de Municipalidades, elegido por ésta;

8. Un representante de los prestadores privados de salud, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;

9. El Director de Fondo Nacional de Salud o su representante;

10. Un representante de las Instituciones de Salud Previsional, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;

11. Un representante de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro que haya desarrollado actividades relevantes en el ámbito de la salud ambiental, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud.

Los consejeros serán nombrados por un período de cinco años, el que podrá prorrogarse por una sola vez y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo.

Artículo 4° ter.- Para el cumplimiento de las funciones señaladas en los números 9, 10, 11 y 12 del artículo 4°, el Ministro de Salud convocará un Consejo Nacional Consultivo de la Calidad, que tendrá el carácter de asesor, será presidido por el Ministro de Salud e integrado por:

a) Un científico de connotada trayectoria en el área de calidad en salud, representante de sociedades científicas con personalidad jurídica, elegido por éstas en la forma que señale el reglamento;

b) Un director o profesor de reconocida trayectoria de las Facultades, Escuelas o Departamentos de Medicina o de Salud Pública de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegido por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile;

c) Un experto en el área de la calidad en salud de reconocida idoneidad y trayectoria, elegido por el Ministro de Salud;

d) Un representante del Instituto de Salud Pública, elegido por éste;

e) Un representante de las Mutuales de Seguridad, elegido por éstas;

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

f) Un representante de los prestadores públicos de salud, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud;

g) Un representante de los prestadores privados de salud, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;

h) El Director del Fondo Nacional de Salud o su representante;

i) Un representante de las Instituciones de Salud Previsional, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país.

Los consejeros serán nombrados por un período de tres años, el que podrá prorrogarse por una sola vez y no percibirán remuneración alguna por su desempeño. Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo.”.”.

**Numeral 3)**

Eliminar en el inciso primero del artículo 5º contenido en este numeral los términos “, las Direcciones Regionales de Salud”, y sustituir el inciso final del referido artículo 5º, por los siguientes:

“La estructura y organización interna del Ministerio de Salud se determinarán mediante decreto supremo, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, el que asignará las tareas y cometidos que correspondan a cada una de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas y secretarías regionales ministeriales que se establezcan para el ejercicio de sus funciones en forma desconcentrada.

Sin perjuicio de las facultades de dirección superior que corresponden al Ministro de Salud, el decreto supremo señalado en el inciso anterior sólo podrá ser modificado una sola vez durante el respectivo período presidencial.”.

**Numerales 6), 7), 8).**

Sustituirlos, por los siguientes:

“6) En el artículo 8º:

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo por los siguientes:

"Artículo 8º.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema y la regulación de la prestación de servicios de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

para la atención integral de la salud de las personas y los estándares de calidad que le serán exigibles.

En relación con las materias señaladas en el inciso anterior, le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento y coordinar su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley Nºs 29, 30 y 31, del Ministerio de Salud, todos del año 2000, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema, e impartirles instrucciones.

Además, desempeñará las demás funciones que le asignan el decreto ley Nº 1.208, de 1975, y demás leyes y reglamentos.

El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda."

b) Modifícase el inciso tercero, que pasa a ser quinto, del siguiente modo:

i.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto (.), la conjunción "y".

ii.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción "y" con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).

iii.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.

c) Elimínase el inciso final.

Numeral 7)

Reemplazarlo por el que sigue:

7) Sustitúyese el artículo 9º por el siguiente:

"Artículo 9º.- El Subsecretario de Salud Pública subrogará al Ministro en primer orden, tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

En relación con las materias señaladas en el inciso anterior, le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud, la Superintendencia de Salud y el Instituto de Salud Pública, e impartirles instrucciones.

Asimismo, administrará el financiamiento previsto para las acciones de salud pública, correspondientes a las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, independientemente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie.

Además, desempeñará las demás funciones que le asignan el decreto ley N° 1.208, de 1975, y demás leyes y reglamentos.

El Subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales y las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda."

Numeral 8)

Sustituirlo por el siguiente:

8) Derógase el artículo 10."

Numerales 10), 11) 12), 13) y 14).

Reemplazarlos, por los siguientes:

"10) En el artículo 14:

a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con la frase "el que deberá" y termina con la palabra "siguientes:", por "sin perjuicio de las oficinas provinciales que pudieran requerirse.

b) Suprímense los literales desde la a) a la j)."

11) Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B y 14 C, nuevos:

"Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades certificadas en el ámbito de la salud pública.

Artículo 14 B.- Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud:

1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad y proponer las adecuaciones de dichas políticas a la realidad de cada región, oyendo previamente al Consejo Asesor. Para tales efectos, entre otras medidas, podrá requerir de la autoridad correspondiente, la adopción de las disposiciones administrativas que procedieren si detectare el incumplimiento de las obligaciones o deberes por parte de tales organismos, dentro del ámbito de su competencia.

2.- Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones sobre la materia, para lo cual se encontrará dotado de todas las facultades y atribuciones que el Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias sanitario ambientales le confieren, de conformidad con lo previsto en el Artículo 14C.

3.- Adoptar las medidas sanitarias que corresponda según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias y elaborar informes en materias sanitarias. Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, serán homogéneas para los establecimientos públicos y privados.

4.- Colaborar, conforme a las instrucciones del Subsecretario correspondiente, con las acciones de salud pública, preferentemente a través de los Servicios de Salud y las entidades administradoras de salud municipal, directamente o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades correspondientes.

5.- Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

6.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

7.- Cumplir las acciones de fiscalización del cumplimiento de normas de calidad y acreditación de prestadores de acciones auxiliares de salud que señale el Reglamento, conforme al número 9 y 10 del artículo 4° de esta ley, y las que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.

8.- Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, conforme a lo dispuesto en el artículo 4° de la ley N° 19.813.

9.- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y, en general, ejecutar, por sí o por terceros, todas aquellas prestaciones de carácter médico-administrativas.

10.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Artículo 14 C.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, todas aquellas materias que corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud.

En relación a las materias que trata este artículo, los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud deberán ajustarse a las normas técnicas y administrativas de carácter general que imparta el Ministerio de Salud, ya sea a nivel nacional o regional.”.

12) Derógase el artículo 15.

13) En el artículo 16:

a) Sustitúyese el encabezamiento, por el siguiente:

“Artículo 16.- Créanse los siguientes Servicios de Salud, encargados de administrar las diferentes modalidades de atención y de estructurar, gestionar y articular la red asistencial que incluya diferentes niveles de complejidad y sistemas de referencia y derivación de las personas, dentro y fuera del área territorial asignada, en función de las necesidades detectadas en la población usuaria:”.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

b) Sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: "Siete en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente y Servicio de Salud del Ambiente." por el siguiente: "Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente."

14) Intercálanse, a continuación del artículo 16, los siguientes artículos 16 bis y 16 ter, nuevos:

“Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2º de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

Artículo 16 ter.- La red asistencial de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones sanitarias en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios u hospitales de pequeñas localidades, sean dependientes de municipios, de Servicios de Salud o tengan convenios con éstos, deberán cubrir, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y serán supervisados y coordinados por el Servicio de Salud respectivo.

Los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada, espontánea y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud con relación a la recolección y tratamiento de datos y los sistemas de información que deberán mantener.

Los beneficiarios de la ley N° 18.469, deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud correspondiente a su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que le prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. El beneficiario no podrá cambiar su lugar de inscripción antes de transcurrido un año desde la fecha de inscripción, salvo que comprobare mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distinto al declarado en la inscripción anterior."."

**Numeral 16)**

Reemplazar el artículo 18 contenido en este numeral, por el siguiente:

"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director seleccionado, designado y evaluado conforme a la ley.

El Director deberá ser un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión en salud."

**Numeral 17)**

Reemplazar, en el inciso primero del artículo 18 bis contenido en este número, las palabras "directivas generales impartidas por el" por "programas del", y sustituir su inciso tercero por los que se transcriben a continuación:

"Con este objeto, conforme a la ley N° 19.813, determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria. Sobre esta base se evaluará el desempeño de cada entidad administradora. Para efectos de la determinación de dichas metas, deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo presidido por el Director e integrado por el Director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad, todo ello sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Director deberá, asimismo, velar por la efectiva y eficiente referencia de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red, conforme a las normas que imparta el Ministerio de Salud mediante resolución."

**Numerales 18) y 19)**

Sustituirlos, por los que se transcriben enseguida:

"18) En el artículo 20:

a) Reemplázase el encabezamiento del artículo 20 por el siguiente:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en los Títulos IV y V de este Capítulo, para el desempeño de sus funciones el Director tendrá, entre otras, las siguientes atribuciones:"

b) Sustitúyese la letra a) por la siguiente:

"a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como asimismo, coordinar, asesorar y controlar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos del Servicio."

c) Agrégase el siguiente párrafo segundo a la letra h):

"Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo en favor del Fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud."

d) Sustitúyese la letra m) por la siguiente:

"m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;"

e) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción "y" y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

f) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o), p) y q), nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser letra r):

"o) Declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación;

p) Disponer, mediante resolución fundada, la comisión de servicios de los funcionarios de su dependencia, en cualquiera de los establecimientos

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

públicos de la Red Asistencial, siempre que dicho establecimiento esté situado en la misma ciudad en que éste se desempeñare.

En caso alguno estas comisiones podrán significar el desempeño de funciones de inferior jerarquía a las del cargo o ajenas a los conocimientos que éste requiere, ni podrán importar menoscabo para el funcionario.

Podrá disponerse que dicha comisión sea cumplida en jornadas totales o parciales, así como en días determinados de la semana.

Los funcionarios no podrán ser designados en comisión de servicios durante más de dos años. No obstante, a petición del funcionario y de común acuerdo podrá prorrogarse la comisión por el plazo que convengan las partes.

Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren.

El funcionario respecto de quien se disponga la comisión de servicios, que estimare que ésta le produce menoscabo podrá solicitar la reposición de la resolución ante el Director. La resolución del Director podrá ser apelada ante el Secretario Regional Ministerial de Salud dentro del término de diez días hábiles contado desde la fecha en que se le comunique dicha resolución o la que deseche la reposición.

Sin perjuicio de lo dispuesto en esta letra, el Director podrá designar en comisión de servicios a los funcionarios conforme las normas que establece la ley 18.834, Estatuto Administrativo;

q) Celebrar convenios de gestión con las respectivas entidades administradoras de salud municipal, conforme lo dispuesto en el artículo 57 de la ley Nº 19.378, que tengan por objeto, entre otros, asignar recursos asociados al cumplimiento de metas sanitarias, aumento de la resolutiveidad de sus establecimientos y mejoramiento de los niveles de satisfacción del usuario. Los referidos convenios deberán contemplar, en general, los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores, medios de verificación y las medidas que se adoptarán en caso de incumplimiento de las obligaciones contraídas, y".

19) Intercálase, a continuación del artículo 21, el siguiente artículo 21 A, nuevo:

"Artículo 21 A.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, el que tendrá carácter consultivo y conocerá de la gestión del Servicio, en lo referido a sus planes de trabajo, así como de su gestión programática, financiera y presupuestaria.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

En el desempeño de sus funciones, este Consejo conocerá, anticipadamente, el plan anual de trabajo del Servicio y la rendición de cuentas de su autoridad, dejando constancia de los reparos y alcances que surjan, los que serán enviados al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud.

El Consejo estará constituido por representantes de usuarios y de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

La composición y funcionamiento del Consejo serán determinados en el reglamento."."

-----

Intercalar el siguiente número 22), nuevo:

"22) Intercálase, a continuación del artículo 25, los siguientes Títulos IV y V, nuevos:

"TITULO IV  
DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTION EN RED

Párrafo I  
DE LA CREACIÓN Y FUNCIONES

Artículo 25 A.- Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala este título, si cumple los requisitos que se determinen en el Reglamento a que se refiere el inciso siguiente.

Un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular entre otras materias el sistema de obtención de dicha calidad y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos, los mecanismos de evaluación y control de su gestión y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir. Los requisitos deberán estar referidos, al menos, a gestión financiera, gestión de personal e indicadores y estándares fijados en convenios y normas.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Mediante resolución fundada conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerá la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" a aquellos que cumplan los requisitos señalados en dicho Reglamento, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme el inciso primero.

Los establecimientos que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N°18.575 y a las normas de la presente ley.

No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 25 L y 25 M.

Los establecimientos de autogestión en red serán los continuadores legales de los Servicios de Salud en las funciones asistenciales que les corresponden.

Artículo 25 B.- El Establecimiento deberá funcionar coordinado con el Servicio de Salud que integra, formando parte de la Red Asistencial de éste. Para estos efectos, el Establecimiento deberá, a lo menos:

- Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio de Salud respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red Asistencial;
- Atender beneficiarios de la ley N° 18.469 y N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de los convenios correspondientes;
- Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales;
- Entregar información estadística y de atención de pacientes que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud, la Superintendencia de Salud o alguno de los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente.

**Los establecimientos que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, formarán parte de una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional. Una vez que se les reconozca la calidad de establecimiento de autogestión en red, mediante resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, podrán ser incorporados a**



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**esta Red Asistencial de Alta Especialidad, funcionarán coordinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales y a lo menos deberán:**

Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Subsecretario de Redes Asistenciales;  
Atender beneficiarios de la ley N° 18.469 y N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos que formen parte de las Redes Asistenciales de los Servicios de Salud, conforme las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de los convenios correspondientes;  
Cumplir con lo establecido en los números 3. y 4. del inciso precedente.

Artículo 25 C.- El Establecimiento estará a cargo de un director, el que corresponderá al segundo nivel jerárquico del Servicio de Salud para los efectos del ARTÍCULO TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N°19.882. Tendrá las atribuciones a que se refieren los artículos 25 E y 25 F.

El cargo de director de establecimiento deberá ser servido en jornada completa de 44 horas semanales y remunerado conforme al sistema del decreto ley N°249, de 1974, y sus normas complementarias, según el grado de la escala en que se encuentre ubicado el cargo en la respectiva planta de personal.

Los mecanismos y procedimientos de coordinación y relación entre el director del establecimiento y el director del servicio de salud correspondiente se registrarán por los convenios de desempeño que se celebren de conformidad con la ley antes citada.

El director será removido de comprobarse el incumplimiento del convenio de desempeño y por lo establecido en el inciso cuarto del artículo 25 I. En estos y los demás casos de remoción, se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud.

Artículo 25 D.- Existirá un Consejo Consultivo de los Usuarios, el que estará compuesto por 5 representantes de la comunidad usuaria y 2 representantes de los trabajadores del Establecimiento.

El Consejo Consultivo tendrá la función de asesorar al director del establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.

Asimismo, en el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por el establecimiento durante el año, así como la cuenta pública anual del mismo.

Un Reglamento determinará las funciones, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo.

El director contará también con la asesoría de un Consejo Técnico, el que tendrá por objeto colaborar en los aspectos de gestión en que el director

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

requiera su opinión, así como propender a la mejor coordinación de todas las actividades del establecimiento.

El consejo será presidido por el director y estará constituido por representantes de las distintas jefaturas del establecimiento conforme lo establezca el reglamento, el que determinará las demás funciones y procedimientos que correspondan.

Asimismo, contará con la asesoría de comités sobre asuntos específicos, integrados por los funcionarios que designe el director del establecimiento.

Artículo 25 E.- La administración superior y control del Establecimiento corresponderá al director, el que no quedará sometido al control jerárquico del director del Servicio de Salud respectivo, con relación al ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título.

Artículo 25 F.- En el director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:

a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento.

b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento.

c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y la demás normativa vigente.

d) Elaborar y presentar al Subsecretario de Redes Asistenciales, el proyecto de presupuesto del establecimiento, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones, conforme a las necesidades de reposición del equipamiento de éste y a las políticas del Ministerio de Salud. Para estos efectos se requerirá un informe del Servicio de Salud respectivo.

El Subsecretario de Redes Asistenciales, dentro de los primeros quince días del mes de Diciembre de cada año, mediante resolución aprobará los presupuestos de los establecimientos autogestionados y el del Servicio sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos.

En cada uno de los presupuestos de los establecimientos autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto.

e) Ejecutar el presupuesto y el plan anual en el marco presupuestario del Establecimiento, de acuerdo con las normas relativas a la administración financiera del Estado.

Las modificaciones a los presupuestos y a los montos determinados en sus glosas deberán ser autorizadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo a las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Copia de la resolución deberá ser remitida a la Dirección de Presupuestos.

f) Ejercer las funciones de administración del personal destinado al establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el Reglamento.

Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios, el Director del establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio descentralizado.

Un Reglamento, emitido a través del Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, establecerá las normas necesarias para ejercer las funciones de que trata el presente literal.

g) Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aún cuando sean propias o habituales del Establecimiento.

El gasto por los contratos señalados en esta letra no podrá exceder el 20% del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.

h) Celebrar contratos regidos por la ley Nº 18.803.

i) Ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorpóreas que hayan sido asignadas o afectadas al establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Las transacciones a que se refiere el párrafo anterior deberán ser aprobadas por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas de los decretos leyes N° 1.056, de 1975, o N° 1.939, de 1977.

Asimismo, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra s), podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas.

j) Celebrar convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 36, del Ministerio de Salud, de 1980.

k) Celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud, y con entidades administradoras de salud primaria, en los que se podrán proveer todos los recursos necesarios para la ejecución del convenio, mediante la destinación de funcionarios a prestar colaboración en éste, el traspaso de fondos presupuestarios u otras modalidades adecuadas a su naturaleza. En particular, podrá estipularse el aporte de medicamentos, insumos y otros bienes fungibles de propiedad del establecimiento. Los bienes inmuebles, equipos e instrumentos podrán cederse en comodato o a otro título no traslativo de dominio, y serán restituidos a su terminación.

l) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objeto de otorgar prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos el Ministerio de Salud y de Hacienda.

Los convenios con las Instituciones de Salud Previsional deberán considerar el pago directo e íntegro a los Establecimientos del valor total de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios. Dichas entidades podrán repetir en contra del afiliado correspondiente el monto que exceda de los que les corresponda pagar conforme el plan de salud convenido.

En todo caso, la atención de las personas a que se refiere esta letra no podrá significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios.

m) Celebrar convenios con profesionales que sean funcionarios del establecimiento, que cumplan jornadas de a lo menos 11 horas semanales, para que atiendan en el establecimiento a sus pacientes particulares, fuera del horario de su jornada de trabajo.

Los convenios deberán ajustarse al Reglamento y a las instrucciones que se impartan, actos administrativos que se emitirán conjuntamente por los Ministerios de Salud y Hacienda, y no podrán significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales.

n) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue el Establecimiento a los beneficiarios de la ley N°18.469 en la Modalidad de Atención Institucional. En el caso de la Modalidad de Libre Elección se aplicarán las normas generales de la ley N°18.469.

Con el exclusivo objeto de verificar que los convenios cumplan con el artículo 25 B, el respectivo director de Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, deberá aprobarlos previamente.

La resolución de las controversias que se originen por la aplicación de esta letra, será resuelta por el Ministro de Salud.

o) Celebrar convenios con los Servicios de Salud, para otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N°18.469.

p) Celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial de Salud correspondiente, para la ejecución de acciones de salud pública.

q) Establecer en forma autónoma un arancel para la atención de personas no beneficiarias de la ley N°18.469, el cual en ningún caso podrá ser inferior al Arancel a que se refiere el artículo 28 de dicha ley.

r) Realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización expresa del Ministerio de Hacienda.

s) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso y dar de baja los bienes muebles del Establecimiento, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

t) Delegar, bajo su responsabilidad, y de conformidad con lo establecido en la ley 18.575, atribuciones y facultades en los funcionarios de su dependencia.

u) Conferir mandatos en asuntos determinados.

v) Desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y reglamentos.

Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo.

Artículo 25 G.- El Establecimiento estará sujeto a una evaluación anual efectuada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, para verificar el cumplimiento de los estándares que serán determinados por resolución conjunta del Ministerio de Salud y Hacienda los que incluirán a lo menos las siguientes materias:

a) Cumplir las obligaciones que establece el artículo 25 B, para lo que se requerirá un informe al director de Servicio de Salud correspondiente, si procediere;

b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;

c) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de cuenta pública a la comunidad, entre otras;

d) Mantener equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días;

e) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios;

f) Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe al director de Servicio de Salud correspondiente, si procediere; y

g) Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieren convenido con el director del Servicio de Salud o el Subsecretario de

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Redes Asistenciales, según corresponda, para lo que se requerirá un informe al director de Servicio de Salud correspondiente, si procediere.

Artículo 25 H.- El Establecimiento deberá efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Sin perjuicio de lo anterior y de las respectivas normas de contabilidad gubernamental, el Establecimiento deberá elaborar estados financieros trimestrales en la forma que defina el reglamento.

Artículo 25 I.- Detectado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud respectivo o el Superintendente de Salud el incumplimiento de los estándares señalados en el artículo 25 G, el Subsecretario representará al director del establecimiento la situación y le otorgará un plazo de 15 días hábiles, el que podrá ser prorrogado por una sola vez, para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia.

La Subsecretaría, conjuntamente con la Dirección de Presupuestos, dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia, ya sea aprobándolo o rechazándolo.

Si la Subsecretaría aprueba el Plan presentado, éste deberá ejecutarse en el plazo que acuerden, el que no podrá exceder de ciento veinte días. Al cabo de este plazo, deberá evaluarse si se subsanaron los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación.

La no presentación del Plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo se considerará incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del director del establecimiento el cual, en estos casos, cesará en sus funciones por el solo ministerio de la ley. Asimismo, en tanto no se reestablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley.

Artículo 25 J.- Mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales se regulará la forma en que la población usuaria del Establecimiento podrá manifestar sus peticiones, críticas y sugerencias.

Párrafo II  
NORMAS ESPECIALES DE PERSONAL

---

**PRIMER INFORME COMISION SALUD**

Artículo 25 K.- El personal del establecimiento estará compuesto por las personas que, cualesquiera sea su calidad jurídica, se desempeñen en él a la fecha de otorgamiento de la calidad de Establecimiento de Autogestión en Red. Sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del Establecimiento, podrá ponerse término a la destinación de determinados funcionarios en el establecimiento.

**Párrafo III****DE LOS RECURSOS Y BIENES DEL ESTABLECIMIENTO**

Artículo 25 L.- El establecimiento, para el desarrollo de sus funciones, contará con los siguientes recursos:

- a) Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469;
- b) Con aquellos pagos que le efectúe el Servicio de Salud respectivo por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469;
- c) Con aquellos pagos que le efectúe el Secretario Regional Ministerial por la ejecución de acciones de salud pública;
- d) Con los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;
- e) Con los frutos que produzcan los bienes destinados a su funcionamiento y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes;
- f) Con los bienes que adquiera por donación, herencia o legado;
- g) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones y otros recursos que le corresponda percibir;
- h) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios; e
- i) Con los aportes, transferencias, subvenciones que reciba de personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras y los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.

Artículo 25 M.- El establecimiento tendrá el uso, goce y disposición exclusivo de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, que se encuentren destinados al funcionamiento de los



---

**PRIMER INFORME COMISION SALUD**

servicios sanitarios, administrativos, de bienestar de su personal u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de "Establecimiento de Autogestión en Red", y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título.

En el plazo de un año contado de la fecha señalada en el inciso anterior, mediante una o más resoluciones del Subsecretario de Redes Asistenciales se individualizarán los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Servicio de Salud que se destinen al funcionamiento del establecimiento.

Los bienes señalados en este artículo, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios y administrativos, gozan de inembargabilidad.

Párrafo IV

**DE LAS CONTIENDAS DE COMPETENCIA**

Artículo 25 N.- Las contiendas de competencia que surjan entre los Directores de los Servicios de Salud y los Directores de los "Establecimientos de Autogestión en Red", serán resueltas por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

TITULO V

**DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MENOR COMPLEJIDAD**

Artículo 25 Ñ.- Los establecimientos de salud dependientes de los Servicio de Salud, que tengan menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, tendrán las atribuciones que señala este título si cumplen los requisitos que se determinen conforme el artículo 25 P.

Un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular entre otras materias el sistema de obtención de las atribuciones y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos, los mecanismos de evaluación y control de su gestión y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir.

Mediante resolución fundada conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerán los establecimientos que cumplan los estándares señalados, los que estarán sujetos a las normas de este título, conforme el inciso primero.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Artículo 25 O.- Al director del establecimiento corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades del establecimiento para que ellas se desarrollen de modo regular y eficiente, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento;
- b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento;
- c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y la demás normativa vigente;
- d) Presentar anualmente al Director del Servicio el proyecto de presupuesto del establecimiento y ejecutarlo una vez aprobado, de acuerdo a las normas vigentes sobre la materia;
- e) Estudiar y presentar al Director del Servicio, iniciativas y proyectos con sus respectivos análisis y antecedentes, que tiendan a ampliar o mejorar las acciones de salud, indicando sus fuentes de financiamiento;
- f) En materias de personal el director podrá:
  - designar suplentes;
  - contratar personal, siempre que no implique aumento de la dotación del establecimiento;
  - aceptar renunciaciones voluntarias; con excepción de las presentadas por funcionarios de la exclusiva confianza del Presidente de la República;
  - designar funcionarios en comisiones de servicios y cometidos funcionales;
  - destinar funcionarios dentro del mismo establecimiento o a otros dependientes del Servicio;
  - autorizar, conceder o reconocer feriados; permisos con o sin goce de remuneraciones dentro del país; licencias por enfermedad, reposos preventivos o maternales; y reconocer, prorrogar y poner término a asignaciones familiares y prenatales;
  - ordenar la instrucción de investigaciones sumarias y sumarios administrativos; aplicar medidas disciplinarias, inclusive la suspensión de funciones; absolver, sobreseer y resolver sobre todas las materias relacionadas con esos procedimientos;
  - declarar accidentes en actos de servicio, y
- g) Desempeñar las demás funciones y atribuciones específicas que le delegue o encomiende el Director del Servicio y el reglamento.

Artículo 25 P.- Un reglamento, que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular los requisitos que deberá cumplir el Establecimiento, los que se referirán sobre las siguientes materias a lo menos:

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

- a) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;
- b) Administración eficiente de los recursos asignados;
- c) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios, y
- d) Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial.

Artículo 25 Q.- El establecimiento será evaluado anualmente por el Director del Servicio de Salud respectivo, en la mantención del cumplimiento de los estándares señalados en el artículo anterior. En caso que no fuere satisfactoria, se deberá remover al Director del Establecimiento. Asimismo, en tanto no se reestablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley."."

- - -

**Numeral 22)**

Pasa a ser numeral 23), eliminando, en su literal c), la letra e) y sustituyendo al final de su literal f), que pasa a ser e), el vocablo ",y", por un punto y coma (;) y agregando al final la siguiente letra f), nueva:

"f) Tratar datos estadísticos y personales y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia, conforme a las normas de la ley Nº 19.628. Asimismo, podrá tratar datos sensibles para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este literal, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria."

**Numeral 23)**

Suprimirlo.

- - -

Intercalar el siguiente número 25), nuevo:

"25) En el artículo 37, incorpórase la siguiente letra g), nueva:

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

“g) Fiscalizar el cumplimiento de normas de calidad y acreditación de los laboratorios señalados en la letra a) precedente, de los bancos de sangre y de los prestadores de imagenología y radioterapia, conforme al reglamento a que se refiere el número 10 del artículo 4º, y las que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.”.

- - -

Numeral 25)

Pasa a ser 26), añadiendo la siguiente letra c), nueva:

“c) Agrégase la siguiente letra m), nueva, pasando las actuales letras m) y n) a ser letras n) y ñ), respectivamente:

“m) Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;”.

**Numeral 26)**

Pasa a ser 27), sin enmiendas.

**Numeral 27)**

Pasa a ser 28), reemplazado por el que sigue:

“28) Sustitúyese el artículo 42 por el siguiente:

“Artículo 42.- La estructura y organización interna del Instituto se determinará conforme lo establecido en el artículo 31 de la ley Nº 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes.”.

Numeral 28)

Pasa a ser 29), sin enmiendas.

**Numeral 29)**

Pasa a ser 30), sustituyendo el artículo 51 que contiene, por el siguiente:

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

"Artículo 51.- La estructura y organización interna de la Central se determinará conforme lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes."

**Numeral 30)**

Pasa a ser 31), sin enmiendas.

**Numeral 31)**

Pasa a ser 32) colocando, en su encabezamiento, con mayúscula inicial la palabra "Capítulo" y respecto de los artículos contenidos en este numeral se introducen las siguientes enmiendas:

Rechazar la frase final del N°2 del artículo 63 que dice: "previa aprobación por parte del Secretario Regional Ministerial de Salud, respectivo"; sustituir en el inciso segundo del artículo 73 la expresión "del Servicio de Salud" que sigue a la palabra "Director" por los vocablos "del establecimiento", rechazar el inciso cuarto del artículo 78, y reemplazar en el inciso primero del artículo 82 que se contiene en este numeral, el porcentaje "15%" por "50%".

**ARTÍCULO 2º**

Agregar en el artículo 5º del Código Sanitario que por este artículo se reemplaza, precedidas de una coma (,), las palabras "la ley o el reglamento" después del vocablo "Código", las tres veces que aparece en el texto, y sustituir los términos "Directores Regionales de Salud", por "Secretarios Regionales Ministeriales de Salud".

**ARTICULO 3º**

Reemplazarlo, por el que se indica a continuación:

"ARTICULO 3º.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias, a saber:

a) Para determinar la estructura y organización interna del Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, no pudiendo alterar la planta de personal y la dotación máxima;

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

b) Para establecer las normas complementarias al artículo 13 bis de la ley N° 18.834 respecto de los encasillamientos derivados de las plantas que fije para la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la Superintendencia de Salud.

Los encasillamientos podrán incluir personal proveniente de otras instituciones que conforman el Ministerio de Salud y sus servicios dependientes o relacionados. En todo caso, respecto de la Superintendencia de Salud deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

Los encasillamientos de personal que se dispongan de conformidad con esta norma, no serán considerados como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral.

La aplicación de este mecanismo no podrá significar pérdida del empleo, disminución de remuneraciones ni modificaciones de los derechos estatutarios y previsionales de los funcionarios traspasados. Cualquier diferencia de remuneraciones deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que se absorberá por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Dicha planilla mantendrá la misma impositividad que aquella de las remuneraciones que compensa.

Los funcionarios encasillados conservarán el número de bienios o trienios que tengan reconocidos, como también el tiempo computable para uno nuevo.

c) Para ordenar el traspaso de funcionarios entre las instituciones a que se aplica el presente artículo y los recursos que se liberen por este hecho. En el caso de funcionarios titulares de planta, su traspaso comprenderá el del cargo que sirven.

Los traspasos de personal que se dispongan de conformidad con esta norma, deberán efectuarse resguardando todos los derechos estatutarios, previsionales y remuneracionales que detenten los funcionarios encasillados de conformidad con lo dispuesto en el inciso tercero y siguientes de la letra b).

d) Para establecer los montos mensuales y su reajustabilidad, que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por cuatro personas, durante el primer año presupuestario de vigencia;

e) Para determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, establecer el destino de sus recursos y el traslado de

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

su personal, el que deberá efectuarse al Ministerio de Salud o los servicios y entidades que dependen o se relacionan con el Presidente de la República a través del mismo, en las mismas condiciones establecidas en la letra b). En tanto no se suprima dicho servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios 1º, 7º y 10 de esta ley. ``

## ARTICULO 4º

Reemplazar, en la letra a) del número 2, que modifica el inciso cuarto del artículo 4º de la ley N° 19.490, los términos "la Subsecretaría de Salud" por "las Subsecretarías de Salud y de Redes Asistenciales".

- - -

Consultar el siguiente artículo 7º, nuevo:

"ARTÍCULO 7º.- Créase la Superintendencia de Salud y fíjase como su ley orgánica la siguiente:

"TÍTULO I  
NORMAS GENERALES

Párrafo 1º  
De la naturaleza y objeto

Artículo 1º.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Su domicilio será la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las oficinas regionales que establezca el Superintendente en otras ciudades del país.

La Superintendencia estará afecta al Sistema de Alta Dirección Pública establecido en la ley N°19.882.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Artículo 2º.- Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que le sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen los contratos de salud, las leyes y reglamentos que las rigen.

Además, le competará la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional, en el debido cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que correspondan a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Igualmente, concernirá a la Superintendencia la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación.

Para los efectos de esta ley, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán considerados Seguros Previsionales de Salud.

## Párrafo 2º

De la organización y estructura

Artículo 3º.- La Superintendencia se estructurará orgánica y funcionalmente en la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud.

Los funcionarios que ejerzan los cargos de Intendentes corresponden al segundo nivel jerárquico de la Superintendencia, para los efectos del ARTÍCULO TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N°19.882.

En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, el jefe superior del Servicio, con sujeción a la planta de personal y a la dotación máxima, establecerá la organización interna y determinará las denominaciones y funciones que correspondan a cada una de las unidades establecidas para el cumplimiento de las funciones que le sean asignadas.

Artículo 4º.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Corresponderá al Superintendente, especialmente:

1.- Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar el funcionamiento de la Superintendencia y ejercer, respecto de su personal, las atribuciones propias de su calidad de Jefe Superior de Servicio;

2.- Establecer oficinas regionales cuando las necesidades del Servicio así lo exijan y existan las disponibilidades presupuestarias;

3.- Celebrar las convenciones y ejecutar los actos necesarios para el cumplimiento de los fines de la Superintendencia;

4.- Delegar atribuciones o facultades específicas en funcionarios de la Superintendencia;

5.- Encomendar a las distintas unidades de la Superintendencia las funciones que estime necesarias;

6.- Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme el reglamento respectivo;

7.- Conocer y fallar los recursos que esta ley establece;

8.- Rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el objeto de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta, y

9.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Sin perjuicio de la facultad del Ministerio de Salud para dictar las normas sobre acreditación y certificación de los prestadores de salud y de calidad de las atenciones de salud, el Superintendente podrá someter a la consideración de dicho Ministerio las que estime convenientes.

## TÍTULO II

## De la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud

## Párrafo 1°

## De la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional

Artículo 5°.- La supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional que le corresponde a la Superintendencia, la ejercerá a través de la

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Intendencia de Seguros Previsionales de Salud, en los términos que señala esta ley, la Ley N° 18.933 y demás disposiciones que le sean aplicables.

## Párrafo 2°

De la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 6°.- Le corresponderá a la Superintendencia las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud, respecto de la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud:

1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen, impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;

2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;

3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud y los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;

5.- Efectuar publicaciones informativas acerca de los beneficios del Régimen, así como de las medidas adoptadas para velar por el correcto cumplimiento del Régimen; difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que impone el referido Régimen de Garantías e informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud;

6.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas. La Superintendencia

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

deberá adoptar las medidas que sean necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica;

7.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento de las normas del Régimen sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos;

8.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud;

9.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud;

10.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;

11.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley, y

12.- Las demás que contemplen las leyes.

Artículo 7º.- El Fondo Nacional de Salud devolverá lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, según lo determine la Superintendencia mediante resolución, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

Dichas resoluciones y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

Párrafo 3º

De las controversias entre los beneficiarios y los Seguros Previsionales de Salud

Artículo 8º.- La Superintendencia, a través del Intendente de Seguros Previsionales de Salud, quien actuará en calidad de árbitro arbitrador, resolverá las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

competente a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la instancia a la que se refiere el artículo 11 o a la justicia ordinaria. 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. Con todo, dicho procedimiento deberá consultar, a lo menos, las siguientes etapas: presentación de la demanda; contestación; observaciones a la contestación; período de prueba, si existieren hechos pertinentes, sustanciales y controvertidos, y sentencia

El Intendente de Seguros Previsionales de Salud, durante el procedimiento, deberá velar por que se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados, la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes.

El Intendente de Seguros Previsionales de Salud, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, por sí o por un funcionario que designe, podrá citar al afectado y a un representante del Fondo Nacional de Salud o de las Instituciones de Salud Previsional 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 9º.- En contra de lo resuelto por el Intendente de Seguros Previsionales 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 10 días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la sentencia arbitral.

El referido 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 de Seguros Previsionales de Salud deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

Artículo 10.- Resuelto por el Intendente de Seguros Previsionales de Salud el recurso de reposición, el afectado podrá apelar ante el Superintendente, dentro de los 10 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.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, el Superintendente deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

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

De lo resuelto por el Superintendente sólo procederá el recurso de queja ante la Corte Suprema.

Artículo 11.- Sin perjuicio de la facultad del Intendente de Seguros Previsionales de Salud para resolver las controversias que se susciten, en los términos de esta ley, las partes podrán convenir que dicha dificultad sea sometida, previamente, a mediación.

Para el efecto anterior, la Superintendencia deberá llevar un registro especial de mediadores a los que las partes podrán acudir.

Corresponderá a la Superintendencia fijar, mediante normas de general aplicación, los requisitos que deberán cumplir los mediadores a que se refiere este precepto, así como las normas generales de procedimiento a las que deberán sujetarse y las sanciones que podrá aplicar por su inobservancia. Dichas sanciones serán amonestación, multa de hasta 1.000 unidades de fomento, suspensión hasta por 180 días o cancelación del registro.

Cada parte asumirá el costo de la mediación.

En caso que fracase la mediación, el afiliado o beneficiario, podrá recurrir a la justicia ordinaria o someter la controversia a la decisión del Intendente de Seguros Previsionales de Salud.

### TÍTULO III

#### De la Intendencia de Prestadores de Salud

Artículo 12.- Le corresponderá a la Superintendencia, para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, en el otorgamiento de prestaciones a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:

1. Ejercer, de acuerdo a las normas que para tales efectos determine el reglamento y el Ministerio de Salud, las funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud. Asimismo, el Intendente

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

dictará la resolución correspondiente que sancionará la evaluación efectuada por la entidad acreditadora.

2. Autorizar a las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento, y designar aleatoriamente la entidad que desarrollará el proceso.

3. Fiscalizar el debido cumplimiento por parte de la entidad acreditadora de los procesos y estándares de acreditación de los prestadores institucionales de salud.

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

5. Mantener un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras, conforme el reglamento correspondiente.

6. Mantener un registro nacional y regional actualizado de los prestadores individuales certificados en sus especialidades y subespecialidades, y de las entidades certificadoras, conforme el reglamento correspondiente.

7. Efectuar estudios, índices y estadísticas 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. Requerir de los organismos acreditadores y certificadores y de los prestadores de salud, institucionales e individuales, toda la información que sea necesaria para el cumplimiento de su función.

9. 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 esta ley le asigna.

10. Conocer los reclamos que presenten los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, 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.

11. Imponer las sanciones que corresponda, en conformidad a la ley, y

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

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

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.

Artículo 13.- El Intendente de Prestadores de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá solicitar una nueva evaluación de un prestador institucional si verificare que éste no ha mantenido el cumplimiento de los estándares de acreditación, pudiendo convenir previamente un Plan de ajuste y corrección.

Asimismo, en casos graves el Superintendente deberá hacer presente al Secretario Regional Ministerial, en su calidad de autoridad sanitaria regional, de la necesidad de que aplique las medidas de clausura o cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.

Artículo 14.- Tratándose de infracciones cometidas por las entidades acreditadoras, el Intendente de Prestadores de Salud podrá aplicar a la entidad las siguientes sanciones, de acuerdo a la gravedad de la falta o su reiteración:

- 1.- Amonestación;
- 2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado;
- 3.- Cancelación de la inscripción en el registro de entidades acreditadoras; y
- 4.- Las demás que autoricen las leyes y reglamentos.

La multa que se determine será compatible con cualquiera otra sanción.

Artículo 15.- Sin perjuicio de las atribuciones del Ministerio de Salud y Educación establecidas en el numeral 11 del artículo 4° del decreto ley n° 2.763, de 1979, la Superintendencia podrá proponer fundadamente al Ministerio de Salud la incorporación o la revocación del reconocimiento otorgado a una entidad certificadora de especialidades.

## TÍTULO IV

## De las normas comunes a ambas Intendencias

Artículo 16.- La Superintendencia podrá requerir del Ministro de Salud que ordene la instrucción de sumarios administrativos al personal del Fondo Nacional de Salud, en caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Salud, y al personal de los Servicios de Salud, establecimientos experimentales, autogestionados y de atención primaria, en caso de incumplimiento de las normas de acreditación, sin perjuicio de las facultades que sobre estas materias tengan los directores de los mencionados organismos y la Contraloría General de la República.

Asimismo, 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 dieran cumplimiento a las instrucciones o dictámenes emitidos por la Superintendencia en uso de sus atribuciones legales.

Artículo 17.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece esta ley y las demás que le encomienden las leyes y reglamentos, la Superintendencia podrá, a través de la respectiva Intendencia, inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, que obren en poder de los organismos o establecimientos fiscalizados, y requerir de ellos o de sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de su actividad.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.

Finalmente, podrá pedir a las Instituciones de Salud Previsional la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.

Artículo 18.- Los afiliados y beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 sólo podrán deducir reclamos administrativos ante la Intendencia respectiva en contra del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional o los prestadores de salud, una vez que dichos reclamos hayan sido conocidos y resueltos fundadamente y por escrito por la entidad que corresponda. Si la Intendencia de que se trate recibe un reclamo sin que se haya dado cumplimiento a lo señalado precedentemente, ésta procederá a enviar el reclamo a quien corresponda.



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

La Superintendencia fijará, a través de normas de general aplicación, el procedimiento que se seguirá en los casos señalados en el inciso anterior.

Artículo 19.- La Superintendencia, para la aplicación de las sanciones que procedan, deberá sujetarse a las siguientes reglas:

- 1.- El procedimiento podrá iniciarse de oficio o a petición de parte.
- 2.- Deberá solicitarse un informe al afectado, el que dispondrá de diez días hábiles para formular sus descargos contados desde su notificación.
- 3.- Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente respectivo dictará una resolución fundada resolviendo la materia.
- 4.- En contra de lo resuelto por el Intendente respectivo, procederán los recursos contemplados en el Título V.

Artículo 20.- Las notificaciones que efectúe la Superintendencia se efectuarán conforme las normas establecidas en la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.

Asimismo, en los procedimientos arbitrales o administrativos y en la dictación de instrucciones generales o específicas, se podrá considerar la utilización de medios electrónicos, caso en el cual se sujetarán a las normas de las leyes N° 19.799 y N° 19.880 en lo que corresponda.

## TÍTULO V

### De los Recursos

Artículo 21.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte el intendente respectivo, podrán deducirse los recursos de reposición ante dicha autoridad y el jerárquico ante el Superintendente, conforme lo dispuesto en la ley 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.

Artículo 22.- En contra de la resolución que deniegue el recurso jerárquico, el afectado podrá reclamar, dentro del plazo de los 15 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.

Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

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 u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes 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 hábiles, 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".

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 una vez notificada la reclamación a la Superintendencia. Las resoluciones que apliquen multa, cancelen, denieguen el registro de una Institución de Salud Previsional u ordenen la devolución de sumas de dinero al Fondo Nacional de Salud, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las personas 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.

## TÍTULO VI

### Disposiciones Finales

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Artículo 23.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de Institución Fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.

En materia de remuneraciones, le serán aplicables a la Superintendencia los artículos 17 de la ley N°18.091 y 5° de la ley N°19.528. Para este efecto, el Superintendente deberá informar anualmente al Ministro de Hacienda.

Artículo 24.- El personal de la Superintendencia se regirá por el Estatuto Administrativo y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.

Artículo 25.- La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

Artículo 26.- El patrimonio de la Superintendencia estará formado por:

- 1.- El aporte que se contemple anualmente en la Ley de Presupuestos;
- 2.- Los recursos otorgados por leyes especiales;
- 3.- Los bienes muebles e inmuebles, corporales e incorporales que se le transfieran o adquiriera a cualquier título.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objeto de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren; en el caso de los bienes inmuebles, la resolución se reducirá a escritura pública y el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente.

- 4.- Los frutos de sus bienes;
- 5.- Las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;

6.- Los ingresos que perciba por los servicios que preste, y

7.- Los aportes de la cooperación internacional que reciba a cualquier título.

Las multas que aplique la Superintendencia serán a beneficio fiscal.

Artículo 27.- Deróganse, a contar de la fecha de creación de la Superintendencia de Salud, las siguientes normas legales: el artículo 1º, el numeral 5 del artículo 3º y los artículos 6º, 7º, 8º, 9º, 10, 15, 15 bis y 16 de la ley N° 18.933.

- - -

## DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Agregar el siguiente artículo decimoquinto, nuevo:

**“Artículo decimoquinto.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 25 A del decreto ley N° 2.763, de 1979, los siguientes establecimientos tendrán la calidad de “Establecimiento de Autogestión en Red”, con las atribuciones y condiciones que señala el Título IV decreto ley N° 2.763, de 1979, cuando cumplan los requisitos que establezca el reglamento señalado en el mencionado artículo:**

Nº	COMUNA	ESTABLECIMIENTO
1	ANGOL	HOSPITAL ANGOL
2	ANTOFAGASTA	HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DOCTOR LEONARDO GUZMAN
3	ARICA	HOSPITAL DOCTOR JUAN NOE CREVANI
4	CASTRO	HOSPITAL CASTRO
5	CHILLAN	HOSPITAL HERMINDA MARTIN
6	CONCEPCIÓN	HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE
7	COQUIMBO	HOSPITAL COQUIMBO
8	CORONEL	HOSPITAL CORONEL
9	COYHAIQUE	HOSPITAL COYHAIQUE
10	CURICO	HOSPITAL CURICO
11	INDEPENDENCIA	HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO
12	INDEPENDENCIA	INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER
13	INDEPENDENCIA	HOSPITAL SAN JOSE
14	IQUIQUE	HOSPITAL DOCTOR ERNESTO TORRES GALDAMES

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

15	LA SERENA	HOSPITAL LA SERENA
16	LINARES	HOSPITAL LINARES
17	LOS ANDES	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LOS ANDES
18	LOS ANGELES	HOSPITAL VICTOR RIOS RUIZ
19	LOTA	HOSPITAL LOTA
20	MELIPILA	HOSPITAL MELIPILLA
21	OSORNO	HOSPITAL BASE DE OSORNO
22	OVALLE	HOSPITAL OVALLE
23	PEÑALOEN	HOSPITAL DOCTOR LUIS TISNÉ BROUSSE
24	PROVIDENCIA	INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA
25	PROVIDENCIA	HOSPITAL DEL SALVADOR
26	PROVIDENCIA	HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA
27	PROVIDENCIA	INSTITUTO DE GERIATRIA PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA
28	PROVIDENCIA	INSTITUTO PEDRO AGUIRRE CERDA
29	PROVIDENCIA	INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX
30	PUENTE ALTO	HOSPITAL DOCTOR SOTERO DEL RIO GUNDIAN
31	PUERTO MONTT	HOSPITAL PUERTO MONTT
32	PUNTA ARENAS	HOSPITAL REGIONAL DOCTOR LAUTARO NAVARRO AVARIA
33	QUILLOTA	HOSPITAL SAN MARTÍN
34	QUILPUE	HOSPITAL QUILPUE
35	QUINTA NORMAL	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
36	QUINTA NORMAL	HOSPITAL FELIX BULNES
37	RANCAGUA	HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA
38	RECOLETA	INSTITUTO PSIQUIATRICO DOCTOR JOSE HORWITZ BARAK
39	SAN ANTONIO	HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA
40	SAN CARLOS	HOSPITAL SAN CARLOS
41	SAN FELIPE	HOSPITAL SAN CAMILO
42	SAN FERNANDO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN FERNANDO
43	SAN MIGUEL	HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU
44	SAN MIGUEL	HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES
45	SANTIAGO	HOSPITAL ASISTENCIA PUBLICA
46	SANTIAGO	HOSPITAL PAULA JARA QUEMADA
47	SANTIAGO	INSTITUTO TRAUMATOLÓGICO DOCTOR TEODORO GEBAUER
48	TALCA	HOSPITAL TALCA
49	TALCAHUANO	HOSPITAL LAS HIGUERAS
50	TEMUCO	HOSPITAL TEMUCO
51	TOMÉ	HOSPITAL TOME

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

52	VALDIVIA	HOSPITAL VALDIVIA
53	VALPARAISO	HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
54	VALPARAISO	HOSPITAL VALPARAISO
55	VICTORIA	HOSPITAL VICTORIA
56	VIÑA DEL MAR	HOSPITAL GUSTAVO FRICKE

Los establecimientos señalados en este artículo que no hayan sido calificados como "Establecimiento de Autogestión en Red" al 1 de enero del año 2009, pasarán a tener dicha calidad a contar de esta fecha, por el solo ministerio de la ley, y se encontrarán regidos por las normas establecidas en el mencionado título. El personal directivo de estos establecimientos tendrá derecho a los beneficios remuneracionales establecidos en el artículo 68 de esta ley, asociados al cumplimiento de los estándares establecidos en el artículo 25 G, cuando el establecimiento cumpla dichos estándares. "

Artículos decimoquinto y decimosexto

Pasan a ser decimosexto y decimoséptimo, respectivamente, sin enmiendas..

- - -

Agregar a continuación las siguientes disposiciones transitorias, nuevas:

"Artículo decimoctavo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, el que deberá ser también suscrito por el Ministro de Hacienda, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N°18.933.

Artículo decimonoveno.- En tanto no se dicten las normas legales que regulen el Régimen de Garantías en Salud, las potestades que sobre dicha materia contempla la presente ley, se entenderán suspendidas.

Artículo vigésimo.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministro de Hacienda, conformará el primer presupuesto de la Superintendencia de Salud.

El gasto que se derive de las nuevas plantas que se fijen, del encasillamiento que se practique y del traspaso de personal desde otras instituciones que se disponga, no podrá exceder de la suma de las remuneraciones que se estén pagando al personal de la Superintendencia de ISAPRES más las del personal traspasado correspondientes al nuevo régimen de remuneraciones a que estarán afectos con motivo de dicho traspaso,

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

cualesquiera sea la calidad jurídica de estos personales, todo ello considerando su efecto año completo.

Artículo vigésimoprimer.- Lo dispuesto en el inciso final del número 11.- del artículo 4° del decreto ley N° 2.763, de 1979, no se aplicará mientras no entren en vigencia las normas relativas a la acreditación de los programas correspondientes.

Artículo vigésimosegundo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, del año 1979.”.

- - - - -

Como consecuencia de las modificaciones anteriores, el proyecto de ley queda como sigue:

**PROYECTO DE LEY:**

“ARTÍCULO 1°.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:

1) Sustitúyese el artículo 4° por el siguiente:

**"Artículo 4°.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Gobierno. En particular, le corresponderá desempeñar las siguientes funciones:**

1.- Ejercer la rectoría del sector salud, lo cual comprende, entre otras materias:

a) La formulación, control y evaluación de políticas, planes y programas generales en materia de salud.

b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.

c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.

d) La coordinación y cooperación internacional en salud.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

e) **La dirección y orientación de** todas las actividades del Estado relativas al Sistema, de acuerdo con las políticas fijadas.

**2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de promoción o fomento, prevención, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.**

**3.- Fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley.**

**La fiscalización de las normas contenidas en el Código Sanitario y demás leyes complementarias, en materias tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, será efectuada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.**

**Las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas, podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo.**

**4.- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.**

**5.- Tratar datos estadísticos y personales y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Asimismo, podrá tratar datos sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628.**

**6.- Formular el presupuesto sectorial.**

**7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGE", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.**

**8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, el cual está conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las**



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

personas, considerando factores ambientales, sociales y económicos en el ámbito de la salud del país.

**9.- Establecer, mediante resolución, los estándares mínimos, iguales para el sector público y el privado, referidos a condiciones sanitarias seguras y la aplicación de técnicas y tecnología apropiada en servicios de atención de salud, tales como requisitos de seguridad de instalaciones y equipos o requisitos de dispositivos médicos, de acuerdo a los niveles de complejidad de los establecimientos y a la disponibilidad de recursos.**

**10.- Establecer un sistema de acreditación de prestadores institucionales de salud debidamente autorizados para funcionar, esto es de los establecimientos asistenciales y personas jurídicas, de derecho público o privado, que proporcionan prestaciones de salud a las personas, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos.**

Para estos efectos, la acreditación es el resultado del proceso periódico de evaluación del cumplimiento de los estándares que permiten garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Los estándares se refieren a recursos institucionales, procesos y resultados, tales como prevención de infecciones intra hospitalarias, cumplimiento de protocolos de atención, organización adecuada de las funciones de apoyo, capacitación de recursos humanos, coordinación adecuada con la red asistencial, seguridad y equipamiento apropiado, entre otros.

Mediante un Reglamento, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se deberá establecer la entidad o entidades acreditadoras, las que podrán ser públicas y privadas, o el sistema de selección de estas entidades; los requisitos que deberán cumplir; el mecanismo de elaboración de los estándares que deben cumplir los prestadores y el procedimiento de acreditación; las atribuciones del organismo acreditador con relación a 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; los aranceles que deberán pagar los prestadores por la acreditación, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.

La acreditación deberá aplicar iguales estándares y procedimientos a los sectores público y privado.

**11.- Establecer un sistema de certificación de especialidades y sub especialidades de los prestadores individuales de salud legalmente**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es de las personas naturales que, de manera independiente, dependiendo de un prestador institucional o a través de un convenio con éste, otorgan prestaciones de salud directamente a las personas.**

**Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual una entidad reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencia relevante en un determinado ámbito del trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.**

**Mediante un reglamento, de los Ministerios de Salud y Educación, se determinarán fundadamente las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades de acuerdo a sus programas de evaluación, formación o entrenamiento; las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema; un registro público nacional y regional de los prestadores certificados, el que será mantenido por la Superintendencia de Salud, y las demás materias necesarias para desarrollar el sistema.**

**Las entidades serán seleccionadas de acuerdo a pautas objetivas relacionadas con el currículum de formación, las actividades prácticas, los establecimientos asistenciales que disponen para el entrenamiento y el cuerpo de profesores asignados a la enseñanza y supervisión, si los programas son de formación o de entrenamiento. En el caso de los programas de evaluación de los conocimientos adquiridos por una experiencia prolongada y relevante del ejercicio práctico de la especialidad, las pautas se referirán a los sistemas de evaluación y el cuerpo de evaluadores que serán utilizados.**

**Las Universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente.**

**12.- Establecer, mediante resolución, normas de protocolo de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados, los que serán de carácter referencial. Dichos protocolos sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en la resolución.**

**13.- Implementar sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes. Los sistemas podrán contemplar la intervención de entidades públicas y privadas que cumplan con condiciones técnicas de idoneidad.**

**14.- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y programas generales de salud, especialmente en lo relativo a su eficiencia, eficacia y calidad.**

**15.- Definir políticas que promuevan la participación en las diferentes instituciones del Sistema.**

**Al hacerlo, deberá tener especial consideración de las necesidades y características culturales de las etnias de nuestro país, creando modalidades de salud interculturales en sectores con una alta concentración de población indígena.**

**16.- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.**

**17.- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.**

**18.- Las demás que le confieran las leyes y reglamentos.**

**2) Intercálase, a continuación del artículo 4º, los siguientes artículos 4º bis y 4º ter, nuevos:**

**“Artículo 4º bis.- Para el cumplimiento de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud convocará un Consejo Consultivo de Salud que tendrá el carácter de asesor en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de los lineamientos estratégicos del sector.**

**El referido Consejo será presidido por el Ministro de Salud y estará integrado por:**

**1. Dos directores o profesores de reconocida trayectoria de las Escuelas o Departamentos de Salud Pública de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegidos por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile;**

**2. Un decano o profesor de reconocida trayectoria de las Facultades de Economía o Administración de las Universidades**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**estatales o reconocidas por el Estado, elegido por el Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas;**

**3. Un representante de la Sociedad Chilena de Salubridad, elegido por ésta;**

**4. Un representante del Colegio Médico de Chile, elegido por éste;**

**5. Dos representantes de Colegios Profesionales del área de la salud, elegidos por éstos conforme al reglamento;**

**6. Un representante de los prestadores públicos de salud, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud;**

**7. Un representante de la Asociación Chilena de Municipalidades, elegido por ésta;**

**8. Un representante de los prestadores privados de salud, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;**

**9. El Director de Fondo Nacional de Salud o su representante;**

**10. Un representante de las Instituciones de Salud Previsional, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;**

**11. Un representante de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro que haya desarrollado actividades relevantes en el ámbito de la salud ambiental, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud.**

**Los consejeros serán nombrados por un período de cinco años, el que podrá prorrogarse por una sola vez y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.**

**Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo.**

**Artículo 4° ter.- Para el cumplimiento de las funciones señaladas en los números 9, 10, 11 y 12 del artículo 4°, el Ministro de Salud convocará un Consejo Nacional Consultivo de la Calidad, que tendrá el carácter de asesor, será presidido por el Ministro de Salud e integrado por:**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**a) Un científico de connotada trayectoria en el área de calidad en salud, representante de sociedades científicas con personalidad jurídica, elegido por éstas en la forma que señale el reglamento;**

**b) Un director o profesor de reconocida trayectoria de las Facultades, Escuelas o Departamentos de Medicina o de Salud Pública de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegido por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile;**

**c) Un experto en el área de la calidad en salud de reconocida idoneidad y trayectoria, elegido por el Ministro de Salud;**

**d) Un representante del Instituto de Salud Pública, elegido por éste;**

**e) Un representante de las Mutuales de Seguridad, elegido por éstas;**

**f) Un representante de los prestadores públicos de salud, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud;**

**g) Un representante de los prestadores privados de salud, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;**

**h) El Director del Fondo Nacional de Salud o su representante;**

**i) Un representante de las Instituciones de Salud Previsional, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país.**

**Los consejeros serán nombrados por un período de tres años, el que podrá prorrogarse por una sola vez y no percibirán remuneración alguna por su desempeño. Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo.”.**

3) Sustitúyese el artículo 5º por el siguiente:

"Artículo 5º.- El Ministerio de Salud está integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El Ministerio estará organizado en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

**La estructura y organización interna del Ministerio de Salud se determinarán mediante decreto supremo, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, el que asignará las tareas y cometidos que correspondan a cada una de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas y secretarías regionales ministeriales que se establezcan para el ejercicio de sus funciones en forma desconcentrada.**

**Sin perjuicio de las facultades de dirección superior que corresponden al Ministro de Salud, el decreto supremo señalado en el inciso anterior sólo podrá ser modificado una sola vez durante el respectivo período presidencial."**

4) Derógase el inciso final del artículo 6°.

5) Derógase el artículo 7°.

**6) En el artículo 8°:**

**a) Reemplázanse los incisos primero y segundo por los siguientes:**

**"Artículo 8°.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema y la regulación de la prestación de servicios de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para la atención integral de la salud de las personas y los estándares de calidad que le serán exigibles.**

**En relación con las materias señaladas en el inciso anterior, le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento y coordinar su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, del Ministerio de Salud, todos del año 2000, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema, e impartirles instrucciones.**

**Además, desempeñará las demás funciones que le asignan el decreto ley N° 1.208, de 1975, y demás leyes y reglamentos.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda."**

**b) Modifícase el inciso tercero, que ha pasado a ser quinto, del siguiente modo:**

**i.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto (.), la conjunción "y".**

**ii.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción "y" con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).**

**iii.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.**

**c) Elimínase el inciso final.**

**7) Sustitúyese el artículo 9º por el siguiente:**

**"Artículo 9º.- El Subsecretario de Salud Pública subrogará al Ministro en primer orden, tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.**

**En relación con las materias señaladas en el inciso anterior, le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud, la Superintendencia de Salud y el Instituto de Salud Pública, e impartirles instrucciones.**

**Asimismo, administrará el financiamiento previsto para las acciones de salud pública, correspondientes a las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, independientemente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie.**

**Además, desempeñará las demás funciones que le asignan el decreto ley N° 1.208, de 1975, y demás leyes y reglamentos.**

**El Subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales y las divisiones,**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda.”.

8) Derógase el artículo 10.

9) Deróganse los artículos 11 a 13.

10) En el artículo 14:

a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con la frase "el que deberá" y termina con la palabra "siguientes:", por "sin perjuicio de las oficinas provinciales que pudieran requerirse.

b) Suprímense los literales desde la a) a la j).

11) Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B y 14 C, nuevos:

"Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades certificadas en el ámbito de la salud pública.

Artículo 14 B.- Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud:

1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad y proponer las adecuaciones de dichas políticas a la realidad de cada región, oyendo previamente al Consejo Asesor. Para tales efectos, entre otras medidas, podrá requerir de la autoridad correspondiente, la adopción de las disposiciones administrativas que procedieren si detectare el incumplimiento de las obligaciones o deberes por parte de tales organismos, dentro del ámbito de su competencia.

2.- Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones sobre la materia, para lo



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**cual se encontrará dotado de todas las facultades y atribuciones que el Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias sanitario ambientales le confieren, de conformidad con lo previsto en el Artículo 14 C.**

**3.- Adoptar las medidas sanitarias que corresponda según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias y elaborar informes en materias sanitarias. Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, serán homogéneas para los establecimientos públicos y privados.**

**4.- Colaborar, conforme a las instrucciones del Subsecretario correspondiente, con las acciones de salud pública, preferentemente a través de los Servicios de Salud y las entidades administradoras de salud municipal, directamente o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades correspondientes.**

**5.- Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.**

**6.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.**

**Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.**

**7.- Cumplir las acciones de fiscalización del cumplimiento de normas de calidad y acreditación de prestadores de acciones auxiliares de salud que señale el Reglamento, conforme al número 9 y 10 del artículo 4° de esta ley, y las que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.**

**8.- Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, conforme a lo dispuesto en el artículo 4° de la ley N° 19.813.**

**9.- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y, en general, ejecutar, por sí o por terceros, todas aquellas prestaciones de carácter médico-administrativas.**

**10.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Artículo 14 C.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, todas aquellas materias que corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud.**

**En relación a las materias que trata este artículo, los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud deberán ajustarse a las normas técnicas y administrativas de carácter general que imparta el Ministerio de Salud, ya sea a nivel nacional o regional.”.**

**12) Derógase el artículo 15.**

**13) En el artículo 16:**

**Sustitúyese el encabezamiento, por el siguiente:**

**“Artículo 16.- Créanse los siguientes Servicios de Salud, encargados de administrar las diferentes modalidades de atención y de estructurar, gestionar y articular la red asistencial que incluya diferentes niveles de complejidad y sistemas de referencia y derivación de las personas, dentro y fuera del área territorial asignada, en función de las necesidades detectadas en la población usuaria:”.**

b) Sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: "Siete en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente y Servicio de Salud del Ambiente." por el siguiente: "Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente."

**14) Intercálanse, a continuación del artículo 16, los siguientes artículos 16 bis y 16 ter, nuevos:**

**“Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.**

**Artículo 16 ter.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones sanitarias en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.**

**Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios u hospitales de pequeñas localidades, sean dependientes de municipios, de Servicios de Salud o tengan convenios con éstos, deberán cubrir, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y serán supervisados y coordinados por el Servicio de Salud respectivo.**

**Los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada, espontánea y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.**

**El establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud con relación a la recolección y tratamiento de datos y los sistemas de información que deberán mantener.**

**Los beneficiarios de la ley N° 18.469, deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud correspondiente a su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que le prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. El beneficiario no podrá cambiar su lugar de inscripción antes de transcurrido un año desde la fecha de inscripción, salvo que comprobare mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distinto al declarado en la inscripción anterior.”.**

15) Deróganse los incisos segundo y tercero del artículo 17.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

16) Sustitúyese el artículo 18 por el siguiente:

**"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director seleccionado, designado y evaluado conforme a la ley.**

**El Director deberá ser un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión en salud."**

17) Intercálase, a continuación del artículo 18, el siguiente artículo 18 bis, nuevo:

"Artículo 18 bis.- Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y **programas del** Ministerio de Salud.

Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutoria del nivel primario de atención.

**Con este objeto, conforme a la ley N° 19.813, determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria. Sobre esta base se evaluará el desempeño de cada entidad administradora. Para efectos de la determinación de dichas metas, deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo presidido por el Director e integrado por el Director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad, todo ello sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.**

**El Director deberá, asimismo, velar por la efectiva y eficiente referencia de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red, conforme a las normas que imparta el Ministerio de Salud mediante resolución."**

18) En el artículo 20:

a) Reemplázase el encabezamiento del artículo 20 por el siguiente:

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**“Sin perjuicio de lo dispuesto en los Títulos IV y V de este Capítulo, para el desempeño de sus funciones el Director tendrá, entre otras, las siguientes atribuciones:”.**

**b) Sustitúyese la letra a) por la siguiente:**

**“a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como, asimismo, coordinar, asesorar y controlar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos del Servicio.”.**

**c) Agrégase el siguiente párrafo segundo a la letra h):**

**“Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo en favor del Fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud.”.**

**d) Sustitúyese la letra m) por la siguiente:**

**“m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;”.**

**e) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción "y" y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).**

**f) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o), p) y q), nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser letra r):**

**"o) Declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación;**

**p) Disponer, mediante resolución fundada, la comisión de servicios de los funcionarios de su dependencia, en cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, siempre que dicho establecimiento esté situado en la misma ciudad en que éste se desempeñare.**

**En caso alguno estas comisiones podrán significar el desempeño de funciones de inferior jerarquía a las del cargo o ajenas a los conocimientos que éste requiere, ni podrán importar menoscabo para el funcionario.**

**Podrá disponerse que dicha comisión sea cumplida en jornadas totales o parciales, así como en días determinados de la semana.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Los funcionarios no podrán ser designados en comisión de servicios durante más de dos años. No obstante, a petición del funcionario y de común acuerdo podrá prorrogarse la comisión por el plazo que convengan las partes.**

**Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren.**

**El funcionario respecto de quien se disponga la comisión de servicios, que estimare que ésta le produce menoscabo podrá solicitar la reposición de la resolución ante el Director. La resolución del Director podrá ser apelada ante el Secretario Regional Ministerial de Salud dentro del término de diez días hábiles contado desde la fecha en que se le comunique dicha resolución o la que deseche la reposición.**

**Sin perjuicio de lo dispuesto en esta letra, el Director podrá designar en comisión de servicios a los funcionarios conforme las normas que establece la ley 18.834, Estatuto Administrativo;**

**q) Celebrar convenios de gestión con las respectivas entidades administradoras de salud municipal, conforme lo dispuesto en el artículo 57 de la ley N° 19.378, que tengan por objeto, entre otros, asignar recursos asociados al cumplimiento de metas sanitarias, aumento de la resolutivez de sus establecimientos y mejoramiento de los niveles de satisfacción del usuario. Los referidos convenios deberán contemplar, en general, los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores, medios de verificación y las medidas que se adoptarán en caso de incumplimiento de las obligaciones contraídas, y".**

**19) Intercálase, a continuación del artículo 21, el siguiente artículo 21 A, nuevo:**

**"Artículo 21 A.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, el que tendrá carácter consultivo y conocerá de la gestión del Servicio, en lo referido a sus planes de trabajo, así como de su gestión programática, financiera y presupuestaria.**

**En el desempeño de sus funciones, este Consejo conocerá, anticipadamente, el plan anual de trabajo del Servicio y la rendición de cuentas de su autoridad, dejando constancia de los reparos y alcances que surjan, los que serán enviados al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**El Consejo estará constituido por representantes de usuarios y de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.**

**La composición y funcionamiento del Consejo serán determinados en el reglamento."**

20) Sustitúyese, en el artículo 23, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

21) Sustitúyese el artículo 24 por el siguiente:

"Artículo 24.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:

a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;

b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la ejecución de acciones de salud pública;

c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;

e) Con los bienes que adquieran por donación, herencia o legado;

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios."

**22) Intercálase, a continuación del artículo 25, los siguientes Títulos IV y V, nuevos:**

**"TITULO IV  
DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTION EN RED**

**Párrafo I**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

## DE LA CREACIÓN Y FUNCIONES

**Artículo 25 A.- Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala este título, si cumple los requisitos que se determinen en el Reglamento a que se refiere el inciso siguiente.**

Un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular entre otras materias el sistema de obtención de dicha calidad y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos, los mecanismos de evaluación y control de su gestión y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir. Los requisitos deberán estar referidos, al menos, a gestión financiera, gestión de personal e indicadores y estándares fijados en convenios y normas.

**Mediante resolución fundada conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerá la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" a aquellos que cumplan los requisitos señalados en dicho Reglamento, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme el inciso primero.**

**Los establecimientos que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N°18.575 y a las normas de la presente ley.**

**No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 25 L y 25 M.**

**Los Establecimientos de Autogestión en Red serán los continuadores legales de los Servicios de Salud en las funciones asistenciales que les corresponden.**

**Artículo 25 B.- El Establecimiento deberá funcionar coordinado con el Servicio de Salud que integra, formando parte de la Red**



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Asistencial de éste. Para estos efectos, el Establecimiento deberá, a lo menos:**

1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio de Salud respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red Asistencial;
2. Atender beneficiarios de la ley N° 18.469 y ley N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de los convenios correspondientes;
3. Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales;
4. Entregar información estadística y de atención de pacientes que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud, la Superintendencia de Salud o alguno de los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente.

Los establecimientos que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, formarán parte de una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional. Una vez que se les reconozca la calidad de Establecimiento de Autogestión en Red, mediante resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, podrán ser incorporados a esta Red Asistencial de Alta Especialidad, funcionarán coordinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales y a lo menos deberán:

1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Subsecretario de Redes Asistenciales;
2. Atender beneficiarios de la ley N° 18.469 y ley N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos que formen parte de las Redes Asistenciales de los Servicios de Salud, conforme las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de los convenios correspondientes;
3. Cumplir con lo establecido en los números 3. y 4. del inciso precedente.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Artículo 25 C.- El Establecimiento estará a cargo de un director, el que corresponderá al segundo nivel jerárquico del Servicio de Salud para los efectos del ARTÍCULO TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N°19.882. Tendrá las atribuciones a que se refieren los artículos 25 E y 25 F.**

**El cargo de director de establecimiento deberá ser servido en jornada completa de 44 horas semanales y remunerado conforme al sistema del decreto ley N°249, de 1974, y sus normas complementarias, según el grado de la escala en que se encuentre ubicado el cargo en la respectiva planta de personal.**

**Los mecanismos y procedimientos de coordinación y relación entre el director del establecimiento y el director del servicio de salud correspondiente se regirán por los convenios de desempeño que se celebren de conformidad con la ley antes citada.**

**El director será removido de comprobarse el incumplimiento del convenio de desempeño y por lo establecido en el inciso cuarto del artículo 25 I. En estos y los demás casos de remoción, se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud.**

**Artículo 25 D.- Existirá un Consejo Consultivo de los Usuarios, el que estará compuesto por 5 representantes de la comunidad usuaria y 2 representantes de los trabajadores del Establecimiento.**

**El Consejo Consultivo tendrá la función de asesorar al director del establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.**

**Asimismo, en el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por el establecimiento durante el año, así como la cuenta pública anual del mismo.**

**Un Reglamento determinará las funciones, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo.**

**El director contará también con la asesoría de un Consejo Técnico, el que tendrá por objeto colaborar en los aspectos de gestión en que el director requiera su opinión, así como propender a la mejor coordinación de todas las actividades del establecimiento.**

**El consejo será presidido por el director y estará constituido por representantes de las distintas jefaturas del establecimiento conforme lo**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**establezca el reglamento, el que determinará las demás funciones y procedimientos que correspondan.**

**Asimismo, contará con la asesoría de comités sobre asuntos específicos, integrados por los funcionarios que designe el director del establecimiento.**

**Artículo 25 E.- La administración superior y control del Establecimiento corresponderá al director, el que no quedará sometido al control jerárquico del director del Servicio de Salud respectivo, con relación al ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título.**

**Artículo 25 F.- En el director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones: Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento.**

**Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento.**

**Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y la demás normativa vigente.**

**d) Elaborar y presentar al Subsecretario de Redes Asistenciales, el proyecto de presupuesto del establecimiento, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones, conforme a las necesidades de reposición del equipamiento de éste y a las políticas del Ministerio de Salud. Para estos efectos se requerirá un informe del Servicio de Salud respectivo.**

**El Subsecretario de Redes Asistenciales, dentro de los primeros quince días del mes de Diciembre de cada año, mediante resolución aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos.**

**En cada uno de los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**e) Ejecutar el presupuesto y el plan anual en el marco presupuestario del Establecimiento, de acuerdo con las normas relativas a la administración financiera del Estado.**

**Las modificaciones a los presupuestos y a los montos determinados en sus glosas deberán ser autorizadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo a las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Copia de la resolución deberá ser remitida a la Dirección de Presupuestos.**

**f) Ejercer las funciones de administración del personal destinado al establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el Reglamento.**

**Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios, el Director del establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio descentralizado.**

**Un Reglamento, emitido a través del Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, establecerá las normas necesarias para ejercer las funciones de que trata el presente literal.**

**g) Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aún cuando sean propias o habituales del Establecimiento.**

**El gasto por los contratos señalados en esta letra no podrá exceder el 20% del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.**

**h) Celebrar contratos regidos por la ley N° 18.803.**

**i) Ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorpóreas que hayan sido asignadas o afectadas al establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.**

**Las transacciones a que se refiere el párrafo anterior deberán ser aprobadas por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas de los decretos leyes N°1.056 de 1975, o N°1.939, de 1977.**

**Asimismo, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra s), podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas.**

**j) Celebrar convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 36, del Ministerio de Salud, de 1980.**

**k) Celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud, y con entidades administradoras de salud primaria, en los que se podrán proveer todos los recursos necesarios para la ejecución del convenio, mediante la destinación de funcionarios a prestar colaboración en éste, el traspaso de fondos presupuestarios u otras modalidades adecuadas a su naturaleza. En particular, podrá estipularse el aporte de medicamentos, insumos y otros bienes fungibles de propiedad del establecimiento. Los bienes inmuebles, equipos e instrumentos podrán cederse en comodato o a otro título no traslativo de dominio, y serán restituidos a su terminación.**

**l) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objeto de otorgar prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos el Ministerio de Salud y de Hacienda.**

**Los convenios con las Instituciones de Salud Previsional deberán considerar el pago directo e íntegro a los Establecimientos del valor total de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios. Dichas entidades podrán repetir en contra del afiliado correspondiente el monto que exceda de los que les corresponda pagar conforme el plan de salud convenido.**

**En todo caso, la atención de las personas a que se refiere esta letra no podrá significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**m) Celebrar convenios con profesionales que sean funcionarios del establecimiento, que cumplan jornadas de a lo menos 11 horas semanales, para que atiendan en el establecimiento a sus pacientes particulares, fuera del horario de su jornada de trabajo.**

**Los convenios deberán ajustarse al Reglamento y a las instrucciones que se impartan, actos administrativos que se emitirán conjuntamente por los Ministerios de Salud y Hacienda, y no podrán significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales.**

**n) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue el Establecimiento a los beneficiarios de la ley N°18.469 en la Modalidad de Atención Institucional. En el caso de la Modalidad de Libre Elección se aplicarán las normas generales de la ley N°18.469.**

**Con el exclusivo objeto de verificar que los convenios cumplan con el artículo 25 B, el respectivo director de Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, deberá aprobarlos previamente.**

**La resolución de las controversias que se originen por la aplicación de esta letra, será resuelta por el Ministro de Salud.**

**o) Celebrar convenios con los Servicios de Salud, para otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N°18.469.**

**p) Celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial de Salud correspondiente, para la ejecución de acciones de salud pública.**

**q) Establecer en forma autónoma un arancel para la atención de personas no beneficiarias de la ley N°18.469, el cual en ningún caso podrá ser inferior al Arancel a que se refiere el artículo 28 de dicha ley.**

**r) Realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización expresa del Ministerio de Hacienda.**

**s) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso y dar de baja los bienes muebles del Establecimiento, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**t) Delegar, bajo su responsabilidad, y de conformidad con lo establecido en la ley 18.575, atribuciones y facultades en los funcionarios de su dependencia.**

**u) Conferir mandatos en asuntos determinados.**

**v) Desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y reglamentos.**

**Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo.**

**Artículo 25 G.- El Establecimiento estará sujeto a una evaluación anual efectuada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, para verificar el cumplimiento de los estándares que serán determinados por resolución conjunta del Ministerio de Salud y Hacienda los que incluirán a lo menos las siguientes materias:**

**a) Cumplir las obligaciones que establece el artículo 25 B, para lo que se requerirá un informe al director de Servicio de Salud correspondiente, si procediere;**

**b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;**

**c) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de cuenta pública a la comunidad, entre otras;**

**d) Mantener equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días;**

**e) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios;**

**f) Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe al director de Servicio de Salud correspondiente, si procediere; y**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**g) Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieren convenido con el director del Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, para lo que se requerirá un informe al director de Servicio de Salud correspondiente, si procediere.**

**Artículo 25 H.- El Establecimiento deberá efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.**

**Sin perjuicio de lo anterior y de las respectivas normas de contabilidad gubernamental, el Establecimiento deberá elaborar estados financieros trimestrales en la forma que defina el reglamento.**

**Artículo 25 I.- Detectado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud respectivo o el Superintendente de Salud el incumplimiento de los estándares señalados en el artículo 25 G, el Subsecretario representará al director del establecimiento la situación y le otorgará un plazo de 15 días hábiles, el que podrá ser prorrogado por una sola vez, para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia.**

**La Subsecretaría, conjuntamente con la Dirección de Presupuestos, dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia, ya sea aprobándolo o rechazándolo.**

**Si la Subsecretaría aprueba el Plan presentado, éste deberá ejecutarse en el plazo que acuerden, el que no podrá exceder de ciento veinte días. Al cabo de este plazo, deberá evaluarse si se subsanaron los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación.**

**La no presentación del Plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo se considerará incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del director del establecimiento el cual, en estos casos, cesará en sus funciones por el solo ministerio de la ley. Asimismo, en tanto no se reestablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley.**

**Artículo 25 J.- Mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales se regulará la forma en que la población usuaria del**



**Establecimiento podrá manifestar sus peticiones, críticas y sugerencias.**

**Párrafo II**  
**NORMAS ESPECIALES DE PERSONAL**

Artículo 25 K.- El personal del establecimiento estará compuesto por las personas que, cualesquiera sea su calidad jurídica, se desempeñen en el a la fecha de otorgamiento de la calidad de Establecimiento de Autogestión en Red. Sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del Establecimiento, podrá ponerse término a la destinación de determinados funcionarios en el establecimiento.

**Párrafo III**  
**DE LOS RECURSOS Y BIENES DEL ESTABLECIMIENTO**

**Artículo 25 L.- El establecimiento, para el desarrollo de sus funciones, contará con los siguientes recursos:**

- a) Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469;**
- b) Con aquellos pagos que le efectúe el Servicio de Salud respectivo por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469;**
- c) Con aquellos pagos que le efectúe el Secretario Regional Ministerial por la ejecución de acciones de salud pública;**
- d) Con los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;**
- e) Con los frutos que produzcan los bienes destinados a su funcionamiento y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes;**
- f) Con los bienes que adquiera por donación, herencia o legado;**
- g) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones y otros recursos que le corresponda percibir;**
- h) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios; e**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**i) Con los aportes, transferencias, subvenciones que reciba de personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras y los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.**

**Artículo 25 M.- El establecimiento tendrá el uso, goce y disposición exclusivo de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, que se encuentren destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos, de bienestar de su personal u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de "Establecimiento de Autogestión en Red", y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título.**

**En el plazo de un año contado de la fecha señalada en el inciso anterior, mediante una o más resoluciones del Subsecretario de Redes Asistenciales se individualizarán los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Servicio de Salud que se destinen al funcionamiento del establecimiento.**

**Los bienes señalados en este artículo, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios y administrativos, gozan de inembargabilidad.**

**Párrafo IV**

DE LAS CONTIENDAS DE COMPETENCIA

**Artículo 25 N.- Las contiendas de competencia que surjan entre los Directores de los Servicios de Salud y los Directores de los "Establecimientos de Autogestión en Red", serán resueltas por el Subsecretario de Redes Asistenciales.**

**TITULO V****DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MENOR COMPLEJIDAD**

**Artículo 25 Ñ.- Los establecimientos de salud dependientes de los Servicio de Salud, que tengan menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, tendrán las atribuciones que señala este título si cumplen los requisitos que se determinen conforme el artículo 25 P.**

Un reglamento, que será también suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular entre otras materias el sistema de obtención de las atribuciones y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos, los

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

mecanismos de evaluación y control de su gestión y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir.

**Mediante resolución fundada conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerán los establecimientos que cumplan los estándares señalados, los que estarán sujetos a las normas de este título, conforme el inciso primero.**

Artículo 25 O.- Al director del establecimiento corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades del establecimiento para que ellas se desarrollen de modo regular y eficiente, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento;**
- b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento;**
- c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y la demás normativa vigente;**
- d) Presentar anualmente al Director del Servicio el proyecto de presupuesto del establecimiento y ejecutarlo una vez aprobado, de acuerdo a las normas vigentes sobre la materia;**
- e) Estudiar y presentar al Director del Servicio, iniciativas y proyectos con sus respectivos análisis y antecedentes, que tiendan a ampliar o mejorar las acciones de salud, indicando sus fuentes de financiamiento;**
- f) En materias de personal el director podrá:**
  - designar suplentes;**
  - contratar personal, siempre que no implique aumento de la dotación del establecimiento;**
  - aceptar renuncias voluntarias; con excepción de las presentadas por funcionarios de la exclusiva confianza del Presidente de la República;**
  - designar funcionarios en comisiones de servicios y cometidos funcionales;**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

- **destinar funcionarios dentro del mismo establecimiento o a otros dependientes del Servicio;**
  - **autorizar, conceder o reconocer feriados; permisos con o sin goce de remuneraciones dentro del país; licencias por enfermedad, reposos preventivos o maternales; y reconocer, prorrogar y poner término a asignaciones familiares y prenatales;**
  - **ordenar la instrucción de investigaciones sumarias y sumarios administrativos; aplicar medidas disciplinarias, inclusive la suspensión de funciones; absolver, sobreseer y resolver sobre todas las materias relacionadas con esos procedimientos;**
  - **declarar accidentes en actos de servicio, y**
- g) Desempeñar las demás funciones y atribuciones específicas que le delegue o encomiende el Director del Servicio y el reglamento.**

**Artículo 25 P.- Un reglamento, que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular los requisitos que deberá cumplir el Establecimiento, los que se referirán sobre las siguientes materias a lo menos:**

- a) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;**
- b) Administración eficiente de los recursos asignados;**
- c) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios, y**
- d) Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial.**

**Artículo 25 Q.- El establecimiento será evaluado anualmente por el Director del Servicio de Salud respectivo, en la mantención del cumplimiento de los estándares señalados en el artículo anterior. En caso que no fuere satisfactoria, se deberá remover al Director del Establecimiento. Asimismo, en tanto no se reestablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley."**

**23) En el inciso primero del artículo 27:**

- a) Agrégase, en la letra a), a continuación de la palabra "ley" y antes del punto y coma (;), la siguiente frase: "y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo".

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

b) Suprímese, en la letra d), la conjunción "y", con que finaliza.

c) Intercálanse, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):

"e) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley;

**f) Tratar datos estadísticos y personales y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia, conforme a las normas de la ley N° 19.628. Asimismo, podrá tratar datos sensibles para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este literal, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria, y".**

24) Sustitúyese, en el inciso segundo del artículo 31, el numeral "28" por el numeral "31".

25) En el artículo 37, incorpórase la siguiente letra g), nueva:

"g) Fiscalizar el cumplimiento de normas de calidad y acreditación de los laboratorios señalados en la letra a) precedente, de los bancos de sangre y de los prestadores de imagenología y radioterapia, conforme al reglamento a que se refiere el número 10 del artículo 4º, y las que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.".

**26)** En el artículo 39:

a) Sustitúyese, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".

b) Sustitúyese la letra l) por la siguiente:

"l) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575.".

c) Agrégase la siguiente letra m), nueva, pasando las actuales letras m) y n) a ser letras n) y ñ), respectivamente:

**"m) Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;".**

**27)** Sustitúyese, en el artículo 40, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

**28)** Sustitúyese el artículo 42 por el siguiente:

"Artículo 42.- La estructura y organización interna del Instituto se determinará conforme lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes."

**29)** En el artículo 50:

a) Sustitúyese, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".

b) Reemplázase la letra f) por la siguiente:

"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575."

**30)** Sustitúyese el artículo 51 por el siguiente:

**"Artículo 51.- La estructura y organización interna de la Central se determinará conforme lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes."**

**31)** Sustitúyense, en el inciso segundo del artículo 52, las letras a) y b) por las siguientes:

"a) El Subsecretario de Redes Asistenciales, o su representante, quien la presidirá;

b) Un representante del Ministro de Salud;".

**32)** En el capítulo VI:

a) Intercálase, entre el epígrafe del capítulo y el artículo 56, lo siguiente:

"TÍTULO I  
Normas Generales"

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

b) Intercálanse, a continuación del artículo 60, los siguientes Títulos II, III, IV, V, VI, VII y VIII, nuevos, pasando los actuales artículos 61 y 62 a ser 84 y 85, respectivamente.

**"TÍTULO II****De la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo**

Artículo 61.- Establécese, para el personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos, sea de planta o a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley Nº 18.834 y el decreto ley Nº 249, de 1974, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente base y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 62.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley Nº 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2º de la ley Nº 19.699.

El componente base ascenderá al 5,5% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente variable será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 63.- Para efectos de otorgar el componente variable de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo señalada en los artículos precedentes, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- El Ministerio de Salud fijará, antes del 10 de septiembre de cada año, las metas sanitarias nacionales para el año siguiente y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de cada uno de los Servicios de Salud.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

2.- Conforme al marco señalado en el número anterior, el Director de cada Servicio de Salud determinará para cada uno de sus establecimientos, incluida la Dirección del Servicio, las metas específicas y los indicadores de actividad.

3.- Para efectos de la determinación de las metas, el respectivo Director de Servicio deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo, presidido por dicha autoridad e integrado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud, por los Directores de establecimientos de salud del Servicio, por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de técnicos tenga mayor representación y por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de administrativos y auxiliares tenga, en su conjunto, mayor representación, en el respectivo Servicio de Salud; sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

4.- En relación con dichas metas específicas, se evaluará el desempeño de cada establecimiento.

5.- La evaluación del nivel de cumplimiento de las metas fijadas a cada establecimiento se efectuará por el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, en el plazo que señale el reglamento, a partir de la información proporcionada por los Servicios de Salud y por los propios establecimientos, la que deberá ser entregada por dichas entidades a la señalada autoridad, a más tardar, el 31 de enero de cada año. La resolución que dicte el Secretario Regional Ministerial de Salud será apelable ante el Ministro de Salud en el plazo de diez días, contado desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la resolución por carta certificada dirigida al domicilio del Servicio de Salud correspondiente.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los procedimientos destinados a la definición y evaluación del grado de cumplimiento de las metas anuales, los plazos que deberán cumplirse durante el proceso de evaluación, el mecanismo para determinar las asociaciones de funcionarios con mayor representatividad y sus representantes, y las demás disposiciones necesarias para el otorgamiento de esta asignación.

### TÍTULO III

De la Asignación de Acreditación Individual y Estímulo al Desempeño Colectivo

Artículo 64.- Establécese, para el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de planta o a contrata, de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, y para el personal de la planta



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

de directivos de carrera ubicados entre los grados 17º y 11º, ambos inclusive, regidos por la ley Nº 18.834 y el decreto ley Nº 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 65.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley Nº 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2º de la ley Nº 19.699.

El componente de acreditación individual ascenderá a un máximo de 5,5%, conforme a los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 66.- Para efectos de otorgar el componente de acreditación individual, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- Los profesionales deberán participar en el proceso de acreditación cada tres años, el que consistirá en la evaluación de las actividades de capacitación que sean pertinentes al mejoramiento de la gestión de los organismos y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios. Para estos efectos, el respectivo Servicio de Salud deberá disponer, al menos una vez al año, para quienes cumplan el respectivo período, de todas las medidas necesarias para implementar dicho proceso.

2.- Accederán al beneficio los funcionarios que hubieren aprobado el proceso de acreditación.

3.- El monto del componente de acreditación individual dependerá de los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, según la siguiente tabla:

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Hasta 3 años	3%
Más de 3 años hasta 6 años	5%
Más de 6 años hasta 9 años	5,5%

4.- Para los funcionarios que tengan más de nueve años de servicio, la asignación pasará a ser permanente, con un porcentaje igual al de la última acreditación que hayan aprobado.

5.- En caso de que un funcionario no apruebe uno de los procesos de acreditación, no accederá al incremento del componente, pero mantendrá el porcentaje obtenido por las acreditaciones anteriores.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo, la periodicidad y las demás disposiciones necesarias para la implementación del procedimiento de acreditación y el otorgamiento del componente de acreditación individual.

Artículo 67.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, de la asignación señalada en el artículo 64, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63, efecto para el cual las asociaciones de funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán un solo representante.

## TÍTULO IV

## De la Asignación de Estímulo a la Función Directiva

Artículo 68.- Establécese, para el personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de estímulo que se regirá por las siguientes normas:

1.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud que, conforme a lo señalado en el artículo 21 A de la presente ley, pueden optar a la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente a la obtención por parte del establecimiento de la categoría mencionada.

2.- Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a dos factores: la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia, y el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso primero, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 69.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la Planta Directiva por concepto de asignación de estímulo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185 y, cuando corresponda, la asignación de responsabilidad superior otorgada por el decreto ley N° 1.770, de 1977, y la asignación del artículo 2° de la ley N° 19.699.

Esta asignación será de 11% sobre la base señalada en el inciso primero, para aquellos funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la clasificación en la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red".

Para el personal directivo que se desempeñe en la Dirección de los Servicios de Salud, la asignación corresponderá a 11% de la base de cálculo señalada en el inciso primero, conforme a la siguiente distribución:

a) Hasta 8% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación por el total de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio; y

b) Hasta 3% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813. En este caso, el porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 3% por el cociente resultante de dividir el número de entidades y/o establecimientos que efectivamente hayan cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, por el total de entidades administradoras y/o sus establecimientos, ubicados en el territorio jurisdiccional del Servicio.

Artículo 70.- Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo y las demás disposiciones necesarias para otorgar el componente

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

por obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", de la asignación señalada en el artículo 68.

Artículo 71.- Las asignaciones señaladas en los artículos 61, 64 y 68, se pagarán en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto por pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos precedentemente.

Estas asignaciones tendrán carácter de impositivas para fines de previsión y salud. Para determinar las impositivas e impuestos a que se encuentren afectas, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las impositivas se deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de impositividad.

## TÍTULO V

## De la Asignación de Turno

Artículo 72.- Establécese una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta doce horas, mediante turnos rotativos. Estos turnos podrán comprender un número de horas superior a la jornada ordinaria de trabajo del funcionario.

Dicha asignación estará destinada a retribuir pecuniariamente al referido personal el desempeño de jornadas de trabajo en horarios total o parcialmente diferentes de la jornada ordinaria establecida en el artículo 59 de la ley N° 18.834, incluso en horario nocturno y en días sábados, domingos y festivos, acorde con las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

La Ley de Presupuestos, respecto de cada Servicio de Salud, expresará el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y por tres funcionarios, separadamente.

Artículo 73.- Esta asignación será impositiva sólo para efectos de pensiones y de salud y será incompatible con la asignación establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

El personal que labora en el sistema de turno de que trata este Título no podrá desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el **Director del establecimiento** respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 60 de la ley N° 18.834.

Artículo 74.- Para tener derecho a la asignación de turno, los funcionarios deberán estar formalmente destinados a prestar servicios en los puestos de trabajo cuya jornada sea ininterrumpida, a través de resoluciones anuales del Director del establecimiento de salud correspondiente.

Esta asignación se percibirá mientras el trabajador se encuentre en funciones en los puestos de trabajo mencionados, e integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro o tres funcionarios, manteniendo el derecho a percibirla durante los períodos de ausencia con goce de remuneraciones originados por permisos, licencias y feriado legal. Asimismo, será considerada como estipendio de carácter general y permanente, para efectos del inciso tercero del artículo 21 de la ley N° 19.429.

Artículo 75.- Las horas extraordinarias que, en virtud de lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, puedan percibir los funcionarios de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, cualquiera que sea el motivo de su origen, no constituirán remuneración permanente para ningún efecto legal. En consecuencia, no se percibirán durante los feriados, licencias y permisos con goce de remuneraciones.

## TÍTULO VI

## De la Asignación de Responsabilidad

Artículo 76.- Establécese una asignación de responsabilidad para el personal de la planta de profesionales, de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, con contratos de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

Esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de Jefe Directo para los efectos previstos en el Párrafo 3 del Título II de la ley N° 18.834.

Artículo 77.- Esta asignación se otorgará conforme a las reglas siguientes:

1.- El número de cupos por establecimiento es el determinado en el artículo siguiente.

2.- Para los efectos de realizar el o los concursos correspondientes, se constituirá en el establecimiento respectivo un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

3.- En el o los concursos para acceder a esta asignación, se considerarán los siguientes factores y con la ponderación indicada en cada caso:

FACTORES	PONDERACIÓN
Capacitación pertinente	30%
Evaluación de Desempeño	20%
Experiencia Calificada	20%
Aptitud para el cargo (Entrevista)	30%

4.- El o los cupos disponibles se asignarán en orden de prelación al funcionario o funcionarios que logren el mayor puntaje en el proceso de concurso y sólo en la medida en que cumplan con los requisitos mínimos para su asignación.

5.- Se otorgará por un período máximo de tres años, siempre que se desempeñe efectivamente la función de responsabilidad de gestión en el establecimiento en el que fue otorgada. En todo caso, el funcionario podrá concursar nuevamente por la asignación, en la medida en que cumpla los requisitos para ello.

6.- Se deberá realizar concurso cada vez que uno o más de los cupos asignados al establecimiento quede disponible.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación y todas las otras normas necesarias para la aplicación de este beneficio.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Artículo 78.- El monto máximo anual por establecimiento de esta asignación corresponderá a la cantidad establecida en la tabla siguiente, el que deberá ser distribuido entre la totalidad de los cupos asignados al establecimiento, sea en partes iguales o diferenciadas, valor que se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que lo sean las remuneraciones del sector público. En todo caso, la asignación individual no podrá ser inferior al monto promedio anual por persona reducido en 10%, ni superior al mismo promedio aumentado en 10%. Asimismo, el establecimiento no podrá exceder el monto máximo anual que le haya sido asignado ni el número de cupos establecidos.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO-CUPOS MÁXIMOS POR ESTABLECIMIENTO-MONTO MÁXIMO ANUAL POR ESTABLECIMIENTO-MONTO PROMEDIO ANUAL POR PERSONA.

ALTA COMPLEJIDAD:	12	\$6.960.000	\$580.000
HOSPITAL MEDIA COMPLEJIDAD:	9	\$3.366.000	\$374.000
HOSPITAL BAJA COMPLEJIDAD: 2	\$424.000		\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales:	1	\$ 212.000	\$
212.000			
Centros de Diagnóstico Terapéuticos (CDT):	1	\$ 212.000	\$
212.000			

La asignación otorgada a cada funcionario se pagará en cuotas mensuales iguales. La primera de ellas se pagará el día primero del mes siguiente al de la total tramitación del acto administrativo que la conceda.

El número total de cupos a nivel nacional será de 1.259 asignaciones al año, con un costo anual máximo de \$515 millones, reajutable en la forma señalada en el inciso primero.

Artículo 79.- Lo dispuesto en el párrafo final de la letra h) del artículo 1° de la ley N° 19.490 será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68, 72 y 76 de esta ley.

## TÍTULO VII

## De la Promoción en la Carrera Funcionaria

Artículo 80.- La promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación.

Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirvan.

Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso, disponiendo a los funcionarios de cada grado de la respectiva planta en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.

Producida una vacante, será promovido el funcionario que se encuentre en el primer lugar del referido escalafón. En caso de producirse un empate, operarán los criterios de desempate establecidos en el artículo 46 de la ley N°18.834.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, fijará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas para cada planta y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento del sistema de acreditación, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación de la competencia e idoneidad de los funcionarios.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo y en el siguiente, será aplicable a los funcionarios lo dispuesto en el artículo 45 de la ley N° 18.834.

Artículo 81.- Para todos los efectos legales, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile; de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se hará por concursos internos.

Las bases de los concursos internos considerarán cuatro factores, a saber: capacitación pertinente, evaluación del desempeño, la experiencia calificada y aptitud para el cargo. Cada uno de estos factores tendrá una ponderación de 25%.

Para estos efectos existirá un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel nacional, regional o local, según corresponda.

En los concursos será promovido al cargo vacante el funcionario que obtenga el mayor puntaje y en ellos podrán participar los funcionarios profesionales de la planta que se ubiquen en los grados inferiores según la siguiente tabla:

GRADO VACANTE	GRADOS QUE PUEDEN PARTICIPAR
5º	6º - 10º
6º	7º - 10º
7º	8º - 10º
8º	9º - 11º
9º	10º - 12º
10º	11º - 13º
11º	12º - 14º
12º	13º - 15º
13º	14º - 16º
14º	15º - 17º
15º	16º - 17º
16º	17º - 18º
17º	18º

Los concursos se sujetarán a las siguientes reglas:

1.- Los funcionarios, en un solo acto, deberán postular a una o más de las plantas respecto de las cuales cumplan con los requisitos legales, sin especificar cargos o grados determinados dentro de ellas.

2.- La provisión de los cargos vacantes de cada planta se efectuará, en cada grado, en orden decreciente, conforme al puntaje obtenido por los postulantes.

3.- Las vacantes que se produzcan por efecto de la provisión de los cargos, conforme al numeral anterior, se proveerán en acto seguido, como parte del mismo concurso y siguiendo iguales reglas.

4.- En caso de producirse empate, los funcionarios serán designados conforme al resultado de la última calificación obtenida y, en el evento de mantenerse esta igualdad, decidirá el respectivo Jefe de Servicio.

## TÍTULO VIII De la Dotación

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Artículo 82.- Establécese que hasta el **50%** de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, se expresará para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas.

Conforme a lo señalado en el inciso precedente, los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas asimilados a los grados de la planta de profesionales, podrán voluntariamente y previa aprobación del respectivo Director de Servicio de Salud, reducir su jornada a empleos de 22 horas. En tal caso, el Servicio podrá contratar profesionales haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir en un porcentaje proporcional del 50% los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales, cualquiera que sea la regulación específica de cada uno de ellos.

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, efecto para el cual se considerarán todos los nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Los funcionarios contratados por 22 horas no podrán desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno de que trata el Título V de este Capítulo.

Artículo 83.- La Junta Calificadora que existirá en cada uno de los hospitales que integran los Servicios de Salud, conforme a lo establecido en el inciso sexto del artículo 30 de la ley N° 18.834, estará integrada por los tres funcionarios de más alto nivel jerárquico, a excepción del Director del hospital, y por un representante del personal elegido por ellos. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios que corresponda a la planta a calificar que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

El Director del hospital conocerá del recurso de apelación que puede interponer el funcionario ante la resolución de la Junta Calificadora o de la del jefe directo en el caso del delegado del personal, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la ley N° 18.834."

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

ARTÍCULO 2°.- Sustitúyese el artículo 5° del Código Sanitario por el siguiente:

"Artículo 5°.- Cada vez que el presente Código, **la ley o el reglamento** aluda a la autoridad sanitaria, deberá entenderse por ella al Ministro de Salud, en las materias que son de competencia de dicha Secretaría de Estado; a los **Secretarios Regionales Ministeriales de Salud**, como sucesores legales de los Servicios de Salud y del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, respecto de las atribuciones y funciones que este Código, **la ley o el reglamento** radica en dichas autoridades y que ejercerá dentro del territorio regional de que se trate; y al Director del Instituto de Salud Pública, en relación con las facultades que legalmente le corresponden respecto de las materias sanitarias que este Código, **la ley o el reglamento** regula, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado válidamente sus atribuciones."

**ARTICULO 3°.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias, a saber:**

**a) Para determinar la estructura y organización interna del Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, no pudiendo alterar la planta de personal y la dotación máxima;**

**b) Para establecer las normas complementarias al artículo 13 bis de la ley N° 18.834 respecto de los encasillamientos derivados de las plantas que fije para la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la Superintendencia de Salud.**

**Los encasillamientos podrán incluir personal proveniente de otras instituciones que conforman el Ministerio de Salud y sus servicios dependientes o relacionados. En todo caso, respecto de la Superintendencia de Salud deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.**

**Los encasillamientos de personal que se dispongan de conformidad con esta norma, no serán considerados como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**La aplicación de este mecanismo no podrá significar pérdida del empleo, disminución de remuneraciones ni modificaciones de los derechos estatutarios y previsionales de los funcionarios traspasados.**

**Cualquier diferencia de remuneraciones deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que se absorberá por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Dicha planilla mantendrá la misma impositibilidad que aquella de las remuneraciones que compensa.**

**Los funcionarios encasillados conservarán el número de bienios o trienios que tengan reconocidos, como también el tiempo computable para uno nuevo.**

**c) Para ordenar el traspaso de funcionarios entre las instituciones a que se aplica el presente artículo y los recursos que se liberen por este hecho. En el caso de funcionarios titulares de planta, su traspaso comprenderá el del cargo que sirven.**

**Los traspasos de personal que se dispongan de conformidad con este norma, deberán efectuarse resguardando todos los derechos estatutarios, previsionales y remuneracionales que detenten los funcionarios encasillados de conformidad con lo dispuesto en el inciso tercero y siguientes de la letra b).**

**d) Para establecer los montos mensuales y su reajustabilidad, que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por cuatro personas, durante el primer año presupuestario de vigencia;**

**e) Para determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, establecer el destino de sus recursos y el traslado de su personal, el que deberá efectuarse al Ministerio de Salud o los servicios y entidades que dependen o se relacionan con el Presidente de la República a través del mismo, en las mismas condiciones establecidas en la letra b). En tanto no se suprima dicho servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios 1°, 7° y 10 de esta ley.**

ARTÍCULO 4º.- Modifícase la ley N° 19.490, del siguiente modo:

1.- Sustitúyese el inciso segundo del artículo 3º por el siguiente:

"Dicha bonificación se regulará por lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 19.479, a excepción de los valores establecidos en la letra c) del inciso primero de esa misma norma. Para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, esta bonificación será de 15,5% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 7,75% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar 66%. Para el personal de planta y a contrata del Fondo Nacional de Salud, esta bonificación será de 10% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 5% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar el 66%."

2.- En el artículo 4º:

a) Agrégase, en el inciso cuarto, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser seguido, lo siguiente: "No obstante lo señalado precedentemente, para el personal de planta y a contrata de **las Subsecretarías de Salud y de Redes Asistenciales**; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, la bonificación por desempeño institucional será de hasta el 15,5%."

b) Agrégase, el siguiente nuevo inciso octavo, pasando los actuales incisos octavo y noveno a ser noveno y décimo, respectivamente:

"Con independencia de la calificación que se obtenga, la bonificación de que trata este artículo será percibida por el 100% de los funcionarios de cada planta y los funcionarios a contrata asimilados a éstas."

ARTÍCULO 5º.- Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 4º de la ley N° 19.086, el párrafo relativo a la planta de profesionales, por el siguiente: "PLANTA DE PROFESIONALES: De grado 18º al grado 5º."

ARTÍCULO 6º.- Déjase establecido que, a contar de la fecha de publicación de esta ley, los funcionarios de las profesiones de Asistentes

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos, podrán acceder, entre los grados 18° al 5°, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones, o a los empleos a contrata asimilados a los mismos grados.

**ARTÍCULO 7°.- Créase la Superintendencia de Salud y fíjase como su ley orgánica la siguiente:**

**"TÍTULO I  
NORMAS GENERALES  
Párrafo 1°**

**De la naturaleza y objeto**

**Artículo 1°.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.**

**Su domicilio será la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las oficinas regionales que establezca el Superintendente en otras ciudades del país.**

**La Superintendencia estará afecta al Sistema de Alta Dirección Pública establecido en la ley N°19.882.**

**Artículo 2°.- Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que le sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen los contratos de salud, las leyes y reglamentos que las rigen.**

**Además, le competará la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional, en el debido cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que correspondan a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.**

**Igualmente, concernirá a la Superintendencia la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Para los efectos de esta ley, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán considerados Seguros Previsionales de Salud.**

**Párrafo 2°  
De la organización y estructura**

**Artículo 3°.- La Superintendencia se estructurará orgánica y funcionalmente en la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud.**

**Los funcionarios que ejerzan los cargos de Intendentes corresponden al segundo nivel jerárquico de la Superintendencia, para los efectos del ARTÍCULO TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N°19.882.**

**En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, el jefe superior del Servicio, con sujeción a la planta de personal y a la dotación máxima, establecerá la organización interna y determinará las denominaciones y funciones que correspondan a cada una de las unidades establecidas para el cumplimiento de las funciones que le sean asignadas.**

**Artículo 4°.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.**

**Corresponderá al Superintendente, especialmente:**

**1.- Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar el funcionamiento de la Superintendencia y ejercer, respecto de su personal, las atribuciones propias de su calidad de Jefe Superior de Servicio;**

**2.- Establecer oficinas regionales cuando las necesidades del Servicio así lo exijan y existan las disponibilidades presupuestarias;**

**3.- Celebrar las convenciones y ejecutar los actos necesarios para el cumplimiento de los fines de la Superintendencia;**

**4.- Delegar atribuciones o facultades específicas en funcionarios de la Superintendencia;**

**5.- Encomendar a las distintas unidades de la Superintendencia las funciones que estime necesarias;**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**6.- Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme el reglamento respectivo;**

**7.- Conocer y fallar los recursos que esta ley establece;**

**8.- Rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el objeto de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta, y**

**9.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.**

**Sin perjuicio de la facultad del Ministerio de Salud para dictar las normas sobre acreditación y certificación de los prestadores de salud y de calidad de las atenciones de salud, el Superintendente podrá someter a la consideración de dicho Ministerio las que estime convenientes.**

## **TÍTULO II**

### **De la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud**

#### **Párrafo 1°**

**De la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional**

**Artículo 5°.- La supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional que le corresponde a la Superintendencia, la ejercerá a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud, en los términos que señala esta ley, la Ley N° 18.933 y demás disposiciones que le sean aplicables.**

#### **Párrafo 2°**

**De la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud**

**Artículo 6°.- Le corresponderá a la Superintendencia las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud, respecto de la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud:**

**1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen, impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;**



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;**

**3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;**

**4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud y los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;**

**5.- Efectuar publicaciones informativas acerca de los beneficios del Régimen, así como de las medidas adoptadas para velar por el correcto cumplimiento del Régimen; difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que impone el referido Régimen de Garantías e informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud;**

**6.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas. La Superintendencia deberá adoptar las medidas que sean necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica;**

**7.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento de las normas del Régimen sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos;**

**8.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud;**

**9.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud;**

**10.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;**

**11.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley, y**

**12.- Las demás que contemplen las leyes.**

**Artículo 7º.- El Fondo Nacional de Salud devolverá lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, según lo determine la Superintendencia mediante resolución, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.**

**Dichas resoluciones y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.**

**Párrafo 3º**

**De las controversias entre los beneficiarios y los Seguros Previsionales de Salud**

**Artículo 8º.- La Superintendencia, a través del Intendente de Seguros Previsionales de Salud, quien actuará en calidad de árbitro arbitrador, resolverá las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la instancia a la que se refiere el artículo 11 o a la justicia ordinaria. 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. Con todo, dicho procedimiento**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**deberá consultar, a lo menos, las siguientes etapas: presentación de la demanda; contestación; observaciones a la contestación; período de prueba, si existieren hechos pertinentes, sustanciales y controvertidos, y sentencia.**

**El Intendente de Seguros Previsionales de Salud, durante el procedimiento, deberá velar por que se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados, la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes.**

**El Intendente de Seguros Previsionales de Salud, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, por sí o por un funcionario que designe, podrá citar al afectado y a un representante del Fondo Nacional de Salud o de las Instituciones de Salud Previsional 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 9º.- En contra de lo resuelto por el Intendente de Seguros Previsionales 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 10 días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la sentencia arbitral.**

**El referido 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 de Seguros Previsionales de Salud deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.**

**Artículo 10.- Resuelto por el Intendente de Seguros Previsionales de Salud el recurso de reposición, el afectado podrá apelar ante el Superintendente, dentro de los 10 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 30 días hábiles.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

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

**De lo resuelto por el Superintendente sólo procederá el recurso de queja ante la Corte Suprema.**

**Artículo 11.- Sin perjuicio de la facultad del Intendente de Seguros Previsionales de Salud para resolver las controversias que se susciten, en los términos de esta ley, las partes podrán convenir que dicha dificultad sea sometida, previamente, a mediación.**

**Para el efecto anterior, la Superintendencia deberá llevar un registro especial de mediadores a los que las partes podrán acudir.**

**Corresponderá a la Superintendencia fijar, mediante normas de general aplicación, los requisitos que deberán cumplir los mediadores a que se refiere este precepto, así como las normas generales de procedimiento a las que deberán sujetarse y las sanciones que podrá aplicar por su inobservancia. Dichas sanciones serán amonestación, multa de hasta 1.000 unidades de fomento, suspensión hasta por 180 días o cancelación del registro.**

**Cada parte asumirá el costo de la mediación.**

**En caso que fracase la mediación, el afiliado o beneficiario, podrá recurrir a la justicia ordinaria o someter la controversia a la decisión del Intendente de Seguros Previsionales de Salud.**

### **TÍTULO III**

#### **De la Intendencia de Prestadores de Salud**

**Artículo 12.- Le corresponderá a la Superintendencia, para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, en el otorgamiento de prestaciones a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:**

**1. Ejercer, de acuerdo a las normas que para tales efectos determine el reglamento y el Ministerio de Salud, las funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud. Asimismo, el**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Intendente dictará la resolución correspondiente que sancionará la evaluación efectuada por la entidad acreditadora.**

**2. Autorizar a las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento, y designar aleatoriamente la entidad que desarrollará el proceso.**

**3. Fiscalizar el debido cumplimiento por parte de la entidad acreditadora de los procesos y estándares de acreditación de los prestadores institucionales de salud.**

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

**5. Mantener un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras, conforme el reglamento correspondiente.**

**6. Mantener un registro nacional y regional actualizado de los prestadores individuales certificados en sus especialidades y subespecialidades, y de las entidades certificadoras, conforme el reglamento correspondiente.**

**7. Efectuar estudios, índices y estadísticas 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. Requerir de los organismos acreditadores y certificadores y de los prestadores de salud, institucionales e individuales, toda la información que sea necesaria para el cumplimiento de su función.**

**9. 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 esta ley le asigna.**

**10. Conocer los reclamos que presenten los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, 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.**

**11. Imponer las sanciones que corresponda, en conformidad a la ley, y**

**12. 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.**

**Artículo 13.- El Intendente de Prestadores de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá solicitar una nueva evaluación de un prestador institucional si verificare que éste no ha mantenido el cumplimiento de los estándares de acreditación, pudiendo convenir previamente un Plan de ajuste y corrección.**

**Asimismo, en casos graves el Superintendente deberá hacer presente al Secretario Regional Ministerial, en su calidad de autoridad sanitaria regional, de la necesidad de que aplique las medidas de clausura o cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.**

**Artículo 14.- Tratándose de infracciones cometidas por las entidades acreditadoras, el Intendente de Prestadores de Salud podrá aplicar a la entidad las siguientes sanciones, de acuerdo a la gravedad de la falta o su reiteración:**

- 1.- Amonestación;**
- 2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado;**
- 3.- Cancelación de la inscripción en el registro de entidades acreditadoras; y**
- 4.- Las demás que autoricen las leyes y reglamentos.**

**La multa que se determine será compatible con cualquiera otra sanción.**

**Artículo 15.- Sin perjuicio de las atribuciones del Ministerio de Salud y Educación establecidas en el numeral 11 del artículo 4° del decreto ley n° 2.763, de 1979, la Superintendencia podrá proponer fundadamente al Ministerio de Salud la incorporación o la revocación**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**del reconocimiento otorgado a una entidad certificadora de especialidades.**

## TÍTULO IV

**De las normas comunes a ambas Intendencias**

**Artículo 16.- La Superintendencia podrá requerir del Ministro de Salud que ordene la instrucción de sumarios administrativos al personal del Fondo Nacional de Salud, en caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, y al personal de los Servicios de Salud, establecimientos experimentales, autogestionados y de atención primaria, en caso de incumplimiento de las normas de acreditación, sin perjuicio de las facultades que sobre estas materias tengan los directores de los mencionados organismos y la Contraloría General de la República.**

**Asimismo, 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 dieran cumplimiento a las instrucciones o dictámenes emitidos por la Superintendencia en uso de sus atribuciones legales.**

**Artículo 17.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece esta ley y las demás que le encomienden las leyes y reglamentos, la Superintendencia podrá, a través de la respectiva Intendencia, inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, que obren en poder de los organismos o establecimientos fiscalizados, y requerir de ellos o de sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de su actividad.**

**Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.**

**Finalmente, podrá pedir a las Instituciones de Salud Previsional la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.**

**Artículo 18.- Los afiliados y beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 sólo podrán deducir reclamos administrativos ante la Intendencia respectiva en contra del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional o los prestadores de salud, una vez que dichos reclamos hayan sido conocidos y resueltos fundadamente y por escrito por la entidad que corresponda. Si la Intendencia de que se trate recibe un reclamo sin que se haya dado cumplimiento a lo señalado precedentemente, ésta procederá a enviar el reclamo a quien corresponda.**

**La Superintendencia fijará, a través de normas de general aplicación, el procedimiento que se seguirá en los casos señalados en el inciso anterior.**

**Artículo 19.- La Superintendencia, para la aplicación de las sanciones que procedan, deberá sujetarse a las siguientes reglas:**

- 1.- El procedimiento podrá iniciarse de oficio o a petición de parte.**
- 2.- Deberá solicitarse un informe al afectado, el que dispondrá de diez días hábiles para formular sus descargos contados desde su notificación.**
- 3.- Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente respectivo dictará una resolución fundada resolviendo la materia.**
- 4.- En contra de lo resuelto por el Intendente respectivo, procederán los recursos contemplados en el Título V.**

**Artículo 20.- Las notificaciones que efectúe la Superintendencia se efectuarán conforme las normas establecidas en la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.**

**Asimismo, en los procedimientos arbitrales o administrativos y en la dictación de instrucciones generales o específicas, se podrá considerar la utilización de medios electrónicos,**



caso en el cual se sujetarán a las normas de las leyes N° 19.799 y N° 19.880 en lo que corresponda.

## **TÍTULO V**

### **De los Recursos**

**Artículo 21.-** En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte el intendente respectivo, podrán deducirse los recursos de reposición ante dicha autoridad y el jerárquico ante el Superintendente, conforme lo dispuesto en la ley 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.

**Artículo 22.-** En contra de la resolución que deniegue el recurso jerárquico, el afectado podrá reclamar, dentro del plazo de los 15 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.

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 u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes 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 hábiles, 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".

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**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 una vez notificada la reclamación a la Superintendencia. Las resoluciones que apliquen multa, cancelen, denieguen el registro de una Institución de Salud Previsional u ordenen la devolución de sumas de dinero al Fondo Nacional de Salud, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.**

**El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las personas 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.**

**TÍTULO VI****Disposiciones Finales**

**Artículo 23.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de Institución Fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.**

**En materia de remuneraciones, le serán aplicables a la Superintendencia los artículos 17 de la ley N°18.091 y 5° de la ley N°19.528. Para este efecto, el Superintendente deberá informar anualmente al Ministro de Hacienda.**

**Artículo 24.- El personal de la Superintendencia se regirá por el Estatuto Administrativo y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.**

**Artículo 25.- La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.**

**Artículo 26.- El patrimonio de la Superintendencia estará formado por:**

- 1.- El aporte que se contemple anualmente en la Ley de Presupuestos;**
- 2.- Los recursos otorgados por leyes especiales;**
- 3.- Los bienes muebles e inmuebles, corporales e incorporales que se le transfieran o adquiera a cualquier título.**

**Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objeto de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren; en el caso de los bienes inmuebles, la resolución se reducirá a escritura pública y el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente.**

- 4.- Los frutos de sus bienes;**
- 5.- Las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;**
- 6.- Los ingresos que perciba por los servicios que preste, y**
- 7.- Los aportes de la cooperación internacional que reciba a cualquier título.**

**Las multas que aplique la Superintendencia serán a beneficio fiscal.**

**Artículo 27.- Deróganse, a contar de la fecha de creación de la Superintendencia de Salud, las siguientes normas legales: el artículo 1º, el numeral 5 del artículo 3º y los artículos 6º, 7º, 8º, 9º, 10, 15, 15 bis y 16 de la ley N° 18.933.**

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

## DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- Los funcionarios de planta y a contrata regidos por la ley Nº 18.834 y el decreto ley Nº 249, de 1974, que se desempeñen en alguno de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 del decreto ley Nº 2.763, de 1979; en la Subsecretaría del Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mayores de sesenta años de edad, si son mujeres, y de sesenta y cinco años, si son hombres, que, después de los noventa días posteriores a la publicación de esta ley y hasta el 31 de diciembre de 2004, presenten su renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones imponibles, actualizadas según el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses prestados a alguno de los organismos señalados, con un tope de ocho meses de dicha remuneración.

El monto de este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$ 270.000 mensuales y en un mes para aquellos que tengan, a la fecha de publicación de la ley, más de sesenta y tres años si son mujeres y más de sesenta y ocho años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

Para poder acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Durante el año 2003, podrán acceder a este beneficio 2.194 funcionarios, privilegiándose aquellos de menores rentas y mayor edad. Durante el año 2004, podrán acogerse otros 2.000 funcionarios. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio durante el año 2003, podrán hacerlo el año 2004. Los cupos que no fueren utilizados en el año 2003, serán acumulables para el año siguiente.

Esta indemnización no será imponible ni constituirá renta para ningún efecto legal.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará los calendarios de postulación y pago, los mecanismos para el otorgamiento y las demás disposiciones necesarias para la implementación de este beneficio.

Los funcionarios que cesen en sus empleos por aplicación de lo dispuesto en este artículo, no podrán ser nombrados ni contratados

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos señalados en el inciso primero, durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido, expresado en unidades de fomento, más el interés corriente para operaciones reajustables.

Artículo segundo.- La asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en el artículo 61 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, se otorgará en forma gradual durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

a) año 2003:	- componente base	2,75%
	- componente variable	0%
b) año 2004:	- componente base	3,85%
	- componente variable, hasta	1,65%
c) año 2005:	- componente base	4,95%
	- componente variable, hasta	3,3%
d) año 2006:	- componente base	5,5%
	- componente variable, hasta	5,5%

Artículo tercero.- El componente por acreditación individual a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, se implementará gradualmente entre el año 2003 y el 2006, según la siguiente tabla de progresividad:

Años de servicio del funcionario Hasta 3 años: 2003:2,75%; 2004: 3%;2005: 3%; 2006: 3%.

Más de 3 años y hasta 6 años: 2003:2,75%; 2004:3,75%; 2005:4%; 2006:5%.

Más de 6 años y hasta 9 años: 2003:2,75%; 2004:3,80%; 2005:4,75%;m 2006: 5,5%

Más de 9 años: 2003: 2,75%; 2004:3,85%; 2005: 4,95%; 2006:5,5%.

El proceso de acreditación a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, comenzará a operar el año 2005.

En los años 2003 y 2004, el componente será pagado a todos los funcionarios señalados en el artículo 64 del referido decreto ley, sin necesidad de acreditarse, conforme a la tabla anterior.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Artículo cuarto.- El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios a que se refieren los artículos 64, 65 y 67 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, se otorgará durante los años 2003 al 2006 según la siguiente tabla:

Porcentaje de cumplimiento: 2003:  
90% o más: 2003:0%, 2004:1,65; 2005:3,3%-2006:5,5%. Entre 75% y  
menos de 90%: 2003:0%; 2004: 0,83%; 2005: 1,65%; 2006:2,75%.

Artículo quinto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el número 1 del mismo artículo, en forma gradual durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

- año 2004: hasta 5,5%
- año 2005: hasta 8,25%
- año 2006: hasta 11%

Artículo sexto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el número 2 del mismo artículo, en forma gradual, durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

a) Año 2004: hasta el 5,5%, según la siguiente distribución: hasta el 4% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes; y de hasta 1,5% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje a pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley Nº 2.763, de 1979.

b) Año 2005: hasta el 8,25%, según la siguiente distribución: hasta el 6% por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes; y hasta el 2,25% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje por pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley Nº 2.763, de 1979.

c) Año 2006: hasta el 11%, conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley Nº 2.763, de 1979.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Artículo séptimo.- Las modificaciones a la ley N° 19.490, contenidas en los numerales 1), con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y 2), letra a), del artículo 4° de la presente ley, se otorgarán en forma gradual, durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

## 1) Bonificación de estímulo por desempeño funcionario:

a) Para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados:

- i) año 2003 : 12,75%
- ii) año 2004 : 13,85%
- iii) año 2005: 14,95%
- iv) año 2006: 15,5%

b) Para los funcionarios que sigan en orden descendente de evaluación, hasta completar el 66% mejor evaluados respecto de cada planta:

- i) año 2003 : 6,38%
- ii) año 2004 : 6,93%
- iii) año 2005: 7,48%
- iv) año 2006: 7,75%

2) Bonificación por desempeño institucional: El cumplimiento de las metas del año precedente dará derecho a los funcionarios:

- a) año 2003 : hasta el 12,75%
- b) año 2004 : hasta el 13,85%
- c) año 2005 : hasta el 14,95%
- d) año 2006 : hasta el 15,5%

Artículo octavo.- La asignación de turno y la bonificación compensatoria a que se refieren los artículos 72, 73 y 74, respectivamente, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, y decimotercero transitorio de esta ley, respectivamente, comenzarán a regir a contar del día primero del mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra l) del artículo 3° de esta ley, respecto del personal que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios.

Para los funcionarios que integren el sistema de turnos rotativos cubiertos por tres funcionarios, las correspondientes asignación de turno y bonificación compensatoria, comenzarán a regir conforme al siguiente cronograma:

1. A partir del segundo semestre de 2004 se pagarán, por concepto de asignación de turno y bonificación compensatoria, los mismos montos que a esa fecha tenga asignado el personal de igual grado y planta que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios. La diferencia correspondiente al mayor número de horas trabajadas será

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

considerada como trabajo extraordinario y pagado de acuerdo con la normativa vigente, no aplicándose, en este caso, lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.

2. A partir del segundo semestre de 2005, se pagarán los montos que, para esa fecha, haya determinado el decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra l), del artículo 3º, de la presente ley, para la asignación en que el turno esté integrado por tres funcionarios, pasando a ser plenamente aplicable lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979. La correspondiente bonificación compensatoria, se pagará conforme a la normativa contenida en el artículo decimotercero transitorio de este cuerpo legal.

Artículo noveno.- El artículo 76 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a regir a contar del primer día del mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento respectivo. Para el primer año, los cupos totales a nivel nacional serán asignados de acuerdo con la clasificación de complejidad de los establecimientos vigente al momento de publicarse la presente ley, conforme a la siguiente tabla:

HOSPITAL TIPO 1: Cupos máximos por establecimiento: 13; Monto máximo anual por establecimiento: \$7.540.000; Monto promedio anual por persona: \$580.000

HOSPITAL TIPO 2: Cupos máximos por establecimiento: 12; Monto máximo anual por establecimiento \$5.460.000; Monto promedio anual por persona: \$455.000

HOSPITAL TIPO 3: Cupos máximos por establecimiento: 9; Monto máximo anual por establecimiento: \$3.366.000; Monto promedio anual por persona: \$374.000.

HOSPITAL TIPO 4: Cupos máximos por establecimiento: 2; Monto máximo anual por establecimiento: \$424.000; Monto promedio anual por persona: \$212.000.

Consultorios Generales Urbanos y Rurales; Cupos máximos por establecimiento :1; Monto máximo anual por establecimiento: \$212.000; Monto promedio anual por persona: \$212.000.

Centros de Referencia de Salud (CRS); : Cupos máximos por establecimiento: 1; ; Monto máximo anual por establecimiento: \$212.000; ; Monto promedio anual por persona: \$212.000.



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Centros de Diagnóstico Terapéuticos (CDT): Cupos máximos por establecimiento: 1; Monto máximo anual por establecimiento: \$212.000; Monto promedio anual por persona: \$212.000.

Artículo décimo.- El sistema de promoción mediante concurso interno a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar en enero del año 2004, respecto de todos los cargos vacantes existentes a esa fecha, salvo el grado de inicio de cada planta, el que seguirá regulado conforme las normas generales.

Artículo undécimo.- El incremento remuneracional para el personal que se desempeñe en los establecimientos de salud de carácter experimental, creados por los decretos con fuerza de ley del Ministerio de Salud N°s 29, 30 y 31, todos de 2000, será incorporado en su propio sistema de remuneraciones, fijado conforme al procedimiento establecido en el artículo 9° del decreto ley N° 1.953, de 1977, íntegramente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Artículo duodécimo.- Los reglamentos a que se refieren el inciso segundo del artículo 63, el inciso segundo del artículo 66, el artículo 70 y el inciso segundo del artículo 77, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, deberán dictarse dentro de los ciento ochenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley.

Artículo decimotercero - El personal a que se aplica el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se encuentre en funciones a la fecha de publicación de la presente ley, tendrá derecho a una bonificación no imponible destinada a compensar las deducciones por concepto de cotizaciones para pensiones y salud a que esté afecta la asignación de turno, cuyo monto será el que resulte de aplicar los siguientes porcentajes sobre el valor de dicha asignación, según sea el sistema o régimen previsional de afiliación del trabajador:

a) 20,5% para los afiliados al sistema del decreto ley N° 3.500, de 1980.

b) 25,62% para los afiliados al régimen general de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Sección Empleados Públicos.

c) 21,62% para los afiliados al régimen previsional de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, con rebaja de imposiciones de la letra a) del artículo 14 del decreto con fuerza de ley N° 1.340 bis, de 1930.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

Para el personal afiliado a un sistema o régimen previsional diferente de los señalados, tal bonificación será equivalente a la suma de las cotizaciones para salud y pensiones que, con respecto a la referida asignación, le corresponda efectuar al trabajador.

Esta bonificación compensatoria se calculará conforme a los límites de imposibilidad establecidos por la legislación vigente.

Artículo decimocuarto.- Concédese, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se pagará en una sola cuota en el curso del mes siguiente al de la publicación de la presente ley, el que beneficiará a los funcionarios que dichas disposiciones señalan que se encuentren ubicados entre los grados 19° y 28° de la Escala Única, ambos inclusive, y cuyos montos serán equivalentes a la aplicación de los porcentajes que se indican:

- Grados 19° al 22°: 2,38%
- Grados 23° al 28°: 3,81%

Los porcentajes antedichos se aplicarán sobre los valores vigentes al mes anterior a la publicación de la presente ley de las remuneraciones anualizadas que sirven de base de cálculo a esta asignación, de conformidad con lo establecido en el artículo 62 del decreto ley N°2.763, de 1979, más la bonificación otorgada por el artículo 21 de la ley N°19.429, cuando corresponda.

Artículo decimoquinto.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 25 A del decreto ley N° 2.763, de 1979, los siguientes establecimientos tendrán la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala el Título IV decreto ley N° 2.763, de 1979, cuando cumplan los requisitos que establezca el reglamento señalado en el mencionado artículo:

N°	COMUNA	ESTABLECIMIENTO
1	ANGOL	HOSPITAL ANGOL
2	ANTOFAGASTA	HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DOCTOR LEONARDO GUZMAN
3	ARICA	HOSPITAL DOCTOR JUAN NOE CREVANI
4	CASTRO	HOSPITAL CASTRO
5	CHILLAN	HOSPITAL HERMINDA MARTIN
6	CONCEPCION	HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE
7	COQUIMBO	HOSPITAL COQUIMBO
8	CORONEL	HOSPITAL CORONEL

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

9	COYHAIQUE	<b>HOSPITAL COYHAIQUE</b>
10	CURICO	<b>HOSPITAL CURICO</b>
11	INDEPENDENCIA	<b>HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO</b>
12	INDEPENDENCIA	<b>INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER</b>
13	INDEPENDENCIA	<b>HOSPITAL SAN JOSE</b>
14	IQUIQUE	<b>HOSPITAL DOCTOR ERNESTO TORRES GILDAMES</b>
15	LA SERENA	<b>HOSPITAL LA SERENA</b>
16	LINARES	<b>HOSPITAL LINARES</b>
17	LOS ANDES	<b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LOS ANDES</b>
18	LOS ANGELES	<b>HOSPITAL VICTOR RIOS RUIZ</b>
19	LOTA	<b>HOSPITAL LOTA</b>
20	MELIPILA	<b>HOSPITAL MELIPILLA</b>
21	OSORNO	<b>HOSPITAL BASE DE OSORNO</b>
22	OVALLE	<b>HOSPITAL OVALLE</b>
23	PEÑALOLEN	<b>HOSPITAL DOCTOR LUIS TISNÉ BROUSSE</b>
24	PROVIDENCIA	<b>INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA</b>
25	PROVIDENCIA	<b>HOSPITAL DEL SALVADOR</b>
26	PROVIDENCIA	<b>HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA</b>
27	PROVIDENCIA	<b>INSTITUTO DE GERIATRIA PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA</b>
28	PROVIDENCIA	<b>INSTITUTO PEDRO AGUIRRE CERDA</b>
29	PROVIDENCIA	<b>INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX</b>
30	PUENTE ALTO	<b>HOSPITAL DOCTOR SOTERO DEL RIO GUNDIAN</b>
31	PUERTO MONTT	<b>HOSPITAL PUERTO MONTT</b>
32	PUNTA ARENAS	<b>HOSPITAL REGIONAL DOCTOR LAUTARO NAVARRO AVARIA</b>
33	QUILLOTA	<b>HOSPITAL SAN MARTÍN</b>
34	QUILPUE	<b>HOSPITAL QUILPUE</b>
35	QUINTA NORMAL	<b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS</b>
36	QUINTA NORMAL	<b>HOSPITAL FELIX BULNES</b>
37	RANCAGUA	<b>HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA</b>
38	RECOLETA	<b>INSTITUTO PSIQUIATRICO DOCTOR JOSE HORWITZ BARAK</b>
39	SAN ANTONIO	<b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b>
40	SAN CARLOS	<b>HOSPITAL SAN CARLOS</b>
41	SAN FELIPE	<b>HOSPITAL SAN CAMILO</b>
42	SAN FERNANDO	<b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN FERNANDO</b>

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

43	SAN MIGUEL	<i>HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU</i>
44	SAN MIGUEL	<i>HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES</i>
45	SANTIAGO	<i>HOSPITAL ASISTENCIA PUBLICA</i>
46	SANTIAGO	<i>HOSPITAL PAULA JARA QUEMADA</i>
47	SANTIAGO	<i>INSTITUTO TRAUMATOLÓGICO DOCTOR TEODORO GEBAUER</i>
48	TALCA	<i>HOSPITAL TALCA</i>
49	TALCAHUANO	<i>HOSPITAL LAS HIGUERAS</i>
50	TEMUCO	<i>HOSPITAL TEMUCO</i>
51	TOMÉ	<i>HOSPITAL TOME</i>
52	VALDIVIA	<i>HOSPITAL VALDIVIA</i>
53	VALPARAISO	<i>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</i>
54	VALPARAISO	<i>HOSPITAL VALPARAISO</i>
55	VICTORIA	<i>HOSPITAL VICTORIA</i>
56	VIÑA DEL MAR	<i>HOSPITAL GUSTAVO FRICKE</i>

Los establecimientos señalados en este artículo que no hayan sido calificados como "Establecimiento de Autogestión en Red" al 1 de enero del año 2009, pasarán a tener dicha calidad a contar de esta fecha, por el solo ministerio de la ley, y se encontrarán regidos por las normas establecidas en el mencionado título. El personal directivo de estos establecimientos tendrá derecho a los beneficios remuneracionales establecidos en el artículo 68 de esta ley, asociados al cumplimiento de los estándares establecidos en el artículo 25 G, cuando el establecimiento cumpla dichos estándares.

**Artículo decimosexto.-** Lo dispuesto en el artículo 14 D, que se agrega al decreto ley N° 2.763, de 1979, regirá a contar de la fecha de vigencia de esta ley.

**Artículo decimoséptimo.-** El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo al ítem 50-01-03-25-33.104 de la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiese financiar con esos recursos.

**Artículo decimoctavo.-** Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, el que deberá ser también suscrito por el Ministro de Hacienda, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N°18.933.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**Artículo decimonoveno.- En tanto no se dicten las normas legales que regulen el Régimen de Garantías en Salud, las potestades que sobre dicha materia contempla la presente ley, se entenderán suspendidas.**

**Artículo vigésimo.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministro de Hacienda, conformará el primer presupuesto de la Superintendencia de Salud.**

**El gasto que se derive de las nuevas plantas que se fijen, del encasillamiento que se practique y del traspaso de personal desde otras instituciones que se disponga, no podrá exceder de la suma de las remuneraciones que se estén pagando al personal de la Superintendencia de ISAPRES más las del personal traspasado correspondientes al nuevo régimen de remuneraciones a que estarán afectos con motivo de dicho traspaso, cualesquiera sea la calidad jurídica de estos personales, todo ello considerando su efecto año completo.**

**Artículo vigésimoprimer.- Lo dispuesto en el inciso final del número 11.- del artículo 4° del decreto ley N° 2.763, de 1979, no se aplicará mientras no entren en vigencia las normas relativas a la acreditación de los programas correspondientes.**

**Artículo Vigésimosegundo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, del año 1979.”.**

-----

---

**PRIMER INFORME COMISION SALUD**

Acordado en sesiones de fechas 10, 17, 19 y 23 de diciembre de 2002; 7, 9 y 16 de enero de 2003; 4, 11, 17, 18, 20, 25 y 27 de marzo de 2003; 1º, 3, 15 y 29 de abril de 2003; 2, 3, 5, 9, 10, 12, 23, 30 de junio de 2003; 28, 29 y 31 de julio de 2002, y 4, 5, 11, 12 y 14 de agosto de 2003, con asistencia de los Honorables Senadores señora Evelyn Matthei Fonet (Presidenta), (Carlos Bombal Otaegui), (Edgardo Boeninger Kausel) y señores Alberto Espina Otero, Mario Ríos Santander (Ramón Vega Hidalgo), Mariano Ruiz-Esquide Jara, José Antonio Viera-Gallo Quesney.

Valparaíso, 26 de agosto de 2003.

ROBERTO BUSTOS LATORRE  
Secretario Accidental

## RESUMEN EJECUTIVO

### **PRIMER INFORME DE LA COMISION DE SALUD, ACERCA DEL PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979, CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA, DISTINTAS MODALIDADES DE GESTIÓN Y FORTALECER LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA.(Boletín N° 2.980-11).**

#### **PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISION:**

- 1) Separar claramente las funciones de rectoría, regulación y fiscalización, de las de administración de las acciones de salud. Las primeras corresponden al Ministerio, a la Subsecretaría de Salud Pública, al Instituto de Salud Pública (ISP) y a la Superintendencia de Salud. Las segundas, al sistema de provisión de prestaciones de salud, que incluye la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud, los establecimientos autogestionados en red, los municipales de atención primaria, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST).
- 2) Fortalecer las Redes Asistenciales en el territorio de cada Servicio de Salud, a las que se integrarán los establecimientos dependientes del Servicio respectivo, los de atención primaria municipal y los privados que suscriban el respectivo convenio. La puerta de ingreso al sistema será la atención primaria de salud.
- 3) Crear la categoría de Establecimientos de Autogestión en Red, que serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, que podrán generar ingresos propios, y celebrar convenios y contratos con FONASA y con terceros, para obtener y otorgar prestaciones de y a terceros.
- 4) Proporcionar canales de participación de la ciudadanía, estableciendo como organismos asesores, el Consejo Consultivo de Salud; el Consejo Nacional Consultivo de la Calidad; el Consejo de la Red Asistencial que, también con carácter consultivo, existirá en cada Servicio de Salud.
- 5) Otorgar incentivos remuneratorios, modernizar la carrera funcionaria e impulsar una nueva política de recursos humanos, a través de la incorporación de normas relativas a los trabajadores de la salud.

## PRIMER INFORME COMISION SALUD

**ACUERDOS:** aprobado, unánimemente, en general. **(5x0)**.

**ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISION:** siete artículos permanentes y veintiun artículos transitorios.

**IV. NORMAS DE QUORUM ESPECIAL:** los artículos 10, 21 y 22,  
contenidos en el artículo 7º del proyecto son normas de rango orgánico constitucional, por incidir en atribuciones de los tribunales de justicia.

**V. URGENCIA:** simple.

**ORIGEN INICIATIVA:** Mensaje de S.E el Presidente de la República, iniciado en la Cámara de Diputados.

**VII. TRAMITE CONSTITUCIONAL:** segundo.

**APROBACION POR LA CAMARA DE DIPUTADOS:** sesión de fecha 8 de octubre de 2002, con 58 votos a favor y 43 abstenciones.

**INICIO TRAMITACION EN EL SENADO:** 3 de diciembre de 2002.

**TRAMITE REGLAMENTARIO:** primero.

**LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:**

Ley Nº 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.  
D.L. Nº 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud , el Instituto de Salud Pública y la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

D.F.L. Nº 725, de 1968, Código Sanitario, artículo 5º, sobre interpretación de la expresión autoridad sanitaria.

Ley Nº 19.378, estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal.

Ley Nº 19.607, que modifica el estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal.

Ley Nº 19.490, que establece asignaciones y bonificaciones para el personal del sector salud.

Ley Nº 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas de personal del sector salud.

Ley Nº 18.834, Estatuto Administrativo.

D.L. Nº 249, de 1974, Escala Unica de Remuneraciones.



## PRIMER INFORME COMISION SALUD

D.F.L. N°s. 29,30 y 31, del Ministerio de Salud, de 2000, que crean los establecimientos de salud de carácter experimental Hospital Padre Alberto Hurtado, Centro de Referencia de Salud (CRS) de Peñalolén Cordillera Oriente y CRS de Maipú.

D.L. N° 1.953, de 1977, que establece normas de carácter presupuestario y financieras.

Ley N° 19.429, sobre reajuste de remuneraciones del sector público.

D.S. N° 320, del Ministerio de Salud, de 2003, que determina el aporte estatal a las entidades administradoras de salud municipal (per cápita) para el año en curso.

Valparaíso, 26 de agosto de 2003.

ROBERTO BUSTOS LATORRE  
Secretario Accidental

## INDICE

Constancias		8
Objetivos fundamentales y estructura del proyecto	9	
Antecedentes de derecho	12	
Discusión y votación general	12	
Texto del proyecto aprobado en general	231	
Reseña	304	
Indice	307	

## DISCUSION EN SALA

## 2.2. Discusión en Sala

Legislatura 349, Sesión 29, de 27 de agosto de 2003. Aprobado en general

### **MODIFICACIÓN DE DECRETO LEY Nº 2.763, DE 1979, SOBRE ESTABLECIMIENTO DE NUEVA CONCEPCIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Proyecto de ley, en segundo trámite constitucional y con urgencia calificada de "simple", que modifica el decreto ley Nº 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, instaurar diversas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana, con informe de la Comisión de Salud.

**--Los antecedentes sobre el proyecto (2980-11) figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:**

**Proyecto de ley:**

**En segundo trámite, sesión 16ª, en 3 de diciembre de 2002.**

**Informe de Comisión:**

**Salud, sesión 27ª, en 26 de agosto de 2003.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- La iniciativa se encuentra informada por la Comisión de Salud, la que en sesión del día 8 de enero del año en curso fue autorizada por la Sala para discutirla en general y en particular en su primer informe.

Sus objetivos principales son:

1.- Separar claramente las funciones de rectoría, regulación y fiscalización de las de administración de las acciones de salud.

2.- Fortalecer las Redes Asistenciales en el territorio de cada servicio de salud.

3.- Crear la categoría de Establecimientos de Autogestión en Red, que serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud.

4.- Proporcionar canales de participación a la ciudadanía, y

5.- Otorgar incentivos remuneratorios, modernizar la carrera funcionaria e impulsar una nueva política de recursos humanos.

Cabe destacar que el informe consigna los nombres de todas las autoridades y de los representantes de entidades relacionadas con el área de la salud que asistieron a las distintas

## DISCUSION EN SALA

sesiones que celebró la Comisión, indicando, además, los aportes por escritos recibidos por dicha Secretaría.

La Comisión de Salud aprobó el proyecto en general por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

En cuanto a la discusión en particular, la Comisión de Salud efectuó diversas modificaciones al proyecto despachado por la Honorable Cámara de Diputados, siendo acordadas por unanimidad un gran número de ellas, como consta en el informe.

El texto que propone aprobar en general la Comisión de Salud figura en el informe.

Cabe indicar que los artículos 10, 21 y 22, contenidos en el artículo 7º del proyecto, tienen el carácter de normas orgánicas constitucionales y requieren para su aprobación el voto conforme de 27 señores Senadores.

Finalmente, en lo que respecta a su discusión en particular, la normativa necesariamente debe ser informada por la Comisión de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión general.

Tiene la palabra la Senadora señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, el proyecto de ley de autoridad sanitaria es uno de los textos legales que conforman la denominada reforma de la salud y tiene por objeto establecer las funciones y competencias de los organismos públicos del sector.

Sus disposiciones buscan distinguir entre las acciones vinculadas con la prestación de servicios y aquellas cuyo propósito es regular y fiscalizar; perfecciona el concepto de red de atención; refuerza la atención primaria; regula la calidad de las prestaciones; permite la autogestión de los hospitales; y establece incentivos al desempeño de los trabajadores, como también estímulos para su retiro.

Con el fin de diferenciar las funciones de prestación de servicios de aquellas que consisten en regularizar y fiscalizar, se crea una nueva estructura en el Ministerio de Salud, que tendrá no una subsecretaría, sino dos. Por un lado, la de Redes Asistenciales, encargada de coordinar y articular las atenciones en la denominada red de atención de salud que comprende desde la salud primaria hasta la atención en hospitales de alta complejidad, correspondiéndole, además, fijar los estándares de calidad, tales como exigencias en cuanto a elementos técnicos, calificación de equipos humanos, etcétera, los que serán exigibles a los establecimientos, de acuerdo con los distintos niveles de complejidad en la atención de salud. Y, por otra parte, la Subsecretaría de Salud Pública, que, además de promover la salud, ejercerá funciones de prevención, vigilancia y control de enfermedades que afectan a poblaciones o a grupos de personas. El Subsecretario subrogará, en primer orden, al Ministro del ramo; tendrá

## DISCUSION EN SALA

a su cargo la administración del Ministerio y velará por el financiamiento para las acciones de salud pública.

Dado que el proyecto es largo, complejo y abarca numerosas materias, describiré el funcionamiento de la atención de salud en red.

Los Servicios de Salud seguirán siendo el eje que estructura y articula la red asistencial dentro de un determinado territorio. Este rol articulador se refuerza, quitándole algunas responsabilidades y funciones que hoy día desempeña su Director y que no tienen relación directa con la atención en red, como autorizaciones sanitarias y actividades relativas al control del medio ambiente. Las funciones que hasta ahora correspondían a la dirección de los servicios de salud se traspasarán a los SEREMI. El Director del Servicio será un profesional universitario con competencia en gestión de salud y su nombramiento se realizará de acuerdo con el sistema de Alta Dirección Pública.

La red asistencial estará compuesta por los establecimientos de la atención primaria, los hospitales públicos y los establecimientos privados que suscriban convenios con el Servicio de Salud. Con ello se pretende reforzar el sistema de atención primaria. Esto es muy importante, pues el proyecto establece que el Director del Servicio de Salud deberá fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención. En tal virtud, deberá determinar, para cada entidad administradora de salud primaria -es decir, municipalidades, corporaciones y sus establecimientos, o consultorios, metas específicas e indicadores de actividad. Sobre esta base se evaluará su desempeño, evaluación que tendrá efectos en la asignación de desarrollo y estímulo, es decir, sobre las remuneraciones de los trabajadores de la salud primaria.

El Director podrá disponer la comisión de servicios de funcionarios a distintos establecimientos, incluso a los de salud primaria, cuidando, naturalmente, que no exista menoscabo para el empleado. O sea, podrá trasladar a profesionales desde una entidad a otra, hasta por dos años. Esto tiene por objeto acercar los diversos niveles de atención de salud, optimizar el uso de los recursos y disponer la atención en el lugar más conveniente.

Asimismo, el Director del Servicio podrá celebrar convenios de gestión con las municipalidades, corporaciones u otros entes que presten atención primaria, para asignar recursos asociados al cumplimiento de metas sanitarias o de aumento de la resolutive o de los niveles de satisfacción del usuario. Los convenios deberán ser explícitos respecto de las metas, medios de verificación de logro y medidas en caso de incumplimiento.

Se establece que los beneficiarios de la ley N° 18.469 tendrán que inscribirse en una entidad de atención primaria que corresponda a su domicilio o lugar de trabajo, la que será la

## DISCUSION EN SALA

responsable de dar seguimiento de salud y de prestar las acciones primarias de salud, recibiendo, a su vez, el per cápita y los demás ingresos que correspondan.

En general, señor Presidente, la atención primaria fue objeto de mucho análisis y discusión en la Comisión. Todos los miembros coincidimos en la necesidad de reforzarla, puesto que se brinda una mejor atención al usuario y el empleo de los recursos es más eficiente, si se logran resolver o prevenir los problemas de salud a ese nivel.

Se reconoció que las distintas municipalidades o corporaciones otorgan grados diversos de servicio: algunos muy buenos, otros muy deficientes. Por ello, se han entregado facultades - ya mencionadas- al Director del Servicio de Salud, imponiéndole las obligaciones de fijar metas, celebrar convenios y evaluar el desempeño de los consultorios. No puede ser que cada consultorio sea una isla no adecuadamente integrada a la red de atención, sin que se le aplique ningún tipo de control en cuanto al cumplimiento de metas.

Los establecimientos de atención primaria podrán depender de los municipios, directamente del Servicio de Salud o podrán tener otro origen, por ejemplo universitario, y operar mediante un convenio con el Servicio.

También se discutió en la Comisión el grado de libertad de los usuarios para inscribirse en un consultorio. Por una parte, todos sus miembros coincidimos en que debe haber continuidad en la adscripción de un afiliado o de su familia, pues sólo así se pueden hacer labores de educación, de prevención y de seguimiento. Es absolutamente necesario que una persona o su grupo familiar esté adscrito y que el consultorio sepa en forma exacta cuál es la población que debe cuidar. No obstante, varios Senadores deseábamos que la inscripción pudiera cambiarse si el consultorio no daba atención adecuada, votando con los pies, como dicen los economistas, es decir, yéndose de donde se atiende mal y optando por otro establecimiento que brinde mejores prestaciones.

¿Por qué queríamos eso? Porque si un determinado consultorio sufre un abandono masivo de afiliados debido a la mala atención, se verá en problemas financieros: perderá recursos económicos, pero tendrá que seguir pagando los sueldos a sus funcionarios. Esto obliga al administrador a mejorar la gestión y el servicio a fin de retener a los usuarios y evitar así el desfinanciamiento. La posibilidad de inscribirse en el consultorio correspondiente al lugar de trabajo es un avance en esta materia. Así finalmente lo concordamos, aunque algunos hubiésemos querido mayor libertad para el usuario. No obstante, creemos que es un logro.

En lo relativo a los hospitales, los de mayor complejidad obtendrán la categoría de autogestionado en red el 2009. Esta categoría podrá obtenerse anticipadamente si se cumplen

## DISCUSION EN SALA

determinados requisitos en cuanto a gestión de personal, administración financiera y diversos indicadores y estándares que serán establecidos en un reglamento conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda.

También serán hospitales autogestionados los que se destinen a la atención preferente de determinada especialidad, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, como el Instituto de Neurocirugía, el del Tórax, etcétera.

El director de un hospital autogestionado será nombrado de acuerdo con el sistema de Alta Dirección Pública, y corresponderá al segundo nivel jerárquico. Ejercerá su mandato conforme a convenios de desempeño que celebrará con el Director del Servicio de Salud que corresponda a su territorio, pero no quedará sometido al control jerárquico de este último. Es decir, se mandará solo.

El director del hospital autogestionado deberá elaborar un plan de desarrollo del establecimiento, organizarlo internamente y presentar al Subsecretario de Redes Asistenciales el proyecto de presupuestos, los planes de actividades y de inversiones. En cada presupuesto se fijará la dotación máxima de personal, los recursos para capacitación, horas extraordinarias, viáticos, etcétera. Asimismo, podrá celebrar contratos y convenios en forma muy amplia, por ejemplo, con entidades administradoras de salud primaria. Porque una buena administración de un hospital puede depender en determinadas ocasiones de una buena gestión de la salud primaria. Además, podrá comprar servicios hasta por un 20 por ciento del presupuesto y otorgar también prestaciones a terceros, no beneficiarios. En todo caso, el proyecto establece que los beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios, con la sola excepción de los casos de emergencia y de urgencia. Del mismo modo, podrá celebrar convenios con profesionales que tengan jornadas de, a lo menos, 11 horas semanales, para que atiendan en el establecimiento a sus pacientes particulares fuera de las horas de trabajo diario.

Anualmente, el Subsecretario de Redes Asistenciales efectuará una evaluación de la atención de pacientes, del sistema de gestión, del apoyo al usuario, de la administración, del equilibrio presupuestario y financiero, del cumplimiento de metas, de listas de espera, etcétera. En caso de incumplimiento grave, se exigirá al director del hospital la presentación de un plan de ajuste y contingencia. Si éste no es aprobado o no se cumple en el período acordado, aquél cesará en sus funciones.

El personal será el mismo que se desempeñaba en el hospital al pasar a ser autogestionado y conservará, además, su régimen laboral. Sin embargo, a petición del director del hospital, el Director del Servicio de Salud podrá poner término a la destinación de algunos funcionarios.

## DISCUSION EN SALA

El hospital autogestionado contará con los pagos que le efectúe el FONASA; el Servicio de Salud; el SEREMI, por acciones de salud pública; con los que obtenga a través de concursos, etcétera. Deseo recalcar que autogestionado no es lo mismo que autofinanciado. Pero sí debería significar ajustarse a los presupuestos y planes que se propongan y convengan con el Subsecretario de Redes y con el Director del Servicio de Salud. Es decir, no tendrán que autofinanciarse, pero sí atenerse a los planes y presupuestos que se hayan elaborado y concordado con dichos personeros. Naturalmente, se recibirán dineros públicos como ha ocurrido hasta hoy.

El tema del funcionamiento de los hospitales autogestionados ocupará, sin duda alguna, gran parte del tiempo de la Comisión de Salud durante el estudio en particular. Hace poco recibimos indicaciones, por lo que se aprobaron tal como fueron presentadas por el Ejecutivo. No ha habido aún una discusión exhaustiva al respecto.

Los hospitales de menor complejidad técnica también podrán optar a un mayor nivel de autonomía en la toma de decisiones sobre gestión si cumplen con requisitos de acreditación, de administración eficiente de recursos, de cumplimiento de metas respecto a satisfacción de los usuarios y de articulación adecuada con la red asistencial.

Señor Presidente, he tratado de describir en la forma más breve y esquemáticamente posible el funcionamiento de la red de atención en salud que se propone en el proyecto de ley y que dependerá del Subsecretario de Redes Asistenciales.

La iniciativa, a su vez, traspasa atribuciones desde el Servicio de Salud al SEREMI, que deberá ser un profesional universitario con competencia y experiencia en el ámbito de la salud pública; habrá de velar por el cumplimiento de las normas y programas nacionales de salud; tendrá a su cargo el medio ambiente; otorgará las autorizaciones sanitarias; deberá colaborar con las acciones de salud pública, como la prevención, etcétera; recibirá reclamos como ventanilla única; evaluará el cumplimiento de las metas fijadas a la salud primaria, y organizará la COMPIN.

A su vez, se crea la Superintendencia de Salud, que estará conformada por dos Intendencias distintas: la Intendencia de Seguros Previsionales, que deberá ver lo relativo a dineros y que supervigilará las ISAPRE y el cumplimiento del Régimen de Garantías tanto por parte de éstas como de FONASA; y la Intendencia de Prestadores de Salud, que tendrá a su cargo el establecimiento de normas y la fiscalización de la calidad de los servicios de salud en lo referente a hospitales, clínicas, laboratorios, y también a personas naturales profesionales de la salud.

La Comisión debatió largamente los temas de la acreditación de prestadores institucionales y de la certificación de especialidades y subespecialidades médicas. Actualmente, existe un

## DISCUSION EN SALA

problema de credibilidad, puesto que hay médicos que se proclaman especialistas, sin serlo. Hubo gran consenso en cuanto a que es necesario poder verificar las competencias de los profesionales, para lo cual se creará un registro público de los mismos.

Por otra parte, también hubo acuerdo en el sentido de que se deben fijar los estándares mínimos que han de cumplir los hospitales, clínicas, laboratorios, etcétera, para realizar funciones en sus distintos grados de complejidad. Estos prestadores institucionales deberán ser primero autorizados para funcionar por el SEREMI respectivo; pero luego tendrán que someterse periódicamente a una evaluación acerca del cumplimiento de los estándares que permitan realmente garantizar la calidad requerida. Este proceso de evaluación periódica es lo que se denomina "acreditación", y podrá ser realizado por entidades públicas y privadas. En todo caso, los estándares que se aplicarán serán idénticos para prestadores públicos y privados. Todo este proceso estará a cargo -como señalé- de la Intendencia de Prestadores de Salud.

Deseo ahora referirme brevemente a aspectos que dicen relación a los funcionarios y trabajadores de la salud.

Señor Presidente, he pedido que se reparta un documento elaborado por el Ministerio de Salud -la mayoría de los señores Senadores deberían tenerlo ya en su poder-, que contiene una descripción del proyecto que nos ocupa. Dado que probablemente continuaremos con la discusión de esta iniciativa en la tarde, les permitirá conocer con mayor detalle las materias a que he hecho alusión.

Todas las normas respecto a los funcionarios y trabajadores de la salud están contenidas en las páginas 11, 12 y 13 de dicho documento. Sin embargo -como dije-, me referiré brevemente a este tema.

Ante todo, se incorporan asignaciones de estímulo al desempeño de los equipos de salud de hasta un 5,5 por ciento, ligado al cumplimiento de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención. Hay otro 5,5 por ciento, que es un aumento fijo. Esta modalidad beneficiará a auxiliares, técnicos y administrativos.

La planta de profesionales tendrá una asignación de acreditación individual, lo cual es algo bastante novedoso. Para obtener esta asignación, que es de hasta un 5,5 por ciento, los profesionales deberán someterse periódicamente, cada tres años, a cursos de perfeccionamiento o mantenerse al día, lo cual es muy conveniente en el sector salud. Y habrá otra asignación de hasta 5,5 por ciento asociada al cumplimiento de metas.

Asimismo, se establece una asignación de estímulo a la función directiva, que será de hasta un 11 por ciento y estará vinculada a los hospitales que pueden optar a la categoría de autogestionado. Es decir, esta asignación de 11 por ciento sólo podrá darse a aquellos que



## DISCUSION EN SALA

hayan obtenido los estándares necesarios para ser declarados autogestionados. Para la dirección de los servicios de salud ella estará asociada a que los establecimientos de su área geográfica hubieren alcanzado tal categoría y al cumplimiento de metas sanitarias.

Habrá también una asignación de responsabilidad, concursable, para los directivos de hospitales.

Se modifica el sistema de ascensos. Éstos, por ejemplo, en el caso del escalafón de profesionales se producirán por concurso interno, considerando cuatro aspectos en forma equitativa: desempeño, capacitación pertinente, experiencia calificada y aptitud.

Finalmente, se contempla un Programa transitorio de Incentivo al Egreso, que señala cuántas personas podrán optar a él por año, su costo, el tope de meses de acuerdo con la edad y la remuneración, y a quiénes se privilegiará cuando postulen a dicho programa más personas de las que se pueda financiar.

Quiero destacar que la Comisión trabajó en forma muy intensa. Logramos concordar gran cantidad de disposiciones en un proyecto que prometía un áspero debate, pero que no lo fue. Naturalmente, todavía requiere una nueva revisión profunda, la que - no me cabe duda- será enriquecida con el aporte de las indicaciones tanto de los señores Senadores miembros de la Comisión de Salud como de aquellos que no la integran.

Deseo agradecer, en nombre de todos los miembros del referido órgano, a los gremios y personas que concurren a sus sesiones y aportaron sus conocimientos y comentarios. Los escuchamos en rondas muy extensas para realizar nuestra labor lo mejor posible.

Igualmente, quiero subrayar la labor de apoyo que obtuvimos de la Secretaría.

Señor Presidente, la discusión del proyecto ha sido realmente un agrado. Lo votaron a favor la unanimidad de los integrantes de la Comisión de Salud. Esperamos que sea aprobado por la Sala. Y confiamos en que se fije un período para presentar indicaciones lo suficientemente extenso como para que todos los señores Senadores puedan leer su texto, que es muy complejo, largo y difícil, y de mucha relevancia para el futuro desarrollo del sector salud del país.

He dicho.

El señor BOMBAL (Vicepresidente).- Restan doce minutos para el término de la sesión y está inscrito el Honorable señor Ruiz-Esquide.

¿Desea intervenir ahora o en la tarde?

Si le parece a la Sala, prorrogaremos la sesión para que el señor Senador pueda ocupar sus quince minutos.

El señor MARTÍNEZ.- Señor Presidente, ¿es posible aprovechar este tiempo para formular una consulta a la Honorable señora Matthei?

## DISCUSION EN SALA

El señor GAZMURI.- Y para felicitar a la Comisión que ha trabajado tan intensamente.

El señor BOMBAL (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Senador señor Martínez para hacer las consultas del caso.

El señor MARTÍNEZ.- Mi pregunta es la siguiente. Respecto de la Intendencia de Prestadores de Salud, me pareció escuchar que la certificación podía ser realizada por empresas certificadoras de salud ajenas al sistema, ¿o deben pertenecer obligatoriamente al Estado?

La señora MATTHEI.- No, la Superintendencia puede encargar esa tarea a entes de certificación especializados. Pero ella igualmente mantiene la responsabilidad, pues deberá supervigilar a los certificadores. Es decir, no podrá efectuar esta labor cualquier persona, pues en forma previa tendrá que contar con la autorización de la Superintendencia y cumplir con todos los estándares que ésta exige.

En todo caso -como señalé-, la idea es que, cualquiera que sea la entidad a cargo de ello, los estándares serán los mismos. Es decir, que las distintas empresas certificadoras o el Estado, si éste lo realiza directamente, tengan igual criterio, el que, además, se aplicará tanto a los hospitales públicos como a los privados.

El señor BOMBAL (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ávila.

El señor ÁVILA.- Señor Presidente, con la modalidad de descentralización adoptada respecto de la salud primaria se produjo una fractura del sistema, que sin duda repercute en su eficacia. Tanto orgánica como funcionalmente el sistema quedó escindido y eso ha generado múltiples dificultades, entre las cuales se encuentra todo lo relacionado con la carrera funcionaria de médicos, paramédicos, etcétera.

¿Cómo se aborda ese aspecto? ¿Constituyó motivo de preocupación, a la luz del examen que se hizo del proyecto?

El señor BOMBAL (Vicepresidente).- Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- La principal inquietud de la Comisión fue cómo dar la mejor atención de salud posible con los recursos de que se dispone.

Ninguno de quienes concurren a la Comisión dejó de destacar que para brindar una buena atención de salud se precisa contar con un sistema de atención primaria muy eficiente, y que, además, sea lo más parejo que se pueda.

En este momento hay gran diversidad en la calidad de la atención que otorgan los distintos consultorios y municipalidades. Por ello, nuestra preocupación se centró en cómo dar facultades al Director del Servicio de Salud para exigir, concordar, establecer convenios que apunten a una atención de salud primaria cada vez mejor para lograr darle el mayor nivel de resolución.

El tema de la carrera funcionaria es prácticamente inabordable por nosotros. Carecemos de facultades para presentar indicaciones.

## DISCUSION EN SALA

¿Me está pidiendo una interrupción el Senador señor Viera-Gallo?

El señor VIERA-GALLO.- No, Su Señoría, deseo intervenir después de que termine para responderle.

La señora MATTHEI.- Encantada.

El señor BOMBAL (Vicepresidente).- Recupera la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Por lo tanto, es muy difícil establecer una carrera continua cuando en verdad los empleadores son múltiples. No se puede imponer a una municipalidad que reciba a una persona si su planta está completa, por el solo hecho, por ejemplo, de trasladarse de ciudad, lo que, por lo demás, también ocurre con un trabajador de la empresa privada.

No hay ninguna continuidad, a nadie se le asegura poder cambiarse de una entidad a otra. Por lo tanto, este aspecto no se abordó y, a mi juicio, es muy difícil hacerlo en la medida en que no todos los consultorios dependen de una misma mano, sino de diversos empleadores. En este caso, las municipalidades y las corporaciones también podrán ser otras entidades.

No sé qué va a decir el Senador señor Viera-Gallo, pero me da la impresión de que lo que pide el Honorable señor Ávila es prácticamente imposible.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, ¿me permite?

El señor BOMBAL (Vicepresidente).- Tiene la palabra, Su Señoría.

El señor VIERA-GALLO.- Deseo complementar lo señalado por la Honorable señora Matthei.

En realidad, la Comisión se centró en el problema de cómo procurar que la fractura a que se refirió el Senador señor Ávila, entre la salud municipal y la salud -llamémosla- estatal, pública, aunque la municipal también lo es, sea lo más fácilmente transitable para el enfermo, que al final es lo más importante.

Se estableció con claridad que se ingresa a la Red Asistencial a través de la Atención Primaria de Salud y -algo muy importante- que es el médico tratante del consultorio quien debe conducir las derivaciones, contraderivaciones y seguir la vida clínica o la salud del paciente.

En segundo lugar -como explicó muy bien la Honorable señora Matthei-, se entrega una serie de facultades nuevas al Director del Servicio de Salud para lograr mejores estándares de atención en la salud primaria, que responde a múltiples entes encargados de prestarla: los municipios.

En tercer término, lo que postula el Senador señor Ávila es algo que, a mi juicio, no es inabordable. Desgraciadamente, la reforma de la salud no lo contempla. Jamás un proyecto del Gobierno estableció algún tipo de homologación entre el estatuto del personal de la salud primaria y el de los funcionarios de la salud pública, por decirlo así,

## DISCUSION EN SALA

pese a que en la Comisión el Honorable señor Ruiz-Esquide insistió en ello con gran persistencia. Porque el ideal sería que un médico que se desempeña en un consultorio pudiera transitar fácilmente entre éste y el hospital.

La reforma tampoco incluye incentivos económicos ni de desarrollo profesional para los médicos de la atención primaria, lo que el Senador señor Boeninger alguna vez planteó también en ese órgano técnico.

Lo que sí figura en el proyecto es la facultad del Director de cada Servicio de Salud para destinar a funcionarios de una parte de la red a otra, sin producirles menoscabo, hasta por dos años. ¿Qué significa esto? Que podrá ordenar al médico de un hospital atender en un consultorio durante ciertos días y bajo determinadas condiciones, y éste deberá obedecer. Y, a la vez, disponer que un médico de un consultorio prestara servicios en un hospital, a lo mejor para obtener algún tipo de especialidad o perfeccionamiento. O sea, hay cierta fluidez, aunque no la que se debería lograr.

Es una lástima que el señor Ministro no se halle presente para escuchar este debate. Sería deseable que en la presente reforma, o en un proyecto posterior, el tema planteado por el Senador señor Ávila, que considero de la más alta importancia, pudiera ser resuelto a cabalidad, no obstante todas las dificultades indicadas por la Honorable señora Matthei, por tratarse de múltiples entes prestadores de salud primaria.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Antes de que llegue la hora de término de la sesión, propongo prorrogarla hasta concluir este debate y empalmarla con la sesión ordinaria de la tarde, para evitar el problema de quórum.

¿Habría acuerdo?

El señor MARTÍNEZ.- Sí.

El señor VIERA-GALLO.- Por supuesto.

**--Así se acuerda.**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra la Senadora señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Al parecer, el Honorable señor Ávila desea formular otra pregunta. Tal vez sería conveniente que él interviniera primero, con la venia de la Mesa.

El señor ÁVILA.- Quizás el hecho de que no se captara en esencia lo que envolvía mi consulta sea atribuible a la fatiga que generó el trabajo de la Comisión.

La señora MATTHEI.- También podría deberse a que Su Señoría no la expuso bien.

El señor ÁVILA.- Eso es lo más probable.

Señor Presidente, en vista de las respuestas de los Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo, cabría lamentar que no se haya abordado en la reforma este tema fundamental.

## DISCUSION EN SALA

Las modalidades de descentralización, tanto en salud como en educación, han dado como resultado un debilitamiento en la eficacia de ambos sistemas. Porque al existir la fractura a que me referí, se perdió la capacidad de generar dentro de ellos los estímulos necesarios para el desarrollo profesional de los funcionarios.

Eso, en el ámbito sanitario, según los especialistas y particularmente los médicos, ha significado una suerte de achatamiento para muchos profesionales que trabajan en la salud primaria, donde se les pone un techo demasiado bajo y quedan poco menos que rebotando en un espacio asfixiante desde el punto de vista de su desarrollo laboral.

La señora MATTHEI.- Ahora entendimos a Su Señoría, porque se expresó bastante mejor. No fue la fatiga lo que anteriormente nos impidió comprenderlo.

Debo señalar que ese aspecto sí se abordó en la Comisión. La CONFUSAM estuvo muy presente en todas nuestras deliberaciones. Y, efectivamente, se analizó la preocupación de los médicos de la salud primaria por su futuro, por su falta de perspectivas, ya que no tendrán posibilidades de perfeccionarse ni de ascender. Por ello, entre las obligaciones del Director del Servicio de Salud establecimos el reforzamiento de la capacidad resolutoria de los consultorios.

La idea es reforzar, por ejemplo, una especialidad nueva en la medicina: la de salud familiar o de salud primaria, por la cual se les deberá remunerar en forma adecuada. Por eso, se permite que los médicos de consultorios se desempeñen también en hospitales; que los facultativos de éstos atiendan igualmente en consultorios, y que profesionales de hospitales de alta complejidad trabajen por algunos días en establecimientos de menor complicación.

En el fondo, se ha procurado dar fluidez y perspectivas de perfeccionamiento al personal, el que, incluso, en un momento determinado puede pasar a depender de otro establecimiento.

El tipo de salud primaria que hoy existe, en la que se recetan casi puras aspirinas y donde los pacientes aquejados de cualquier enfermedad son derivados a un especialista -que atiende prácticamente en forma exclusiva en los hospitales-, para el cual obtienen hora a veces para un año y medio después, es precisamente lo que quisimos cambiar. Para ello es absolutamente necesario ir creando mayor fluidez tanto en el desempeño como en las funciones de los médicos. Y esto no es fácil.

Cuando el Senador señor Ávila formuló primitivamente su pregunta, pensé que deseaba que un médico que trabajara, por ejemplo, en un Servicio de la Municipalidad de Concepción, se trasladara sin ningún problema a otro de la de Santiago. Eso no es posible. Y señalé que el punto no era fácil de abordar por tratarse de dos empleadores distintos, con plantas funcionarias y remuneraciones diferentes, etcétera.

## DISCUSION EN SALA

En la Comisión discutimos largamente los temas del perfeccionamiento, el mayor diálogo, la compenetración, el de que realmente las prestaciones de salud se realicen a través de una red asistencial y no se encuentre, por una parte, la salud primaria y, por otra, totalmente desconectada, la secundaria, con rivalidades, problemas e incomunicación entre ellas. Todos esos aspectos mejoraron notablemente y son susceptibles de perfeccionar aún más en el trámite de segundo informe.

Espero haber dado respuesta a las inquietudes del señor Senador.

El señor ÁVILA.- Por lo menos ha hecho lo indecible y creo que lo ha logrado.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se suspende la sesión y continuará a las 4 de la tarde.

-----

**--Se suspendió a las 14:04.**

**--Se reanudó a las 16:11.**

-----

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Continúa la sesión.

Tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, tal vez este proyecto sea el más trascendente de la reforma en el ámbito de la salud –o al menos tanto como el que crea el sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)-, porque dispone una reestructuración completa del sistema público de salud desde el consultorio hasta el mismo Ministerio.

Como explicó en la mañana la Senadora señora Matthei, que presidió la Comisión de Salud, esta iniciativa fue despachada con un muy alto grado de consenso por parte de tal organismo.

Quiero señalar las ideas principales del proyecto, los logros obtenidos en la discusión en el Senado e indicar algunos temas que faltan, los cuales deberían ser dilucidados durante la segunda discusión.

Ante todo, establece una clara distinción entre el nivel normativo -radicado en el Ministro de Salud, en la Subsecretaría de Salud Pública, en el SEREMI- y el nivel ejecutivo, asentado en los servicios de salud.

El SEREMI tendrá un sólo tipo de función ejecutiva en lo relativo a salud pública, donde actuará directamente o a través de convenios con terceros. Podrá celebrarlos con los servicios de salud respectivos. Pero en el resto de las funciones, hay una clara distinción entre la parte normativa y su ejecución.

## DISCUSION EN SALA

Respecto del control y fiscalización, también se estipula algo importante, ya que se crea la Superintendencia de Salud, a cargo de los seguros y de los prestadores. Se pasa el organismo del proyecto AUGE al de la autoridad sanitaria, y será tal superintendencia la que tendrá que vigilar en esencia el buen funcionamiento del sistema.

En segundo término –como también se dijo en la sesión de la mañana-, se constituyen con mayor claridad las redes asistenciales, determinando en forma categórica que los establecimientos de salud primaria municipal pasan a formar parte de la red, y, por tanto, vienen a ser como la puerta de entrada al sistema, ya sea por el consultorio correspondiente al domicilio o al lugar de trabajo donde la persona se inscribe. Como norma general, se ingresará a la red a través de ese consultorio y el médico tratante que allí se desempeñe tendrá la ficha clínica y la historia médica del paciente.

Lo relativo a las redes asistenciales es muy trascendente, porque el Director del servicio deberá realizar las funciones de salud tanto preventiva como curativa, potenciando los recursos provenientes de los distintos organismos que forman parte de la red: consultorios, hospitales autogestionados en red, hospitales privados con convenios especiales con tal servicio.

Por otro lado, el Senado reforzó el papel de la salud primaria, con el objeto de que tenga más capacidad resolutive y mayor integración a la red. Así, el Director del servicio podrá fijar metas a los consultorios o a la corporación que administra la salud primaria a nivel municipal, las cuales serán evaluadas por el SEREMI; y, sobre esa base, si procede, se deducirá cierto porcentaje de la renta variable de las remuneraciones de los funcionarios de esos consultorios. También el Director del servicio podrá pedir la remoción de la persona a cargo de un consultorio o del Presidente de la Corporación Municipal que administre la salud cuando no se cumplan esas metas, y en caso de que el alcalde rechace esa petición, deberá hacerlo a través de una resolución fundada de carácter público.

En cuarto término, se señala que el Ministerio de Salud tendrá la función de establecer los estándares de atención; un sistema de acreditación de prestadores –es decir, cómo se va a certificar que un determinado hospital público o privado cuenta con la implementación suficiente para realizar atenciones de cierto nivel de complejidad-, y un procedimiento de certificación de especialidades.

Respecto de los dos últimos puntos –la acreditación de los prestadores y la certificación de especialidades, que son nuevos-, fueron incorporados posteriormente, tienen una enorme importancia y dieron origen a una larga discusión.

En lo relativo a la certificación de especialidades, se debe tener presente que las de carácter médico vienen a ser una suerte de posgrado de los facultativos –al menos dura tres años-, y debería

## DISCUSION EN SALA

buscarse un método más uniforme y confiable para determinar el grado correspondiente a las especialidades de los distintos profesionales.

Sobre el particular, se aprobó una indicación del Ejecutivo que entrega a las universidades, al igual que a otros organismos privados como CONACEM, el papel de certificadoras de especialidades. Pero lo básico es que habrá un criterio de certificación fijado por el Ministerio y, al mismo tiempo, una determinación de la especialidad requerida para cada tipo de prestación.

En cuanto a lo anterior, creo importante que Sus Señorías tengan en cuenta que con ello esperamos resolver alguna suerte de presión indebida realizada por ciertas sociedades científicas, para tener un manejo cerrado o tal vez monopólico -por así llamarlo- de su especialidad. Es el caso de la Sociedad de Oftalmología, porque no cabe duda de que con optometristas se podría perfectamente resolver hoy en día una cantidad significativa de problemas de salud visual, incluso a nivel de consultorios, y no tener que recurrir en cada oportunidad a un oculista.

En quinto lugar, me parece importante resaltar que se acogió una indicación presentada por mí, a solicitud de autoridades de salud de la Región del Biobío, en el sentido de incorporar la definición de criterios de una salud integrada para el caso de los pueblos indígenas. Porque en la Región del Biobío y en la de La Araucanía hay experiencias muy importantes en materia de salud que combinan la medicina occidental -por así denominarla- con la de las etnias originarias.

En relación con otro punto que considero necesario destacar -el de los hospitales autogestionados en red-, debo señalar que se optó por una solución intermedia, conforme a la cual dichos establecimientos serán desconcentrados; no tienen personalidad jurídica ni patrimonio propios, sino que han de actuar en ambos casos con los del servicio de salud respectivo, y los directores tendrán las diversas atribuciones -indicadas en los artículos 25 y siguientes del proyecto- que hoy día se encuentran en manos de las personas a cargo de los servicios.

Con ello se espera dar mayor eficiencia al manejo de los hospitales tanto del tipo 1 y 2 -los cuales en un plazo máximo que expira el 2009 tendrán la categoría de autogestionados en red- como los de la clase 3 y 4, que tendrán un grado de "autonomía menor"; pero, en todo caso, desconcentrados de las funciones que hoy día desempeña el Director del servicio respectivo.

Aquí lo importante es lograr una síntesis, una ecuación virtuosa, entre las facultades relativas a la conducción de los hospitales y la solidaridad de éstos como miembros de la red. Creemos que hemos logrado avanzar en esa dirección al establecer el cruce de esos dos factores esenciales.



## DISCUSION EN SALA

No deseamos que haya hospitales que sean simplemente oficinas de un servicio que les sea ajeno, como ocurre hoy en día. Tampoco queremos islas autónomas sin ningún grado de solidaridad. Por eso, el concepto de red va unido al de hospital autogestionado.

Confieso que ese tema debe ser perfeccionado con motivo del segundo informe, ya que de la lectura de la norma pertinente podría surgir cierta interpretación en el sentido de que estaríamos privilegiando una suerte de dependencia más directa de los hospitales autogestionados en red respecto del Subsecretario de Redes y no del Director del servicio. En mi opinión, eso sería muy dañino toda vez que, por una parte, significaría borrar con el codo lo que hemos dicho, cual es distinguir entre nivel normativo y nivel ejecutivo; y por otra, se perjudicaría el buen funcionamiento de la red.

En consecuencia, ese punto debe ser revisado con mayor profundidad para que haya una posición coherente, dejando en claro que los hospitales tendrán ese grado de autogestión dentro de la red, la que, por cierto, forma parte del Ministerio de Salud y está sometida precisamente al control del Subsecretario de Redes Asistenciales.

Me parece muy importante señalar lo anterior, porque se trata de un aspecto que ha suscitado la mayor inquietud en determinados miembros del Colegio Médico.

Como dije al comienzo, se crea la Superintendencia de prestadores y de asegurados, cuya tarea será supervigilar determinados aspectos esenciales del sistema.

¿Cómo ha sido el balance de lo realizado?

Primero, altamente positivo. Creo que se ha producido una mejoría sustancial de la reforma dentro de sus líneas matrices. Y segundo, se ha llevado a cabo un trabajo serio, ha habido convergencia de opiniones y se ha escuchado a muchísima gente, como queda claro en el informe.

Sin embargo, falta consignar otros elementos, que no son carentes de importancia. Habría que ver si ello se puede hacer en esta ocasión o en la discusión particular; o bien, si para tal efecto se requiere un segundo impulso legislativo, el cual debería seguir a los proyectos que constituyen la reforma.

El primero se refiere a lo manifestado por el Senador señor Ávila esta mañana. Quisiéramos alguna forma de mayor relación entre la manera de funcionamiento estatutario del personal de la salud primaria y el perteneciente a la salud propiamente pública, por así decirlo.

Me parece que en ese sentido se deben buscar canales de comunicación e incentivos profesionales y económicos, para que la salud primaria posea realmente carácter resolutivo y, al mismo tiempo, para que los médicos vinculados a ella tengan un horizonte de perfeccionamiento y de realización personal, como corresponde.

## DISCUSION EN SALA

No es admisible que en muchos lugares del país la salud primaria sea un campo preferente para médicos ecuatorianos y cubanos, debido a que los profesionales chilenos no quieren incorporarse al sistema. ¿Por qué? Porque de cierta manera todos aspiran al mayor grado de especialización posible, y consideran que aquélla no sólo carece de prestigio profesional, sino que, además, no les permite su perfeccionamiento.

Sería conveniente tratar de abordar ese aspecto.

Un segundo punto dice relación a lo económico. Y si en esta Sala se encuentran presentes miembros de la Comisión de Hacienda, espero que escuchen lo que señalaré.

El señor OMINAMI.- ¡Con mucha atención lo haré, señor Senador!

El señor VIERA-GALLO.- Estimo que en su momento tendrán que ver lo relacionado con el flujo financiero que hay detrás del sistema de salud; vale decir, cómo se paga y qué incentivos positivos existen para un mejor rendimiento.

Una aspiración o premisa lógica del sistema es que las prestaciones se paguen conforme a su valor real. Da la sensación de que se pagarían en esa forma, básicamente, las prestaciones AUGE y no las otras. Como no habrá dentro de los establecimientos de salud, hospitales ni consultorios AUGE sólo este tipo de prestaciones, resulta indispensable, entonces, para el buen funcionamiento del sistema, que todas ellas sean pagadas sobre la base de su valor real y que se otorguen los incentivos positivos adecuados.

Conviene señalar que la Superintendencia de ISAPRE tendrá una función clave en el sistema. Lo lógico es que, al menos, exista una oficina en cada región del país, lo que hoy día no ocurre. En muchas de ellas no la hay y se presentan casos donde aquélla se transforma en Superintendencia de Salud. Sería absurdo comenzar la reforma si no se instala al menos una oficina por región.

No sé cuál podría ser la justificación para que la Superintendencia tenga el control de todo lo relacionado con las ISAPRE -lo que resulta muy obvio-, pero que respecto de FONASA sólo le competa la supervigilancia del sistema AUGE y no lo de no AUGE.

Lo anterior no parece lógico, porque, según el informe de la Comisión, la Superintendencia tendrá entre sus atribuciones "Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud", sin distinguir entre lo AUGE y lo que no tiene esta condición.

Destaco eso, porque si se presenta en la Superintendencia una petición, un reclamo o una presentación de algo que no es AUGE, ¿cómo es posible que ella simplemente reciba la solicitud sin tener actuación activa al respecto?

## DISCUSION EN SALA

Estamos hablando de la entidad que se preocupa de los seguros previsionales, de las instituciones de salud, y no de la relacionada con los prestadores.

Por eso, señor Presidente, creo que en el segundo informe fuéramos encontrar una fórmula para que, una vez establecido el sistema AUGE, la Superintendencia tenga también alguna suerte de tuición sobre el control de lo no contemplado en él. Además, me parece que la forma como están concebidas las atribuciones de ese organismo en lo referente a los prestadores es muy "light" -por decirlo de alguna manera-, porque sólo se refiere a si se cumple o no se cumple con las acreditaciones establecidas.

Por otra parte, conviene señalar que se precisaron las competencias tanto de la Subsecretaría de Salud como de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, diseñándose -es importante este aspecto- una estructura que debería funcionar de manera fluida desde que el paciente se presenta al consultorio hasta que recorre todo el sistema de la red.

Ahora bien, para lograr todo aquello -con esto termino-, además de esta reforma, se necesita la implementación de mayores recursos. Porque no es verdad lo dicho en cuanto a que sólo se trata de utilizar de mejor forma los que se disponen. Por cierto, eso hay que hacerlo, pero también es indispensable que, en la medida de lo posible, se vayan incrementando los dineros destinados al sistema.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, en primer término, deseo manifestar que en Chile ocurre algo que se presenta también en numerosos países y que constituye una paradoja.

Cuando uno analiza nuestro sistema de salud en relación con el existente en las demás naciones del mundo, y lo hace con cierto grado de objetividad, llega a la conclusión de que en Chile, en las últimas décadas, se han producido grandes avances en materia de salud pública y privada. No obstante, la percepción final de la ciudadanía es que los sistemas de salud funcionan mal y que en apariencia vivirían en una permanente crisis. Ello obedece a que las expectativas respecto de los sistemas de salud siempre son mayores que las posibilidades reales de los países de cumplirlas cabalmente, sin ofertas demagógicas.

En el caso de Chile, basta recordar que 30 años atrás tenía una tasa de 9,4 fallecimientos por cada mil habitantes, índice que ha disminuido a 5,4 fallecimientos por cada mil habitantes -prácticamente, se ha reducido a la mitad-, lo que constituye un logro de gran valor, por lo que significa en cuanto a la conservación de la vida de las personas.

## DISCUSION EN SALA

Cualquier análisis demuestra que en nuestro país ha experimentado un fuerte descenso la desnutrición infantil y que el arsenal farmacológico ha crecido considerablemente.

Más aún, en el informe realizado en 2000 por la Organización Mundial de la Salud, Chile aparece ubicado, entre 190 países, en el trigésimo tercer lugar, con un gasto de 315 dólares por persona al año. Portugal, que ocupa el puesto 32, gasta 815 dólares anuales per cápita, es decir, más del doble. Y Malta, que figura dos casilleros más arriba, gasta 551 dólares por persona, lo que representa 75 por ciento más.

Y otro dato que no deja de ser curioso: hoy están vivos la mitad de los chilenos nacidos desde la época de la Independencia. Desde el año 1800, han nacido en nuestro territorio 30 millones de personas, de las cuales 15 millones permanecen con vida en la actualidad.

¿Qué significa todo esto? Que el problema de la salud en Chile dice relación a dos factores que son claves para poder enfrentarlo con éxito. El primero de ellos consiste en actuar sin demagogia, asumiendo que no es posible superar todos los problemas de salud ni en el corto ni en el mediano plazo, ya que no se cuenta con los recursos necesarios para satisfacer todas las demandas de la población.

El segundo factor es el esfuerzo por establecer un sistema de salud eficiente, que minimice las falencias. Para ello, resulta indispensable cumplir, a lo menos, con dos premisas: la primera, determinar el monto máximo que el Estado puede destinar a esa área sin comprometer el desarrollo económico, y la segunda, utilizar los recursos en la forma más provechosa posible.

Hago este preámbulo, señor Presidente, porque la iniciativa en debate entronca precisamente con el segundo de los puntos mencionados. Lo que busca el proyecto de ley sobre autoridad sanitaria es, justamente, mejorar la gestión de los hospitales públicos y efectuar la debida coordinación con el sistema privado de salud, habida consideración de que los recursos con que se cuenta son limitados. Y todo lo que signifique mejorar la gestión beneficia a la gente.

Ésa es la gran labor de modernización que debe hacer nuestro país, teniendo en cuenta que ya se gasta en salud la suma de 1 billón 400 mil millones de pesos, de los cuales más de 500 mil millones de pesos provienen del 7 por ciento de las cotizaciones de los 10 millones de chilenos que pertenecen a FONASA, y una cifra superior, de los dineros que se recaudan por concepto de impuestos y que se destinan a subsidiar la salud de esas personas. Cabe señalar que los 3 millones de compatriotas que se atienden en el sector privado no reciben ningún tipo de subsidio, sino sólo bienes públicos correspondientes a campañas masivas de vacunación y similares.

Entrando directamente al proyecto, señor Presidente, tengo la impresión de que se trata de una muy buena iniciativa legal,

## DISCUSION EN SALA

probablemente la más modernizadora que se ha conocido en muchas décadas. Y me alegra que en la Comisión de Salud hayamos podido realizar un trabajo serio, profesional y transversal, donde cada una de las distintas visiones ha contribuido a que hoy contemos con un texto bastante perfeccionado, respecto de aquel que inicialmente envió el Gobierno y del que despachó la Honorable Cámara de Diputados.

En lo esencial, se contempla una estructura que parte con dos Subsecretarías: la de Redes Asistenciales y la de Salud Pública.

A la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que constituye la columna vertebral de la nueva organización, le corresponderá articular el funcionamiento de todos los establecimientos públicos y de aquellos privados que se incorporen a la red. Ello, desde los consultorios, que deben ser el lugar de ingreso de una persona cuando necesita una atención que no requiere de inmediato un hospital de alta complejidad, pasando por los hospitales niveles 3 y 4, que son habituales en Regiones, y los hospitales nivel 2, de mediana complejidad, hasta, finalmente, los de nivel 1, de alta complejidad.

Articular esta red y hacerla funcionar en forma expedita resulta fundamental para un buen sistema de salud.

El drama que tenemos hoy es que cada paciente juega verdaderamente "al comprahuevos". Esto significa que va a un consultorio; como éste no posee capacidad de resolución, ni muchas veces recursos, lo deriva a un centro de atención, habitualmente de nivel 2, que es el que existe en su provincia, para con frecuencia terminar con una interconsulta en el hospital nivel 1. Pasan meses para que la persona sea atendida, porque es muy baja la capacidad de resolución de la mayoría de los consultorios, que son la puerta de entrada al sistema, lo cual causa eternas derivaciones.

El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá su correlativo en cada Región. El Director del Servicio de Salud, por su lado, llevará a cabo el control de toda la red y velará por la coordinación y el adecuado funcionamiento de ella en terreno. Quien fijará las políticas generales y ejecutará las medidas de control general de la operatividad de la red será el Subsecretario de Redes. Quien la materializará, controlará, fiscalizará e implementará en terreno será el Director del Servicio de Salud.

Algo similar ocurre con la Subsecretaría de Salud Pública. Ésta tendrá a su cargo las materias relativas a la promoción de la salud y la vigilancia, prevención y control de enfermedades que afecten a la población o grupos de personas, así como lo concerniente a vacunas, condiciones sanitarias, control alimentario y medicamentos. Su correlativo será la autoridad sanitaria regional, el SEREMI, quien deberá velar porque en la Región se cumplan adecuadamente las políticas de salud pública, tanto en el plano preventivo como en lo que dice relación al diagnóstico epidemiológico.

## DISCUSION EN SALA

Luego viene, señor Presidente, la estructura de la Superintendencia de Salud, a la que corresponderá la supervigilancia y control de las instituciones de salud previsual (ISAPRES), particularmente en lo atinente al Régimen de Garantías de Salud –cuyo proyecto veremos más adelante-, y del FONASA, también en relación con dicho Régimen de Garantías, así como la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación. Lamentablemente, por lo escaso del tiempo, no puedo extenderme más sobre esta materia, de por sí compleja.

Sin embargo, quiero hacer una prevención. No me parece correcto que la Superintendencia no tenga facultades para supervigilar a FONASA sino sólo en lo referente al Régimen de Garantías. Creo que no hay razón para que el resto de las prestaciones que otorga el Fondo Nacional de Salud queden al margen.

En particular, señor Presidente, deseo referirme a dos temas adicionales. Uno de ellos es el relativo a los establecimientos de autogestión, a los de mayor complejidad, donde tengo la impresión de que se produce un gigantesco avance. Porque por primera vez podrán contar con un presupuesto propio, que será manejado por el director del hospital. Además, se podrá ejercer la administración, lo que, a su vez, permitirá determinar las funciones del personal, dentro del ámbito de competencia de cada uno.

Y, en segundo lugar -lo que resulta aún más relevante-, cabe destacar los convenios que los hospitales pueden suscribir con instituciones públicas o privadas, como ISAPRES, prestadores, clínicas. Con relación a los celebrados con privados, se fija un tope de 20 por ciento respecto de los servicios clínicos (las prestaciones propiamente clínicas de salud), pero no hay límite en cuanto a los servicios de apoyo, que hoy pueden significar un enorme costo para el funcionamiento de un hospital y no existe justificación para que no sean externalizados.

Es evidente que un buen establecimiento, administrado por un buen director, logrará no sólo dar una muy buena atención, sino, además, tener la capacidad de mejorarla con el tiempo.

Sobre esta materia, se disponen incentivos a los funcionarios de los servicios de salud, a los hospitales, para los efectos de que el buen rendimiento tenga compensación, desde el punto de vista de los ingresos.

Obviamente, éste es un paso importante. No debiera ser el definitivo. Hay que perder el complejo de lo que siempre se ha tratado de presentar como una disyuntiva entre la privatización o no de los sistemas de salud. En ninguna parte del mundo la salud opera bajo el criterio de la privatización, sino que lo hace bajo el de la coordinación, esto es, con los sistemas públicos funcionando con autonomía, con capacidad para mejorar su gestión, con metas que cumplir, con

## DISCUSION EN SALA

controles adecuados, con directores responsables y debidamente coordinados con el sistema de salud privado, de tal manera que unos potencien a otros y no actúen por cuerda separada.

Finalmente, deseo hacer una simple mención del tema de las licencias médicas, que en algún momento los miembros de la Comisión expresamos al señor Ministro que debiera ser incluido en el segundo informe.

La situación al respecto es de un abuso inaceptable en la utilización de los fondos públicos. Cabe recordar que los recursos con los que se pagan las licencias provienen de las cotizaciones. No son infinitos. Actualmente, el país gasta 360 millones de dólares anuales por ese concepto, monto que aumenta en 10 por ciento cada año, es decir, en 36 millones de dólares. El gasto en licencias curativas se incrementó en 101 por ciento en los últimos 10 años, y el gasto en licencias maternas, en 250 por ciento, en tanto que el gasto en licencias referidas al niño menor de un año lo hizo en 1.229 por ciento, en circunstancias de que el número de nacimientos totales registró una disminución.

Lo anterior significa que ha existido abuso en la utilización de los recursos –repito-, que se quitan al propio sistema de salud y, por ende, a la gente más pobre, que es la que más los requiere, porque es el sector donde se concentra el mayor número de atención institucional dentro de los hospitales públicos y consultorios. Cada vez que un médico otorga una licencia fraudulenta, falsa, o cada vez que una persona recibe una licencia más allá de los días que merece, se mete la mano al bolsillo de la gente pobre. No se afecta con esta situación a la gente rica, sino a la pobre. Y un país que no tiene control del uso de los recursos para los más pobres no es solidario con quienes más los necesitan. Por consiguiente, esperamos que en la discusión particular se incorpore derechamente un perfeccionamiento en esta materia.

Simplemente quiero agregar algunos datos. En ningún país se cubre ciento por ciento del costo de las licencias médicas. En el caso de Japón se paga 60 por ciento; en España, entre 60 y 75 por ciento; en Italia, entre 50 y 67 por ciento; en Suecia, 75 por ciento.

Tampoco se justifican los tres días iniciales en que no se aplica la licencia médica. Ello es absurdo y lleva a que la persona obviamente pida el cuarto día.

El Senador señor Ruiz-Esquide desde hace muchos años lo ha venido expresando, y también lo hizo en la Comisión. Su Señoría tiene toda la razón.

Asimismo, es incomprensible que los médicos puedan seguir otorgando licencias médicas per se, sin ningún tipo de control, limitación, inhibición o sanción a quien las emite ilegal e indebidamente.

## DISCUSION EN SALA

Por cierto, el Estado debe ser capaz de asegurar el fuero de la persona enferma y que no puede ser despedida por ese hecho, cuya remuneración se le debe pagar, por tanto; mas, por otro lado, el país no puede darse el lujo de botar recursos públicos a la calle por personas inescrupulosas que se han aprovechado de un sistema que en su esencia se encuentra bien concebido, pero que en la práctica ha derivado en abusos inaceptables, los cuales significan, reitero, meter la mano al bolsillo de la gente más pobre.

Concluyo señalando que vamos a votar a favor de la idea de legislar. Nos parece una buena iniciativa. Sin duda, requiere perfecciones; sin embargo, por sobre todo, tiene el gran mérito de haberse construido sobre la base de un gran consenso entre quienes nos situamos en posiciones políticas distintas pero nos damos cuenta de que obedece a una política de Estado hacia el futuro.

He dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Como se trata de un articulado que contiene normas de rango orgánico constitucional, solicito el acuerdo de la Sala para que se puedan recibir los votos de Sus Señorías a partir de las 17:30.

Si no hay objeciones, así se acordará.

Acordado.

Tiene la palabra el señor Secretario.

-----

El señor SEPÚLVEDA (Prosecretario).- Acaba de llegar a la Mesa un segundo informe de la Comisión de Hacienda, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que permite la emisión de deuda pública a través de medios inmateriales y autoriza al Fisco y a otras entidades del sector público para la contratación de instrumentos de cobertura de riesgos financieros, con urgencia calificada de "suma". (Boletín N° 3.258-05).

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Queda para tabla.

-----

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, para comprender bien lo que estamos discutiendo, o sea, la reforma en la salud, creo que tenemos que partir por definir claramente cuáles son los problemas que se plantearán en los próximos años y entender que serán inabordables si no se realiza algún cambio fundamental en la estructura del sistema, en sus metas, en los deberes y derechos de cada uno.

¿Cuáles son los desafíos por enfrentar a partir de ahora, si bien arrancan desde mucho tiempo?



## DISCUSION EN SALA

- 1.- El aumento de los años de vida de la población.
- 2.- La demanda por la calidad de esos años.
- 3.- La aparición de nuevas enfermedades en el adulto mayor.
- 4.- Los progresos terapéuticos de la nueva terapia genética.
- 5.- La demanda de equidad de una población que incorpora la salud y la atención de la enfermedad como un derecho humano, sin perjuicio de su condición y de la entrega de medicamentos y exámenes.

6.- El aumento de los costos (el crecimiento económico de los países occidentales no supera 3 ó 4 por ciento anual, en tanto que el costo de la salud se eleva entre 10 y 12 por ciento).

¿Cuál es, entonces, la exigencia? Los elementos señalados a continuación no se ordenan conforme a prioridad.

- 1.- Más presupuesto nacional.

Nosotros gastamos, en el rubro que nos ocupa, entre 6 y 7 por ciento del producto interno bruto. Otros países, más desarrollados - y algunos que lo son menos-, destinan a ello entre 9 y 12 por ciento.

Pero lo anterior tiene un límite económico y de rendimiento. En Estados Unidos se gasta 14 por ciento del producto interno bruto, y 40 millones de personas carecen de cobertura en salud.

2.- El paso de la medicina curativa a la preventiva, para disminuir las enfermedades y abaratar los costos. Es más fácil prevenir que curar, como se ha dicho siempre, y en este caso la afirmación es de una exactitud extraordinaria.

3.- El llevar la atención médica a la cercanía de las comunidades, con lo cual se logra mayor satisfacción, mayor posibilidad de mejorar el resultado, y, al mismo tiempo, disminuyen los costos.

Estos últimos dos puntos constituyen la esencia de la atención primaria, factor básico en el proyecto.

4.- El mejoramiento de la gestión en cada paso, acto y establecimiento.

La crítica a la gestión del sector público tiene cierto fundamento, pero no es el único mecanismo por el cual puede ser cuestionada. La atención privada, aun de las clínicas más famosas, tampoco presenta, en términos sanitarios, un rendimiento que condiga con el costo que importa o la inversión realizada.

Los mejoramientos de la gestión en salud no tienen que ser medidos sólo en términos económicos, si bien ese aspecto es indispensable. Se deben considerar, fundamentalmente, los logros sanitarios.

## DISCUSION EN SALA

En este mismo punto se busca el mejoramiento de la red en su conjunto, a fin de dar un mejor servicio, abaratar costos y garantizar la equidad a quienes tienen menos recursos.

5.- En seguida tenemos un tema esencial que corresponde al fundamento del proyecto (no entraré en detalles, porque las exposiciones de mis Honorables colegas han sido de una precisión y concisión extraordinaria).

Se trata del reforzamiento de la red pública como eje central para que funcione el sistema público y el sistema global de salud. Como señaló el Senador señor Espina, y con mucha razón, el sector privado es parte de la atención de salud del país. Sin embargo, resulta imposible abordar la salud pública a través del sector privado, porque -tal como se pensaba- la experiencia en este sentido no ha sido beneficiosa en los últimos tiempos. Por ejemplo, según informes del Ministerio inglés, la licitación de los servicios públicos de salud no dio los resultados deseados y ha debido volverse atrás.

Lo anterior no significa pretender abrir un debate entre el sistema privado y el público de salud. Este último es de la esencia de todos los países del mundo, aun de los más capitalistas.

Otro tema vinculado a este punto es -como ya se ha mencionado- solidarizar con el subsector privado. Es evidente que allí existe una falla. Por eso, tanto la iniciativa en debate como las que vendrán apuntan, aparte una mejor gestión del sector público, a solidarizar con el subsector privado, porque de otra manera terminará fracasando en su gestión.

Se persigue, asimismo, la cooperación interrelacionada de los dos sistemas mencionados, pues, aunque poseen distinta lógica, tienen exigencias similares en cuanto al gasto de los recursos y a la forma de abordar la salud.

6.- Cabe destacar la importancia de transformar la salud en una empresa, en términos de participación, realmente multidisciplinaria y, al mismo tiempo, participativa de parte de sus actores: del paciente, de la sociedad y del Estado.

En este esquema, este primer proyecto aborda fundamentalmente la red pública, para darle fuerza y mejorar su gestión; las responsabilidades del aparato estatal en cada uno de sus sectores, de sus actos y en las respectivas acciones que le corresponde realizar. Considera, básicamente, el nuevo concepto de salud.

Aquí se han realizado muchos esfuerzos por demostrar en qué consiste la reforma de la salud. Sin embargo, honestamente, pienso que nos hemos equivocado. Cuando se habla de que el AUGE es la esencia de dicha reforma, creo -con el debido respeto al señor Ministro- que no es así. A mi juicio, su verdadera esencia es la prevención, la atención primaria, visión de lo que debe hacerse cuando la gente está cerca de la red, y no sólo ejercer una medicina curativa de especialización brutal, de deshumanización brutal, donde, en

## DISCUSION EN SALA

definitiva, no se sabe si se trata a los pacientes o a las enfermedades, como corresponde al cambio de la nueva visión holística de la medicina.

Reitero que se ha hecho una magnífica descripción detallada de las fortalezas y debilidades del proyecto.

Por otra parte, ¿cuáles son, a mi juicio, los problemas, las debilidades y objeciones que muchas personas han formulado al proyecto y que nos obligarán -como aquí se ha sostenido- a pedir mayor plazo para estudiar y mejorar la iniciativa en el segundo informe?

En primer lugar, la fractura institucional entre la atención primaria municipal y la atención secundaria hospitalaria estatal.

Desde un comienzo sostuve que se había cometido un error y que existía falta de rendimiento en el sistema sanitario chileno, pues debería haber un sistema público único, distinto del que hubo con el Servicio Nacional de Salud. El nuevo sistema habría que organizarlo a partir de los actuales sistemas de salud, incluidos los municipales, pero de otra manera.

No puedo creer que en el sector salud haya personal que no tenga acceso a una carrera institucional, empezando desde un lejanísimo consultorio hasta llegar a un centro hospitalario razonablemente adecuado donde reciba cierto perfeccionamiento.

Todas esas deficiencias no han sido asumidas por la autoridad, y en la Comisión carecemos de iniciativa al respecto. Pero en el segundo informe buscaremos resolver tal situación.

Estoy consciente de que se requiere enfrentar la estructura municipal, respecto de lo cual se nos alertó sobre la posibilidad de un problema constitucional. Pero igualmente lo considero un tema central.

En este aspecto, como se ha dicho, hemos tratado en la práctica de mejorar al máximo la relación de la autoridad del servicio de salud para poder controlar ciertas acciones sanitarias, pero nos falta construir un puente que acerque mucho más la relación con los trabajadores, los profesionales y sus responsabilidades. Porque de esa manera tendríamos un sistema público único, a pesar de estar conformado por diversos servicios. Sería un sistema público basado en ciertas pautas, con determinada organicidad, lineamientos y 341 atenciones primarias municipales, ya que los recursos de las municipalidades varían en proporción de uno a treinta. Y no puede haber trescientas y tantas formas de financiar o entender la salud, dependiendo de cómo la interprete cada alcalde.

En segundo término, se requieren recursos financieros adecuados para el desarrollo de la salud pública.

Compartimos lo manifestado en muchas oportunidades por el señor Ministro, en el sentido de que el 10 por ciento que el país

## DISCUSION EN SALA

invierte actualmente en salud debería aumentarse, como mínimo, a 30 por ciento.

Por otro parte, en el proyecto hemos logrado al menos una dependencia sanitaria, para que el Servicio de Salud pueda, en determinado momento, intervenir si un consultorio o un servicio de atención primaria municipal no funcionan.

Otro tema que ha motivado conflicto es el estricto sentido de la disposición que regula los hospitales autogestionados en red, y como lo han señalado otros señores Senadores, estimo que lo esencial es lo siguiente:

Primero, se trata de establecimientos autogestionados en red, que no operan en forma autónoma. De modo que aquí hay una diferencia esencial que el Senador señor Viera-Gallo señaló en forma muy precisa. Porque, desde el punto de vista sanitario, significa que están dentro de la red, dependen de sus orientaciones y no pueden salirse de ella, salvo que tengan el buen criterio de hacer mejor las cosas dentro de ese marco global.

Segundo, son servicios dependientes y ligados. Por lo tanto, es imposible pensar que el día de mañana esos hospitales, cualquiera que sea el Gobierno de turno o el director del establecimiento, sean puestos en venta, se entreguen a privados para su gestión o que en ellos se efectúen actividades ajenas al lineamiento general de la salud dispuesto en el país. Y tal vez es bueno saber que en materia sanitaria, más que de los Gobiernos, las cosas dependen de los avances en la epidemiología y cómo se ajustan al proceso social interno.

Posiblemente, el mayor esfuerzo que se hace al crear estos sistemas permite a los servicios de salud transformarse en organismos con libertad de acción. Esta red que uniría las postas, los consultorios, los hospitales de distintas categorías y los de alta gestión, no puede ser solamente el reservorio de los pacientes que le envían desde los servicios base, sino que además tiene que ser un orientador hacia ellos. Y precisamente a eso queremos apuntar.

En tercer lugar, esperamos que las normas sobre autoridad sanitaria de que hemos hablado, podamos ligarlas con los proyectos anunciados, referentes a la modificación de la ley de ISAPRES y a la de garantías explícitas.

Finalmente, trataré de enfocar la iniciativa en estudio de una manera distinta, a fin de no ser reiterativo. Por ello, me referiré sólo a tres temas: el primero es que la salud depende esencialmente de los gestores directos, de los llamados "recursos humanos" y, muy especialmente, de sus profesionales, sin por ello dejar de mencionar el rol que cumple el paramédico, el administrativo. Porque en la salud el recurso humano tiene que ver con el 80 ó 90 por ciento del resultado que se obtenga. Por lo tanto, éste es un aspecto que excede el modelo de salud y, sin duda, nos vamos a topar con él. De no haber cambios

## DISCUSION EN SALA

en la educación superior respecto de la salud, no habrá aplicación correcta de la reforma. Esto lo hemos abordado con los respectivos Ministros en la Comisión, en una visión extraordinariamente interesante.

Lo segundo es que se ha criticado a la Comisión por el proyecto. Incluso, se nos ha acusado –y me parece bien que se haga aquí, con toda franqueza- de triviales y banales, en términos de hacer un trabajo superficial. Por distintas razones, me ha tocado legislar a lo menos en cuatro o cinco reformas de la salud, y debo reconocer que el trabajo realizado por el organismo técnico ha sido extraordinariamente serio. Y nadie tiene derecho a acusarnos, como se ha hecho. Es bueno que el Senado no se sienta avergonzado por el cargo que se hace a una de sus Comisiones.

El tercer aspecto –y con esto concluyo- se refiere a las licencias médicas. Con toda franqueza debo decir que hubo un compromiso inicial con el Ministro de Salud anterior en cuanto a incorporarlas en la reforma del sector. Hemos hecho varias propuestas –agradezco la mención del Senador señor Espina-, y espero que la próxima semana el señor Ministro me reciba para hacerle entrega de una fórmula global, y apurar el asunto de manera tal que recoja las alternativas, dificultades, problemas y todo lo que tiene que ver con la reforma, que excede lo económico, por tratarse de un derecho de los enfermos a ser tratados de la mejor manera posible.

Por lo expuesto, vamos a votar que sí, porque nos parece una buena iniciativa.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ríos.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, de los últimos dos puntos señalados por el Honorable señor Ruiz-Esquide hay uno que quiero rescatar, porque bastaría repetir una frase expresada por él, reafirmarla y terminar el discurso.

El señor Senador ha dicho una verdad enorme: en toda acción que se desarrolle en este campo el factor humano resulta esencial. Y no sólo los profesionales, sino todas las personas que trabajan en el sistema de salud de nuestro país. Ésa es una gran verdad.

El factor humano no es algo que se resuelva con una ley que tenga más o menos artículos, sino mediante otros mecanismos, tales como interés, buenas remuneraciones, dirigentes inteligentes y humanamente adecuados; que no existan tiranuelos, tan usuales en los servicios de salud; que los médicos entiendan que terminó la época feudal; que el trabajo debe enfrentarse con sentido de equipo, sin grandes diferencias en las atribuciones y obligaciones, para evitar ciertas odiosidades.

En verdad, el factor humano es un asunto que compete muy especialmente al Ministro de Salud. Cuando uno pregunta si ha

## DISCUSION EN SALA

habido cursos de relaciones humanas, la respuesta es que muy pocos, casi nada. Más bien la gente experimenta cierta lejanía, no hacia el servicio, el hospital o el consultorio, pues los quieren. Es muy típico que surja con mucha rapidez un conjunto folclórico en determinado hospital, pero sólo hasta ahí llega la cosa; no se avanza más. Y ello, porque la gente tiene remuneraciones bajas y esquemas de trabajo complicados.

Me impresionó mucho un informe entregado por el Director del Hospital de Concepción donde se señala que el promedio de ausentismo por efecto de autorizaciones o licencias médicas era de 20 días por cada una de las 1.300 personas que laboran en él. ¡Son 26 mil días al año! Conversando al respecto con los trabajadores, me dijeron que han cambiado tanto los servicios de medicina de adultos que ya no se trata de ciertas patologías de personas mayores, sino básicamente de servicios geriátricos, donde 70 u 80 por ciento de los pacientes sobrepasan incluso el promedio de días de permanencia, que los directores de hospital aspiran a disminuir en lo posible. Son pacientes muy mayores que están quince, veinte y más días hospitalizados. Y, claro, el personal tiene que levantarlos, con sumo esfuerzo. De repente, vemos auxiliares bastante delgadas –no es muy usual, en todo caso– que deben incorporarlos. Obviamente, terminan con problemas de columna y otros que no pueden resolver, así que piden el día libre o licencia médica. Y como el facultativo está al lado y es amigo, se las da rápidamente y se acaba el problema. Eso va generando un atraso en todo el proceso, y parece indispensable revisar los procedimientos actuales.

En síntesis, recojo absolutamente el factor humano, dada su trascendencia.

En esto tenemos suerte. Y voy a alabar un poco al actual titular de la Cartera de Salud. Todo este análisis de trabajo que hemos hecho se ha podido llevar adelante por su bonhomía, tranquilidad, paciencia, alegría, tristeza y sus silencios, que nos han permitido trabajar bien. Y eso permite que, en un área tan difícil y conflictiva como es la salud, estemos todos tranquilos conversando, sin mayores presiones.

En cuanto al proyecto mismo, lo votaré favorablemente, a sabiendas de que no es una buena iniciativa. Y lo digo con todo respeto y cariño. Tiene ciento veintitantas páginas dedicadas a la administración; es muy reglamentaria –con las características propias de los proyectos de la Cámara de Diputados–, con puntos y comas, y casi con el color de los formularios. ¡Y eso hay que eliminarlo! Debemos confiar en los niveles ejecutivos y administrativos, darles ciertas orientaciones en la ley y libertad para actuar.

Tampoco me parece conveniente el sistema de premiar a cierto grupo de personas por haber logrado determinadas metas. Esta normativa permite otorgar cierto reajuste a quienes alcanzan esos

## DISCUSION EN SALA

objetivos. Todos oímos al Presidente de la República cuando dice: "Hemos cumplido todas las metas. Por tal motivo, reajuste para todos". Pero siempre hay una comita por ahí, o un punto aparte, para luego decir que, dadas las condiciones, los recursos no alcanzan para todos. Es un sistema que no ha dado buenos resultados.

No obstante, hay uno que sí da buenos dividendos: que la gente trabaje en paz; con una remuneración, si no adecuada del todo, al menos relativamente aceptable; que haya una buena relación con sus jefes y armonía en la funciones que desarrollan.

Con respecto al tema de la administración, y cuando se habla de salud pública, en Chile, señores Senadores, existe una sola salud. Lo que hay son administraciones distintas; pero en materia de objetivos, metas, procedimientos y acciones de salud, esta última es una sola. No es posible la existencia de una clínica de administración privada, por ejemplo, sin que el Ministerio de Salud la haya autorizado y entregado instrucciones y obligaciones para dar prestaciones de salud. Por tales motivos -reitero-, la salud en Chile es una sola.

Cuando se habla de que puede ser administrada por privados, vale la pena analizar un poco esta expresión tan usual. De partida, todos, sin excepción, en el Senado somos partidarios, obviamente, de que el Estado tenga la responsabilidad sobre la salud; de eso no hay duda. Así que cuando en alguna emisora se afirma que la Comisión de Salud de esta Corporación quiere privatizarla, es mentira. Así de simple: no hay otra palabra.

Estamos animosos al pensar que el Estado tiene una responsabilidad muy grande en este campo y queremos ayudar a que ella se cumpla y se atienda bien a los usuarios.

La estimación del gasto para este año 2003 en todo el sistema de salud es de 2 billones 720 mil millones de pesos. ¡Eso es lo que se gasta en salud al año en nuestro país! El Estado se pone con algo más de 700 mil millones, es decir, con 25 por ciento. El 75 por ciento restante corresponde a recursos privados, provenientes del 7 por ciento de la cotización de salud y de otras fórmulas. Son privados los laboratorios, las fábricas de sábanas y de equipos, las empresas que construyen hospitales, los que producen alimentos. Aquí no hay fondos públicos. Todo es privado.

El tema radica en quién administra esos fondos: si los mismos que fabricaron todo o un tercero, que es el Estado. Pero como en la administración de estos recursos privados se requieren ciertas condiciones sanitarias y sociales importantes, el Estado sostiene que deben ser administrados por un ente distinto de aquel que, actuando como proveedor, fue más allá de lo conveniente en cuanto al fin de lucro, perjudicando las acciones sociales. Y, así, se dispone que sean personeros del Estado.

¿Cuál es el motivo de esta tremenda discusión? Única y exclusivamente el tradicional cuoteo político, que ha llevado a que los

## DISCUSION EN SALA

directores de los hospitales de las regiones tanto y tanto sean demócratacristianos o socialistas o radicales -si les queda un médico por ahí- o PPD. Eso es verdad. Cuando un médico de alguna de estas colectividades políticas terminaba sus funciones, había que escoger a otro doctor del mismo partido. Y cuando a un Director del Servicio se le decía: "Hay un médico que no pertenece a ningún partido político, pero es muy inteligente, capaz y puede enfrentar bien las cosas", respondía: "No puedo. Tengo que cumplir con el cuoteo". Esta situación ha hecho un daño enorme.

**--(Aplausos en tribunas).**

El señor RÍOS.- Muchas gracias, pero no se puede aplaudir.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Están prohibidas las manifestaciones en el Senado.

El señor RÍOS.- Como decía, esto ha provocado un daño muy grande en todo el proceso de la salud. Pero, a pesar de todos los problemas, aun así -y felicito al Ministerio- los indicadores han ido mejorando, y hoy mostramos su éxito.

A lo anterior se ha sumado la atribución de las municipalidades. Sobre el particular, a través del señor Presidente, quiero referirme a algo que dijo el Honorable señor Ávila en la mañana: que la descentralización provocó ciertos quiebres en el trabajo. No es así. En verdad, la atención primaria es la mayor preocupación de todos los organismos internacionales que vienen a Chile a conocer los éxitos en materia de indicadores de salud. Cuando tuve oportunidad de conversar en China con Li Peng, uno de los personajes más importantes de esa nación, lo primero que me planteó, dentro del contexto de aplicar en su país ciertos ejemplos chilenos, fue su interés por la exitosa atención primaria en Chile. Con el Honorable señor Ruiz-Esquide asistimos hace algún tiempo a una reunión, en la oficina del Presidente del Senado, con el representante de la Organización Panamericana de la Salud, quien nos dijo que venía a conocer la atención primaria. Y lo anterior proviene de la descentralización, que ha permitido que los gestores y actores en la entrega de salud estén cerca de la comunidad y no participen en todo este trajín de repartijas políticas, que a nivel comunal también se da, pero no en forma exagerada, como le ocurría a cada Gobierno, que debía asumir repartiendo cargos.

Creo que este voluminoso informe, de 300 y tantas páginas, de las cuales 130 corresponden al articulado de la ley, va a llegar a un solo lugar: a las personas que trabajan en el sector salud. Podremos aprobar cien modificaciones distintas, podremos crear una verdadera enciclopedia en materia administrativa, pero si no se cuenta con las personas adecuadas y si éstas no se hallan contentas en su trabajo, no vamos a lograr nada.

Es casi lo mismo que sucedió en el debate sobre el divorcio. Todos los señores Senadores planteaban que primero había



## DISCUSION EN SALA

que preocuparse de la familia. ¿Y qué estaba haciendo la sociedad al respecto? Naturalmente, hay que preocuparse de las personas que trabajan en el sector salud, y para eso se requiere eficiencia, afecto, cariño, amor y armonía. Es decir, todo lo que corresponde a un trabajo eficiente.

Esta iniciativa incluye ciertas normas que serán aplicadas en el Plan AUGE. Ése es otro tema. Sobre el particular, debo manifestar que en principio dicho Plan no me "tinca". Tengo la impresión de que se crean patologías de primera y de segunda clase. En su oportunidad, voté en contra de la creación de la Superintendencia que fiscalizaría la aplicación del Plan AUGE, porque no me cabía en la cabeza que un organismo de esa naturaleza controlara algunas prestaciones estatales y otras no. Eso no corresponde a un razonamiento correcto sobre la administración del país.

En suma, señor Presidente, presentaré indicaciones. En todo caso, quiero manifestar mi gran interés por fortalecer más las direcciones de los servicios. Insistiremos. A lo mejor, lo logramos. Parece que ya convencimos al señor Ministro, pero no a instancias superiores -porque uno discute con dos Ministerios, con el de Hacienda y con el de Salud-, para que se pague el 7 por ciento en el Servicio de Salud correspondiente a donde trabaja o a donde vive la persona, a fin crear una relación de unidad entre quien desembolsa ese porcentaje y quien entrega las prestaciones de salud; para que el FONASA se dedique fundamentalmente a la distribución del aporte fiscal que cada año se asigna en el Presupuesto de la nación; y para que en este ámbito se vayan constituyendo familias territoriales que tendrán muchísima fortaleza.

El señor MUÑOZ BARRA.- Como le queda un minuto, señor Senador, ¿me puede conceder una interrupción?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Con la venia de la Mesa y si el señor Senador está de acuerdo...

El señor RÍOS.- Con mucho gusto.

El señor MUÑOZ BARRA.- Señor Presidente, en el fondo quiero formular una consulta al señor Ministro.

El Senador señor Ruiz-Esquide planteó, en uno de los pasajes de su intervención, que la salud depende de los recursos humanos, de los profesionales, paramédicos y administrativos. Por eso, no puedo entender la razón por la cual el Ministerio de Salud hoy no reconoce los esfuerzos realizados por funcionarios del sistema público que ingresan a las universidades para adquirir la calidad de técnicos profesionales de nivel superior. Es tan anómala la situación que el Ministerio les paga un porcentaje de las asignaciones profesionales, pero no les reconoce los grados pertinentes.

El señor RÍOS.- Honorable señor Muñoz Barra, me quedan seis segundos. Deseo finalizar mi intervención.

El señor MUÑOZ BARRA.- Pensé que Su Señoría había terminado.

## DISCUSION EN SALA

El señor RÍOS.- No.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Evitemos los diálogos.

Ha terminado su tiempo señor Senador.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, para redondear la idea, quiero señalar que mi preocupación se centra en la creación de un ambiente laboral de respeto y apoyo a los profesionales y a los trabajadores de todos los niveles, destinado a lograr lo que se ha estimado objetivo fundamental: los hombres y mujeres que trabajan en el sector salud, principal herramienta para alcanzar el éxito en este ámbito.

He dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Ha solicitado la palabra el señor Ministro.

El señor MUÑOZ BARRA.- Quiero pedir disculpas al Senador señor Ríos, porque pensé que había concluido su intervención.

No sé si el señor Presidente me dará la palabra para terminar mi consulta al señor Ministro.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Su Señoría puede solicitarle una interrupción.

El señor MUÑOZ BARRA.- Señor Ministro, ¿me puede otorgar algunos segundos?

El señor GARCÍA (Ministro de Salud).- Por supuesto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Treinta segundos.

El señor MUÑOZ BARRA.- Desearía que el señor Ministro informara al Senado por qué se produce la situación anómala a que me venía refiriendo.

Repito: no obstante pagárseles la asignación profesional a los funcionarios, no se les reconocen los grados. Se trata de personas que, con gran sacrificio y después de las horas de trabajo, concurren a clases vespertinas a diferentes universidades. Si se desea ser consecuente con lo que aquí se dijo, me parece incomprensible que esto suceda.

Pido al señor Ministro que me dé una respuesta sobre esta materia ahora o cuando lo estime pertinente.

Muchas gracias.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor GARCÍA (Ministro de Salud).- Señor Presidente, en primer lugar, quiero agradecer que se esté tratando con mucha dedicación un tema tan trascendente como la salud.

En ese sentido, insisto en que Chile es una sola entidad que desde hace ya mucho tiempo tiene incorporado el concepto de un sistema público y privado, tanto asegurador como prestador. De alguna manera en esta iniciativa de ley se reconocen esos dos mundos y se pide a ambos que interactúen y busquen un fin sanitario común. Y eso es lo que se persigue: que a través del trabajo de la salud pública, y muy especialmente de las tareas de los entes normativos del Ministerio de Salud, se pueda dar cuenta del enorme esfuerzo que -como han

## DISCUSION EN SALA

señalado los señores Senadores- está haciendo el país en su conjunto para mantener estatus sanitarios muy superiores a los que corresponderían conforme al monto de la inversión efectuada. Estos resultados, es indudable, se deben a una muy buena organización y al desempeño de los funcionarios de la salud. En este sentido, el Ministro que habla y el Ejecutivo hacen un público reconocimiento.

No hay duda de que los indicadores logrados hasta ahora no se podrán conservar de no introducirse cambios en la estructura sanitaria. Por eso este proyecto es tan importante. Como se ha dicho, lo voluminoso del informe lo demuestra. Se trata de una ley fundamental, porque reestructura las relaciones entre los distintos actores, y éstos, sean públicos o privados, están al servicio de las personas, a las que nos interesa mantener, en lo posible, sanas. Por ello es tan relevante la prevención, la promoción de la salud y el refuerzo de la atención primaria, objetivos a que apunta la iniciativa.

También es primordial reconocer el esfuerzo para articular redes asistenciales que se coordinen y que busquen la mejor utilización de los recursos, que son escasos.

En atención a las intervenciones efectuadas, quisiera hacer una vez más un público reconocimiento a los trabajadores de la salud. Espero que este proyecto se apruebe en todos sus trámites parlamentarios en el más breve plazo, pues les otorga una serie de beneficios. Por eso, reitero, nos interesa que la iniciativa se despache cuanto antes.

Respecto a lo manifestado por los Senadores señores Ruiz-Eskide, Espina y otros, quiero hacer presente la preocupación del Ejecutivo por el tema de las licencias médicas, cuya pronta resolución es vital. En respuesta a esos planteamientos, quisiera que de común acuerdo buscáramos la mejor forma de solucionar el problema a la brevedad, sin que ello impida el rápido despacho del proyecto en debate, lo que es de la mayor importancia, sobre todo para los trabajadores, que están ansiosos por recibir sus beneficios laborales.

Por último, deseo agradecer la extraordinaria voluntad de los miembros de la Comisión de Salud, que, anteponiendo legítimas visiones de tipo valórico, ideológico y de otra naturaleza, las han subordinado a un fin común, lo que permitirá el perfeccionamiento de la normativa, que -estamos seguros- será beneficiosa para la gente.

Reitero mis agradecimientos a la Comisión por los logros alcanzados.

He dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Ominami.

El señor OMINAMI.- Señor Presidente, estamos iniciando un debate trascendental. Pocas materias tienen más importancia que la salud, pues tiene que ver con la vida y la muerte de las personas.

## DISCUSION EN SALA

A mi juicio, la última reforma positiva en el sector se hizo en Chile hace ya más de cincuenta años, oportunidad en la cual se creó el Servicio Nacional de Salud. Además, es del caso reconocer que el ex Presidente Allende, en su condición de Ministro de Salud en la época mencionada, fue quien condujo esa reforma.

Me parece que, dentro del conjunto de aspectos involucrados en el cambio en estudio, uno muy crucial es el relativo al fortalecimiento del sector público y la manera como se procura reforzar la autoridad sanitaria.

En esta bancada pensamos que el sector público es el único capaz de dar la garantía suficiente para que la salud sea considerada como un derecho de las personas y no simplemente un negocio o una oportunidad para lucrar. Con esto no quiero hacer un juicio peyorativo del lucro. Pero, a mi juicio, la salud, la vida y la muerte deben situarse en un ámbito mucho más cercano a los derechos de la gente que a los intereses del mercado, donde el poder económico reviste una importancia preponderante.

Ésa es la razón por la cual votaremos a favor del proyecto, sin perjuicio de dejar constancia de aprensiones e insuficiencias.

En esa línea, deseo exponer algunas observaciones que me parecen importantes en cinco áreas y que han sido señaladas por Senadores que ya intervinieron.

Mi primera aprensión tiene que ver con la valoración de las prestaciones. Éste es un aspecto fundamental. Porque, ante prestaciones correctamente valoradas y otras subvaloradas, emerge el riesgo gravísimo de caer en una segmentación, incentivándose a los distintos establecimientos a brindar aquéllas de mayor valoración y negar las que aparecen como subvaloradas. Éste es un problema muy grave. Quizás nosotros lo entendamos, pero cuando una persona se enferma no puede elegir entre una dolencia bien valorada y otra subvalorada. En realidad, es una tremenda desgracia sufrir una enfermedad que obligue a someterse a un tratamiento que carezca de una adecuada cobertura. Esto puede llevarnos al peligro -algunos Senadores lo hemos planteado- de provocar una segmentación entre las prestaciones cubiertas por el Plan AUGE -que serán correctamente valoradas- y aquéllas no incluidas en él. Esto puede ser fuente de grandes inequidades e injusticias dentro del sistema. Debemos prestar especial atención a este tema. En la discusión particular, la Comisión de Hacienda podrá hacer una importante contribución sobre la materia.

Mi segunda preocupación se refiere al resguardo de la red. Entiendo los argumentos que se han vertido aquí en el sentido de que lo que se persigue es salvaguardar el concepto de que los hospitales serán autogestionados pero, a la vez, que formarán parte de una red en la cual no se permita que cada entidad hospitalaria ande por su cuenta. Ahora bien, no basta decirlo. El punto radica en tomar las medidas necesarias para que el sistema efectivamente opere.

## DISCUSION EN SALA

Al respecto, deseo llamar la atención sobre ciertos acontecimientos de la historia de nuestro país. Es muy importante tener presente que el traspaso masivo de los consultorios de atención primaria a las municipalidades fue un proceso bastante imperfecto. Algunas de ellas están en condiciones de dar a la atención primaria de salud una dirección correcta y otras carecen de la más mínima posibilidad de hacerlo. En mi opinión, esa transformación no fue bien pensada y todavía estamos pagando las consecuencias negativas de una mala decisión en ese ámbito.

Las dudas que surgen respecto de la forma como está resuelto el problema en la iniciativa tienen que ver con lo siguiente: nos enfrentamos a un doble riesgo. Por una parte, nos exponemos a un retroceso en materia de descentralización, en la medida en que los hospitales autogestionados en red -según se establece en la iniciativa- dependerán de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Porque se están sacando de la dependencia de los servicios descentralizados para ponerlos bajo la subordinación de un ente nacional único. Y, desde ese punto de vista, hay cierto riesgo de centralización excesiva del sistema. Pero, a su vez, el hecho de dejar de depender de los servicios regionalizados tiene, a mi juicio, el germen de la descomposición de la red, independientemente de que ellos puedan llamarse establecimientos autogestionados en red.

No tengo una opinión definitiva sobre la materia. Sin embargo, me parece que hay una discusión legítima, pertinente, acerca de ella. Y un aspecto fundamental es garantizar justamente la unidad, la coherencia de la red pública.

Lo anterior se vincula a un tercer tema que, si bien es más propio de la discusión en particular, considero importante dejarlo planteado. Cuando se definen, por ejemplo, los requisitos que deben cumplir los establecimientos autogestionados en red para tener esta calidad, se fija un conjunto de exigencias un poquito orientadas, según mi impresión, hacia criterios más bien técnicos y de gestión. No se dice derechamente que para ser establecimiento autogestionado en red es preciso tener un buen desempeño en la atención al usuario. Eso, que constituye un criterio muy importante, debería señalarse expresamente, y no se consigna en el texto.

Asimismo, sería muy sustancial, por ejemplo, determinar -al parecer, no se halla contemplado- los requisitos para ser director de establecimientos de este tipo. Cualquier persona no puede ocupar dicho cargo. Evidentemente, no es necesario ser médico para ello, pero hay que contar con determinadas condiciones. Y éstas, por lo que pude observar en el informe, no están definidas. Me parece que deberíamos especificarlas con bastante rigurosidad.

Todo lo que he señalado tiene mucho que ver con ello, porque tales requisitos deben ser coherentes con la idea de la preservación de la red pública.

## DISCUSION EN SALA

Un cuarto punto se refiere a una observación ya planteada por otros señores Senadores y que comparto plenamente. Se ha dicho aquí que tal vez el aspecto más importante de esta reforma tiene que ver con el cambio del modelo de atención. Es decir, que la gente haga uso de la atención primaria y no acuda directamente a los hospitales. Sin embargo, para eso es preciso contar con una atención primaria que esté en condiciones de cumplir con ese papel. Se ha hecho un esfuerzo muy importante al respecto.

Hoy día me tocó acompañar al Presidente de la República en la inauguración justamente de un consultorio de atención primaria en Quillota, donde reiteró el compromiso de poder llegar a destinar, al final de su Gobierno, 30 por ciento del presupuesto de salud a la atención primaria. Es mucho respecto de lo actual. Sin embargo, no me parece una cifra tan espectacular ante el planteamiento que estamos haciendo en cuanto a que la atención primaria debería ser el lugar por donde ha de entrar el 80 ó 90 por ciento de las personas que se atienden en el sistema público.

Ahora, junto con lo anterior, es fundamental el incentivo a la carrera médica dentro de la atención primaria. Y eso, a mi juicio, constituye un punto que también se encuentra ausente del proyecto en análisis. No vamos a contar con una adecuada atención primaria si no hay buena carrera médica, si no existen suficientes incentivos para que los médicos permanezcan en ella. Lo que está ocurriendo -se señaló aquí- en muchos consultorios es, desde ese punto de vista, bastante dramático. Los médicos chilenos no quieren ser parte de la atención primaria. No hay interesados en ocupar los cargos vacantes en muchos de esos servicios.

Por lo tanto, corremos el riesgo de hacer un gran discurso respecto del cambio del modelo de atención y, si no somos capaces de tomar medidas prácticas que aseguren e incentiven a muchos médicos para que deseen ser parte de este esfuerzo en la atención primaria, difícilmente podremos avanzar.

Por último, comparto también la necesidad de incorporar algunas materias que han sido objeto de gran preocupación durante el último tiempo, porque es fundamental legislar sobre ellas. Me refiero al tema de las licencias médicas. Creo que los abusos que se han venido manifestando no pueden continuar.

En todo caso, es preciso buscar aquí la forma para que no se cometan tales abusos. No me parece una buena idea -como alguien sugirió- la de recortar el porcentaje de licencias médicas a quienes hagan más uso de las mismas. El tema es si uno las ocupa más porque está verdaderamente enfermo o porque se está aprovechando de ellas. En este último caso, no se trata de que pague más, sino simplemente de evitar el exceso. Pero si una persona, por desgracia, se enferma mucho, a mi juicio, sería una injusticia castigarla con una sobrecotización.

## DISCUSION EN SALA

Considero que éste es un tema bien importante. Asimismo, en todo lo relacionado con el subsidio maternal deberíamos tratar de buscar mejores fórmulas que las que están operando hoy día, porque éste también se presta para abuso.

Señor Presidente, en el tiempo que aún me resta, deseo conceder una interrupción al Senador señor Muñoz Barra, con la venia de la Mesa.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Muñoz Barra.

El señor MUÑOZ BARRA.- Señor Presidente, sólo deseo completar la consulta que hice denantes al señor Ministro, quien, a mi juicio, más que todo por un lapsus, ni siquiera señaló que me iba a dar una respuesta.

Planteé que en todas las Regiones que representan los señores

Senadores hay cerca de un centenar de esforzados funcionarios de hospitales públicos que han obtenido el título de técnico profesional de nivel superior. En el Parlamento se constituyó una Comisión Mixta para determinar cómo se reconocía dicho título y se estableció que para adquirir tal calidad era preciso cursar seis semestres. Los funcionarios a que me refiero cumplieron con ese requisito. Sin embargo, la única repartición pública que no les reconoce oficialmente el porcentaje de perfeccionamiento es el Ministerio de Salud.

Se han efectuado innumerables consultas a diferentes Ministros y jamás se ha dado una respuesta concreta y taxativa sobre el particular. A tal extremo, que se estudia presentar el caso a la Contraloría General de la República, porque no se está cumpliendo con la normativa legal respecto de esas personas. Incluso, curiosamente – reitero-, en algunas partes se les da un pequeño reconocimiento económico, pero no se está obrando en conformidad a la ley, pues no se reconoce el título de técnico profesional de nivel superior en la forma como ésta señala.

Por lo tanto, deseo pedir muy cordialmente al señor Ministro que no utilice con el Senador que habla la misma estrategia que se ha empleado con los funcionarios que han hecho las consultas durante tantos años. El señor Ministro lleva poco tiempo en el cargo, pero esto ha ocurrido también con los antecesores suyos.

Sé que hay un calendario al respecto. Sin embargo, yo me refiero a quienes han cumplido con los seis semestres y se hallan en poder del mencionado título.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Antes de continuar el debate, deseo -para los efectos del quórum- que se fije plazo para la presentación de indicaciones.

El señor Ministro me planteó la posibilidad de que sea hasta el viernes 12 de septiembre, a las 18.

## DISCUSION EN SALA

El señor RÍOS.- Excúseme, señor Presidente. Éste es un proyecto muy complejo que estudiaremos con mucha atención. Por lo tanto, lo fijaría para después de las Fiestas Patrias.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Eso quiere decir hasta el mes de octubre.

El señor RÍOS.- Por lo demás, antes de esa fecha tampoco podrá tratarse el proyecto, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si ello no es posible, tendría que ser hasta el 6 de octubre

La señora MATTHEI.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra, Su Señoría.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, solicito que sea antes del 6 de octubre, para que la Secretaría disponga de tiempo para ordenar las indicaciones que se reciban y podamos empezar a trabajar inmediatamente después de la última semana destinada a la labor regional.

El señor BOENINGER.- Hasta el lunes anterior a dicha semana, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si le parece a la Sala, se fijará como plazo para formular indicaciones el miércoles 1º de octubre, a las 12.

Acordado.

Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor GARCÍA (Ministro de Salud).- Señor Presidente, solicité intervenir para que el Senador señor Muñoz Barra no crea que no deseo responderle. Todo lo contrario. Tengo la mejor disposición para resolver dicha situación. Ésta presenta cierto grado de complejidad debido a las plantas de la administración, donde algunas de esas carreras no se hallan reconocidas como tales en la estructura.

Por eso, no ha sido del todo sencillo solucionar este asunto, aun cuando tenemos la mejor de las intenciones en tal sentido. Somos plenamente conscientes del importante esfuerzo realizado por un grupo no despreciable de funcionarios que ha seguido cursos reconocidos por el Ministerio de Educación. Por eso, estamos buscando la forma de resolver a la brevedad el problema, y espero poder dar pronto una respuesta formal a esta inquietud manifestada en diversas ocasiones por el Senador señor Muñoz Barra, junto a algunas de las personas afectadas.

En cuanto al tema de la carrera médica y del continuo que debiera existir entre los médicos de atención primaria y los de atención secundaria y terciaria -es decir, las especialidades-, quisiera mencionar que la ley N° 19.664 establece que para optar a las becas se debe haber pasado por la atención primaria en algún minuto. Ahí hay un esfuerzo por que los diversos facultativos tengan una estadía en la atención primaria. De igual forma, estamos viendo -queda en evidencia en la iniciativa en debate- que un director de servicio podrá vincular a



## DISCUSION EN SALA

los médicos de especialidades con la atención primaria, cosa que hoy no se puede hacer, para mejorar las relaciones y potenciar esta clase de atención, que para nosotros es fundamental.

Eso es todo, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Boeninger.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, el proyecto de autoridad sanitaria establece el organigrama del Ministerio de Salud y de sus servicios dependientes, así como de los servicios descentralizados que integran el sector público de salud, sus funciones y relaciones recíprocas, además de, sin alterar los estatutos funcionarios, disponer una modernización de los recursos humanos mediante diversos incentivos al personal, producto esto último de acuerdos surgidos de largos diálogos con los gremios representativos del sector.

Quiero destacar, en primer término, que se ha procurado dar forma a una separación de funciones y a una definición de competencias, de relaciones entre los diversos entes y con los establecimientos de atención primaria, de mecanismos de definición de objetivos y de proyectos, programas y metas, formas de evaluación y métodos de fiscalización que sean congruentes con los propósitos fundamentales de la reforma de salud.

La arquitectura constituida por el Ministerio y los organismos que en el proyecto se definen está diseñada desde la perspectiva de cumplir, entre otros, los siguientes objetivos fundamentales de la reforma.

1) Hacer frente a las nuevas condiciones y desafíos que debemos enfrentar como país, a los cuales se ha referido muy bien el Senador señor Ruiz-Esquide.

2) Ordenar la atención de salud a partir de un conjunto de prioridades sanitarias.

3) Hacer factible el cumplimiento del régimen de garantías que establecerá el proyecto de ley respectivo, que aún queda por estudiar, en el contexto del cual se deberá resolver el problema planteado recién por el Senador señor Ominami, relativo a la distinción entre AUGE y no AUGE.

4) Contribuir a dar forma y potenciar el nuevo modelo de atención, centrado en una mayor resolutivez de la atención primaria, estableciendo una vinculación virtuosa entre ella y la red hospitalaria.

5) Dar un salto en la eficiencia de la gestión de la salud pública.

6) Velar por el cumplimiento de estándares de calidad adecuados a todos los niveles.

7) Establecer reglas del juego iguales para los sectores público y privado, en el marco del cumplimiento de las prioridades y metas sanitarias definidas por la autoridad.

## DISCUSION EN SALA

Fortalecer la salud pública, que es y seguirá siendo preponderante en el país, en el marco de la reforma necesaria de los dos sectores y del establecimiento de relaciones virtuosas entre ambos.

8) Dar forma a mecanismos de evaluación y fiscalización de modo que estas funciones puedan cumplirse con eficacia, a fin de superar el defecto histórico del sector público, en el que gestión hospitalaria y fiscalización se encuentran estructurados de manera tal que el Ministerio y sus dependencias son juez y parte en los procesos de evaluación.

¿Cómo se logran estos objetivos en el proyecto que estamos analizando?

Primero. Los planes, programas y prioridades sanitarias los establece el Ministerio de Salud constituido en Autoridad Sanitaria Nacional que, para su mejor cometido, contará con el concurso de los Consejos Consultivos de Salud –el Consejo Nacional y el de Calidad– respecto de las materias pertinentes a ambos.

A su vez, los SEREMI se constituirán en Autoridades Sanitarias Regionales responsables de velar por el cumplimiento de las políticas nacionales de la salud en sus Regiones y de proponer adecuaciones a las mismas en función de la realidad regional.

Segundo. La competencia del SEREMI se extiende a todas aquellas materias que no dicen relación a la ejecución de acciones de curación o rehabilitación de la salud, transfiriéndosele atribuciones en salud pública que hoy día corresponden a los servicios de salud, a los cuales, de este modo, se les descongestiona, permitiéndoseles dedicarse por entero a su principal función: la atención médica y la potenciación de la salud pública en general.

Tercero. La separación de funciones anotada es la que justifica la creación de las dos Subsecretarías, la de Redes Asistenciales y la de Salud Pública, vinculándose a la primera los servicios de salud y los establecimientos respectivos y, a la segunda, los SEREMI.

Cuarto. La Subsecretaría de Redes tiene, por tanto, a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial en todo lo que implica la definición de normas relativas a los niveles de complejidad necesarios y a los estándares de calidad exigibles. A ellos se vinculan los servicios de salud, los hospitales autogestionados en red, la Red Nacional de Alta Especialidad y también, naturalmente, los establecimientos de menor complejidad.

Quinto. El salto en la eficiencia en la gestión pública se da con la ordenación anterior y, especialmente, con la creación de los hospitales autogestionados en red, a la que se integrarán, de acuerdo con el proyecto, todos los establecimientos de mayor complejidad, a más tardar, el año 2009. Estos establecimientos autogestionados en red serán organismos desconcentrados, dependientes de los servicios de salud, pero dotados de un alto grado de capacidad de decisión, sin patrimonio y sin personería jurídica, pero sí con presupuesto propio y

## DISCUSION EN SALA

amplias atribuciones de gestión que les permitirán tomar iniciativas, decisiones y, en último término, realizar una acción muy flexible y de máxima eficacia en el ámbito que les corresponde.

El Director de los establecimientos –se ha mostrado preocupación por este tema- será designado de acuerdo con la ley de Alta Dirección Pública. Quedará sujeto, por tanto, a los mecanismos de designación, evaluación y remoción que aquélla establece.

Sexto. De este modo, los servicios de salud, sin intervenir en la gestión cotidiana de los establecimientos, estarán en condiciones de cumplir con sus funciones de articulación y coordinación de la red asistencial respectiva, integrada, además, por las entidades de atención primaria y por los establecimientos privados que, mediante convenios, integren la red asistencial.

Séptimo. La salud primaria, objetivo fundamental de la reforma y a la cual se ha hecho reiterada alusión esta tarde, se potenciará, aunque en grado aún insuficiente, mediante el establecimiento de una obligación-facultad del Director de cada Servicio de Salud en cuanto a fortalecer la capacidad resolutive de la atención primaria a través de convenios, comisiones de servicios y, en definitiva, del cumplimiento de metas sanitarias respecto de la población a cargo del consultorio o establecimiento correspondiente.

El hecho de definir metas específicas e indicadores de actividad para cada unidad administrativa de atención primaria y sus establecimientos constituye, indudablemente, una contribución necesaria para la mayor eficacia de ese tipo de atención, hoy tan desigual en calidad, como aquí se ha indicado.

La destinación de funcionarios en comisiones de servicios, con pleno resguardo de sus derechos, permitirá un mejor uso de los recursos humanos.

La celebración de convenios de los Servicios de Salud o de los Establecimientos de Autogestión en Red, en su caso, con los recintos de atención primaria de salud para los efectos de cumplir determinadas metas sanitarias, representa también una forma de aumentar la resolutive y los niveles de satisfacción de los usuarios de estos últimos.

La definición de prácticas y estándares de derivación y de referencia y contrarreferencia, que posibilitan la transferencia de actividades desde hospitales a establecimientos de atención primaria, con un eficaz desempeño del conjunto de la red, es una de las partes medulares del proyecto, cuyo articulado contiene éstas y otras disposiciones tendientes a lograr dicho resultado.

Las reglas del juego iguales para los sectores público y privado; la superación de la relación de juez y parte, además de una efectiva fiscalización de los sectores público y privado, se logran por medio de la creación de una Superintendencia de Salud única, que sustituirá a la actual Superintendencia de ISAPRE y que ha de funcionar

## DISCUSION EN SALA

a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud y de la Intendencia de Prestadores de Salud.

Queda pendiente el problema planteado por el Senador señor Viera-Gallo respecto de la fiscalización por la nueva Superintendencia de aquella parte de la salud pública que no se pueda incluir en el régimen de garantía.

Octavo. Se tratará de acrecentar y preservar la calidad de atención por medio de la creación -consignada en la iniciativa- de un sistema de acreditación de prestadores institucionales de salud y de certificación de especialidades y subespecialidades con relación a los prestadores individuales. Corresponderá a la Superintendencia de Salud controlar a todos los prestadores, públicos y privados, sean personas naturales o jurídicas, respecto del cumplimiento de las normas y de los estándares de acreditación y certificación que se establezcan.

Por último, tanto la calidad de las prestaciones como los costos se van a resguardar por medio de normas de protocolo de atención en salud y otros mecanismos de responsabilidad de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Me parece que estamos frente a un muy buen proyecto. Y quiero destacar -como lo han hecho otros oradores- el hecho sorprendente de que un tema tan polémico haya culminado con grados de acuerdos tan altos entre todos los miembros de la Comisión de Salud y los demás Senadores que participamos permanentemente en ella.

La coincidencia mencionada también se extiende -lo digo con particular satisfacción- a las orientaciones y contenidos de la propuesta emanada de la Subcomisión de Salud, hecha suya por el Consejo Nacional de la Democracia Cristiana y que, a mi juicio, se encuentra adecuadamente reflejada en los acuerdos alcanzados por la Comisión.

Sin perjuicio de los perfeccionamientos que se lleven a cabo durante la discusión particular y, muy especialmente, de la necesidad hecha presente aquí en orden a legislar sobre licencias médicas -ojalá se pueda incorporar la materia en esta iniciativa, siempre y cuando se logren los consensos indispensables para evitar una postergación en su tramitación completa, que sería nociva dada su urgencia e importancia-, aspecto que analizaremos con el mayor interés y cuidado en el segundo informe, voto favorablemente la idea de legislar. Porque entiendo que se halla abierta la votación.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Así es, señor Senador.

Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- ¿Hay más Senadores inscritos, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Sí, Su Señoría.

La señora MATTHEI.- Como no es muy importante lo que pensaba exponer, no intervendré para no restar tiempo a los demás oradores.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Muy bien.

## DISCUSION EN SALA

Propongo a la Sala dar preferencia a los Senadores inscritos -he hablado con algunos de ellos- para fundamentar su voto, hasta por cinco minutos, y posteriormente recoger la votación.

**--Así se acuerda.**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Sabag.

El señor SABAG.- Señor Presidente, pensaba hablar en forma más extensa, pero creo que bastan cinco minutos.

Primero que todo, expreso mis felicitaciones a la Comisión de Salud, que realizó un muy buen trabajo y destinó gran cantidad de horas para llegar con este informe a la Sala.

Felicito también al señor Ministro del ramo y a todo su equipo de profesionales por su empeño en sacar adelante las diversas reformas sobre salud.

En este contexto, quiero señalar que se habla de varios proyectos relacionados con la salud, pero el fundamental es éste, relativo a la gestión. Porque muchas veces la reiterada asignación de recursos no es percibida por la ciudadanía. Conozco el caso de un hospital que contaba con 7 médicos y al entregársele nuevos fondos llegó a 22; pero resulta que ahora atiende a menor número de ciudadanos que cuando disponía de menor número de tales profesionales.

¿Cuál es el beneficio que los chilenos vislumbran en esta reforma? No me cabe duda de que lo esencial es la gestión: la administración de los hospitales debe ser buena y disponer de suficiente autonomía; los cargos de Director, Subdirector y Director Administrativo tienen que ser de dedicación exclusiva, contar con una buena remuneración y proveerse mediante concurso público nacional. Los médicos también deberían contratarse en esa forma, a fin de que trabajen en forma exclusiva y permanente en esos establecimientos, como asimismo los especialistas, aunque se les permita atender allí a su clientela particular, pagando naturalmente el costo que implique la utilización de las distintas dependencias.

El marco regulatorio, tanto para la salud pública como para la privada, ha de ser estricto y único.

La Superintendencia de Salud que se crea, deberá regular a los prestadores de salud y a los aseguradores, públicos y privados; efectuar un seguimiento a los costos de cada uno de los servicios que se otorgan y a la calidad de ellos, y evaluar el grado de satisfacción de los usuarios.

Señor Presidente, aquí se ha hablado bastante de prevenir antes que curar. Eso es primordial. Pero, ¿qué pasa en la práctica? Sólo el 19 por ciento de los recursos para la salud se destina a la atención primaria, en circunstancias de que es ahí donde deben resolverse la mayoría de los problemas sanitarios, con el objeto de evitar que lleguen a los hospitales. Al tener buenos profesionales, con experiencia,

## DISCUSION EN SALA

podremos evitar esa situación. Para ello, evidentemente debemos cambiar el sistema. Hay que incentivar que médicos con años de servicio se vayan a los consultorios. En otros países, a estos profesionales se les permite trabajar en los hospitales hasta cumplir 65 años; luego jubilan y se van a los consultorios. Un doctor con experiencia no hace lo mismo que otro sin ese requisito fundamental.

Nadie quiere correr riesgos. Hoy en día la mala praxis, los errores médicos, hacen que estos profesionales no quieran aventurarse. A una persona con una enfermedad muy simple en un consultorio le piden veinte exámenes! ¡Éstos evidentemente tienen un costo! En cambio, el médico experimentado solicitaría uno o dos a lo sumo, porque, de forma inmediata, puede diagnosticar la enfermedad del paciente, sin incurrir en gastos tan altos como los actuales, con desaprovechamiento del beneficio correspondiente.

Por otra parte, debe analizarse esa mala praxis. A mi juicio, debe existir un sistema tanto público como privado que estudie los errores médicos como un proceso prejudicial; de lo contrario, estamos prácticamente judicializando la salud.

Votaré favorablemente la idea de legislar, señor Presidente, porque creo que éste es un gran proyecto. En mi opinión, la gestión y la calidad de los profesionales, que deben tener autonomía para desempeñar su función, sin duda alguna mejorarán la atención de salud en nuestro país, permitiendo que los recursos que se destinen en este ámbito el día de mañana se traduzcan en beneficios para la ciudadanía.

El señor ÁVILA.- Señor Presidente, a lo largo de la discusión fui registrando algunas inquietudes, acerca de las cuales deseo pronunciarme en términos muy generales.

En primer lugar, estimo que la reforma en su conjunto desperdició la oportunidad de extender el principio de solidaridad a toda la sociedad chilena. Observo que se ha hecho una aplicación de tipo reduccionista al ámbito de las personas de menores ingresos.

Si a esa circunstancia agregamos la incapacidad del Estado para eliminar los diferentes hechos de corrupción que minan el fondo correspondiente, de por sí precario, tenemos una situación bastante compleja.

En los últimos meses, hemos podido ver con espanto cómo una mujer, que se presentó como la versión femenina de Robin Hood, terminó siendo una vulgar arpía que se ha dedicado a socavar una base, desde el punto de vista presupuestario, cada vez más insuficiente para atender los requerimientos siempre crecientes de una gran parte de nuestra población.

Ojalá se aplique, en casos como éste, todo el rigor de la ley para que haya un escarmiento definitivo en este tipo de prácticas.

Ignoro si existe la posibilidad de realizar un control estricto del otorgamiento de licencias médicas mediante la aplicación de

## DISCUSION EN SALA

metodologías computacionales, para los efectos de realizar, cada cierto tiempo, una auditoría respecto de los profesionales que otorgan licencias y evaluar si ello se ajusta o no se ajusta a los principios éticos que deben regir sus acciones.

Por otro lado, me inquieta el hecho de que puedan establecerse especies de prestaciones vedettes, aquellas que estarán rodeadas de todas las atenciones, permitiendo, por lo tanto, que el modo de expedir los requerimientos sea adecuado a las necesidades de quienes lo solicitan, pero dejando en el camino muchísimas enfermedades que quedarán en un segundo plano, lo que impedirá, por ende, que su tratamiento se efectúe con el esmero y eficacia de las otras.

Por esa vía y dado el hecho de que muchas de estas patologías tendrán urgencia de ser atendidas bajo cualquier circunstancia, si el hospital público respectivo no cuenta con capacidad, ellas han de pasar al ámbito privado. Esto puede dar origen, eventualmente, a una progresiva privatización de los servicios públicos de salud, y terminar en un resultado completamente lejano de aquel propuesto por quienes lo concibieron y por nosotros mismos, que tenemos la obligación de legislar.

De todos modos -culmino con esto, señor Presidente-, cabe reconocer el esfuerzo que sin duda llevó a cabo la Comisión de Salud para ir acercando posiciones que, en un momento determinado, parecían muy contradictorias y distantes. Sin embargo, ahora existe una mirada compartida respecto de lo esencial del proyecto, dejando pendientes asuntos que deberán resolverse en el curso de la discusión particular.

El señor HOFFMANN (Secretario).- ¿Cómo vota, Su Señoría?

El señor ÁVILA.- Voto a favor.

El señor PARRA.- Señor Presidente, el extenso informe de la Comisión de Salud tiene fecha 26 de agosto; y pudimos conocerlo recién en la mañana de hoy, al inicio de esta sesión extraordinaria.

Ha sido gracias al completo y claro informe realizado por su Presidenta que nos hemos podido enterar en detalle de sus contenidos esenciales.

Sin duda, ésta es una iniciativa que tiene por objeto aclarar, profundizar y modernizar el rol del Estado y la gestión del sector público en el campo de la salud, esfuerzo que, sin duda, es fundamental para mejorar el nivel de salud a que legítimamente nuestra población aspira.

Votaré, en consecuencia, a favor del proyecto, a fin de que se pueda seguir avanzando en su estudio.

Mientras tanto y a pesar de la tardanza con que pude informarme en detalle sobre la iniciativa, quiero hacer dos comentarios que corresponden a temas que conozco de cerca y que me preocupan.

## DISCUSION EN SALA

El primero tiene que ver con el nuevo artículo 4º que se propone incorporar al decreto ley N° 2.763 -ley orgánica de los servicios de salud-, norma que, en su número 11, se hace cargo del tema de las especialidades médicas, materia que requería regulación. Yo celebro que se haya hecho un esfuerzo en esta dirección, pero no comparto el contenido de esa norma.

En este sentido, alerta sobre el hecho de que ella se cruza, primero, con la del artículo 19, número 11º, de la Constitución -ello lleva a pensar que ésta es una materia propia de la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza-, y segundo, con el proyecto que crea un sistema nacional de acreditación en el campo de la educación superior, en trámite en la Cámara de Diputados.

Por desgracia, éste es un tema donde nunca se ha delimitado con exactitud tanto el ámbito propio de las universidades como el relacionado con otras entidades formadoras de especialistas, y en el que jamás se ha establecido cuál es la naturaleza y la jerarquía de los estudios que conducen al grado de especialista en el campo de la Medicina.

En consecuencia, habrá que hacer un esfuerzo adicional para que eso quede definitivamente aclarado y ordenado.

En segundo término, el artículo primero transitorio introduce normas para incentivar el retiro de los funcionarios, las que me parecen justas, necesarias y convenientes. Los datos proporcionados sobre la cantidad de personal en edad de jubilar y que ha venido retrasando esa decisión son verdaderamente preocupantes.

Pero eso ocurre en toda la Administración Pública. El señor Presidente de la Corporación y el Senador que habla hemos estado preocupados del daño previsional, que no es precisamente lo que se viene resolviendo en el proyecto. Lo que me alarma es que nos estemos llenando de esfuerzos legislativos paralelos, no siempre coincidentes, que sólo tienen en común el fin. Me parece que ésa no es una política legislativa adecuada.

En efecto, por una parte, está la ley sobre nuevo trato funcionario, ya vigente, que contempla incentivos al retiro e indemnizaciones para quienes se acojan a sus disposiciones. Ayer tuvimos en tabla la iniciativa relacionada con el personal de Aduanas - ésta de algún modo sí reconoce el daño previsional- y que además contempla un sistema particular de indemnizaciones. Por otro lado, se encuentra la normativa en estudio, que considera un tercer sistema, con un beneficio similar al consagrado en la ley sobre nuevo trato funcionario, aunque no es coincidente en su monto.

A mi juicio, lo anterior reclama un pronto análisis y una solución de conjunto, global. Porque no hace bien el Ejecutivo cuando sugiere, a través de distintos proyectos, caminos parciales y alternativos. Por eso, formulo un llamado al Gobierno para que ese



## DISCUSION EN SALA

punto sea asumido resueltamente y se pueda convenir una salida justa y adecuada.

Voto a favor.

El señor GAZMURI.- Señor Presidente, en primer lugar, deseo sumarme a las felicitaciones a la Comisión de Salud.

No se trata de algo formal, ni tampoco tiene que ver con el abultado informe proporcionado por ella, sino que la verdad de las cosas es que nos presentó un articulado sobre el cual se ha logrado un nivel de acuerdo en materias sustantivas, lo que era muy difícil imaginar hace algunos meses.

Son acuerdos alcanzados en el referido órgano técnico en torno a un proyecto en el que hay grados de acercamiento importantes por parte de los actores involucrados en el sistema. Y todos sabemos que una gran reforma a la salud es algo relevante, difícil y complejo.

Tengo la impresión de que lo acontecido es muy valorable.

Se han hecho afirmaciones que a mi juicio constituyen definiciones muy centrales. Se alude a un sistema público como eje en materia de salud, el que estará articulado de mejor manera con el sector privado, y se introducen una enmienda bastante sustancial en aspectos relacionados con la autoridad sanitaria y modificaciones en la gestión administrativa.

Sin perjuicio de los notables avances, tengo la impresión de que todavía queda pendiente un tema mayor, que ha sido mencionado en esta Sala: la necesidad de articular de manera más coherente lo relativo a la salud primaria con el sistema en su conjunto.

En este sentido, me parece que sigue subsistiendo una contradicción importante, porque se ha afirmado que es indispensable fortalecer el nivel primario conforme a una visión de salud que no tenga una dimensión puramente curativa, sino preventiva, por ser el que atiende la mayor cantidad de personas y administra muchos de los programas preventivos y de educación sanitaria.

Ahora bien, no obstante que a la autoridad del servicio correspondiente se le otorga mayor capacidad de orientación en lo referente al nivel primario, no se resuelve lo relativo a la existencia de dos sistemas orgánicamente desintegrados.

Al respecto, pienso que hay un cierto acuerdo general amplio acerca de la importancia de ese sector, de la necesidad de que se vincule con el conjunto del sistema de salud y de los problemas que se generan para disponer en el nivel primario de una atención profesional atrayente y eficaz.

Se han mencionado -y también soy testigo de ello en la Región que represento- las tremendas dificultades para incentivar el valor profesional del trabajo en la red de atención primaria, lo que es dramático en las comunas rurales apartadas de los principales centros urbanos.

## DISCUSION EN SALA

Me parece excelente la contribución de profesionales formados en países con los cuales tenemos convenios de reconocimiento de títulos, como Ecuador. Porque la verdad es que si no existieran médicos y médicas ecuatorianos dispuestos a trabajar en muchas comunas rurales de nuestro país simplemente no habría esa atención profesional -esto sucede en varias comunas de la Región del Maule-, ya que los doctores chilenos no desean asumir esa labor.

Los salarios no son tan bajos, porque los alcaldes, que entienden la importancia del sistema, están haciendo ofertas cada vez más atractivas. Se trata de ingresos más elevados que los percibidos en un hospital ubicado en un centro urbano. Ciertamente, en comunas rurales el ejercicio privado de la profesión tiene márgenes muy estrechos.

Hago presente que el fortalecimiento de un médico especialista en atención primaria y su eventual reciclaje en otros niveles de mayor complejidad no queda resuelto. Y eso constituye un punto central.

En lo personal, votaré a favor del proyecto, pero deseo exhortar al Gobierno, que tiene la iniciativa en esta materia, a que aproveche lo construido a través del excelente trabajo, reitero, de la Comisión de Salud, donde hubo capacidad de lograr acuerdos, para enfrentar el problema -lo que me parece crucial- de manera más completa a cómo aparece en el informe.

Entiendo que no es fácil desarrollar un proceso de desmunicipalización del sistema de atención primaria. Pero estimo que es posible llegar a acuerdos sustantivos, así como los alcanzados en relación con otros asuntos contenidos en el proyecto. Nadie habría imaginado hace dos años que entre el Gobierno, la Oposición y los actores principales se lograría tal cosa.

A eso apunta mi exhortación. Porque, como se ha dicho aquí, una enmienda de este tipo se hace más o menos cada 50 años. Y si pretendemos hacer una gran reforma de salud, yo quedaría un tanto frustrado al no haberse resuelto un asunto respecto del cual, desde el punto de vista del diagnóstico, todos coincidimos en que se trata de un problema estructural severo.

Aprovechemos este impulso y el clima de acuerdo que hemos construido en el Senado para enfrentar a fondo el problema. Porque así obtendremos una reforma de carácter y, seguramente, de duración históricos. De lo contrario, en uno, dos, tres o cuatro años más deberemos constatar que, a pesar de todos los esfuerzos por cambiar el eje de los servicios de atención sanitaria hacia lo primario, lo preventivo, lo educativo, sobre la base de una concepción más holística -esta palabra la aprendí del Honorable señor Ruiz-Esquide- de la salud, la reforma habrá quedado a medio camino. Y yo me pregunto: ¿por qué quedarnos a medio camino, cuando hemos demostrado aquí que, con buena voluntad, podemos construir y hacer el camino entero?

## DISCUSION EN SALA

Voto que sí.

El señor COLOMA.- Señor Presidente, a la hora de fundamentar mi voto, deseo efectuar dos reflexiones.

La primera, de carácter general, es que comparto la opinión expresada por todos los señores Senadores en cuanto a que estamos en presencia de un muy buen proyecto, que ha logrado un sorprendente acuerdo. Me parece conveniente hacerlo resaltar. Y ojalá las Comisiones adopten igual disposición en las otras iniciativas.

A mi juicio, del articulado merecen destacarse a lo menos seis elementos de fondo.

Primero: el fortalecimiento, como concepto, de la salud primaria. Aquí, más allá de lo meramente declarativo, se vislumbra un compromiso legislativo bajo esa priorización, cuestión que siempre debería estar presente o subyacente dentro de una política de salud, y que hoy se explicita en forma mucho más certera.

En segundo lugar, considero muy relevante la facultad del Director de los servicios para fijar las metas en el ámbito de la salud primaria. Todos los que somos Parlamentarios desde hace largo tiempo sabemos que eso es lo que de alguna manera siempre se esperaba. A mí me ha tocado representar a distintos lugares del país y puedo decir claramente que tal atribución del Director representa una aspiración de extraordinaria importancia.

En tercer término, la autogestión hospitalaria en determinadas instituciones es también un punto de gran trascendencia, que se va a notar particularmente en el mundo regional. Por supuesto, no es lo mismo que una decisión se tome en un hospital de la Región Metropolitana que en uno de otras Regiones. En ese sentido, todo lo que tenga que ver con autogestión -para saber en forma clara a principio de año cuáles son las metas y cuáles los recursos- apunta, obviamente, a un ordenamiento mayor.

El cuarto elemento de fondo se refiere a la nueva lógica de control. En este aspecto, me parece importante el reconocimiento del Ministerio, en el informe mismo, en cuanto a que en ciertas áreas -por ejemplo, en la asistencial, medio ambiental y ocupacional- la fiscalización ha sido irregular y de escaso impacto sanitario, a veces por exceso y otras por defecto. Creo que lo dijo el señor Ministro. Y es exactamente lo que de alguna manera se trata de revertir por esta vía. En lo que a mí concierne, todo lo que se haga en esta materia con esa lógica -no la de crear burocracia, sino la de hacer eficientes a las instituciones- apunta a un objetivo central.

En quinto lugar, destaca -figuraba como primer punto en la intervención ministerial- la separación de funciones de los servicios, respecto de lo atinente a lo normativo y a la fiscalización. Obviamente, se trata de otro tema relevante, ya que la misma autoevaluación que hace el Gobierno acerca de lo que ocurre hoy día en la autoridad

## DISCUSION EN SALA

sanitaria revela que estamos frente a un elemento central de modificación.

Por último, y en la misma lógica, quiero destacar la importancia de la Superintendencia, tanto en su carácter de prestador como en su concepto de asegurador.

Creo que los aspectos que he mencionado resumen de alguna manera el esfuerzo que vamos a tener que hacer, espero que exitosamente, en la próxima etapa legislativa para tratar de despachar una normativa que es muy esperada.

Mi segunda reflexión –siento un deber expresarla aquí– dice relación a superar algunas inquietudes. Algo ya se ha planteado por otros señores Senadores. Deseo poner énfasis en cuanto al reconocimiento de ciertas carreras profesionales, considerando la asignación profesional. Debemos cuidarnos de hacer distinciones enojosas que generen una suerte de contrariedad en sectores involucrados al no aparecer incluidos en las normas del proyecto.

Me refiero particularmente a los asistentes médicos administrativos. Son personas que cursaron la carrera que impartió la Universidad de Chile entre 1965 y 1978, que constaba de seis semestres de estudio y uno de práctica. La situación afecta a aproximadamente 100 profesionales, la mayoría de los cuales trabaja en la Séptima Región, fundamentalmente en Talca. Ellos no aparecen incluidos en la nómina de quienes tendrán el reconocimiento para los efectos de la asignación y, por lo tanto, carecerán de un incentivo mayor. Estos funcionarios constituyen el nexo entre el área clínica y el área administrativa financiera de las instituciones médicas. O sea, justamente se trata de los profesionales que deberían buscarse para ayudar a dar buen curso a la salud.

Por eso, señor Presidente, junto con pronunciarme a favor de la iniciativa, deseo plantear directamente al Ministerio la necesidad de incorporar a tales funcionarios en el reconocimiento correspondiente, de manera que accedan a la asignación respectiva, lo cual me parece de toda justicia.

Voto que sí.

El señor HOFFMANN (Secretario).- ¿Algún señor Senador no ha emitido su voto?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Terminada la votación.

**--Se aprueba en general el proyecto, dejándose constancia, para los efectos del quórum constitucional exigido, de que se pronuncian favorablemente 43 señores Senadores, y se fija como plazo para presentar indicaciones el 2 de octubre de 2003, al mediodía.**

**Votaron por la afirmativa** los señores Aburto, Arancibia, Ávila, Boeninger, Bombal, Canessa, Cantero, Coloma, Cordero, Chadwick, Espina, Fernández, Flores, Foxley, Frei (doña Carmen), Frei (don Eduardo), García, Gazmuri, Horvath, Larraín, Lavandero,

DISCUSION EN SALA

Martínez, Matthei, Moreno, Muñoz Barra, Naranjo, Novoa, Núñez, Orpis, Páez, Parra, Pizarro, Prokurica, Romero, Ruiz, Ruiz-Esquide, Sabag, Silva, Stange, Valdés, Vega, Viera-Gallo y Zaldívar (don Andrés).

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Habiéndose cumplido su objetivo, se levanta la sesión.

## 2.3. Boletín de Indicaciones

Senado, 17 de octubre de 2003.

BOLETIN N° 2980-11

Indicaciones  
15.10.03

**INDICACIONES FORMULADAS DURANTE LA DISCUSION GENERAL DEL PROYECTO QUE MODIFICA EL D.L. N° 2.763, DE 1979, CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA, DISTINTAS MODALIDADES DE GESTIÓN Y FORTALECER LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA.**

### ARTÍCULO 1º

#### Nº 1)

#### Artículo 4º

- 1.- Del Honorable Senador señor Ríos, para reemplazar su encabezamiento por el siguiente:

“Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular y fijar las políticas de salud, además de entregar la provisión de salud a través de la red de Salud Pública, en conformidad con las directivas que señale el Gobierno. En particular le corresponderá desempeñar las siguientes funciones:”.

- 2.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para sustituir su encabezamiento por el siguiente:

“Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia, tendrá, entre otras, las siguientes funciones:.”.

- 3.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar su encabezamiento por el siguiente:

“Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá desempeñar las siguientes funciones:”.

## BOLETIN INDICACIONES

**1.-**

- 4.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar, en su encabezamiento, la expresión "lo cual" por "la cual".**

**letra a)**

- 5.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituirla por la siguiente:**

"a) Colaborar en la formulación de las políticas y planes generales en materia de salud, elaborar los programas correspondientes para su implementación, controlar y evaluar el cumplimiento de lo anteriormente señalado."

- 6.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimir la palabra "políticas,".**

**2.-**

- 7.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para reponer el propuesto por el Ejecutivo en su Mensaje original, cuyo texto es el siguiente:**

"2.- Definir las normas sanitarias, en aspectos tales como autorizaciones sanitarias; saneamiento básico; calidad de los alimentos; sobre medio ambiente, de acuerdo a la ley Nº 19.300; ambiente laboral; y en lo referente a todas aquellas materias reguladas y sancionadas por el Código Sanitario."

- 8.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimir la palabra "prevención,".**

- 9.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregarle el siguiente inciso:**

"Asimismo, dictar normas sanitarias en aspectos tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, autorizaciones sanitarias, saneamiento básico y, en general, en todas aquéllas materias reguladas por el Código Sanitario."

**3.-**

## BOLETIN INDICACIONES

- 10.- Del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para sustituirlo por el siguiente:**

**“3.- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud.”.**

11.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar, en su inciso segundo, la frase “La fiscalización de las normas contenidas en el Código Sanitario y demás leyes complementarias” por “La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarios y la sanción a su infracción cuando proceda”.

- 12.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, y 13.- señor Ríos, para suprimir su inciso tercero.**

**5.-**

- 14.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para reemplazarlo por el siguiente:**

**“5.- Recopilar y utilizar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Recopilar y utilizar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley Nº 19.628.”.**

- 15.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para sustituir su oración final por la siguiente: “Todo ello conforme a las normas de la ley Nº 19.628 y sobre secreto profesional.”.**

**7.-**

- 16.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para agregarle los siguientes incisos:**

**“Dicha facultad la ejercerá con la participación del consejo consultivo de salud, presidido por el Ministro de Salud y conformado por representantes de las Sociedades Científicas; Colegios Profesionales relacionados con profesiones de la salud; Facultades de Medicina de Universidades reconocidas por el Estado; Organizaciones de trabajadores y usuarios y otros organismos, de acuerdo con el Reglamento correspondiente.**



## BOLETIN INDICACIONES

La autoridad deberá convocar al Consejo Consultivo de Salud en las oportunidades en que se requiera ejercer la mencionada facultad, mediante convocatoria pública. Los actos y deliberaciones del Consejo Consultivo serán públicos. Las opiniones o acuerdos de los integrantes del Consejo Consultivo de Salud, no serán obligatorios para el Ministerio de Salud, sin embargo, la autoridad sanitaria deberá aceptar o declinar fundadamente las opiniones de dichos participantes, al resolver las materias que trata este numeral.”.

**8.-**

- 17.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para reemplazarlo por el siguiente:**

“8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.”.

**9.-**

- 18.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para sustituirlo por el siguiente:**

“9.- Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objeto de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Podrán fijarse estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, equipamiento, aplicación de técnicas y tecnologías, protocolos de atención, organización y capacitación de recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.”.

- 19.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para reemplazarlo por el siguiente:**

“9.- Establecer, mediante las normas legales correspondientes, los estándares mínimos, iguales para el sector público y privado, referidos a condiciones sanitarias seguras y a

## BOLETIN INDICACIONES

la aplicación de técnicas y tecnología apropiada en servicios de atención de salud, tales como requisitos de seguridad de instalaciones y equipos o requisitos de dispositivos médicos de los establecimientos de acuerdo al nivel de complejidad.

El Ministerio de Salud deberá disponer las medidas presupuestarias oportunas y suficientes para que los establecimientos públicos gocen del financiamiento adecuado para su funcionamiento, recursos para inversión, adquisición, reposición y mantenimiento de sus equipos y tecnología que le permita al sistema público de salud, dar cumplimiento en condiciones de igualdad con el sector privado a los requisitos o estándares mínimos de funcionamiento.

Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos, y con las consultas correspondientes a los organismos técnicos nacionales e internacionales reconocidos.”.

**10.-**

**20.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para sustituirlo por el siguiente:**

“10.- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos que correspondan, de acuerdo al tipo de establecimiento y la complejidad de las prestaciones.

Un Reglamento de los Ministerios de Salud y de Hacienda establecerá la entidad o entidades acreditadoras, las que podrán ser públicas o privadas, o el sistema de selección de estas entidades; los requisitos que deberán cumplir; las atribuciones del organismo acreditador con relación a 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; la fórmula de cálculo de los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.

La acreditación deberá aplicar iguales estándares a los establecimientos públicos y privados.”.

## BOLETIN INDICACIONES

**21.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para reemplazarlo por el siguiente:**

**“10.- Establecer mediante un Reglamento del Ministerio de Salud, un sistema de Acreditación de prestadores institucionales de salud, que cuenten con la autorización sanitaria vigente para funcionar, esto es, de los establecimientos asistenciales con personalidad jurídica de derecho público o privado, que proporcionen prestaciones de salud a las personas, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos. Para estos efectos, la acreditación es el resultado del proceso periódico, de evaluación del cumplimiento de los estándares que permitan garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Los estándares se refieren a recursos institucionales, procesos y resultados, tales como prevención de infecciones intrahospitalarias, cumplimiento de protocolos de atención, organización adecuada de las funciones de apoyo, capacitación de recursos humanos, coordinación adecuada en la red asistencial, seguridad y equipamiento apropiado entre otros.**

**El Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda deberán disponer anualmente los recursos suficientes para que los hospitales públicos, así como los consultorios de la atención primaria de salud, se encuentren en las condiciones ante dichas, para dar cumplimiento satisfactorio a los procesos de acreditación que trata esta ley.**

**El mismo Reglamento deberá establecer las entidades acreditadoras, las que podrán ser públicas y privadas, o el sistema de selección de estas entidades; los requisitos que deberán cumplir; el mecanismo de elaboración de los estándares que deben cumplir los prestadores y el procedimiento de acreditación; las atribuciones del organismo acreditador con relación a los resultados de la evaluación; la periodicidad de la acreditación; las características del registro público de prestadores acreditados, nacional y regional que deberá mantener el Ministerio de Salud Pública; los aranceles que deberán pagar los prestadores por la acreditación y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.**

**La acreditación deberá aplicar iguales estándares y procedimientos a los sectores públicos y privados.**

**Los establecimientos públicos de salud, así como los consultorios de atención primaria deberán ser dotados de los**

## BOLETIN INDICACIONES

- recursos necesarios para que efectivamente acrediten en forma periódica, para lo cual el Ministerio de Salud y de Hacienda los evaluarán anualmente disponiendo los recursos o presupuestos sectoriales acorde con las necesidades de la acreditación y el mantenimiento de una red asistencial pública de carácter nacional que tenga capacidad de satisfacer las necesidades sanitarias de la población.”.
- 22.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en su inciso segundo, la expresión “permiten garantizar” por “tienen por objeto”.
- 23.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para sustituir, en su inciso segundo, por coma (,) el punto (.) que sigue a la palabra “usuarios”, y “Los estándares se refieren a” por “tales como”, suprimiendo los términos finales “, entre otros”.
- 24.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar las frases iniciales de su inciso tercero, hasta “entidades;”, por la siguiente: “Un Reglamento del Ministerio de Salud establecerá el sistema de acreditación, el organismo responsable del mismo, la participación en él de entidades públicas y privadas y su forma de selección;”.
- 25.- Del Honorable Senador señor Ríos, para suprimir, en su inciso tercero, la expresión “y privadas”.
- 26.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar, a su inciso cuarto, las palabras “de salud”.
- 27.- Del Honorable Senador señor Arancibia, para agregar, a su inciso cuarto, la siguiente oración: “A la confección del Reglamento, deberá convocarse a los distintos entes representativos del sector, como Universidades, escuelas de medicinas, Asociaciones gremiales de prestadores de Salud y de profesionales del área, Director Fonasa, etc., en general los mismos que formarán el Consejo Nacional Consultivo establecido en el artículo 4º de esta ley.”.

Nº 11

- 28.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para sustituirlo por el siguiente:

“11.- Créase la Corporación Nacional de Acreditación y certificación médica, organismo público autónomo, con personalidad jurídica y

## BOLETIN INDICACIONES

patrimonio propio, con domicilio en la Ciudad de Santiago de Chile que será dirigido por el Consejo Nacional de la Corporación, el que estará integrado por el Ministro de Salud que lo presidirá, por un representante de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile; por un representante de la Asociación de Sociedades Científicas, por un representante de la Corporación Nacional de Certificaciones Médicas, por un representante del Colegio Médico de Chile (A.G.), y por un representante del Presidente de la República, en forma paritaria; entidad que tendrá por objeto establecer los sistemas de certificación de las especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es de las personas naturales que, de manera independiente o dependiendo de un prestador institucional otorgan prestaciones de salud directamente a las personas. Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual la entidad reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencia relevante en un ámbito de trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.

Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca mediante un Decreto con Fuerza de Ley, expedido por intermedio del Ministerio de Salud el que también deberá ser suscrito por Ministro de hacienda, el Reglamento Orgánico de la Corporación Nacional de Acreditación y Certificaciones Médicas de Chile y para regular las siguientes materias:

- a) Para determinar la estructura y organización interna de la Corporación.
- b) Para establecer la planta de funcionarios, como la escala de sueldos y asignaciones correspondientes a los mismos.
- c) Para determinar la fecha de inicio del funcionamiento de la Corporación.
- d) Para determinar los bienes propios de la Corporación.
- e) Para establecer el presupuesto que corresponda a dicha entidad y la forma de su financiamiento a través de ley de presupuestos del sector público anual.”.

29.- Del Honorable Senador señor Parra, para reemplazarlo por el siguiente:

“11.- Establecer un sistema de registro de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones.

## BOLETIN INDICACIONES

Para ser incorporado al registro respectivo el profesional deberá acreditar con certificado otorgado por una Universidad o Instituto Profesional del Estado o reconocida por éste, haber cursado y aprobado los correspondientes estudios de postgrado postítulo.

El desarrollo de los programas referidos estará a cargo de las instituciones de educación superior habilitadas, las que podrán impartirlos en Convenios con los Servicios de Salud o con otras instituciones prestadoras de salud. Dichos programas se acreditarán conforme a las normas y procedimientos que establezca en decreto conjunto de los Ministerios de Educación y Salud.”.

30.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en su inciso primero, las frases “de las personas naturales que, de manera independiente, dependiente de un prestador institucional o a través de un convenio con éste, otorgan prestaciones de salud directamente a las personas” por la siguiente: “de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud”.

31.- Del Honorable Senador señor Ríos, para “Definir qué profesiones y subespecialidades se quiere certificar.”. (SIC)

32.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para sustituir, en su inciso segundo, la expresión “una entidad” por “se”.

33.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para sustituir sus incisos tercero, cuarto y quinto por los siguientes:

“Mediante un Reglamento de los Ministerios de Salud y Educación se determinarán las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades, como asimismo las condiciones que deberán cumplir las entidades interesadas en certificar, con el objeto de recibir la autorización para ello. El Reglamento establecerá, asimismo, las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema y la forma en que las entidades certificadoras deberán dar a conocer lo siguiente: los requisitos mínimos de conocimiento y experiencia que exigirán para cada especialidad o subespecialidad, los procedimientos de examen o verificación de antecedentes que emplean para otorgar la certificación, los antecedentes respecto del cuerpo de evaluadores que utilizan, los antecedentes que deberán mantener respecto del proceso de certificación de cada postulante y las características del registro público nacional y regional de los prestadores certificados, que deberá mantener la Superintendencia de Salud.

Las Universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras respecto de los alumnos que hayan cumplido con un

## BOLETIN INDICACIONES

programa de formación y entrenamiento ofrecido por ellas mismas, si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente.”.

34.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para sustituir, en su inciso tercero, las frases “se determinarán fundadamente las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades de acuerdo a sus programas de evaluación, formación o entrenamiento; las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema;” por las siguientes: “se determinarán las especialidades y subespecialidades que serán objeto de certificación y las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales que realizarán dicho procedimiento, de acuerdo a sus programas de formación o entrenamiento; la forma de llevar”.

35.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, en su inciso cuarto, a continuación de sus palabras iniciales “Las entidades”, el término “certificadoras”.

36.- Del Honorable Senador señor Parra, para “suprimir en el N° 2, artículo cuarto tercer inciso primero el número 11;”. (SIC)

12.-

37.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para reemplazarlo por el siguiente:

“12.- Establecer, conjuntamente con las sociedades científicas, las Facultades de Medicina de las Universidades reconocidas por el Estado y la Corporación Nacional de Certificaciones Médicas y el Colegio Médico de Chile (A.G.) las normas de protocolo de atención en salud.

Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados, los que tendrán el carácter de referenciales y cuya aplicación dependerá especialmente de criterios clínicos y sanitarios observados en los casos determinados, así como de los recursos organizacionales y financieros dispuestos para la atención de las personas. Los protocolos sólo serán obligatorios para el sector público y privado, en caso que existe una causa sanitaria que fundadamente lo establezca la autoridad sanitaria en la resolución correspondiente.

38.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para sustituirlo por el siguiente:

## BOLETIN INDICACIONES

“12.- Establecer, mediante resolución normas contenidas en protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.”.

**39.- Del Honorable Senador señor Ríos, para “Cambiar “carácter referencial de los protocolos” por “carácter obligatorio de los protocolos” (SIC), y para suprimir su oración final.**

**13.-**

**40.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para sustituirlo por el siguiente:**

“13.- Implementar conjuntamente con el Colegio Médico de Chile (A.G.) los sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores médicos, originados en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales.

Así mismo, el Ministerio de Salud en conjunto con otras entidades podrá desarrollar sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores institucionales originadas en el otorgamiento de acciones de salud.”.

**41.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, a continuación de la palabra inicial “Implementar”, la expresión “, conforme a la ley,”.**

**14.-**

**42.- De S.E. el Presidente de la República, y 43.- de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimirlo.**

**44.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para ubicarlo como 5.- del N° 1).**

**15.-**

**45.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazarlo por el siguiente:**



## BOLETIN INDICACIONES

"15. Formular políticas que promuevan la participación en las diferentes entidades del Sistema y que permitan incorporar el enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena."

**16.-**

46.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para agregarle las siguientes frases: "especialmente para que en igualdad de condiciones con el sector privado puedan dar cumplimiento a los estándares de calidad, a las exigencias de acreditación y al debido cumplimiento de la función asistencial en todo el territorio nacional".

**16.- y 17.-**

**47.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para ubicarlos después del 8.-.**

**17.-**

**48.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar la siguiente frase, precedida de coma (,): "a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la Secretaría Regional de Salud correspondiente".**

**N° 2)****Artículo 4º bis**

**49.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimirlo.**

**50.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para sustituir su inciso primero por los siguientes incisos:**

"Artículo 4º bis.- Para el cumplimiento de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud convocará un Consejo Consultivo de Salud que tendrá el carácter de asesor en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de los lineamientos estratégicos del sector.

El Consejo deberá reunirse a lo menos una vez cada semestre del año, tendrá la facultad de autoconvocarse y de emitir opiniones dirigidas al Ministro de Salud quien podrá acogerlas o rechazarlas en cualquier caso fundadamente.

## BOLETIN INDICACIONES

Los integrantes del Consejo podrán requerir de cualquier organismo público los antecedentes que le sean necesarios para otorgar una adecuada asesoría al Ministro de Salud ya sea por habersele requerido o por iniciativa propia.

El referido Consejo será presidido por el Ministro de Salud y estará integrado por: ..... ”.

- 51.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para intercalar, en su inciso primero, a continuación de la expresión “Consejo Consultivo de Salud”, la frase “con la participación de los gremios representantes de los trabajadores de la salud”.**
- 52.- Del Honorable Senador señor Ríos, para “Agregar participación de los Gremios.” (SIC)**
- 53.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimir su número 11.-.**
- 54.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para reemplazar, en su inciso tercero, la expresión “cinco años” por “tres años”.**

Artículo 4º ter

- 55.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para suprimirlo.**

Nº 3)  
Artículo 5º

- 56.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir los incisos segundo, tercero y cuarto por el siguiente:**

“La estructura y organización interna del Ministerio de Salud se determinará conforme lo establecido en el artículo 27 de la ley Nº 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes.”.

- 57.- De la Honorable Senadora señora Matthei, y 58.- del Honorable Senador señor Parra, para suprimir los incisos tercero y cuarto.**

Nº 6)  
Artículo 8º

- 59.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para reemplazar su primer inciso por el siguiente:**

## BOLETIN INDICACIONES

**“Artículo 8º.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del sistema y la función de velar por el cumplimiento de las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para la atención integral de la salud de las personas y de los estándares de calidad que le serán exigibles.”.**

- 60.- Del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para suprimir, en su inciso primero, las frases que siguen a la palabra “Sistema”.**
- 61.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en su inciso primero, la palabra “servicios” por “acciones”.**
- 62.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para reemplazar, en su inciso primero, la frase “la atención integral de la salud de las personas” por “distintos tipos de prestaciones”.**
- 63.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para sustituir el segundo de sus incisos por el siguiente:**
- “Para ello, el Subsecretario de Redes propondrá al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema.”.
- 64.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar, en el segundo de sus incisos, la frase “los organismos que integran el Sistema” por “las demás entidades que integran el Sistema conforme al artículo 2º de esta ley”.**
- 65.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Eskude y Viera-Gallo, para agregar, a su segundo inciso, la siguiente oración: “Le corresponderá, asimismo, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud en todo lo relativo a las redes asistenciales de salud e impartirles instrucciones.”.**
- 66.- De S.E. el Presidente de la República, para suprimir su tercer inciso.**
- 67.- De los Honorables Senadores señores Parra, y 68.- señor Ríos, para suprimir su cuarto inciso.**

## BOLETIN INDICACIONES

**69.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, en su inciso cuarto, después de la palabra "Ministeriales", la frase "en las materias de su competencia, y de las".**

**70.- Del Honorable Senador señor Muñoz Barra, para sustituir su último inciso por el siguiente:**

"El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda."

**71.- Del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para reemplazar su último inciso por el siguiente:**

"El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de los Directores de los Servicios de Salud, divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además le corresponderá, en su calidad de colaborador del Ministro, coordinar a las Secretarías Regionales Ministeriales en el ámbito de sus competencias."

**72.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar al artículo 8º propuesto el siguiente inciso:**

"El Subsecretario de Redes Asistenciales subrogará al Ministro de Salud a falta del Subsecretario titular de Salud Pública."

Nº 7)  
Artículo 9º

**73.- Del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para suprimir, en su inciso segundo, la expresión "la Superintendencia de Salud".**

**74.- Del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para intercalar, a continuación del inciso segundo, el siguiente, nuevo:**

"También le corresponderá proponer al Ministro la regulación de la prestación de servicios de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para la atención integral de la salud de las personas y los estándares de calidad que le serán exigibles."

## BOLETIN INDICACIONES

75.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar el punto final (.) del inciso tercero por coma (,), agregando las siguientes frases: "pudiendo ejecutar dichas acciones directamente, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, de las entidades que integran el Sistema, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan."

**76.- De S.E. el Presidente de la República, para suprimir el inciso cuarto.**

**77.- Del Honorable Senador señor Ríos, para suprimir el inciso final.**

**78.- Del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para sustituir su inciso final por el siguiente:**

"El Subsecretario de Salud Pública, como colaborador del Ministro, coordinará a las Secretarías Regionales Ministeriales en el ámbito de sus competencias y será el superior jerárquico de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda."

**79.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, en el inciso final, a continuación de la expresión "Ministeriales", la frase "en las materias de su competencia y de".**

Nº 11)

**80.- Del Honorable Senador señor Muñoz Barra, para intercalar, a continuación del artículo 14 A.- propuesto, el siguiente, nuevo:**

"Artículo...- En cada Secretaría Regional Ministerial existirá un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señalen esta ley y sus reglamentos y las que el Secretario Regional Ministerial le someta su consideración.

El Consejo Asesor estará integrado por: .....".

Artículo 14 B.-

**1.-**

**81.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para reemplazarlo por el siguiente:**

"1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad. Para ello, podrá requerir de la autoridad correspondiente la adopción de las disposiciones administrativas que procedieren. El Secretario Regional Ministerial podrá

## BOLETIN INDICACIONES

proponer modificaciones a las normas, planes, programas y políticas nacionales, con el fin de adecuarlas a la realidad regional. Para ello deberá oír previamente al Consejo Asesor.”.

82.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para sustituir, el verbo “proponer” por “realizar”.

83.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimir, la frase “oyendo previamente al Consejo Asesor”.

2.-

84.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregarle el siguiente inciso nuevo:

“En uso de dichas atribuciones, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá aplicar las siguientes sanciones:

1.- Amonestación.

2.- Multa, a beneficio de la respectiva Dirección Regional de Salud, de hasta 1.000 unidades de fomento.

3.- Clausura.

4.- Cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.

5.- Las demás que las leyes y reglamentos autoricen aplicar a la autoridad sanitaria.”.

3.-

85.- Del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para suprimir su segunda oración.

4.-

86.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazarlo por el siguiente:

“4.- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública, y en su caso ejecutarlas, preferentemente a través de los organismos y entidades que integran el Sistema, directamente o mediante la celebración de

## BOLETIN INDICACIONES

convenios con las personas o entidades que correspondan, conforme las instrucciones del Subsecretario correspondiente.”.

87.- Del Honorable Senador señor Ríos, para sustituirlo por el siguiente:

“4.- Colaborar, conforme a las instrucciones del Subsecretario correspondiente con las acciones de salud pública, a través de los Servicios de Salud y las entidades Administradoras de Salud Municipal.”.

88.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimir, la frase “, conforme a las instrucciones del Subsecretario correspondiente,”.

89.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar el siguiente inciso:

“En el ejercicio de estas funciones, coordinará las acciones de promoción y prevención cuya ejecución recaerá en los Servicios de Salud.”.

90.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, el siguiente número, nuevo:

“...- Velar por la adecuada coordinación de las redes asistenciales de su jurisdicción.”.

7.-

91.- Del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para suprimirlo.

92.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para reemplazarlo por el siguiente:

“7.- Cumplir las acciones de fiscalización que señale la ley y los Reglamentos y aquéllas que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.”.

93.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, la frase “de acciones auxiliares de salud” por “de acciones que se desarrollen en aquellos establecimientos a que se refiere el inciso segundo del artículo 129 del Código Sanitario y otros establecimientos similares”.

9.-

**94.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para reemplazarlo por el siguiente:**

## BOLETIN INDICACIONES

"9.- Apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y oficinas de subsidios, la que deberá cumplir todas sus prestaciones con sus propios recursos."

**95.- De S.E. el Presidente de la República, y 96.- de la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimir, las frases que siguen a la palabra "Invalidez".**

Artículo 14 C.-

97.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en su inciso primero, la frase "de curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud" por la siguiente: "de carácter asistencial en salud, sin perjuicio de la ejecución de acciones de salud pública conforme el número 4.- del artículo anterior".

**98.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimir su inciso segundo.**

o o o o

**99.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar los siguientes artículos 14 D.- y 14 E.- nuevos:**

"Artículo 14 D.- Los recursos financieros que recauden las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud por concepto de las tarifas que cobren por los servicios que presten, cuando corresponda, y por las multas que les corresponda percibir, ingresarán al presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública, la que lo distribuirá entre las referidas Secretarías Regionales.

Artículo 14 E.- Existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señale esta ley y sus reglamentos y las que el Secretario Regional Ministerial le someta a su consideración. Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

**El Secretario Regional Ministerial deberá convocar al Consejo en el primer trimestre de cada año y tendrá por objeto informar acerca de la gestión del año anterior y la planificación del año correspondiente. Un reglamento regulará la forma de nombrar a los integrantes, el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento."**

o o o o

Nº 13)



## BOLETIN INDICACIONES

**letra a)****100.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir la letra a) por la siguiente:**

“a) Sustitúyese, en el inciso primero, la frase “la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas”, por las frases “la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, en sus diferentes centros de resolución y sistemas de referencia, conforme las necesidades de la población usuaria y las normas, políticas, planes y programas definidos por el Ministerio de Salud. Los establecimientos que formen parte de las Red Asistencial del Servicio, ejecutarán acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud, y de apoyo diagnóstico terapéutico”.”.

101.- Del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para reemplazar el encabezamiento del artículo 16 por el siguiente:

“Artículo 16.- Créanse los siguientes Servicios de Salud, encargados de administrar las diferentes modalidades de atención y de estructurar, gestionar y articular la red asistencial que incluya diferentes niveles de complejidad y sistemas de referencia y derivación de las personas, dentro y fuera del área territorial asignada, en función de las necesidades detectadas en la población usuaria.

Uno por Provincia, en cada Región del País, con la excepción de la Región Metropolitana de Santiago, que serán los siguientes: Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente.”.

**102.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para sustituir el encabezamiento del artículo 16 por el siguiente:**

“Artículo 16.- Créanse los siguientes Servicios de Salud, encargados de otorgar las acciones de salud y de prestar las atenciones de salud, así como administrar las diferentes modalidades de atención y de estructurar, gestionar y articular la red asistencial que incluya diferentes niveles de complejidad y sistemas de referencia y derivación de las personas, dentro y fuera del área territorial asignada en función de las necesidades detectadas en la población usuaria.”.

**103.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para agregar el nuevo Servicio de Salud de Limarí y Choapa.****104.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para agregar el siguiente inciso:**

## BOLETIN INDICACIONES

**“Los funcionarios beneficiarios de la ley Nº 18.469 podrán ser atendidos en el establecimiento en que se desempeñan de la misma manera que sus correspondientes cargas, sin perjuicio de lo anterior, podrán ser referidos a otros centros de salud.”.**

letra b)

**105.- Del Honorable Senador señor Parra, para suprimirla.**

Nº 14)  
Artículo 16 bis

**106.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para reemplazarlo por el siguiente:**

“Artículo 16 bis.- La red asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio y los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio. También podrán integrar la Red del respectivo Servicio de Salud, las entidades privadas que hayan suscrito convenio con éste debiendo colaborar y complementar al Servicio de Salud en los términos del convenio para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.”.

**107.- Del Honorable Senador señor Ríos, para sustituirlo por el siguiente:**

**“Artículo 16 bis.- La red asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los hospitales autogestionados, los hospitales experimentales y los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio.”.**

**108.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para reemplazar la frase “deberán cubrir, en el territorio del Servicio respectivo” por “serán responsables de”. (SIC)**

**109.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar el punto final (.) de su inciso segundo por coma (,), agregando la frase “conforme a las instrucciones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la respectiva Secretaría Regional Ministerial”.**

Artículo 16 ter

## BOLETIN INDICACIONES

- 110.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en su inciso primero, la palabra "sanitarias" por "asistenciales".**
- 111.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar, en su inciso segundo, la palabra "cubrir" por "atender".**
- 112.- De S.E. el Presidente de la República, para suprimir, en su inciso tercero, la palabra "expontánea" y la coma (,) que la precede.**
- 113.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar, a su inciso tercero, la siguiente oración: "Estos establecimientos pondrán en práctica planes y programas de salud familiar conforme a las instrucciones generales del Ministerio de Salud."**
- 115.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir su inciso final por el siguiente:**

"Los beneficiarios de la ley N° 18.469, deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria, que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que le prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. El beneficiario no podrá cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acredite mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo ubicado en la red asistencial correspondiente a otro Servicio de Salud."

- 116.- Del Honorable Senador señor Ríos, para agregarle, el siguiente inciso nuevo:**

"Los funcionarios beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán ser atendidos en el establecimiento en que se desempeñan de la misma manera que sus correspondientes cargas, sin perjuicio de lo anterior podrán ser referidos a otros centros de salud."

- 117.- De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo, y 118.- señor Viera-Gallo, para agregar el siguiente inciso:**

"Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios del Ministerio de Salud beneficiarios de la ley N° 18.469 y sus cargas podrán ser atendidos en el mismo establecimiento en que desempeñan sus labores, aún cuando se hubieren inscrito en el establecimiento de su domicilio, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud."

## BOLETIN INDICACIONES

N° 16)  
Artículo 18

**119.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para reemplazarlo por el siguiente:**

**"Artículo 18.- Cada Servicio de Salud estará a cargo de un Director, quien será el Jefe Superior del Servicio para todos los efectos legales y será designado y evaluado conforme a la normativa vigente.**

**El Director deberá ser un profesional universitario del área de la salud, con competencias comprobadas en gestión de salud, y con conocimientos de derecho administrativo."**

**120.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para sustituir su inciso primero por el siguiente:**

**"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director seleccionado, designado y evaluado conforme a la ley N° 19.882."**

**121.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en su inciso primero, la expresión "a la ley" por la frase "al Título VI de la ley N° 19.882".**

**122.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para agregar, al inciso primero, antes del punto aparte (.) lo siguiente: "19.882. Su cargo corresponderá al primer nivel jerárquico del Servicio de Salud".**

**123.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar, antes del punto aparte (.) de su inciso primero, la frase ", quien será el Jefe Superior del Servicio para todos los efectos legales".**

N° 17)  
Artículo 18 bis

**124.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para reemplazar su inciso segundo por el siguiente:**

**"Dicha autoridad conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención, requiriendo semestralmente de las necesidades materiales y humanas al Subsecretario de Redes**

## BOLETIN INDICACIONES

para que éste las provea previa evaluación técnica de su factibilidad, atendidas las necesidades nacionales.”.

125.- Del Honorable Senador señor Ríos, para sustituir, en su inciso tercero, la frase “por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad” por “representantes de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales”.

126.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para reemplazar su inciso final por el siguiente:

“El Director deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contraderivación de los usuarios del sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red, en este último caso cuando los recursos entre establecimientos públicos efectivamente sean insuficientes.”.

Nº 18)  
letra b)

127.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar el siguiente inciso a la letra a) propuesta:

“Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los hospitales autogestionados y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la red.”.

letra c)

128.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en su encabezamiento, la palabra “segundo” por “tercero”.

letra f)

129.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para reemplazar la letra o) propuesta por la siguiente:

“o) Declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del servicio, debiendo utilizar mecanismos que aseguren la publicidad de tales actos y sólo cuando se trate de bienes que han perdido la utilidad para los fines del servicio y que con su enajenación podrán reponerse bienes muebles de evidente utilidad para el interés público.”.

## BOLETIN INDICACIONES

**130.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para sustituir la letra p) propuesta por la siguiente:**

**“p) Disponer en Comisión de Servicios a los funcionarios conforme a las normas que establece la ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.”.**

**131.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, en el inciso primero de la letra p) que propone, a continuación de la palabra “Asistencial”, la expresión “del Servicio”, y, antes del punto final (.), precedida de coma (,), la frase “salvo que voluntariamente se acuerde una ciudad distinta”.**

**132.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar, al inciso primero de la letra p) propuesta, la siguiente oración: “La comisión de servicio podrá tener lugar en una ciudad diferente siempre que el funcionario consienta en ello”.**

**133.- De S.E. el Presidente de la República, para suprimir, en la letra q) que propone, la frase “conforme lo dispuesto en el artículo 57 de la ley N° 19.378”.**

**134.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para reemplazar, en la letra q) que propone, la frase “conforme lo dispuesto en el artículo 57 de la ley N° 19.378” por “o con establecimientos de atención primaria”.**

**135.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para intercalar un punto (.), a continuación de la frase “de las obligaciones contraídas” y la oración “Los convenios de gestión deberán respaldarse con un estudio de rentabilidad que lo justifique, y deberán extenderse a todos los establecimientos de atención primaria que lo soliciten, siempre que en su caso se cumpla con los requisitos de rentabilidad.”.**

**136.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar la siguiente letra r):**

**r) Evaluar el cumplimiento de las normas técnicas, planes y programas que imparta el Ministerio de Salud a los establecimientos de atención primaria de salud, y el cumplimiento de las metas fijadas a dichos establecimientos en virtud de los convenios celebrados conforme a la letra anterior y al artículo 57 de la ley N° 19.378. En caso que el Director de Servicio verifique un incumplimiento grave de las obligaciones señaladas anteriormente,**

## BOLETIN INDICACIONES

podrá representar tal circunstancia al Alcalde respectivo. Asimismo, dicha comunicación será remitida al Intendente Regional, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 9º de la ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.”.

**137.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar la siguiente letra r):**

**“r) Elaborar el presupuesto de la Red Asistencial de Salud a su cargo y de los establecimientos que la integran, incluyendo los hospitales autogestionados.”.**

Nº 19)  
Artículo 21 A

**138.- Del Honorable Senador señor Muñoz Barra, para sustituir su inciso primero por el siguiente:**

“Artículo 21 A.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, el que tendrá carácter asesor con iniciativa para proponer acciones relacionadas con la elaboración de los planes de trabajo y la gestión programática y financiera de la Red, así como representar las deficiencias que se observen en su funcionamiento proponiendo las medidas administrativas y técnicas necesarias para su solución.”.

**139.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para sustituir, su inciso tercero por el siguiente:**

**“El Consejo estará constituido por representantes de usuarios del modo como señale el reglamento; por los Jefes de los Servicios Clínicos y Unidades de apoyo; por los Directores de Hospitales y otros Representantes de los gremios y Colegios Profesionales de la Salud.”.**

**140.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimir, en su inciso tercero, la expresión “de usuarios y”.**

**141.- Del Honorable Senador señor Ríos, para “Agregar “representantes de los gremios””, en su inciso tercero. (SIC)**

**142.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar su inciso final por los siguientes:**

“Igualmente, existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial, en adelante el Consejo de Integración, de carácter asesor y

## BOLETIN INDICACIONES

consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los Hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponderá analizar y proponer soluciones en la áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

La composición y funcionamiento de los mencionados Consejos serán determinados en los reglamentos respectivos.”.

**143.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar el siguiente artículo 21 B nuevo:**

“Artículo 21 B.- El nombre de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud será determinado mediante decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud.”.

o o o o

Nº 21)  
Artículo 24  
letra a)

**144.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar la siguiente frase final: “, a valores que representen al menos los costos efectivos de las prestaciones”.**

letra b)

**145.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir las palabras “Redes Asistenciales” por “Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial”.**

letra e)

**146.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazarla por la siguiente:**

“e) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación.”.



## BOLETIN INDICACIONES

Nº 22)  
Artículo 25 A

- 147.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimir, en su inciso primero, la frase "que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones,".**
- 148.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar, en su inciso segundo, la frase "también suscrito por el Ministro de Hacienda" por "suscrito por el Ministro de Salud", y para suprimir la frase "y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos".**
- 149.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para sustituir el punto(.) que precede a la última oración del inciso segundo por coma (,) reemplazando la expresión "Los requisitos" que la sigue por "los que".**
- 150.- De los Honorables Senadores señor Romero, y 151.- señor Ruiz-Esquide, para sustituir la oración final del inciso segundo por la siguiente: "Los requisitos deberán estar referidos al menos a gestión financiera, gestión de personal, gestión del cuidado, indicadores y estándares fijados en convenios y normas.".**
- 152.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, en la oración final del inciso segundo, a continuación de "gestión de personal", la frase "gestión del cuidado".**
- 153.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, en la oración final del inciso segundo, a continuación de la expresión "al menos," la frase "al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios,".**
- 154.- Del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para intercalar, a continuación del inciso segundo, el siguiente, nuevo:**

"Estos establecimientos deben tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de la satisfacción de los usuarios. Asimismo, estarán facultados para comprar y vender servicios a prestadores o usuarios privados.".

## BOLETIN INDICACIONES

**155.- De los Honorables Senadores señor Muñoz Barra, y 156.- señor Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimir su inciso final.**

**157.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar su inciso final por el siguiente:**

“Los Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que les corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley.”.

**158.- De los Honorables Senadores señor Romero, y 159.- señora Matthei y señor Viera-Gallo, para agregar el siguiente inciso nuevo:**

“Un Reglamento deberá establecer los términos de la gestión de cuidados, los cuales no podrán ser de menor alcance a lo señalado en el artículo 113, inciso tercero del Código Sanitario.”.

Artículo 25 B

**160.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para sustituir el encabezamiento de su inciso primero por el siguiente:**

“Artículo 25 B.- El establecimiento, como parte integrante de la Red Asistencial, deberá a lo menos:”.

**161.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y 162.- del señor Ríos, para suprimir, en el número 2. de su inciso primero, la frase “, en el marco de los convenios correspondientes”.**

**163.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, en el número 2. de su inciso primero, a continuación de la frase “en el marco de”, la expresión “la ley y”.**

164.- Del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para agregar, al número 2. de su inciso primero, la siguiente oración: “Podrán atender, además a pacientes privados o beneficiarios de las Isapres, que soliciten ser atendidos en esos establecimientos”.

**165.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para intercalar, en el número 4. de su inciso primero, a continuación de “Superintendencia de Salud”, la frase “, los establecimientos de**

## BOLETIN INDICACIONES

la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla”.

**166.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar su inciso segundo por el siguiente:**

“Los establecimientos que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, de acuerdo a un reglamento del Ministerio de Salud, funcionarán coordinados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a lo menos deberán:

**1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine la Subsecretaría de Redes Asistenciales;**

**2. Atender beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos que formen parte de las Redes Asistenciales de los Servicios de Salud, conforme a las normas que imparta la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y los casos de urgencia o emergencia.**

**3. Cumplir con lo establecido en los números 3. y 4. del inciso precedente.”.**

**167.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimir el número 2. del inciso segundo.**

**168.- Del Honorable Senador señor Ríos, para suprimir, en el número 2. del inciso segundo, la frase “en el marco de los convenios correspondientes”.**

**169.- Del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para sustituir el punto y coma (;) final del número 2. del inciso segundo por punto (.), agregando la siguiente oración: “Podrán, además, atender a pacientes privados o de Isapres que soliciten ser atendidos en ellos;”.**

**170.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para reemplazar el número 3. del inciso segundo por el siguiente:**

“3. Cumplir con lo establecido en los números 2., 3. y 4. del inciso precedente.”.

## BOLETIN INDICACIONES

Artículo 25 C

**171.- Del Honorable Senador señor Parra, para "agregar en el artículo 25 C reemplazando el punto final (.) por una coma (,) la siguiente frase: "los que deberá tener especial consideración los objetivos sanitarios fijados por el Ministerio respecto de la población a cargo del Servicio de Salud que integran". (SIC)**

**172.- Del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para intercalar, en su inciso segundo, a continuación de "El cargo de director de establecimiento", la frase "será de dedicación exclusiva".**

173.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar, a su inciso segundo, la siguiente oración: "Deberá ser un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión en salud."

**174.- Del Honorable Senador señor Ríos, para suprimir su inciso tercero.**

**175.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, en su inciso tercero, a continuación del verbo "regirán" la frase "por lo establecido en esta ley y".**

**176.- Del Honorable Senador señor Parra, para sustituir su inciso cuarto por el siguiente:**

"El Director podrá ser removido por el Director de Servicio respectivo si no se cumpliera el convenio de desempeño y en el caso previsto en el artículo 25 C."

177.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar su inciso cuarto por los siguientes:

"El convenio de desempeño deberá establecer especialmente directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la red, como asimismo metas de desempeño presupuestario.

Sin perjuicio de lo establecido en los artículos quincuagésimo séptimo y quincuagésimo octavo de la ley Nº 19.882, el director del establecimiento será removido por el director del Servicio de Salud de comprobarse el incumplimiento del convenio de desempeño. En estos y los demás casos de remoción, se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud, salvo en el caso establecido en el inciso cuarto del artículo 25 I."

## BOLETIN INDICACIONES

**178.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, en su inciso cuarto, a continuación de "removido", la frase "por el Director del Servicio de Salud", y, a continuación de "desempeño", la frase ", por falta grave a sus deberes funcionarios conforme lo dispone la ley".**

**179.- Del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para agregar los siguientes incisos nuevos:**

"El Subdirector Médico y el Subdirector administrativo también deberán ser contratados en calidad de jornada completa y dedicación exclusiva.

Los Directores y subdirectores señalados tendrán un ingreso no menor al que recibiría un profesional contratado con un cargo 44/28, y con un incentivo por dedicación exclusiva que será fijado por el Ministerio de Hacienda.

Estos profesionales podrán atender a pacientes privados en el establecimiento, de acuerdo a un convenio, fijando el porcentaje de participación de sus honorarios privados a la institución.

En estos hospitales, manteniendo el marco presupuestario que le fije el Ministerio de Hacienda, los Directores podrán llamar a concurso a los jefes de servicios clínicos, a cargos de dedicación exclusiva, para mejorar la gestión del hospital e implementar altos niveles de calidad en la atención de los pacientes."

Artículo 25 D

**180.- De los Honorables Senadores señora Matthei, y 181.- señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimir sus incisos primero a cuarto.**

**182.- De los Honorables Senadores señor Ríos, y 183.- señor Ruiz-Esquide, para sustituir, en su inciso primero, la expresión "2 representantes" por "3 representantes".**

**184.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimir, en su inciso quinto, la palabra "también".**

Artículo 25 E

**185.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazarlo por el siguiente:**

## BOLETIN INDICACIONES

“Artículo 25 E.- La administración superior y control del establecimiento corresponderá al director, el que sólo respecto del ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título no quedará sometido al control jerárquico del director del Servicio de Salud respectivo.”.

**186.- Del Honorable Senador señor Muñoz Barra, para sustituir la expresión “el que no quedara” por “el que quedará”.**

**187.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para “En el actual artículo 25 E, a que se refiere el numeral 22) del artículo 1º, que pasa a ser 25 F, reemplácese la expresión “administración” por “dirección” y elimínese la expresión “, el que no quedará sometido al control jerárquico del director del Servicio de Salud respectivo, con relación al ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título”. Asimismo, únase lo subsistente del artículo 25 E con el actual artículo 25 F, eliminando de este artículo la expresión: “En el director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente establecimiento”.”. (SIC)**

Artículo 25 F  
letra d)

188.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en su inciso primero, la frase “Elaborar y presentar al Subsecretario de Redes Asistenciales”, por la siguiente: “Elaborar y presentar al director del Servicio de Salud correspondiente, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales con un informe”, y suprimir la oración final que comienza por “Para” y termina con “respectivo”.

**189.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar, en su inciso primero, la expresión “Subsecretario de Redes Asistenciales” por “Director del Servicio de Salud correspondiente”.**

**190.- Del Honorable Senador señor Muñoz Barra, para sustituir, en su inciso primero, la frase “al Subsecretario de Redes Asistenciales” por “al Director del Servicio, quien a su vez lo presentará al Subsecretario de Redes Asistenciales”.**

**191.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para intercalar, en su inciso primero, a continuación de la expresión “conforme a las necesidades”, la frase “de ampliación o reparación de la infraestructura,”.**

## BOLETIN INDICACIONES

- 192.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimir la oración final de su inciso primero.**
- 193.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para agregar, al primer inciso, las siguientes oraciones: "El Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas. Asimismo, deberá justificar financieramente y mediante un estudio de rentabilidad social, la priorización propuesta. El presupuesto deberá indicar detalladamente el estado de cobro de prestaciones otorgadas a personas no beneficiarias legales, de los seguros obligatorios de accidentes del tránsito, y de cada uno de los convenios suscritos".**
- 194.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimir, en su segundo inciso, las frases "sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos".**
- 195.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para reemplazar, en su segundo inciso, la frase "dentro de los primeros quince días del mes de diciembre de cada año" por "antes del 15 de diciembre de cada año o, si este día fuere inhábil, antes del primer día siguiente hábil".**
- 196.- Del Honorable Senador señor Ríos, para suprimir la última oración de su inciso segundo.**
- 197.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para agregar, a su inciso segundo, la siguiente oración: "Si llegado último día hábil de diciembre el Subsecretario no hubiere dictado la resolución o la Dirección de Presupuesto no hubiere efectuado la autorización señalada, el presupuesto presentado por el director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley."**
- 198.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para agregar, a su inciso segundo, la siguiente oración: "El presupuesto aprobado deberá ir acompañado por un informe financiero que señale al menos lo siguiente: producción realizada por cada unidad del Servicio, valorada a precios reales; presupuesto asignado el año anterior; déficit o superávit básico del año anterior; esfuerzo realizado por la unidad para conseguir recursos extras; déficit o superávit real del año anterior; subsidios cruzados entre**

## BOLETIN INDICACIONES

distintos establecimientos hospitalarios; listas de espera para cada establecimiento, por especialidad; principales carencias, en cuanto a equipos y recursos humanos para cada establecimiento; estudio de rentabilidad social que justifique la manutención de los establecimientos deficitarios, considerando su localización, la población que atiende, su tamaño y los servicios que provee.”.

**199.- Del Honorable Senador señor Ríos, para sustituir su tercer inciso por el siguiente:**

“En cada uno de los presupuestos de los Servicios de Salud se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley N° 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto de las direcciones de servicio, hospitales autogestionados, hospitales de mejor complejidad, CDT, CRS y consultorios.”.

**200.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para agregar, a su inciso tercero, las siguientes oraciones: “Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor al solicitado por el Director del Hospital, el Subsecretario deberá indicar los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que recomienda reducir para ajustarse al presupuesto aprobado, y por qué. El Subsecretario podrá, asimismo, modificar fundadamente la priorización propuesta por el Director del Hospital Autogestionado en Red.”.**

letra e)

**201.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimir, en su inciso primero, la frase “en el marco presupuestario”.**

**202.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para reemplazar, en su inciso segundo, las frases “autorizadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo a las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Copia de la resolución deberá ser remitida a la Dirección de Presupuestos” por “informadas al Subsecretario de Redes Asistenciales y a la Dirección de Presupuestos, con un detalle de las causas de las modificaciones. Las modificaciones no podrán**



## BOLETIN INDICACIONES

**significar un déficit mayor en el resultado financiero final del establecimiento”.**

letra f)

203.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, en su inciso primero, después de las palabras “reconocimiento de remuneraciones”, la frase “incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director de Servicio,”.

**204.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para sustituir, en su segundo inciso, la frase “Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios” por “Respecto del personal a contrata y al personal que de acuerdo a sus funciones pueda ser contratado sobre la base de honorarios”.**

**205.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimir, en su inciso segundo, la palabra “descentralizado”.**

letra g)

**206.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, 207.- señor Parra, 208.- señor Ríos, 209.- señor Ruiz-Esquide, y 210.- señor Muñoz Barra, para reemplazar, en su inciso segundo, la expresión “20%” por “10%”.**

letra i)

211.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar, a su primer inciso, la siguiente oración: “Los convenios que regula este párrafo no podrán superar el 25% de la totalidad de las camas disponibles en el establecimiento.”.

212.- De los Honorables Senadores señores Parra, y 213.- señor Muñoz Barra, para reemplazar, en su segundo inciso, la expresión “cinco mil unidades de fomento” por “tres mil unidades de fomento”.

214.- Del Honorable Senador señor Muñoz Barra, para intercalar, a continuación de su inciso segundo, el siguiente, nuevo:

“Estos convenios sólo podrán referirse a la utilización de pensionados, unidades de cuidados intensivos y atención en Servicio de Urgencia.”.

letra k)

## BOLETIN INDICACIONES

215.- Del Honorable Senador señor Ríos, "Cambiar por: "Celebrar convenios con entidades administradoras de salud primaria". (SIC)

216.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimir la frase "con el Servicio de Salud respectivo,".

217.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para intercalar, a continuación de la expresión "respectivo," la frase "con otros Servicios de Salud,".

218.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para sustituir la frase "creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud," por "con establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad,".

219.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, a continuación de "salud primaria," la frase "pertenecientes a su territorio".

220.- Del Honorable Senador señor Parra, para intercalar, a continuación de "salud primaria," la frase "que formen parte de la red asistencial del Servicio de Salud respectivo,".

letra l)

221.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimir, en su inciso primero, la expresión "y de Hacienda".

222.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, en su inciso segundo, a continuación de la palabra "beneficiarios", la frase "en pensionados especialmente habilitados para estos efectos".

223.- Del Honorable Senador señor Boeninger, para agregar, a su inciso segundo, la oración "Sólo un 20% del total de camas de los establecimientos de autogestión en red del Servicio de Salud respectivo pueden ser destinados para este efecto, para lo cual el director del Servicio determinará el total que cada establecimiento pueda destinar a este objeto, conforme las disponibilidades existentes.".

224.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar, en su inciso tercero, la frase "la atención de las personas" por "los convenios".

## BOLETIN INDICACIONES

letra m)

225.- De los Honorables Senadores señores Parra, y 226.- señor Muñoz Barra, para sustituir, en su inciso primero, la expresión "11 horas" por "22 horas".

letra n)

**227.- Del Honorable Senador señor Muñoz Barra, para reemplazar su inciso segundo por el siguiente:**

**"Con el exclusivo objeto de verificar que los convenios cumplan con lo dispuesto en el artículo 25 B y se resguarde la facultad de coordinación que corresponde, el respectivo Director de Servicio de Salud en el caso de los Establecimientos de Autogestión en Red de mayor complejidad o el Subsecretario de Redes Asistenciales para los de Alta Especialidad, deberá aprobarlos previamente."**

228.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar, en su inciso segundo, la expresión "según corresponda" por "en el caso de los establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad".

**229.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para agregar, a su inciso segundo, las frases "dentro de los quince días hábiles siguientes a su recepción. Después de este plazo, si no se han hecho objeciones fundadas, los convenios se entenderán aprobados".**

**230.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en su inciso tercero, la frase "la aplicación de esta letra" por "el párrafo precedente".**

## BOLETIN INDICACIONES

letra o)

**231.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimirla.**

**232.- Del Honorable Senador señor Ríos, para reemplazarla por la siguiente:**

**“o) Otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469.”.**

letra p)

**233.- Del Honorable Senador señor Ríos, para sustituirla por la siguiente:**

**“p) Ejecutar acciones de salud pública.”.**

**234.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar la expresión “Celebrar convenios” por “Colaborar”.**

**235.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, a continuación de la palabra “correspondiente”, los términos “y el Subsecretario de Salud Pública”.**

letra r)

**236.- Del Honorable Senador señor Ríos, para sustituirla por la siguiente:**

**“r) Invertir excedentes estacionales de caja en el mejoramiento del propio establecimiento.”.**

letra u)

**237.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimirla.**

letra v)

**238.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregarle el siguiente inciso nuevo:**

## BOLETIN INDICACIONES

**“Las inversiones que superen las 1.000 unidades tributarias mensuales deberán contar con la autorización del respectivo Director del Servicio de Salud.”.**

o o o o

**239.- De S.E. el Presidente de la República, para consultar la siguiente letra nueva:**

“... ) Condonar, total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, la diferencia de cargo del afiliado de la ley N° 18.469, de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud.”.

o o o o

**240.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar, al inciso final del artículo, la frase “, siempre que el asunto en cuestión no exceda la suma referida en el inciso precedente”.**

Artículo 25 G

**241.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, en su encabezamiento, después de la palabra “Asistenciales”, la frase “o la Secretaría Regional Ministerial respectiva, según corresponda,”.**

letra a)

242.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar “si procediera” por la frase “salvo en los casos de establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad”.

letra d)

**243.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y 244.- señor Ríos, para reemplazar la expresión “sesenta días” por “noventa días”.**

**245.- Del Honorable Senador señor Arancibia, para agregarle el siguiente inciso nuevo:**

“El no cumplimiento de lo establecido en el inciso anterior, será causal de pérdida de la calidad de “Establecimiento de Autogestión en

## BOLETIN INDICACIONES

Red". El establecimiento que pierda dicha calidad no podrá volver a obtenerla sino después de cinco años y sólo en el evento de haber logrado el equilibrio presupuestario y financiero que la ley exige."

letra f)

**246.- Del Honorable Senador señor Ríos, para sustituirla por la siguiente:**

**"f) Lograr una articulación adecuada dentro de la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe al director de Servicio de Salud correspondiente, si procediere; y."**

**247.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar las palabras "si procediere" por "salvo en los casos de establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad".**

**248.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar la expresión "al director" por "del director".**

letra g)

**249.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para sustituir la expresión "al director" por "del director".**

**250.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar las palabras "si procediere" por "salvo en los casos de establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad".**

Artículo 25 I

**251.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, en su inciso primero, a continuación de "Asistenciales,", la expresión "el Secretario Regional Ministerial,".**

**252.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, en su inciso segundo, después de "Subsecretaría", la expresión "o el Secretario Regional Ministerial, según corresponda".**

---

**BOLETIN INDICACIONES**

**253.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, en su inciso final, a continuación de la frase "cesará en sus funciones", la expresión "de director".**

Artículo 25 K

**254.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, a continuación de las palabras "El personal", el vocablo "inicial", y para suprimir la frase "cualquiera sea su calidad jurídica".**

Artículo 25 L  
letra c)

255.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, después de la palabra "efectúe", la frase "el Subsecretario de Salud Pública o".

**letra f)**

256.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazarla por la siguiente:

"f) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación."

**letra i)**

257.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, a continuación de la expresión "que reciba de", la frase "la ley de Presupuestos del Sector Público, de", y sustituir los términos "y los empréstitos" por "y con los empréstitos".

**Artículo 25 M**

258.- De S.E. el Presidente de la República, para suprimir, en su inciso primero, la frase "de bienestar de su personal".

**Artículo 25 Ñ**

259.- Del Honorable Senador señor Ríos, para sustituir, en el inciso primero, la frase "que tengan menor complejidad técnica" por "que tengan mediana y baja complejidad técnica".

---

**BOLETIN INDICACIONES**

260.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar, en su inciso segundo, la frase "también suscrito por el Ministro de Hacienda" por "suscrito por el Ministro de Salud", y para suprimir la frase "y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos".

261.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar, al inciso segundo, la siguiente frase final: "entre los que se deberá contemplar gestión de personal y gestión del cuidado".

262.- De los Honorables Senadores señores Romero, y 263.- señor Ruiz-Esquide, para agregar, a su inciso segundo, la siguiente oración: "Los requisitos deberán estar referidos al menos a gestión de personal y gestión de cuidado.".



---

**BOLETIN INDICACIONES**

264.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para sustituir, en su inciso tercero, la frase "conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda" por "del Ministerio de Salud".

265.- De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo, y 266.- señor Romero, para agregar el siguiente inciso nuevo:

"Un reglamento deberá establecer los términos de la gestión de cuidados, los cuales no podrán ser de menor alcance a lo señalado en el artículo 113, inciso tercero del Código Sanitario."

**Artículo 25 O**

267.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar, en su encabezamiento, la frase "actividades del establecimiento" por "actividades de éste".

**Artículo 25 P**

268.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para sustituir, en su encabezamiento, la frase "también será suscrito por el Ministro de Hacienda" por "será suscrito por el Ministro de Salud".

**Artículo 25 Q**

269.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar la expresión "Director del Servicio" por "Secretario Regional Ministerial".

270.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, a continuación de "se deberá remover" por la frase "de su función o cargo según corresponda".

**Nº 23)**  
**letra c)**

271.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para sustituir la letra f) que propone por la siguiente:

"f) Recopilar y utilizar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley Nº 19.628."

o o o o

## BOLETIN INDICACIONES

272.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, a continuación del N° 24), el siguiente, nuevo:

"...) Agrégase, en el inciso tercero del artículo 35, a continuación de la palabra "farmacología", la frase "imagenología, radioterapia, bancos de sangre".

o o o o

**N° 25)**

273.- De S.E. el Presidente de la República, para suprimir, en la letra g) propuesta, la frase ", de los bancos de sangre y de los prestadores de imagenología y radioterapia" y la coma (,) que le precede.

o o o o

274.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para intercalar, a continuación del N° 28), el siguiente número nuevo:

"...) Intercálase, a continuación del inciso primero del artículo 46, el siguiente, nuevo:

"Para todos los efectos, la Central deberá someter sus procedimientos y su funcionamiento a las disposiciones de la ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministros y Prestación de Servicios".

**N° 32)****Artículo 62**

275.- Del Honorable Senador señor Ominami, para reemplazar su inciso primero por el siguiente:

"Artículo 62.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.699, para las plantas Directiva y Profesional y para las plantas Técnicas Administrativas y Auxiliar su base de cálculo será el total de las remuneraciones imponibles más las asignaciones establecidas en el artículo 1° de la ley N° 19.490/97".

## BOLETIN INDICACIONES

276.- Del Honorable Senador señor Ominami, para sustituir su inciso segundo por el siguiente:

“El componente base ascenderá al 5,5% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente variable será de un 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 75% o más de las metas fijadas para el año anterior y de un 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 50% y, menos del 75% de las metas fijadas.”.

**Artículo 67**

277.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar la frase “efecto para el cual las asociaciones de funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán un solo representante” por “para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación”.

**Artículo 68****Nº 1.-**

278.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir la referencia al “artículo 21 A” por “Capítulo II, Título IV”, y la palabra “categoría” por “calidad” las dos veces que aparece.

o o o o

279.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, a continuación del Nº 1.-, el siguiente, nuevo:

“...- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud de menor complejidad, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título V de la presente ley, esta asignación estará asociada íntegramente al cumplimiento de los requisitos que establece el artículo 25 P.”.

o o o o

**Nº 2.-**

280.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar las palabras “dos” y “categoría” por “tres” y “calidad”, respectivamente.

281.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, a continuación de la expresión “establecimientos de su dependencia,”, la frase “el cumplimiento de los

---

**BOLETIN INDICACIONES**

requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad”.

**Artículo 69**

282.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en su inciso segundo, la palabra “categoría” por “calidad”.

283.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar, al inciso segundo, la siguiente oración: “El mismo porcentaje será percibido por los funcionarios de la planta directiva de los establecimientos de menor complejidad que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 25 P de esta ley”.

**letra a)**

284.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazarla por la siguiente:

“a) Hasta un 8% por la obtención de la calidad de “Establecimiento de Autogestión en Red” de los establecimientos de su dependencia y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación y que hayan cumplido los requisitos referidos, según el caso, por el total de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio; y.”.

**Artículo 70**

285.- De S.E. el Presidente de la República, para suprimir la frase “el componente por obtención de la categoría de “Establecimiento de Autogestión en Red”, de”.

**Artículo 73**

286.- Del Honorable Senador señor Ominami, para agregar los siguientes incisos nuevos:

“Cada Servicio de Salud, expresará anualmente el número de funcionarios afectos al Sistema de Turno integrado por cuatro y tres funcionarios separadamente, de acuerdo a lo requerido por los establecimientos dependientes, lo que se expresará anualmente en la Ley de Presupuesto.

El personal que sufra modificación en su actual sistema de turno pasando de tercero a cuarto turno mantendrá la diferencia que hoy

---

**BOLETIN INDICACIONES**

percibe por concepto de horas extraordinarias en el tercer turno a través de la planilla.”.

**Artículo 74**

287.- Del Honorable Senador señor Ominami, para agregar, a su inciso primero, la siguiente oración: “Esta asignación será imponible exclusivamente para efectos de previsión y de salud.”.

**Artículo 76**

288.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en su inciso primero, la palabra “contratos” por “jornadas”.

289.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar, al inciso segundo, la siguiente oración: “Asimismo, no se considerará base de cálculo de ninguna otra remuneración y será incompatible con la percepción de la asignación por desempeño de funciones críticas establecida en el artículo septuagésimo tercero de la ley N° 19.882.”.

290.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, a continuación de su inciso segundo, el siguiente, nuevo:

“Mientras el profesional perciba la asignación de responsabilidad, y la autoridad decida concederle la asignación por desempeño de funciones críticas, el funcionario deberá optar en forma expresa por una de ellas.”.

**Artículo 77**

291.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar, al inciso final, la siguiente oración: “Asimismo clasificará los establecimientos de salud, cuyos funcionarios tengan derecho a concursar a esta asignación, acorde al nivel de complejidad señalado en el artículo siguiente.”.

**Artículo 78**

292.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 78.- Para efecto de la concesión de la asignación de responsabilidad, el número total de cupos a nivel nacional será de 1.259, con un costo anual máximo de \$515 millones. La Ley de Presupuestos fijará, para cada Servicio de Salud, el número máximo de beneficiarios y los recursos que se pueden destinar para su pago.

## BOLETIN INDICACIONES

Los cupos máximos por tipo de establecimiento y el valor individual anual de la asignación será el señalado en la tabla siguiente. No obstante, el monto indicado para cada caso, podrá ser aumentado o disminuido hasta un 10%.

Tipo de Establecimiento	Cupos Máximo por Establecimiento	Monto Anual por Persona
Alta Complejidad	13	\$580.000
Hospital Media Complejidad	9	\$374.000
Hospital Baja Complejidad	2	\$212.000
<b>Centros de Diagnóstico Terepéutico (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS)</b>	2	\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales	1	\$212.000

La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre del 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.

La asignación otorgada se pagará en cuotas mensuales e iguales, la primera de las cuales el primer día hábil del mes siguiente al de la total tramitación de la resolución que la conceda.”.

### **Artículo 79**

293.- De S.E. el Presidente de la República, para suprimir el guarismo “72”.

294.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar el siguiente inciso nuevo:

“A los funcionarios que perciban la asignación de turno establecida en el artículo 72 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, y que hayan tenido ausencias injustificadas conforme al artículo 66 de la ley Nº 18.834, se les descontará el monto correspondiente de acuerdo a lo indicado en dicho artículo.”.

### **Artículo 80**

## BOLETIN INDICACIONES

295.- Del Honorable Senador señor Ominami, para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 80.- Los beneficios establecidos en los artículos 61, 64, 68, 73 y 77 de esta ley, se reajustarán en la misma oportunidad y porcentaje en que se reajustaren las remuneraciones del sector público.”.

296.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar, en su inciso primero, la expresión “la Subsecretaría de Salud” por “las Subsecretarías del Ministerio de Salud” y para agregar la siguiente frase final: “, con una ponderación del 33%, 33% y 34%, respectivamente”.

297.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar, a su inciso quinto, la siguiente oración: “Asimismo, establecerá las disposiciones necesarias para procurar el acceso y la información oportuna a la capacitación de los funcionarios a que hace referencia este artículo.”.

298.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar el siguiente inciso final:

“Respecto del personal señalado en este artículo y en el siguiente, no será aplicable lo dispuesto el artículo 48 de la ley Nº 18.834.”.

**Artículo 81**

299.- Del Honorable Senador señor Ominami, para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 81.- Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencia en el cargo que sirven.

Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios de salud confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso en el primer trimestre de cada año y adecuar sus plantas de acuerdo a lo establecido en el artículo noveno de la ley Nº 18.834. Este escalafón de mérito se establecerá en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.”.

300.- Del Honorable Senador señor Ominami, para reemplazar su inciso primero por el siguiente:

“Artículo 81.- La promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de la Subsecretaría de Salud Pública, del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del

## BOLETIN INDICACIONES

Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación.

El factor capacitación no será considerado cuando el funcionario no ha tenido la oportunidad en el acceso a la capacitación en el período respectivo; ponderando en este caso solamente los factores de experiencia calificada y calificada.”.

301.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en el inciso primero, la expresión “la Subsecretaría de Salud”, por “las Subsecretarías del Ministerio de Salud”.

o o o o

302.- De los Honorables Senadores señores Ríos, y 303.- señor Ruiz-Esquide, para intercalar, a continuación del artículo 81, el siguiente, nuevo:

“Artículo...- La Autoridad Sanitaria Delegada, cumplirá funciones de fiscalizador; quién se desempeñará exclusivamente, en jornada completa y en cumplimiento a las normas contenidas en el Código Sanitario, la ley o el reglamento que alude a la Autoridad Sanitaria. Para ello se establece la planta esquemática de “Fiscalizadores”.”.

o o o o

**Artículo 82**

304.- De los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo, y 305.- señor Viera-Gallo, para reemplazar, en su inciso primero, el guarismo “50%” por “15%”.

306.- Del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, para sustituir, en su inciso primero, el guarismo “50%” por “20%”.

**ARTÍCULO 3º****letra a)**

307.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazarla por la siguiente:

“a) Para modificar las plantas de personal de la Subsecretaría de Salud, adecuándolas a la Subsecretaría de Salud Pública que consulta la presente ley; para fijar las plantas de personal de la Superintendencia de Salud, en cuanto continuadora de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional; para



## BOLETIN INDICACIONES

fijar la planta de personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de los Servicios de Salud y del Fondo Nacional de Salud.

En el ejercicio de esta facultad, el Presidente de la República podrá establecer los requisitos para el desempeño de los cargos, sus denominaciones y deberá dictar todas las normas necesarias para la adecuada estructuración y operación de las plantas que fije y establecer los niveles jerárquicos para efectos de la aplicación de la ley N° 19.882. De igual forma, fijará las fechas de vigencia de las plantas, así como las dotaciones máximas de personal.

La determinación de las plantas que establece este número no podrá modificar el número total de cargos y grados que tienen a la fecha de publicación de esta ley las Instituciones mencionadas en el párrafo primero, sin perjuicio de la creación de los cargos de Subsecretario de Redes Asistenciales, Intendente de Seguros Previsionales de Salud e Intendente de Prestadores de Salud.

La Subsecretaría de Salud Pública será la continuadora legal de la Subsecretaría de Salud para todos los efectos legales.”.

**letra b)**

308.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, al final de la primera oración de su inciso segundo, la siguiente frase: “, mediante el traspaso a que se refiere la letra c) de este artículo”.

309.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimir la segunda parte del inciso cuarto, a continuación de la expresión “de los funcionarios traspasados”.

**letra c)**

310.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir su segundo inciso por el siguiente:

“Para ordenar el traspaso de funcionarios titulares de planta y a contrata entre las instituciones a que se refiere la presente ley y de los recursos que se liberen por este hecho. El traspaso del personal titular de planta, se efectuará en el mismo grado que detentaba a la fecha de aquél, salvo que se produzca entre instituciones adscritas a diferentes escalas de sueldos base en que se realizará en el grado más cercano al total de remuneraciones que perciba el funcionario traspasado. A contar de esa misma data, el cargo del que era titular el funcionario traspasado, se entenderá suprimido de pleno derecho en la planta de la institución de origen.”.

**letra d)**

## BOLETIN INDICACIONES

311.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar la expresión "cuatro personas" por la frase "tres y cuatro personas respectivamente".

**letra e)**

312.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir la palabra "traslado" por "traspaso", la expresión "la letra b)" por "las letras b) y c)", y "artículos transitorios 1º, 7º y 10º de esta ley." por "artículos transitorios 1º, 10º y 11º de esta ley. Asimismo, dichos funcionarios tendrán derecho a los incrementos pecuniarios dispuestos en los artículos transitorios 7º y 14º de esta ley".

o o o o

313.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar la siguiente letra nueva:

"...) Para modificar o confirmar, según corresponda, el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes."

o o o o

**ARTÍCULO 4º**

314.- De S.E. el Presidente de la República, para consultar, como Nº 1.-, el siguiente, nuevo:

"1.- Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 3º, la expresión "la Subsecretaría" por "las Subsecretarías"."

**Nº 1.-**

315.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir la expresión "la Subsecretaría de Salud;" por "las Subsecretarías del Ministerio de Salud;".

**Nº 2.-**

316.- De S.E. el Presidente de la República, para consultar como letra a), nueva, la siguiente:

"a) Sustitúyese en el inciso primero, el término "El Subsecretario de Salud" por "Los Subsecretarios del Ministerio de Salud"."

## BOLETIN INDICACIONES

**letra a)**

317.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar la expresión "Subsecretarías de Salud y de Redes Asistenciales;", por la expresión "Subsecretarías del Ministerio de Salud;".

o o o o

Del Honorable Senador señor Ominami, para consultar las siguientes disposiciones:

318.- "Modifica el artículo 1º, letra B) de la ley N° 19.490:

"La asignación será equivalente a los siguientes porcentajes, que se aplicarán sobre el universo de los funcionarios calificados en lista 1, de distinción, o en lista 2, buena, por cada tres años de servicios efectivos cumplidos al 31 de diciembre del año anterior al de su concesión, al de su concesión, en calidad de antecesores legales, con un máximo de 39 años.". (SIC)

319.- "Modifica el artículo 1º, letra h), de la ley N° 19.490:

"La asignación será pagada a los funcionarios en servicio a la fecha de pago en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto a pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos en la letra b) precedente.". (SIC)

o o o o

**ARTÍCULO 6º**

320.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, a continuación del término "Fonoaudiólogos,", el vocablo "también".

**ARTÍCULO 7º**

321.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar en el inciso segundo del artículo 2º del artículo 7º; en el epígrafe del Párrafo 2º del Título II del artículo 7º; en la parte inicial y en los numerales 1.-, 2.-, 4.-, 5.- (las 4 veces en que aparece), 7.- y 9.- del artículo 6º del artículo 7º; en el inciso primero del artículo 7º del artículo 7º; en el inciso primero del artículo

## BOLETIN INDICACIONES

16º del artículo 7º y en el artículo decimonoveno transitorio la expresión "Régimen" por "Sistema".

**Artículo 2º**

322.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para sustituir su inciso primero por el siguiente:

"Artículo 2º.- Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, en los términos que señale esta ley, las leyes N<sup>os</sup> 18.469 y 18.933 y las demás disposiciones que les sean aplicables, además de corresponderle velar por las obligaciones que imponen los contratos de salud, las leyes y reglamentos que rijan a las Instituciones y al Fondo según corresponda."

323.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimir su inciso segundo.

324.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar en su inciso segundo, la frase "y de las Instituciones de Salud Previsional, en el debido cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, que correspondan a los beneficiarios de la leyes N° 18.469 y N° 18.933" por "en el cabal cumplimiento de sus funciones".

325.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, a continuación de su inciso segundo, el siguiente, nuevo:

"En el cumplimiento de las funciones señaladas en los incisos anteriores, prestará especial atención a que tanto el Fondo Nacional de Salud como las Instituciones de Salud Previsional cumplan con las exigencias del Sistema de Garantías en Salud que correspondan a los beneficiarios de las leyes N<sup>os</sup> 18.469 y 19.933."

326.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar, a su inciso tercero, la siguiente frase final: "y del cumplimiento de sus funciones esenciales".

327.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimir su inciso cuarto.

**Artículo 3º**

## BOLETIN INDICACIONES

328.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir su inciso final por el siguiente:

“La estructura y organización interna de la Superintendencia se determinará conforme lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes.”.

**Artículo 4°**

329.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para intercalar, en el inciso primero, a continuación de “Presidente de la República,”, la frase “en conformidad a lo establecido en la ley N° 19.882,”.

N° 2.-

330.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, a continuación de la palabra “regionales”, la expresión “o provinciales”, y para suprimir la frase “y existan las disponibilidades presupuestarias”.

**Artículo 5°**

331.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 5°.- Las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud serán supervigilados en el ejercicio de sus funciones por la Intendencia de Seguros Previsionales en los términos que señala esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones que le sean aplicables. En su labor fiscalizadora la Intendencia deberá aplicar los mismos criterios y normas para el sistema público y el privado.”.

**Artículo 6°**

N° 5.-

332.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimir las frases iniciales hasta “cumplimiento del Régimen;”.

o o o o

333.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para pasar el texto del número 7.- al número 6.-, pasando el actual 6.- a ser 7.-.

## BOLETIN INDICACIONES

**Artículo 7°**

334.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar, en su inciso primero, la palabra "devolverá" por "y las Instituciones de Salud Previsional devolverán".

**Artículo 8°**

335.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir sus incisos segundo y tercero por el siguiente:

"La Superintendencia, a través de normas de general aplicación, regulará el procedimiento que deberá observarse en la tramitación de las controversias, debiendo velar por que se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados, la facultad del beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes. En el procedimiento se establecerá, a lo menos, que el árbitro oír a los interesados, recibirá y agregará los instrumentos que se le presenten, practicará las diligencias que estime necesarias para el conocimiento de los hechos y dará su fallo en el sentido que la prudencia y la equidad le dicten."

336.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para reemplazar, en su inciso segundo, la palabra "período" por "audiencia".

337.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar el siguiente inciso nuevo:

"Con todo, el Intendente de Seguros Previsionales en Salud podrá decidir el asunto sometido a su conocimiento por la vía administrativa, sin someterlo a lo señalado en el presente artículo, cuando estime que el juicio arbitral no alterará la decisión del asunto."

o o o o

338.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para sustituir, en los artículos posteriores, "." por el signo "°" que acompaña a su numeración.

o o o o

## BOLETIN INDICACIONES

**Artículo 12**1.-

339.- De S.E. el Presidente de la República, y 340.- de la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimir su oración final.

2.-

341.- De S.E. el Presidente de la República, para suprimir su frase final y la coma (,) que la precede.

4.-

342.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para agregar la siguiente frase final: "y en lo relativo al buen cumplimiento de sus funciones esenciales".

6.-

343.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, a continuación de "prestadores individuales", la frase "de salud, estén o no".

7.-

344.- De la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimir la expresión "o reacreditación".

**Artículo 13**

345.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para intercalar, a continuación de su inciso primero, el siguiente, nuevo:

"El Intendente de Prestadores de Salud podrá hacer observaciones al director del establecimiento sobre faltas graves en el cumplimiento de las tareas esenciales del organismo, informando al respecto al Director del Servicio de Salud y al Secretario Regional Ministerial correspondientes."

o o o o

346.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, a continuación del artículo 14, el siguiente, nuevo:

"Artículo ...- En ningún caso la responsabilidad que pueda emanar de una acreditación o certificación comprometerá la responsabilidad pecuniaria del Estado."

## BOLETIN INDICACIONES

o o o o

**Artículo 16**

347.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir su inciso primero por el siguiente:

“Artículo 16.- La Superintendencia podrá requerir del Director del Fondo Nacional de Salud que instruya los correspondientes sumarios administrativos al personal de su dependencia, en caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que sobre estas materias posee dicho Director y la Contraloría General de la República.”.

348.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimir, en su inciso primero, la frase “, en caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud,”.

349.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar, a su inciso final, la siguiente oración: “Tratándose de establecimientos de salud privados, se aplicará una multa de hasta 1.000 unidades de fomento, la que podrá elevarse a 4.000 unidades de fomento en caso de reiteración.”.

**Artículo 18**

350.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, para suprimir, en su inciso primero, la expresión “y por escrito”.

**Artículo 24**

351.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar el siguiente inciso nuevo:

“El personal a contrata de la Superintendencia podrá desempeñar funciones de carácter directivo o de jefatura, las que serán asignadas, en cada caso, por el Superintendente. El personal al que se asigne tales funciones no podrá exceder del 5% del personal a contrata de la institución.”.

o o o o

352.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar, a continuación del ARTÍCULO 7º, el siguiente, nuevo:



## BOLETIN INDICACIONES

"ARTÍCULO... - La bonificación por retiro establecido en el Título II de la ley N° 19.882 no será aplicable al personal perteneciente a los establecimientos de salud de carácter experimental, creados por los decretos con fuerza de ley del Ministerio de Salud N°s 29, 30 y 31, todos del 2000. Estos personales quedarán adscritos a la normativa establecida en el artículo primero transitorio de la presente ley."

o o o o

353.- Del Honorable Senador señor Viera-Gallo, para agregar, a continuación del ARTÍCULO 7º, el siguiente, nuevo:

"ARTÍCULO... - Modifícase la ley N° 19.378, de la siguiente forma:

a.- Intercálese, en el inciso primero del artículo 49, entre la frase "Servicios de Salud" y la palabra "correspondientes" la expresión "y por intermedio de las municipalidades".

b.- Incorpórese el siguiente artículo 55 bis:

"Toda transferencia de recursos públicos dirigida a las entidades administradoras se hará por intermedio de la municipalidad respectiva."."

o o o o

354.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Eskide y Viera-Gallo, para agregar, a continuación del ARTÍCULO 7º, el siguiente, nuevo:

## BOLETIN INDICACIONES

“ARTÍCULO...- Introdúcense las siguientes letras m), n), ñ) y o) al artículo 48 de la ley N° 19.664:

“m) Créase una segunda alternativa en el Ciclo de Iniciación y Formación, cuyo objetivo será dotar en forma progresiva, de acuerdo a lo dispuesto en la letra l) precedente, a los Consultorios Generales Urbanos de ciudades de más de cien mil habitantes, de la cantidad, tipo y calidad de médicos que éstos necesitan para cumplir con los estándares que las normas y programas establecidos por el Ministerio de Salud requieren para su ejecución en estos establecimientos.

n) En conformidad con un diagnóstico anualmente actualizado de las necesidades de facultativos y priorizando aquellos establecimientos que presenten las mayores carencias de ellos, de atención y de riesgo sanitario, económico, social y ambiental, de acuerdo a lo establecido en la letra l) precedente, el Subsecretario de Redes de Salud, conforme a lo establecido en el artículo 8° de la ley N° 19.664, procederá a llamar a un concurso nacional de oposición, en forma conjunta con el llamado a concurso para proveer los cargos de Médico General de Zona y sin detrimento de este concurso, con el fin de proveer de Médicos Generales Urbanos en formación en Especialidades Básicas (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología-Obstetricia y Psiquiatría General), para trabajar en forma continuada en Consultorios Generales Urbanos designados en jornadas de 24 horas semanales y 20 horas en Hospitales, Centros de Diagnóstico y Tratamiento y Centros de Referencia de Salud del área correspondiente, docente-asistenciales, en atención abierta y cerrada, con el fin de desempeñarse en tareas asistenciales y simultáneamente ser sujetos de un Programa de Formación Académica acreditada, que los conduzca al final de su contrato de seis años a la certificación universitaria como “Especialista” en las especialidades anteriormente mencionadas.

ñ) Al finalizar los seis años de contrato y cualquiera que sea el resultado en términos de certificación de la especialidad, el Servicio de Salud, la Municipalidad y el Médico quedarán desligados de toda relación contractual. Estos podrán proseguir su carrera funcionaria en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, optando a concursar para ingresar a la Etapa de Planta Superior de la ley N° 19.664, en conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 de dicha ley.

o) Un reglamento establecerá los criterios y procedimientos para el llamado a concurso, las condiciones contractuales, el nivel de remuneraciones de los mismos, sus obligaciones y derechos, así como los convenios con las Instituciones Académicas responsables de su formación como Especialistas Básicos y las responsabilidades de los Servicios de Salud,

## BOLETIN INDICACIONES

de los Municipios y de las Instituciones Académicas para el debido cumplimiento del programa.”.”.

o o o o

**DISPOSICIONES TRANSITORIAS****ARTÍCULO PRIMERO**

355.- Del Honorable Senador señor Ominami, para sustituir su inciso primero por el siguiente:

“Artículo primero.- Los funcionarios de planta y a contrata regidos por la ley Nº 18.834 y el decreto ley Nº 249, de 1974, que se desempeñen en alguno de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, en la Subsecretaría del Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mayores de 60 años de edad de servicio, si son mujeres y de 65 años de edad si son hombres, después de los noventa días posteriores a la publicación de esta Ley y hasta el 31 de diciembre de 2004, presenten su renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones imponibles, actualizadas según el índice de precios al consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses prestados a alguno de los organismos señalados, con una tope de 8 meses de dicha remuneración.

Podrán acogerse a este beneficio los funcionarios a quienes se les halla declarado salud incompatible por el organismo competente, durante el período 2002 – 2004.”.

356.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar, en su inciso primero, las expresiones “la Subsecretaría” y “31 de diciembre de 2004”, por las expresiones “las Subsecretarías” y “30 de junio del 2005”, respectivamente.

357.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, en su inciso primero, a continuación de “Sistema Nacional de Servicios de Salud” la siguiente frase precedida de punto y coma (;): “así como los funcionarios de los establecimientos de salud de carácter experimental, creados por los decretos con fuerza de ley del Ministerio de Salud N<sup>os</sup> 29, 30 y 31 todos del 2000,”.

358.- Del Honorable Senador señor Ominami, para sustituir, su inciso segundo por el siguiente:

“El monto de este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a

**BOLETIN INDICACIONES**

\$291.728 mensuales y en un mes para aquéllos que tengan, a la fecha de publicación de la ley más de 63 años si son mujeres y más de 68 años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.”.

359.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar, en su inciso segundo, el valor “\$270.000” por \$291.728”.

360.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir su inciso tercero por el siguiente:

“Para poder acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Entre dicha data y el 31 de diciembre del 2004, podrán acceder a este beneficio 2.494 funcionarios, privilegiándose aquéllos de menores rentas y mayor edad. Durante el primer semestre del año 2005, podrán acogerse otros 1.700 funcionarios. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio antes del 31 de diciembre del 2004, podrán hacerlo durante el primer semestre del año 2005. Los cupos que no fueren utilizados en el primer periodo de concesión del beneficio, serán acumulables para el período siguiente.”.

361.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar, en su inciso sexto, la expresión “inciso primero” por “este artículo”.

**ARTÍCULO SEGUNDO**

362.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar el siguiente inciso nuevo:

“Durante el año 2004, por concepto del componente variable, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.”.

**ARTÍCULO TERCERO**

363.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar, a su inciso segundo, la siguiente oración: “No obstante, los funcionarios que tengan 9 o más años de servicio a la fecha de entrada de publicación de esta ley, dicho proceso se entenderá aprobado por el solo ministerio de esta ley.”.

**ARTÍCULO CUARTO**

---

**BOLETIN INDICACIONES**

364.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar el siguiente inciso nuevo:

“Durante el año 2004, por concepto del componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondiente.”.

**ARTÍCULO QUINTO**

365.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en su inciso primero, la expresión “el número 1” por “los números 1 y 2”.

**ARTÍCULO SEXTO**

366.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar, en su inciso primero, la expresión “número 2” por “número 3”.

367.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en las letras a) y b), la palabra “categoría” por “calidad”, y para intercalarles, a continuación de “establecimientos dependientes”, la frase “y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad”.

**ARTÍCULO SÉPTIMO**

368.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar, en su inciso primero, el guarismo “1)” por “2)”, y la expresión “2), letra a)” por “3), letra b)”.

**ARTÍCULO OCTAVO**

369.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituir, en su inciso primero y en el número 2. del inciso segundo, la expresión “letra I” por “letra d)”.

370.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar el siguiente inciso nuevo:

“Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, a contar de la fecha de publicación de esta ley, y mientras la asignación de turno a que se refiere este artículo no se aplique en todos sus términos, el tercer y cuarto turnos se continuará pagando de acuerdo a lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley Nº 18.834, no aplicándose a su respecto lo señalado en los artículos 73 inciso segundo y 75, ambos del decreto ley Nº 2.763, de 1979.”.

---

**BOLETIN INDICACIONES****ARTÍCULO NOVENO**

371.- De S.E. el Presidente de la República, para intercalar, en su encabezamiento, a continuación de "a nivel nacional", la frase "y el monto anual por establecimiento".

372.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar el siguiente inciso nuevo:

"La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre del 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público."

**ARTÍCULO DÉCIMO**

373.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazar, en su inciso primero, la frase "en enero del año 2004", por "ciento veinte días después de publicada la presente ley".

**ARTÍCULO UNDÉCIMO**

374.- De S.E. el Presidente de la República, para sustituirlo por el siguiente:

"Artículo undécimo.- El proceso de acreditación de competencias a que se refiere el artículo 80 del Decreto Ley N° 2763 de 1979, comenzará a operar a contar de 180 días después de publicada esta ley. Con el resultado de este proceso, el que evaluará los factores de experiencia calificada, calificación ponderada y capacitación, se confeccionará el escalafón de mérito, que regirá durante el año siguiente."

**ARTÍCULO DECIMOCUARTO**

375.- Del Honorable Senador señor Ominami, para reemplazarlo por el siguiente:

"Artículo decimocuarto.- Procede la cancelación de un bono para el personal de las plantas técnica administrativa y auxiliares ubicadas entre los grados 19 y 28 entre la escala única en conformidad al acuerdo suscrito con fecha 05 de septiembre de 2002 y ratificado en el protocolo sobre nueva política de remuneraciones de fecha 12 de julio de 2002 y que demandará un costo máximo de \$2.700 millones."

---

**BOLETIN INDICACIONES**

376.- De S.E. el Presidente de la República, para suprimir los dos puntos (:) de su encabezamiento, agregando lo siguiente: "a continuación. Este anticipo no será imputable al incremento de renta que se produzca por efecto de lo dispuesto en el artículo segundo transitorio de esta ley."

377.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar el siguiente inciso nuevo:

"El beneficio establecido en el inciso anterior también se aplicará, por una sola vez, al personal señalado en el artículo cuarto, numeral 3, letra b), de esta ley, en las mismas condiciones, plazos, atributos, grados y porcentajes que se establecen en este artículo."

**ARTÍCULO DECIMOSEPTIMO**

378.- De S.E. el Presidente de la República, para agregar el siguiente inciso nuevo:

"En todo caso, el beneficio establecido en el inciso tercero del artículo décimo cuarto transitorio, se financiará mediante reasignaciones internas de los presupuestos de las instituciones correspondientes."

**ARTÍCULO DECIMOCTAVO**

379.- De los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo, para sustituir la frase "la ley N° 18.933" por "las leyes N°s 18.469 y 18.933".

**ARTÍCULO DECIMONOVENO**

380.- De S.E. el Presidente de la República, para reemplazarlo por el siguiente:

"Artículo decimonoveno.- Las normas de la presente ley entrarán en vigencia el 1 de enero del año 2005, salvo lo dispuesto en el numeral 32 del artículo 1º, en los artículos 3º, 4º, 5º, 6º y en las disposiciones transitorias.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, las normas relativas a la Superintendencia de Salud comenzarán a regir cuando entre en vigencia el Régimen de Garantías en Salud."

o o o o

---

**BOLETIN INDICACIONES**

381.- Del Honorable Senador señor Ríos, para consultar el siguiente artículo transitorio nuevo:

“Artículo...- Los funcionarios de planta, contrata regidos por la ley Nº 18.834, el D.L. Nº 249 de 1974 y Código del Trabajo, que cumplen funciones en las Direcciones de Salud, que se refiere directamente al cumplimiento del Código Sanitario y leyes complementarias, se les reconocerá la condición de “Fiscalizadores”, rigiéndose por el D.L. Nº 3.551, de 1980. Pasarán a ser parte de la Planta de Fiscalizadores de la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, previo reglamento para su aplicación, respetándoseles su actual lugar de residencia laboral.”.

o o o o



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**2.4. Segundo informe Comisión de Salud**

Senado, 17 de diciembre de 2003. Cuenta en Sesión 28, Legislatura 350.

**SEGUNDO INFORME DE LA COMISION DE SALUD**, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, instaurar distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

**BOLETIN N° 2.980-11.****HONORABLE SENADO:**

Vuestra Comisión de Salud tiene el honor de emitir su segundo informe relativo al proyecto de la referencia, iniciado en mensaje del Presidente de la República, con urgencia calificada de "simple".

A las sesiones en que se estudió este asunto asistió, además de los integrantes de la Comisión, el Honorable Senador señor Edgardo Boeninger Kausel.

-----

La Comisión contó con la presencia de los invitados que a continuación se consignan:

En representación del Ministerio de Salud, se hicieron presentes el Ministro de Salud, don Pedro García Aspillaga, el Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica, don Andrés Romero Celedón y los abogados asesores del mismo Departamento don Eduardo Alvarez Reyes y don Tomás Jordán Díaz.

En representación del Ministerio de Hacienda asistieron el Coordinador de Política Económica, don Marcelo Tokman Ramos; los asesores señora Consuelo Espinosa Marti y Julio Valladares Muñoz, y los

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

analistas del Sector Institucional Laboral de la Dirección de Presupuestos, don Enrique Arancibia Vásquez y don Carlos Pardo Bello.

La Comisión de Reforma de la Salud estuvo representada por su Secretario Ejecutivo, don Hernán Sandoval Orellana, y por los asesores señores Carolina de la Maza Pincheira, Gianpiero Fava Cohen y Mario Lillo Feres.

Asistieron en representación de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional el Superintendente, don Manuel Inostroza Palma; el Fiscal, don Ulises Nancuante Almonacid, y el Jefe de Asesoría Jurídica de la misma entidad don Raúl Ferrada Carrasco.

Por la Asociación de Instituciones de Salud Previsional, concurren su Vicepresidente, don Andrés Tagle Domínguez; su Director Ejecutivo, don Rafael Caviedes Duprá, y su Gerente de Estudios, don Gonzalo Simone Bustos.

Como representantes del Colegio Médico asistieron el señor David Villena Pedrero y el asesor jurídico de esta asociación gremial, don Enrique Díaz Valderrama.

En representación de la Fundación Jaime Guzmán, concurren don Nicolás Figari Vial, y del Instituto Libertad y Desarrollo, don Sebastián Soto Velasco.

Además, asistió el Subdirector Médico del Hospital Regional de Concepción, doctor Sergio Micco Garay.

-----

Cabe señalar que los artículos 10, 11 y 22, contenidos en el artículo 6º del proyecto son normas de rango orgánico constitucional, por incidir en atribuciones de los tribunales de justicia.

En consecuencia, de conformidad con el artículo 74 de la Constitución Política de la República, en relación con el inciso segundo del artículo 63 de la misma, esas disposiciones requieren, para ser aprobadas, el voto a favor de las cuatro séptimas partes de los Senadores en ejercicio.

Se hace presente que las normas recientemente señaladas, originalmente contenidas en el proyecto de ley que establece el Régimen de Garantías de Salud (Boletín N° 2.947-11), y posteriormente incorporadas sin cambios a la iniciativa legal en informe, fueron consultadas a la Corte Suprema por la Honorable Cámara de Diputados, en su oportunidad.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

-----

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 124 del Reglamento del Senado, cabe dejar constancia de lo siguiente:

I.- Artículos que no fueron objeto de indicaciones ni de modificaciones: 2º, 5º (que pasó a ser 4º), Duodécimo, Decimotercero, Decimosexto y Vigésimo transitorios.

II.- Indicaciones aprobadas sin modificaciones: 2, 4, 6, 11, 26, 32, 41 a 43, 47, 55, 57, 58, 61, 63, 66, 69, 72, 73, 75, 76, 82, 83, 89, 95, 96, 97, 110 a 113, 121, 128, 132, 134, 136, 145, 146, 148 a 153, 157, 160, 163, 173, 180, 181, 184, 188, 190 a 192, 196, 201, 203, 205, 219, 221, 224, 242, 247, 250, 253, 255 a 258, 260, 264, 267, 268, 270, 272, 273, 277, 278, 280, 281, 283 a 285, 288, 291 a 294, 296, 298, 301, 304, 305, 314, 315, 317, 320, 329, 332, 339, 340, 359, 361, 362, 364, 365 a 374, 376, 378 y 379.

III.- Indicaciones aprobadas con modificaciones: 1, 10, 14, 15, 17 a 21, 24, 30, 33 a 35, 38, 45, 50 a 52, 62, 65, 78, 79, 81, 86, 89, 92, 99, 100, 102, 104, 115 a 118, 126, 127, 135, 137, 140, 142 a 144, 154, 165, 166, 175 a 178, 185, 193 a 195, 197, 200, 202, 217, 218, 220, 225, 226, 228 a 230, 232, 233, 235, 238 a 240, 246, 248, 249, 261 a 263, 271, 279, 282, 289, 297, 316, 330, 334, 335, 343, 345, 347, 349 a 353, 356 a 358, 360, 363, 377 y 380.

IV.- Indicaciones rechazadas: 3, 5, 7 a 9, 12, 13, 16, 22, 27, 29, 31, 36, 37, 40, 46, 49, 53, 54, 56, 60, 64, 67, 68, 70, 71, 74, 77, 80, 85, 87, 91, 93, 98, 105, 107, 109, 123, 130, 131, 133, 138, 139, 141, 147, 158, 159, 162, 164, 168, 169, 171, 172, 174, 182, 183, 186, 206 a 214, 222, 223, 227, 236, 237, 241, 243 a 245, 254, 259, 266, 290, 299, 300, 302, 303, 307 a 313, 328, 337, 341, 344 y 381.

V.- Indicaciones retiradas: 23, 25, 28, 39, 44, 48, 59, 84, 90, 94, 106, 108, 119, 120, 122, 125, 129, 155, 156, 161, 167, 170, 187, 189, 198, 199, 204, 215, 216, 231, 234, 251, 252, 265, 269, 274, 306, 321 a 327, 331, 333, 336, 338, 342, 346 y 348.

VI.- Indicaciones declaradas inadmisibles: 101, 103, 124, 179, 275, 276, 286, 287, 295, 318, 319, 354, 355 y 375.

-----

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**ANTECEDENTES DE DERECHO**

El proyecto en informe se vincula con los siguientes cuerpos normativos:

1.- D.L. N° 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

2.- Ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.

3.- Ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapre

4.- D.F.L. N° 725, de 1968, Código Sanitario, artículo 5º, sobre interpretación de la frase "autoridad sanitaria".

5.- Ley N° 19.378, Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal.

6.- Ley N° 19.607, que modifica el Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal.

7.- Ley N° 19.490, que establece asignaciones y bonificaciones para el personal del sector salud.

8.- Ley N° 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas de personal del sector salud.

9.- Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.

10.- D.L. N° 249, de 1974, Escala Única de Remuneraciones.

11.- D.F.L. N°s 29,30 y 31, del Ministerio de Salud, de 2000, que crean los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental Hospital Padre Alberto Hurtado, Centro de Referencia de Salud (CRS) de Peñalolén Cordillera Oriente y CRS de Maipú.

12.- D.L. N° 1.953, de 1977, y ley N° 18.091, que establece normas de carácter presupuestario y financieras.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

13.- Leyes N° 19.185 y N° 19.429, sobre reajuste de remuneraciones del sector público.

14.- D.S. N° 320, del Ministerio de Salud, de 2003, que determina el aporte estatal a las entidades administradoras de salud municipal (per cápita) para el año en curso.

15.- Ley N° 19.886, de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.

16.- Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.

17.- Ley N° 18.695, orgánica constitucional de municipalidades.

18.- Ley N° 18.575, orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.

19.- Ley N° 16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

20.- Ley N° 19.882, que regula nueva política de personal a los funcionarios públicos.

21.- Ley N° 19.664, que establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud y modifica la ley N° 15.076.

22.- Ley N° 18.803, que autoriza a los servicios públicos para externalizar acciones de apoyo a funciones que no correspondan a potestades.

23.- Ley N° 19.699, que otorga compensaciones y otros beneficios que indica a funcionarios públicos estudiantes de carreras técnicas de nivel superior.

24.- Ley N° 19.799, sobre documentos electrónicos, firma electrónica y servicios de certificación de dicha firma.

25.- Ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del Estado.

26.- D.L. N° 1.939, 1977, sobre adquisición, administración y disposición de bienes del Estado.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

27.- D.L. N° 3.500, de 1980, que establece nuevo sistema de pensiones.

28.- D.L. N° 3.551, 1981, sobre remuneraciones y personal del sector público.

29.- D.F.L. N° 36, del Ministerio de Salud, de 1980, sobre normas para los convenios que celebren los servicios de salud.

30.- D.F.L. N° 1.340 bis, del Ministerio de Bienestar Social, de 1930, Estatuto de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas.

-----

El Senado ha resuelto que este proyecto pase a la Comisión de Hacienda en el trámite reglamentario de segundo informe, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 17 de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, que ordena que dicha Comisión informe en lo relativo a la incidencia de algunas disposiciones del proyecto en materias presupuestaria y financiera.

Se encuentran en el caso previsto en la disposición legal citada las siguientes normas de la iniciativa en informe:

Del ARTICULO 1º: N° 11), artículo 14 D;  
N° 18), letras c) y s);  
N° 21;  
N° 22), artículo 25 A, inciso tercero; artículo 25 F, letras d), e), f), g), h) i), p) q), u) e inciso segundo; artículos 25 L y 25 M; artículo 25 O, letra d);  
N° 33), artículos 61 a 79;

ARTÍCULOS 3º, 4º, y 5º;

Del ARTÍCULO 6º: Artículo 1º; artículo 14 N° 2; artículos 23 y 26;

ARTÍCULOS 7º y 8º;

Artículos transitorios: 1º a 9º, 13º, 14º, 16º, 19º, 22º y 23º.

-----

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**DISCUSIÓN EN PARTICULAR****ARTÍCULO 1º**

Este precepto incorpora diversas modificaciones al decreto ley N° 2.763, de 1979.

**Nº 1)**

El numeral 1 sustituye el artículo 4º del referido texto legal, mediante el cual se establecen las funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, y dispone que le corresponderá formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Gobierno.

Enseguida, se enuncian otras facultades a través de distintos numerales.

El presente numeral fue objeto de las indicaciones signadas con los números 1, 2 y 3.

En primer término, el Honorable Senador señor Ríos formuló la **indicación N° 1**, destinada a reemplazar el encabezamiento del referido numeral por el siguiente:

“Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular y fijar las políticas de salud, además de entregar la provisión de salud a través de la red de Salud Pública, en conformidad con las directivas que señale el Gobierno. En particular le corresponderá desempeñar las siguientes funciones:”.

A continuación, los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo presentaron la **indicación N° 2**, dirigida a sustituir el encabezamiento por el siguiente:

“Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia, tendrá, entre otras, las siguientes funciones:”.

Finalmente, el Presidente de la República presentó la **indicación N° 3**, para reemplazar el encabezamiento por otro que señala:

“Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá desempeñar las siguientes funciones:”.

Al debatir las proposiciones anteriores, el señor Ministro de Salud hizo presente que el proyecto en análisis sistematiza las

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

diversas tareas en categorías comprensivas, a fin de precisar y simplificar el contenido de la norma, razón por la cual la indicación patrocinada por el Ejecutivo también simplifica el encabezamiento, introduciendo las funciones del Ministerio de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión estimó que el encabezamiento debía dar cuenta de la tarea del Ministerio de Salud, en forma previa a enunciar las facultades que le asisten para cumplir con dicha tarea.

En coherencia con lo expuesto, concordó en aprobar la indicación N° 2, en los mismos términos en que fue formulada. Asimismo, convino en acoger la indicación N° 1, con la modificación de consultarla como parte de la reformulación del literal e) del artículo 4°.

**-En consecuencia, la indicación N° 1, fue aprobada con modificaciones; la N° 2 fue aprobada sin enmiendas y la N°3 fue rechazada. Todos los acuerdos previamente consignados fueron alcanzados por unanimidad, concurriendo con su voto los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**1.-**

El número 1 establece la función de ejercer la rectoría del sector salud, la que, conforme a la norma en comento, entre otras materias, comprende:

- a) La formulación, control y evaluación de políticas, planes y programas generales en materia de salud.
- b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.
- c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
- d) La coordinación y cooperación internacional en salud.
- e) La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas al Sistema, de acuerdo con las políticas fijadas.

Los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, presentaron la **indicación N° 4**, con el fin de reemplazar, en el encabezado de este número, la expresión "lo cual" por "la cual".



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-La indicación en comento fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

letra a)

El presente literal incluye en el ejercicio de la función de rectoría del sector salud, conferida al Ministerio de Salud, la formulación, control y evaluación de políticas, planes y programas generales en materia de salud.

Este literal fue objeto de las indicaciones N°s 5 y 6.

El Presidente de la República formuló la **indicación N° 5**, para reemplazar el literal a) por el siguiente:

"a) Colaborar en la formulación de las políticas y planes generales en materia de salud, elaborar los programas correspondientes para su implementación, controlar y evaluar el cumplimiento de lo anteriormente señalado."

**-La indicación N° 5 fue rechazada, con el concurso de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Por su parte, los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo presentaron la **indicación N° 6**, destinada a suprimir la palabra "políticas".

**-La indicación N° 6 fue aprobada, sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

A continuación, la Comisión convino en abrir debate sobre la letra e) y, con el fin de alcanzar una mayor precisión, aclaró que la provisión de acciones de salud es un elemento esencial de la función descrita por el literal e) y, por consiguiente, acordó reemplazar la frase "al Sistema", por "a la provisión de acciones de salud".

**-Aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El número 2 consagra, como atribución del Ministerio de Salud, la dictación de normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de promoción o fomento, prevención, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.

Este numeral fue objeto de las indicaciones individualizadas con los N°s 7, 8 y 9.

La **indicación N° 7**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, fue formulada con el propósito de reponer el texto propuesto por el Ejecutivo en su Mensaje original y cuyo texto es del siguiente tenor:

"2.- Definir las normas sanitarias, en aspectos tales como autorizaciones sanitarias; saneamiento básico; calidad de los alimentos; sobre medio ambiente, de acuerdo a la ley N° 19.300; ambiente laboral; y en lo referente a todas aquellas materias reguladas y sancionadas por el Código Sanitario."

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide fundó su indicación señalando que ésta intenta precisar que las normas sanitarias que indica pueden ser dictadas por el Ministerio de Salud.

Sobre el particular, el señor Ministro de Salud señaló que la indicación explicita una facultad propia del Ministerio a su cargo, la que es ejercida en forma ordinaria mediante resoluciones o reglamentos, y que no le parecía adecuado innovar en la materia, debido a que se podría interpretar erradamente como un cambio respecto de la situación actual.

En consideración a lo expuesto, la mayoría optó por rechazar la indicación en debate, dejando **constancia** de que la dictación de normas sanitarias constituye una función propia del Ministerio de Salud, contenida en el número 2 del artículo 4°.

**-La indicación N° 7 fue rechazada. La mayoría estuvo conformada por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ríos. El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, en voto de minoría, se manifestó a favor de la indicación y el Honorable Senador señor Viera-Gallo optó por la abstención.**

A continuación, la **indicación N° 8**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone suprimir la palabra "prevención,".

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-Fue rechazada, con el voto de la unanimidad de los miembros de esta Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión resolvió abrir debate sobre el número 2 en comento, a raíz de lo cual acordó reordenar la oración que enuncia las actividades de salud, de la forma que se consigna en el texto final.

Finalmente, la **indicación N° 9**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objeto agregar el siguiente inciso segundo nuevo:

“Asimismo, dictar normas sanitarias en aspectos tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, autorizaciones sanitarias, saneamiento básico y, en general, en todas aquellas materias reguladas por el Código Sanitario.”.

Esta indicación, debido a su contenido coincidente, fue debatida conjuntamente con la indicación signada con el N° 7, resultando rechazada con la misma votación, debido a que la mayoría no estimó conveniente innovar respecto de la redacción vigente, por considerar que podría prestarse para confusiones, ya que la dictación de normas sanitarias es una función propia del Ministerio de Salud.

**-La indicación N° 9 fue rechazada. En contra de la indicación se pronunciaron los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ríos y a favor el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide. Se abstuvo el Honorable Senador señor Viera-Gallo.**

**3.-**

Este número confiere al Ministerio de Salud la facultad de fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley.

Su inciso segundo comete, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos, a la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva la fiscalización de las disposiciones del Código Sanitario y de otras leyes complementarias, en ámbitos tales como el de la higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Finalmente, el inciso tercero faculta la externalización de las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de normas, en cuanto dichos terceros cumplan requisitos de idoneidad y certificación.

Afectan a este numeral las indicaciones N°s 10, 11, 12 y 13.

La **indicación N° 10**, del Honorable Senador señor Frei, don Eduardo, propone reemplazar esta facultad por la de "Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud."

El Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, don Andrés Romero, hizo presente que el Ejecutivo prefiere no modificar la redacción existente, debido a que se teme que el cambio propuesto dé lugar a interpretaciones restrictivas de esta función.

La Comisión, por su parte, optó por aprobar la indicación, limitando su efecto al inciso primero y, por lo tanto, dejó subsistentes los restantes incisos que la proposición elimina.

**-Aprobada con modificaciones, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, manifestándose en contra el Honorable Senador señor Espina.**

Enseguida, el Presidente de la República, mediante la **indicación N° 11**, propone reemplazar, en su inciso segundo, la frase "La fiscalización de las normas contenidas en el Código Sanitario y demás leyes complementarias" por "La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarios y la sanción a su infracción cuando proceda".

**-La indicación fue aprobada por cuatro votos a favor, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y un voto en contra, del Honorable Senador señor Ríos.**

Finalmente, los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Ríos formularon las **indicaciones N° 12 y N° 13**, con el idéntico objetivo de suprimir el inciso tercero.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que los trabajadores que actualmente realizan las labores de fiscalización han planteado su inquietud frente a esta norma. Agregó que, fundamentalmente, les preocupa no tener el título formal de "fiscalizadores", sino que son

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

denominados "inspectores", lo que no les da derecho a la asignación que corresponde a quienes ejercen labores de fiscalización.

Continuó señalando que los mismos trabajadores no se oponen a la tercerización de funciones, pero aspiran a que ella se acote en forma clara y precisa.

Por su parte, el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide señaló que representantes de los mismos trabajadores habrían manifestado su interés en que se prohíba la tercerización de las labores de inspección o verificación del cumplimiento de normas.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que la tercerización de la fiscalización parece necesaria, debido a que, actualmente, el Ministerio no cuenta con capacidad para fiscalizar en forma adecuada todo el territorio nacional.

El señor Ministro de Salud coincidió con el planteamiento efectuado por la Honorable Senadora señora Matthei y agregó que las actuales dificultades en la fiscalización se verán agravadas por la inminente entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos, el cual exige el ejercicio expedito y dinámico de la función fiscalizadora que compete a esta Secretaría de Estado.

Con el fin de recoger las inquietudes planteadas sobre este punto, se acordó rechazar las indicaciones N°s 12 y 13 y poner en discusión el numeral 3.

Considerando los planteamientos previamente expuestos, se convino en limitar la tercerización de las labores de inspección o verificación del cumplimiento de normas sólo a ciertas materias, definidas reglamentariamente, en cuanto concurren dos requisitos, a saber: que no exista personal suficiente y que haya razones fundadas para efectuar el encargo. Finalmente, se acordó fijar requisitos a las entidades privadas que se hagan cargo de las labores tercerizadas, con el propósito de asegurar su seriedad y solvencia, debiendo convocarse, preferentemente, a las universidades.

En consecuencia, se adoptó la decisión de reemplazar el inciso tercero del numeral 3, por el siguiente:

"La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

dispuesto en la ley N° 19.886, debiendo cumplir la entidad privada, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, el concurso deberá llamarlas en primer orden."

A solicitud del Honorable Senador señor Viera-Gallo se acordó dejar **constancia** de que la tercerización de la actividad fiscalizadora no implica delegar dicha facultad, sino que sólo autoriza la verificación del cumplimiento de la norma, la simple constatación de un hecho, ya que la decisión sigue correspondiendo al fiscalizador estatal.

**-Fueron rechazadas las indicaciones N°s 12 y 13, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo y la abstención del Honorable Senador señor Boeninger. Se aprobó la modificación del numeral 3 del artículo 4º, con la misma votación.**

**5.-**

Este número faculta al Ministerio de Salud para tratar datos estadísticos y personales y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Asimismo, le permite tratar datos sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud, pudiendo requerir la información que fuere necesaria. Todo lo anterior de acuerdo a lo dispuesto por la ley N° 19.628.

En este número inciden las indicaciones N°s 14 y 15.

La **indicación N° 14**, presentada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone su reemplazo por el que a continuación se indica:

"5.- Recopilar y utilizar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Recopilar y utilizar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir, de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628."

Con el fin de mantener coherencia con la ley N° 19.628, sobre Protección de Datos Personales, se convino en incorporar el concepto de "tratamiento de datos" al presente numeral. Para ese efecto, se

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

reemplazaron las dos referencias a "recopilar y utilizar datos" empleadas en la norma, por la palabra "tratar", que posee un sentido técnico propio en el ámbito informático.

**-La indicación N° 14 fue aprobada, con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide formuló la **indicación N° 15**, con el fin de sustituir la oración final del número 5, por la siguiente: "Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628 y sobre secreto profesional."

Cabe recordar que la citada ley N° 19.628 regula la protección a la vida privada.

**-Fue aprobada con modificaciones formales con el voto de los Honorables Senadores seora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**7.-**

Este numeral faculta al Ministerio de Salud para formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas o "Sistema AUGE", que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Fue objeto de la **indicación N° 16**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, la que le agrega dos incisos nuevos, del siguiente tenor:

"Dicha facultad la ejercerá con la participación del consejo consultivo de salud, presidido por el Ministro de Salud y conformado por representantes de las Sociedades Científicas; Colegios Profesionales relacionados con profesiones de la salud; Facultades de Medicina de Universidades reconocidas por el Estado; Organizaciones de trabajadores y usuarios y otros organismos, de acuerdo con el Reglamento correspondiente.

La autoridad deberá convocar al Consejo Consultivo de Salud en las oportunidades en que se requiera ejercer la mencionada facultad, mediante convocatoria pública. Los actos y deliberaciones del Consejo Consultivo serán públicos. Las opiniones o acuerdos de los integrantes del Consejo Consultivo de Salud, no serán obligatorios para el Ministerio de Salud, sin embargo, la autoridad sanitaria deberá aceptar o declinar fundadamente las

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

opiniones de dichos participantes, al resolver las materias que trata este numeral.”.

**-La indicación fue rechazada, adoptándose esta decisión con el voto unánime de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

**8.-**

Este numeral consagra como facultad del Ministerio la de formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, el cual está conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas, considerando factores ambientales, sociales y económicos en el ámbito de la salud del país.”.

La **indicación N° 17**, que incide en este numeral, fue presentada por la Honorable Senadora señora Matthei y tiene por fin su reemplazo por otro, del siguiente tenor:

“8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.”.

**-Sometida a la consideración de la Comisión, fue aprobada por unanimidad, modificada como se expresa en la parte respectiva del informe, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

**9.- a 12.-  
(Pasan a ser 11.- a 14.-)**

La Comisión trató en conjunto estos numerales, que se refieren a estándares sanitarios, acreditación de prestadores institucionales, certificación de especialidades de prestadores individuales y protocolos de atención, reformulándolos del modo que aparece en el proyecto aprobado.

En ellos inciden las indicaciones N°s. 18 a 39.

La **indicación N° 18**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone su reemplazo por el siguiente:

“9.- Establecer los mínimos que deberán cumplir los prestadores de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

médicos, con el objeto de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Podrán fijarse estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, equipamiento, aplicación de técnicas y tecnologías, protocolos de atención, organización y capacitación de recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.”.

Al analizar la presente indicación, la Comisión concordó en su espíritu. Sin perjuicio de lo anterior, se estimó preferible reemplazar la última oración por la siguiente:

“Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.”.

**-La indicación fue aprobada, con las modificaciones previamente reseñadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

A continuación se analizó la **indicación N° 19**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, que propone reemplazar el numeral 9 por el siguiente:

“9.- Establecer, mediante las normas legales correspondientes, los estándares mínimos, iguales para el sector público y privado, referidos a condiciones sanitarias seguras y a la aplicación de técnicas y tecnología apropiada en servicios de atención de salud, tales como requisitos de seguridad de instalaciones y equipos o requisitos de dispositivos médicos de los establecimientos de acuerdo al nivel de complejidad.

El Ministerio de Salud deberá disponer las medidas presupuestarias oportunas y suficientes para que los establecimientos públicos gocen del financiamiento adecuado para su funcionamiento, recursos para inversión, adquisición, reposición y mantenimiento de sus equipos y tecnología que le permita al sistema público de salud, dar cumplimiento en condiciones de igualdad con el sector privado a los requisitos o estándares mínimos de funcionamiento.

Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos, y con las consultas

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

correspondientes a los organismos técnicos nacionales e internacionales reconocidos.”.

La Comisión consideró innecesario el primer inciso propuesto, debido a que reitera la modificación ya incorporada mediante la indicación N° 18.

Con respecto al segundo inciso, la Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que una norma de esta naturaleza incide en la racionalización de recursos e impone rigidez, en circunstancias que la flexibilidad parece más deseable.

Por su parte, el Honorable Senador señor Espina precisó que tras esta indicación subyace el interés de asegurar que se dote a los establecimientos públicos de salud de recursos suficientes para alcanzar los estándares exigidos.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo agregó que la proposición es inconducente, toda vez que los establecimientos autogestionados tienen que proponer, negociar y ejecutar sus presupuestos, de modo que la incorporación de una norma como la del inciso segundo de la indicación en análisis implica generar un conflicto con el Ministerio de Salud.

Considerando los argumentos expuestos, se acordó rechazar los incisos primero y segundo y aprobar el inciso tercero, en los siguientes términos:

“Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.”.

**-La indicación N° 19 fue aprobada con modificaciones, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo, y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

Finalmente, cabe consignar que el numeral 9, como consecuencia de adecuaciones formales efectuadas al texto final, será consultado como numeral 11.

**10.-**

(Pasa a ser 12)

El inciso primero del numeral 10 faculta al Ministerio de Salud para establecer un sistema de acreditación de prestadores institucionales de salud. En los dos incisos siguientes, define la acreditación

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

como la resultante del proceso de evaluación del cumplimiento de estándares que permiten garantizar la calidad de las prestaciones y entrega la regulación a un reglamento, dictado conjuntamente por los Ministerios de Salud y de Hacienda. Finalmente, el inciso cuarto dispone que para el proceso de acreditación deberán aplicarse idénticos estándares al sector público y al privado.

El presente numeral fue objeto las indicaciones individualizadas con los N°s 20 a 27.

En primer término, la Comisión analizó conjuntamente las indicaciones señaladas con los N°s 20 y 21.

La Honorable Senadora señora Matthei formuló la **indicación N° 20**, con el fin de sustituir el numeral 10, por el siguiente:

“10.- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos, se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos que correspondan, de acuerdo al tipo de establecimiento y la complejidad de las prestaciones.

Un Reglamento de los Ministerios de Salud y de Hacienda establecerá la entidad o entidades acreditadoras, las que podrán ser públicas o privadas, o el sistema de selección de estas entidades; los requisitos que deberán cumplir; las atribuciones del organismo acreditador con relación a 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; la fórmula de cálculo de los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.

La acreditación deberá aplicar iguales estándares a los establecimientos públicos y privados.”.

Por su parte, la **indicación N° 21**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, persigue también el reemplazo y, al efecto, propone el siguiente texto:

“10.- Establecer mediante un Reglamento del Ministerio de Salud, un sistema de Acreditación de prestadores institucionales de salud, que cuenten con la autorización sanitaria vigente para funcionar, esto es, de los establecimientos asistenciales con personalidad jurídica de derecho público o privado, que proporcionen prestaciones de salud a las personas, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos. Para estos efectos, la acreditación es el resultado del proceso periódico, de evaluación del

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

cumplimiento de los estándares que permitan garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Los estándares se refieren a recursos institucionales, procesos y resultados, tales como prevención de infecciones intra hospitalarias, cumplimiento de protocolos de atención, organización adecuada de las funciones de apoyo, capacitación de recursos humanos, coordinación adecuada en la red asistencial, seguridad y equipamiento apropiado entre otros.

El Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda deberán disponer anualmente los recursos suficientes para que los hospitales públicos, así como los consultorios de la atención primaria de salud, se encuentren en las condiciones ante dichas, para dar cumplimiento satisfactorio a los procesos de acreditación que trata esta ley.

El mismo Reglamento deberá establecer las entidades acreditadoras, las que podrán ser públicas y privadas, o el sistema de selección de estas entidades; los requisitos que deberán cumplir; el mecanismo de elaboración de los estándares que deben cumplir los prestadores y el procedimiento de acreditación; las atribuciones del organismo acreditador con relación a los resultados de la evaluación; la periodicidad de la acreditación; las características del registro público de prestadores acreditados, nacional y regional que deberá mantener el Ministerio de Salud Pública; los aranceles que deberán pagar los prestadores por la acreditación y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.

La acreditación deberá aplicar iguales estándares y procedimientos a los sectores públicos y privados.

Los establecimientos públicos de salud, así como los consultorios de atención primaria deberán ser dotados de los recursos necesarios para que efectivamente acrediten en forma periódica, para lo cual el Ministerio de Salud y de Hacienda los evaluarán anualmente disponiendo los recursos o presupuestos sectoriales acorde con las necesidades de la acreditación y el mantenimiento de una red asistencial pública de carácter nacional que tenga capacidad de satisfacer las necesidades sanitarias de la población.”.

La Comisión, tras analizar y debatir ambas propuestas, convino en refundirlas, aprobando el siguiente texto:

“10.- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y la complejidad de las prestaciones.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

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 con relación a 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; los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.

La acreditación deberá aplicar iguales estándares a los establecimientos públicos y privados de salud."

**-En consecuencia, las indicaciones N°s 20 y 21 fueron aprobadas conjuntamente, con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

**Enseguida, la Comisión se pronunció respecto de los incisos segundo y quinto de la indicación N° 21, acordando su rechazo, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos y Viera-Gallo, y la abstención del Honorable Senador señor Espina.**

El Presidente de la República presentó la **indicación N° 22**, destinada a sustituir, en el inciso segundo, la expresión "permiten garantizar", por "tienen por objeto".

**-La presente indicación fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

Los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo formularon la **indicación N° 23**, con el propósito de sustituir, en el inciso segundo, el punto que sigue a la palabra "usuarios", por una coma, y la frase "Los estándares se refieren a ", por "tales como", suprimiendo los términos finales ", entre otros".

**-La indicación N° 23 fue retirada.**

La **indicación N° 24**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone reemplazar las frases iniciales del inciso tercero del numeral 10, hasta "entidades;", por la siguiente: "Un reglamento del Ministerio de Salud establecerá el sistema de acreditación, el organismo responsable del mismo, la participación en él de entidades públicas y privadas y su forma de selección;".

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La Comisión convino en acoger la presente indicación parcialmente, en cuanto coincide con el texto refundido de las indicaciones N°s 20 y 21, previamente aprobadas.

**-La indicación N° 24 fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 25**, del Honorable Senador señor Ríos, persigue suprimir, en el inciso tercero, la expresión "y privadas".

**-Fue retirada por su autor.**

Enseguida, los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Eskvide y Viera-Gallo formularon la **indicación N° 26**, con el propósito de agregar, en el inciso cuarto del numeral 10, las palabras "de salud".

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

Finalmente, la **indicación N° 27**, del Honorable Senador señor Arancibia, tiene por finalidad agregar, en el mencionado inciso cuarto, la siguiente oración: "A la confección del Reglamento, deberá convocarse a los distintos entes representativos del sector, como Universidades, escuelas de medicinas, Asociaciones gremiales de prestadores de Salud y de profesionales del área, Director Fondo Nacional de Salud, etc., en general los mismos que formarán el Consejo Nacional Consultivo establecido en el artículo 4° de esta ley."

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

Finalmente, cabe consignar que el presente numeral, como consecuencia de adecuaciones formales, será consultado como número 12.-

**11.-  
(Pasa a ser 13.-)**

El primer inciso del presente numeral faculta al Ministerio de Salud para establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

personas naturales que, de manera independiente, dependiente de un prestador institucional, o a través de un convenio con éste, otorgan prestaciones de salud directamente a las personas.

El inciso segundo agrega que, para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual una entidad reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencia relevante en un determinado ámbito del trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.

El inciso tercero continúa señalando que, mediante un reglamento, de los Ministerios de Salud y de Educación, se determinarán fundadamente las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades, de acuerdo a sus programas de evaluación, formación o entrenamiento; las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema; un registro público nacional y regional de los prestadores certificados, el que será mantenido por la Superintendencia de Salud, y las demás materias necesarias para desarrollar el sistema.

El inciso cuarto agrega que las entidades serán seleccionadas de acuerdo a pautas objetivas relacionadas con el currículum de formación, las actividades prácticas, los establecimientos asistenciales que disponen para el entrenamiento y el cuerpo de profesores. En el caso de los programas de evaluación de los conocimientos adquiridos por una experiencia prolongada y relevante del ejercicio práctico de la especialidad, las pautas se referirán a los sistemas de evaluación y al cuerpo de evaluadores.

Finalmente, el inciso quinto dispone que las universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras, si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente.

En el presente numeral inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 28 a 36.

La **indicación N° 28**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone sustituir este numeral por otro, del siguiente tenor:

"11.- Créase la Corporación Nacional de Acreditación y certificación médica, organismo público autónomo, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con domicilio en la Ciudad de Santiago de Chile que será dirigido por el Consejo Nacional de la Corporación, el que estará integrado por el Ministro de Salud que lo presidirá, por un representante de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile; por un representante de la Asociación de Sociedades Científicas, por un representante de la Corporación Nacional de

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Certificaciones Médicas, por un representante del Colegio Médico de Chile (A.G.), y por un representante del Presidente de la República, en forma paritaria; entidad que tendrá por objeto establecer los sistemas de certificación de las especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es de las personas naturales que, de manera independiente o dependiendo de un prestador institucional otorgan prestaciones de salud directamente a las personas. Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual la entidad reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencia relevante en un ámbito de trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.

Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante un Decreto con Fuerza de Ley, expedido por intermedio del Ministerio de Salud el que también deberá ser suscrito por Ministro de Hacienda, el Reglamento Orgánico de la Corporación Nacional de Acreditación y Certificaciones Médicas de Chile y para regular las siguientes materias:

a) Para determinar la estructura y organización interna de la Corporación.

b) Para establecer la planta de funcionarios, como la escala de sueldos y asignaciones correspondientes a los mismos.

c) Para determinar la fecha de inicio del funcionamiento de la Corporación.

d) Para determinar los bienes propios de la Corporación.

e) Para establecer el presupuesto que corresponda a dicha entidad y la forma de su financiamiento a través de ley de presupuestos del sector público anual.”.

**-Fue retirada por su autor.**

A continuación, la **indicación N° 29**, del Honorable Senador señor Parra, propone reemplazar el numeral 11, por el siguiente:

“11.- Establecer un sistema de registro de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones.

Para ser incorporado al registro respectivo el profesional deberá acreditar con certificado otorgado por una Universidad o



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Instituto Profesional del Estado o reconocida por éste, haber cursado y aprobado los correspondientes estudios de postgrado postítulo.

El desarrollo de los programas referidos estará a cargo de las instituciones de educación superior habilitadas, las que podrán impartirlos en Convenios con los Servicios de Salud o con otras instituciones prestadoras de salud. Dichos programas se acreditarán conforme a las normas y procedimientos que establezca en decreto conjunto de los Ministerios de Educación y Salud.”.

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 30**, formulada por el Presidente de la República, tiene como finalidad sustituir, en el inciso primero, las frases “de las personas naturales que, de manera independiente, dependiente de un prestador institucional o a través de un convenio con éste, otorgan prestaciones de salud directamente a las personas” por la siguiente: “de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud”.

**-Fue aprobada por unanimidad, con modificaciones, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 31**, del Honorable Senador señor Ríos, plantea “Definir qué profesiones y subespecialidades se quiere certificar.”.

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

A continuación, los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo presentaron la **indicación N° 32**, para sustituir, en el inciso segundo, la expresión “una entidad”, por “se”.

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Por su parte, la Honorable Senadora señora Matthei formuló la **indicación N° 33**, con el fin de sustituir los incisos tercero, cuarto y quinto del numeral 11 por los que a continuación se indican:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“Mediante un Reglamento de los Ministerios de Salud y Educación se determinarán las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades, como asimismo las condiciones que deberán cumplir las entidades interesadas en certificar, con el objeto de recibir la autorización para ello. El Reglamento establecerá, asimismo, las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema y la forma en que las entidades certificadoras deberán dar a conocer lo siguiente: los requisitos mínimos de conocimiento y experiencia que exigirán para cada especialidad o subespecialidad, los procedimientos de examen o verificación de antecedentes que emplean para otorgar la certificación, los antecedentes respecto del cuerpo de evaluadores que utilizan, los antecedentes que deberán mantener respecto del proceso de certificación de cada postulante y las características del registro público nacional y regional de los prestadores certificados, que deberá mantener la Superintendencia de Salud.

Las Universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras respecto de los alumnos que hayan cumplido con un programa de formación y entrenamiento ofrecido por ellas mismas, si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente.”.

Su autora explicó que la indicación no intenta innovar respecto de lo aprobado en general, sino que persigue mejorar la redacción y comprensión de la norma.

El Ejecutivo, por su parte, hizo presente que entregar al reglamento la regulación de las condiciones que deban cumplir las entidades certificadoras resulta inconveniente, debido a que el Ministerio de Educación es el organismo a cargo de la certificación de las carreras profesionales correspondientes.

Considerando lo anterior, se convino en reemplazar, en el inciso primero de la indicación en debate, el texto: “como asimismo las condiciones que deberán cumplir las entidades interesadas en certificar,” por “como asimismo las condiciones generales que aquéllas deberán cumplir”.

A solicitud del Honorable Senador señor Ríos, se dejó **constancia** de que las especialidades no sólo se refieren a aquéllas propias de la carrera de medicina, sino que también a las existentes en otras profesiones del ámbito de la salud.

**-La indicación fue aprobada, con la modificación previamente descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 34**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone sustituir, en el inciso tercero del numeral en comento, las frases "se determinarán fundadamente las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades de acuerdo a sus programas de evaluación, formación o entrenamiento; las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema;" por las siguientes: "se determinarán las especialidades y subespecialidades que serán objeto de certificación y las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales que realizarán dicho procedimiento, de acuerdo a sus programas de formación o entrenamiento; la forma de llevar".

La Comisión convino en acoger la presente indicación, en los siguientes términos: "se determinarán las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades,".

**-Fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 35**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, en el inciso cuarto, a continuación de las palabras iniciales "Las entidades", el término "certificadoras".

Considerando decisiones de la Comisión respecto a indicaciones anteriores, se acordó aprobar la presente indicación subsumida en el texto concordado.

**-Aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 36**, propuesta por el Honorable Senador señor Parra, tiene por objeto suprimir una referencia al número 11, en el N° 2 del artículo cuarto.

**-Fue rechazada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

Finalmente, cabe consignar que el número 11, como resultado de adecuaciones al texto, será consultado como número 13.

**12.-  
(Pasa a ser 14.-)**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Este numeral faculta al Ministerio de Salud para establecer, mediante resolución, normas de protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados, los que serán de carácter de referencial. Dichos protocolos sólo serán obligatorios para los sectores público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, la que deberá constar en la resolución.

Este numeral fue objeto de las indicaciones N°s 37, 38 y 39.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide formuló la **indicación N° 37**, destinada a reemplazarlo por otro, del siguiente tenor:

"12.- Establecer, conjuntamente con las sociedades científicas, las Facultades de Medicina de las Universidades reconocidas por el Estado y la Corporación Nacional de Certificaciones Médicas y el Colegio Médico de Chile (A.G.) las normas de protocolo de atención en salud.

Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados, los que tendrán el carácter de referenciales y cuya aplicación dependerá especialmente de criterios clínicos y sanitarios observados en los casos determinados, así como de los recursos organizacionales y financieros dispuestos para la atención de las personas. Los protocolos sólo serán obligatorios para el sector público y privado, en caso que existe una causa sanitaria que fundadamente lo establezca la autoridad sanitaria en la resolución correspondiente."

**-Puesta en votación, se manifestaron en contra los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo, a favor el Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide y se registró la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

**Conforme lo dispone el artículo 178 del Reglamento del Senado, se procedió a repetir la votación, insistiendo cada uno de los señores Senadores en mantener su decisión, en atención a lo cual se sumó la abstención a la mayoría, resultando rechazada la indicación por tres votos contra uno.**

La **indicación N° 38**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Eskvide y Viera-Gallo propone sustituir el numeral 12, por el siguiente:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"12.- Establecer, mediante resolución normas contenidas en protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud."

La Comisión acordó aprobar esta indicación concebida en los siguientes términos:

"12.- Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en la resolución del Ministerio de Salud."

**-La indicación N° 38 fue aprobada con las referidas modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

A continuación, la **indicación N° 39**, del Honorable Senador señor Ríos, tiene por finalidad reemplazar "carácter referencial", por "carácter obligatorio", eliminando su oración final.

**-Fue retirada por su autor.**

Cabe consignar que el presente numeral, como consecuencia de adecuaciones al texto, será consultado como número 14.-

Por último, se encomendó al Ejecutivo elaborar una nueva redacción para estos numerales, que incorporara las disposiciones e ideas aprobadas durante la discusión. El resultado figura al final, en el texto que proponemos a la aprobación del Senado, como numerales 11 a 14 del artículo 1º del proyecto.

**13.-  
(Pasa a ser 15.-)**

Esta es una nueva facultad asignada al Ministerio de Salud, que le permitirá implementar sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes. Los

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

sistemas podrán contemplar la intervención de entidades públicas y privadas que cumplan con condiciones técnicas de idoneidad.

La **indicación N° 40**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone su reemplazo por el siguiente:

“13.- Implementar conjuntamente con el Colegio Médico de Chile (A.G.) los sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores médicos, originados en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales.

Así mismo, el Ministerio de Salud en conjunto con otras entidades podrá desarrollar sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores institucionales originadas en el otorgamiento de acciones de salud.”.

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos y Viera-Gallo y el voto a favor del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.**

Enseguida, la Comisión analizó la **indicación N° 41**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, que propone intercalar, a continuación de la palabra inicial “Implementar”, la expresión “, conforme a la ley,”.

**-Sometida a la consideración de la Comisión, la indicación N° 41 fue aprobada por la unanimidad de sus miembros presentes, Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Cabe consignar que el presente numeral, como consecuencia de adecuaciones al texto, será consultado como número 15.-

**14.-**

Este número faculta al Ministerio de Salud para supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y programas generales de salud, especialmente en lo relativo a su eficiencia, eficacia y calidad.

En este número inciden las indicaciones N°s 42, 43 y 44.

Las **indicaciones N° 42 y N° 43**, formuladas por el Presidente de la República y por los Honorables Senadores señores Muñoz

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, respectivamente, coinciden en proponer su supresión.

**-Ambas indicaciones fueron aprobadas por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 44**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone ubicarlo como 5.- del N° 1).

**-La presente indicación fue retirada por su autora.**

**15.-  
(Pasa a ser 16.-)**

Este número, en su inciso primero, faculta al Ministerio de Salud para definir políticas que promuevan la participación en las diferentes instituciones del Sistema.

El inciso segundo incorpora el concepto de "modalidades de salud intercultural", especificando que, al diseñar políticas de participación ciudadana, el Ministerio de Salud deberá considerar especialmente las necesidades y las características culturales de las etnias de nuestro país, creando modalidades de salud interculturales en sectores con una alta concentración de población indígena.

La **indicación N° 45**, formulada por el Presidente de la República, incide en el presente numeral y propone reemplazarlo por el siguiente:

"15. Formular políticas que promuevan la participación en las diferentes entidades del Sistema y que permitan incorporar el enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena."

Al analizar la presente disposición, el debate giró en torno a dos elementos, a saber: la promoción de la participación ciudadana y la incorporación de un enfoque de salud intercultural. Se acordó separar la votación de ambos.

En primer término, se abrió debate respecto de la idea de promover la participación ciudadana.

Sobre este particular, el Ministro de Salud manifestó que la participación ciudadana y el fomento de la misma se encuentran entre

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

los elementos esenciales del proyecto en informe. Agregó que la Reforma de la Salud requiere respaldo, el que se logra vinculando a la ciudadanía con la Reforma, dotándola de canales adecuados de participación.

En el mismo sentido se pronunció el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, quien reiteró que la participación ciudadana constituye uno de los principales ejes de la Reforma en general y de este proyecto en particular.

Con una perspectiva distinta, el Honorable Senador señor Espina planteó que una norma como la propuesta permite que grupos de interés intervengan y entraben la aplicación y el desarrollo de políticas públicas.

**-Sometida esta parte de la disposición a la consideración de la Comisión, ésta acordó su rechazo por tres votos contra dos. Se manifestaron en contra los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ríos, y a favor votaron los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Enseguida, se debatió la incorporación de un enfoque de salud intercultural.

Sobre el particular, los Honorables Senadores señores Viera-Gallo y Espina coincidieron, afirmando la utilidad y buen éxito de los programas de salud intercultural que están en curso.

**-En atención a lo expuesto, se acordó acoger la inclusión de un enfoque de salud intercultural, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

En consecuencia, la indicación fue aprobada en los siguientes términos:

“16. Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.”.

**-La indicación N° 45 fue aprobada con las modificaciones descritas, previa división de la votación y con la concurrencia de los señores Senadores que se indica en cada caso.**

Cabe consignar que el presente numeral, como consecuencia de adecuaciones al texto, será consultado como número 16.-



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**16.-  
(Pasa a ser 9.-)**

Este numeral faculta al Ministerio de Salud para fijar políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

En el presente numeral inciden las indicaciones N°s 46 y 47.

La **indicación N° 46**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone agregar, después del punto final, las siguientes frases: "especialmente para que en igualdad de condiciones con el sector privado puedan dar cumplimiento a los estándares de calidad, a las exigencias de acreditación y al debido cumplimiento de la función asistencial en todo el territorio nacional".

Al analizar esta indicación la mayoría de los señores Senadores presentes manifestó su intención de rechazar la proposición, debido a que la misma consagra como norma obligatoria, y por tanto judicialmente exigible, el cumplimiento de los estándares en materia de calidad, requisitos de acreditación y cumplimiento de la función asistencial. Se señaló que se trata de una aspiración que, al ser elevada a la calidad de obligación, impone una carga, especialmente al sector público, y abre la puerta a eventuales conflictos.

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo y el voto disidente del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.**

La **indicación N° 47**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone ubicar los numerales 16 y 17 a continuación del 8. De esta forma se contribuye a ordenar la enunciación de las funciones según la trascendencia de las mismas.

**-La indicación fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Cabe consignar que el presente numeral, como consecuencia de adecuaciones al texto, será consultado como número 9.

**17.-  
(Pasa a ser 10.-)**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Este numeral faculta al Ministerio para velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

La **indicación N° 48**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone agregar la siguiente frase, precedida de coma (,): "a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la Secretaría Regional de Salud correspondiente".

**-Fue retirada.**

Como se dijo, en virtud de la indicación N° 47, ya aprobada, el presente numeral será consultado como número 10.

**N° 2)**Artículo 4° bis

El N° 2 intercala, en el decreto ley N° 2.763, a continuación del artículo 4°, dos nuevos preceptos: los artículos 4° bis y 4° ter. El primero de ellos dispone que, para cumplir su función de formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud, o Plan Nacional de Salud, el Ministro contará con un Consejo Consultivo de Salud de carácter asesor.

El inciso segundo del artículo 4° bis señala que dicho Consejo será presidido por el Ministro de Salud e integrado por las personas que indica, a saber:

1. Dos directores o profesores de reconocida trayectoria de las Escuelas o Departamentos de Salud Pública de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegidos por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile;

2. Un decano o profesor de reconocida trayectoria de las Facultades de Economía o Administración de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegido por el Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas;

3. Un representante de la Sociedad Chilena de Salubridad, elegido por ésta;

4. Un representante del Colegio Médico de Chile, elegido por éste;

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

5. Dos representantes de Colegios Profesionales del área de la salud, elegidos por éstos conforme el reglamento;

6. Un representante de los prestadores públicos de salud, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud;

7. Un representante de las Asociación Chilena de Municipalidades, elegido por ésta;

8. Un representante de los prestadores privados de salud, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;

9. El Director de Fondo Nacional de Salud o su representante;

10. Un representante de las Instituciones de Salud Previsional, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;

11. Un representante organizaciones no gubernamental sin fines de lucro que haya desarrollado actividades relevantes en el ámbito de la salud ambiental, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud.

El inciso tercero agrega que estos consejeros servirán períodos de cinco años, prorrogables por una única vez, sin percibir remuneración alguna por su desempeño.

Finalmente, el inciso cuarto entrega al reglamento la regulación del funcionamiento del Consejo.

En dicho artículo inciden las indicaciones N°s 49 a 54.

La Comisión convino en analizar las referidas indicaciones en forma conjunta y, posteriormente, acordó reemplazar los artículos 4° bis y 4° ter, por el siguiente 4° bis:

"Artículo 4° bis.- Para el cumplimiento de las funciones señaladas en el artículo anterior, el Ministro de Salud podrá convocar la formación de Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales o representantes de personas jurídicas, del sector público y privado, de acuerdo a las materias a tratar.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La resolución que disponga la creación del consejo respectivo señalará el plazo de duración en el cargo de los integrantes, el quórum para sesionar y las demás normas necesarias para su funcionamiento.”.

Cabe mencionar que al adoptar la decisión antes señalada, la Comisión coincidió en considerar que la proliferación de consejos es inconveniente, debido a que dificulta la acción de la autoridad sanitaria, pudiendo convertirse en un canal para la acción de grupos de presión que no coincidan con el interés general.

**-Acordado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

Considerando la decisión previamente consignada, se procedió a votar las referidas indicaciones en concordancia con lo ya resuelto.

La **indicación N° 49**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone la supresión del artículo en comento.

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

A continuación, la **indicación N° 50**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, tiene como finalidad reemplazar el inciso primero por los siguientes:

“Artículo 4º bis.- Para el cumplimiento de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud convocará un Consejo Consultivo de Salud que tendrá el carácter de asesor en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de los lineamientos estratégicos del sector.

El Consejo deberá reunirse a lo menos una vez cada semestre del año, tendrá la facultad de auto convocarse y de emitir opiniones dirigidas al Ministro de Salud quien podrá acogerlas o rechazarlas en cualquier caso fundadamente.

Los integrantes del Consejo podrán requerir de cualquier organismo público los antecedentes que le sean necesarios para otorgar una adecuada asesoría al Ministro de Salud ya sea por habersele requerido o por iniciativa propia.

El referido Consejo será presidido por el Ministro de Salud y estará integrado por: ...”.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La Comisión acordó acoger parcialmente la presente indicación, haciendo facultativa la convocatoria, en lugar de obligatoria, y entregando la regulación de cada Consejo a la resolución que lo cree.

**-Fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

Enseguida, la **indicación N° 51**, formulada por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone intercalar, en el inciso primero, a continuación de la expresión "Consejo Consultivo de Salud", la frase "con la participación de los gremios representantes de los trabajadores de la salud".

En el mismo sentido, la **indicación N° 52**, del Honorable Senador señor Ríos, plantea que se agregue la participación de los gremios.

**-Debido a que se convino una fórmula amplia de participación, que no excluye a los gremios, las indicaciones N°s 51 y 52 fueron aprobadas, con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 53**, presentada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone suprimir el número 11 del artículo 4° bis.

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

Finalmente, la **indicación N° 54**, presentada por la Honorable Senadora señora Matthei, tiene como finalidad reemplazar, en el inciso tercero del artículo 4° bis, la expresión "cinco años" por "tres años".

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

Artículo 4° ter

En su primer inciso, el artículo 4° ter dispone que el Ministerio de Salud para establecer estándares mínimos de condiciones sanitarias seguras; un sistema de acreditación de prestadores institucionales de salud; un sistema de certificación de especialidades y sub especialidades, y protocolos de atención de salud, contará con un Consejo Nacional Consultivo

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

de la Calidad, de carácter asesor, convocado y presidido por el Ministro de Salud.

El mismo inciso establece la integración del Consejo en los siguientes nueve literales:

a) Un científico de connotada trayectoria en el área de calidad en salud, representante de sociedades científicas con personalidad jurídica, elegido por éstas en la forma que señale el reglamento;

b) Un director o profesor de reconocida trayectoria de las Facultades, Escuelas o Departamentos de Medicina o de Salud Pública de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegido por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile;

c) Un experto en el área de la calidad en salud de reconocida idoneidad y trayectoria, elegidos por el Ministro de Salud;

d) Un representante del Instituto de Salud Pública, elegido por éste;

e) Un representante de las Mutuales de Seguridad, elegido por éstas;

f) Un representante de los prestadores públicos de salud, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud;

g) Un representante de los prestadores privados de salud, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;

h) El Director del Fondo Nacional de Salud o su representante;

i) Un representante de las Instituciones de Salud Previsional, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país.

El inciso segundo entrega al reglamento la regulación del funcionamiento del Consejo y agrega que los consejeros no percibirán renta por sus actuaciones, y servirán períodos de tres años, prorrogables por una única vez. Un reglamento normará el funcionamiento del Consejo.

La **indicación N° 55**, formulada por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone su supresión.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-La presente indicación fue aprobada, considerando la decisión adoptada por la Comisión en el sentido de reemplazar los artículos 4° bis y 4° ter por un nuevo artículo 4° bis, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**N° 3)****Artículo 5°**

Este número reemplaza el actual artículo 5° por otro que, en su primer inciso, establece que el Ministerio de Salud estará integrado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales.

El inciso segundo, a su turno, regula la organización del Ministerio, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

El inciso tercero encomienda la estructura y organización interna a un decreto supremo, el cual asignará las tareas y atribuciones específicas que correspondan a cada uno de los niveles jerárquicos existentes, para el ejercicio de sus funciones en forma descentralizada.

Finalmente, el inciso cuarto limita la reestructuración y reorganización interna del Ministerio, señalando a tal efecto que, sin perjuicio de las facultades de dirección superior que le corresponden al Ministro de Salud, no podrá modificarse el referido decreto supremo más que una vez en cada período presidencial.

En el presente artículo inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 56 y 57.

La **indicación N° 56**, del Presidente de la República, propone reemplazar los incisos segundo, tercero y cuarto por el siguiente:

“La estructura y organización interna del Ministerio de Salud se determinará conforme lo establecido en el artículo 27 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes.”.

Al analizar la presente indicación, se suscitaron dudas en la Comisión, relativas tanto a su constitucionalidad como a la del inciso tercero del artículo 5°, en el cual incide, particularmente en cuanto a si la estructura y organización interna de un Ministerio, la asignación de tareas a sus funcionarios, la fijación de las respectivas plantas de personal y la determinación de los requisitos para servir los respectivos cargos, son propias de la potestad legislativa o de la potestad reglamentaria.



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Con el fin de esclarecer tales dudas, la Comisión acordó, unánimemente y en aplicación de lo dispuesto por el artículo 27 del Reglamento del Senado, recabar la opinión de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento sobre la materia, mediante oficio N° 254/S-2003, del pasado 22 de octubre.

La Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, en informe de fecha 12 de noviembre pasado evacuó la consulta formulada por esta Comisión, alcanzando por unanimidad las siguientes conclusiones:

*"1. La norma del artículo 5° del proyecto en estudio, de la manera en que actualmente se encuentre redactada y considerando los precedentes del Tribunal Constitucional citados en este informe, es una facultad inconstitucional toda vez que permitiría a la autoridad administrativa determinar la organización interna de la institución, competencia entregada exclusivamente al legislador.*

*2. La disposición propuesta por el Ejecutivo mediante la indicación N° 56, es semejante en el sentido a la planteada en el proyecto sobre nueva institucionalidad cultural, que el mencionado Tribunal objetó no sólo por violentar la reserva de ley, sino porque, además, se le pretendía dar una interpretación incompatible con dicha reserva. Ahora bien, si se considerara que esta indicación en nada innova en relación a lo establecido en la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado, resultaría, entonces, innecesaria.*

*3. Las indicaciones de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Parra son las que se avienen con la regulación que nuestra Carta Fundamental ofrece en esta materia, de modo que resultarían suficientes las normas de la ya señalada Ley de Bases Generales de la Administración del Estado."*

**-Considerando el informe previamente consignado, esta Comisión convino en rechazar la presente indicación por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

A continuación, la **indicación N° 57**, presentada por la Honorable Senadora señora Matthei, y la **N° 58**, del Honorable Senador señor Parra, coinciden en proponer la supresión de los incisos tercero y cuarto.

La Comisión acordó aprobar ambas indicaciones, teniendo en cuenta las conclusiones a las que arribó la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento del Senado, en su informe

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

previamente transcrito y que, en lo pertinente, señala que las indicaciones N°s 57 y 58 se ajustan a la correcta doctrina constitucional.

**-En consecuencia, ambas indicaciones fueron acogidas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

N° 6)

**Artículo 8°**

El presente número, en su literal a), reemplaza los incisos primero y segundo del artículo 8° y crea el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales.

El inciso primero encomienda al Subsecretario de Redes Asistenciales las materias relativas a la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema y la regulación de la prestación de servicios de salud.

El inciso segundo agrega que respecto de las materias antes señaladas, deberá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento y coordinar su ejecución por los organismos que integran el Sistema, impartiendo instrucciones.

El inciso tercero, en materia de funciones propias del Subsecretario de Redes Asistenciales, se remite al decreto ley N° 1.208, de 1975, así como a las contenidas en otros cuerpos legales.

Finalmente, el inciso cuarto le otorga la calidad de superior jerárquico de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda.

Inciden en el presente artículo las indicaciones N°s 59 a 72.

La **indicación N° 59**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone reemplazar el inciso primero, por el siguiente:

“Artículo 8°.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del sistema y la función de velar por el cumplimiento de las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para la atención integral de la salud de las personas y de los estándares de calidad que le serán exigibles.”.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-Fue retirada por su autor.**

La **indicación N° 60**, del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), tiene por objeto suprimir, en el inciso primero, las frases que siguen a la palabra "Sistema".

**-Rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 61**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso primero, la palabra "servicios", por "acciones".

**-Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 62**, de la Honorable Senadora señora Matthei, tiene como finalidad reemplazar, en el inciso primero, la frase "la atención integral de la salud de las personas", por "distintos tipos de prestaciones".

La autora de la indicación hizo presente que la finalidad de su proposición es adecuar los niveles de complejidad asistencial conforme a las prestaciones.

Por su parte, el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide manifestó su desacuerdo con la proposición en debate señalando que el concepto de "atención integral" refleja la concepción de la Reforma de la Salud.

En el mismo sentido se pronunció el Honorable Senador señor Boeninger.

Tras debatir el asunto, la Comisión coincidió en que la tarea del Subsecretario de Redes Asistenciales es la de articular y desarrollar la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas, debiendo, además, regular la prestación de las acciones de salud. En consecuencia, acordó aprobar la indicación de la Honorable Senadora señora Matthei, con modificaciones.

**-La indicación N° 62 fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 63**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone reemplazar el inciso segundo. por el siguiente:

“Para ello, el Subsecretario de Redes propondrá al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema.”.

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 64**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso segundo, la frase “los organismos que integran el Sistema”, por “las demás entidades que integran el Sistema conforme al artículo 2º de esta ley”.

**-La indicación fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 65**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objeto agregar, al inciso segundo, la oración: “Le corresponderá, asimismo, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud en todo lo relativo a las redes asistenciales de salud e impartirles instrucciones.”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo indicó que se propone entregar esta atribución al Subsecretario de Redes Asistenciales considerando la importancia que esta actividad reviste debido a la interrelación existente entre los distintos actores del sistema.

La mayoría de la Comisión acordó acoger la presente indicación, eliminando la facultad de impartir instrucciones.

**-Fue aprobada, con la modificación descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo y la abstención del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.**

La **indicación N° 66**, del Presidente de la República, propone suprimir el tercer inciso.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Se fundamenta en que la referencia general a la ley es innecesaria, y la específica, al decreto ley N° 1.208, de 1975, es errónea.

**-Aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

A continuación, la **indicación N° 67**, del Honorable Senador señor Parra, y la **indicación N° 68**, formulada por el Honorable Senador señor Ríos, coinciden en plantear la eliminación del inciso cuarto.

**-Ambas indicaciones fueron rechazadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 69**, del Presidente de la República, propone intercalar, en el inciso cuarto, después de la palabra "Ministeriales", la frase "en las materias de su competencia, y de las".

**-La indicación fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 70**, del Honorable Senador señor Muñoz Barra, propone sustituir el inciso final, por el siguiente:

"El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda."

**-Rechazada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 71**, del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), propone reemplazar el inciso final, por el siguiente:

"El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de los Directores de los Servicios de Salud, divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además le corresponderá, en su calidad de colaborador del Ministro, coordinar a las Secretarías Regionales Ministeriales en el ámbito de sus competencias."

**-Rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 72**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objeto agregar el siguiente inciso:

“El Subsecretario de Redes Asistenciales subrogará al Ministro de Salud a falta del Subsecretario titular de Salud Pública.”.

**-La indicación N° 72 fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**N° 7)****Artículo 9°**

Este numeral sustituye el artículo 9° por otro que, en su primer inciso, dispone que el Subsecretario de Salud Pública subrogará al Ministro en primer orden, tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.

El inciso segundo preceptúa que, respecto de tales materias, deberá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud, la Superintendencia de Salud y el Instituto de Salud Pública e impartirles instrucciones.

A continuación, el inciso tercero le impone la administración del financiamiento de las acciones de salud pública, correspondientes a las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional, y aquéllas que el Estado deba financiar conforme a la ley, con independencia de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie.

El inciso cuarto agrega las funciones que los cuerpos legales le impongan, especialmente las contempladas por el decreto ley N° 1.208, de 1975.

El inciso final otorga al Subsecretario de Salud Pública la calidad de superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas y demás unidades y personal que corresponda.

Inciden en este número las indicaciones N°s 73 y 74.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 73**, del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), propone suprimir, en el inciso segundo, la expresión "la Superintendencia de Salud".

La Comisión convino en acoger la presente indicación, considerando que el carácter de organismo descentralizado de la Superintendencia de Salud impide que se faculte al Subsecretario de Salud Pública para impartirle instrucciones.

**-Aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 74**, del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), tiene por objeto intercalar, a continuación del inciso segundo, el siguiente inciso nuevo:

"También le corresponderá proponer al Ministro la regulación de la prestación de servicios de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para la atención integral de la salud de las personas y los estándares de calidad que le serán exigibles."

**-Rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 75**, del Presidente de la República, propone reemplazar el punto final del inciso tercero por coma, agregando las siguientes frases: "pudiendo ejecutar dichas acciones directamente, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, de las entidades que integran el Sistema, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan."

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 76**, del Presidente de la República, persigue la eliminación del inciso cuarto, por las mismas razones que se hizo valer para fundamentar la indicación N° 66.

**-Aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 77**, formulada por el Honorable Senador señor Ríos, propone suprimir el inciso final.

**-Rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 78**, del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), propone sustituir el inciso final, por el siguiente:

"El Subsecretario de Salud Pública, como colaborador del Ministro, coordinará a las Secretarías Regionales Ministeriales en el ámbito de sus competencias y será el superior jerárquico de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda."

La **indicación N° 79**, del Presidente de la República, propone intercalar, en el inciso final, a continuación de la expresión "Ministeriales", la frase "en las materias de su competencia y de".

La Comisión, coincidiendo con el espíritu de ambas indicaciones, convino en aprobarlas refundidas, en los siguientes términos:

"El Subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además, como colaborador del Ministro, coordinará las mencionadas Secretarías Regionales."

**-Las indicaciones N°s 78 y 79 fueron aprobadas, con modificaciones, en los términos señalados, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

N° 11)

Artículo 14 A.-

El numeral 11) intercala, a continuación del artículo 14, los artículos 14 A, 14 B y 14 C, nuevos, sobre las Secretarías Regionales Ministeriales.

El inciso primero del nuevo artículo 14 A se refiere al nombramiento de los Secretarios Regionales Ministeriales, señalando que se



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

harán conforme a la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

El inciso segundo agrega que el Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades certificadas en el ámbito de la salud pública.

La **indicación N° 80**, del Honorable Senador señor Muñoz Barra, propone intercalar, a continuación del artículo 14 A, el siguiente artículo nuevo:

“Artículo...- En cada Secretaría Regional Ministerial existirá un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señalen esta ley y sus reglamentos y las que el Secretario Regional Ministerial le someta su consideración.

El Consejo Asesor estará integrado por: .....”.

**-Rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Artículo 14 B.-****Número 1.-**

El artículo 14 B señala las funciones de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, y su numeral 1 les otorga la tarea de velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad, proponiendo su adecuación a la realidad de cada región, oyendo previamente al Consejo Asesor.

El mismo numeral agrega que, con este fin, podrá solicitar de la autoridad correspondiente la adopción de medidas administrativas en el evento de detectar incumplimiento de las obligaciones o deberes de dichos organismos.

En este artículo recayeron las indicaciones N°s 81, 82 y 83.

La **indicación N° 81**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone sustituir el numeral 1 por el siguiente:

“1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad. Para ello,

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

podrá requerir de la autoridad correspondiente la adopción de las disposiciones administrativas que procedieren. El Secretario Regional Ministerial podrá proponer modificaciones a las normas, planes, programas y políticas nacionales, con el fin de adecuarlas a la realidad regional. Para ello deberá oír previamente al Consejo Asesor.”.

Al analizar la indicación, el Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente que el Secretario Regional Ministerial tiene la función de ejecutar las políticas en el ámbito regional y de proponer las modificaciones necesarias para adecuar normas, planes, programas y políticas nacionales a la realidad local. Agregó que, por esta razón, era necesario precisar la redacción del texto propuesto.

Al planteamiento anterior se suma la necesidad de efectuar concordancias y eliminar las referencias al Consejo Asesor, debido al rechazo de ese organismo en una votación previa.

La Comisión convino en acoger la indicación de la Honorable Senadora señora Matthei, con modificaciones destinadas a precisar su sentido y concordar su texto, en los siguientes términos:

“1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad. Asimismo, adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región, dentro del marco fijado para ello por las autoridades nacionales.”.

**-La indicación N° 81 fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores Señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 82**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objetivo reemplazar el verbo “proponer” por “realizar”.

La **indicación N° 83**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone suprimir la frase “oyendo previamente al Consejo Asesor”.

**-Como consecuencia de la aprobación de la indicación N° 81, en los términos descritos, quedaron aprobadas, subsumidas en la nueva redacción, las indicaciones N°s 82 y 83, con el voto de los Honorables Senadores Señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**Número 2.-**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Consagra, como segunda función de los Secretarios Regionales Ministeriales, la ejecución de las acciones de protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente, y la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones sobre la materia, para lo cual se encontrarán dotados de todas las facultades y atribuciones que el Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias sanitario ambientales le confieren, de conformidad con lo previsto en el Artículo 14 C.

La **indicación N° 84**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone incorporar un inciso nuevo del siguiente tenor:

“En uso de dichas atribuciones, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá aplicar las siguientes sanciones:

- 1.- Amonestación.
- 2.- Multa, a beneficio de la respectiva Dirección Regional de Salud, de hasta 1.000 unidades de fomento.
- 3.- Clausura.
- 4.- Cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.
- 5.- Las demás que las leyes y reglamentos autoricen aplicar a la autoridad sanitaria.”.

**-La indicación fue retirada.**

**Número 3.-**

Señala, como función propia de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, la de adoptar las medidas sanitarias correspondientes según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias y elaborar informes en materias sanitarias. La disposición señala que las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, deberán ser homogéneos para los establecimientos públicos y privados.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Al presente numeral se formuló la **indicación N° 85**, presentada por el Honorable Senador señor Frei, don Eduardo, y que propone suprimir su segunda oración.

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Eskuide y Viera-Gallo.**

Número 4.-

Indica, como cuarta atribución, la de colaborar, conforme a las instrucciones del Subsecretario correspondiente, con las acciones de salud pública, mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan, especialmente con los Servicios de Salud y las entidades administradoras de salud municipal respectivas.

Inciden en el presente numeral las indicaciones individualizadas con los N°s 86. 87. 88 y 89.

La **indicación N° 86**, del Presidente de la República, tiene por objetivo reemplazar el presente numeral por el siguiente:

"4.- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública, y en su caso ejecutarlas, preferentemente a través de los organismos y entidades que integran el Sistema, directamente o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan, conforme las instrucciones del Subsecretario correspondiente."

La Comisión, tras debatir la mejor fórmula de recoger la idea planteada, convino en aprobar una nueva redacción propuesta por el Ejecutivo y que es del siguiente tenor:

"4.- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada Servicio de Salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan."

**-Fue aprobada, con la modificación descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 87**, presentada por el Honorable Senador señor Ríos, tiene por objetivo reemplazar el numeral 4 por el siguiente:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"4.- Colaborar, conforme a las instrucciones del Subsecretario correspondiente con las acciones de salud pública, a través de los Servicios de Salud y las entidades Administradoras de Salud Municipal."

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 88**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone suprimir la frase ", conforme a las instrucciones del Subsecretario correspondiente,".

**-Fue aprobada, con el voto de la unanimidad de los miembros presentes, los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 89**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene como finalidad agregar el siguiente inciso:

"En el ejercicio de estas funciones, coordinará las acciones de promoción y prevención cuya ejecución recaerá en los Servicios de Salud."

Sobre el particular, el Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó que, considerando que existe una inquietud respecto a determinar quién ejecutará la promoción y prevención, parece razonable despejarla en forma expresa mediante la incorporación del inciso propuesto por la indicación.

Agregó que la definición de los roles de los diversos actores y la delimitación de las funciones de cada uno de ellos forma parte de la esencia del proyecto en informe.

La Comisión convino en acoger la presente indicación, con adecuaciones formales, en los siguientes términos:

"En el ejercicio de estas funciones, coordinará aquellas acciones de promoción y prevención cuya ejecución recaiga en los Servicios de Salud."

**-Fue aprobada por unanimidad, con las adecuaciones formales previamente señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Número 5.-

Consagra la facultad de actualizar el diagnóstico epidemiológico regional y vigilar el impacto de las estrategias y de las acciones implementadas.

En este numeral recayó la **indicación N° 90**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y que propone intercalar un número, nuevo, del siguiente tenor:

“...- Velar por la adecuada coordinación de las redes asistenciales de su jurisdicción.”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó su preocupación frente a la eficacia de una coordinación realizada desde el nivel central, agregando que esta atribución debería radicarse en el Secretario Regional Ministerial.

El señor Ministro de Salud señaló que la coordinación de las redes asistenciales corresponde al Subsecretario de Redes quien, además, supervisa la actividad desarrollada, en relación con la materia, por los Secretarios Regionales Ministeriales, que son los encargados de dicha coordinación a nivel regional.

Los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina señalaron que parece preferible que sea el Subsecretario de Redes quien se vincule con los Directores de los Servicios de Salud, evitando de esta forma la proliferación de conflictos entre dichos Directores y los Secretarios Regionales Ministeriales.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo, por su parte, hizo ver que los conflictos son inevitables pero perfectamente manejables, en cuanto el Secretario Regional Ministerial está subordinado al Subsecretario de Redes; podría precisarse que el primero actúa en la materia con facultades delegadas por su superior.

En el mismo sentido, el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide señaló que es necesario determinar cuales son las atribuciones compartidas entre el Secretario Regional Ministerial y el Subsecretario de Redes; las exclusivas de uno y de otro, y la forma de resolver los conflictos.

Con el fin de precisar la titularidad de la coordinación de las redes asistenciales a nivel regional, se acordó dejar **constancia** de que dicha función corresponde al Subsecretario de Redes, quien, si lo estima conveniente, puede delegarla en los Secretarios Regionales Ministeriales.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-La indicación N° 90 fue retirada.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Número 7.-

El numeral 7 consagra la facultad, otorgada a la Secretaría Regional Ministerial de Salud, de cumplir las acciones de fiscalización de las normas de calidad y acreditación exigidas a los prestadores de acciones auxiliares de salud.

Inciden en este numeral las indicaciones individualizadas con los N°s 91, 92 y 93.

La **indicación N° 91**, del Honorable Senador señor Frei, don Eduardo, propone su eliminación.

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

La **indicación N° 92**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, tiene como objetivo el reemplazo del numeral 7 por otro, del siguiente tenor:

"7.- Cumplir las acciones de fiscalización que señale la ley y los Reglamentos y aquéllas que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio."

El señor Ministro de Salud hizo presente la conveniencia de agregar las acciones de acreditación.

Atendiendo a esta solicitud, la Comisión convino en aprobar la indicación incorporando las palabras "y acreditación" a continuación de la palabra "fiscalización".

**-Fue aprobada, con la modificación descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos y Ruiz-Esquide.**

La **indicación N° 93**, presentada por el Presidente de la República, propone reemplazar la frase "de acciones auxiliares de salud" por "de acciones que se desarrollen en aquellos establecimientos a que se refiere el inciso segundo del artículo 129 del Código Sanitario y otros establecimientos similares".

La Comisión convino en desechar esta indicación debido a que la N° 92, antes aprobada, la incluye.



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos y Ruiz-Esquide.**

**Número 9.-**

Consagra, en forma particular, la facultad de organizar y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y Oficinas de Subsidios, y la de ejecutar, por sí o por terceros, prestaciones de carácter médico-administrativas.

Inciden en este numeral las indicaciones N° 94, 95 y 96.

La **indicación N° 94**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone el reemplazo de este numeral por el siguiente:

"9.- Apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y oficinas de subsidios, la que deberá cumplir todas sus prestaciones con sus propios recursos."

**-La indicación fue retirada por su autor.**

Las **indicaciones N° 95 y 96**, del Presidente de la República y de la Honorable Senadora señora Matthei, respectivamente, proponen suprimir las frases que siguen a la palabra "Invalidez".

**-Ambas indicaciones fueron aprobadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Artículo 14 C.-**

Este artículo, en su inciso primero, entrega al Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, la competencia en todas las materias que corresponden a los Servicios de Salud, en las condiciones que indica.

El inciso segundo agrega que, respecto de las materias tratadas por esta norma, los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud deberán ajustarse a la regulación técnica y administrativa que imparta el Ministerio de Salud.

Le afectan las indicaciones N° 97 y 98.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 97**, del Presidente de la República, propone sustituir, en el inciso primero, la frase "de curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud" por: "de carácter asistencial en salud, sin perjuicio de la ejecución de acciones de salud pública conforme el número 4 del artículo anterior".

La Comisión acordó acoger la presente indicación por considerar que la misma acota de mejor manera las funciones de que se trata, aportando mayor precisión y claridad.

**-Aprobada sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos y Ruiz-Esquide.**

Por su parte, la **indicación N° 98**, de la Honorable Senadora señora Matthei, tiene como finalidad suprimir el inciso segundo del artículo 14 C.

**-Fue rechazada por mayoría, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Ruiz-Esquide, y el voto en contra del honorable Senador señor Ríos.**

-----

La **indicación N° 99**, formulada por el Presidente de la República, propone agregar los siguientes artículos 14 D y 14 E, nuevos:

"Artículo 14 D.- Los recursos financieros que recauden las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud por concepto de las tarifas que cobren por los servicios que presten, cuando corresponda, y por las multas que les corresponda percibir, ingresarán al presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública, la que lo distribuirá entre las referidas Secretarías Regionales.

Artículo 14 E.- Existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señale esta ley y sus reglamentos y las que el Secretario Regional Ministerial le someta a su consideración. Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

El Secretario Regional Ministerial deberá convocar al Consejo en el primer trimestre de cada año y tendrá por objeto informar acerca de la gestión del año anterior y la planificación del año correspondiente. Un reglamento regulará la forma de nombrar a los integrantes, el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento."

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Considerando que la indicación incorpora dos nuevos artículos de contenido independiente, se convino en dividir la votación y pronunciarse separadamente respecto de ambos.

**-La indicación, en cuanto incorpora el artículo 14 D, fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos y Ruiz-Esquide.**

Al debatir la proposición de incorporar el artículo 14 E, el señor Ministro de Salud indicó que la referida norma es de especial interés debido a que el Consejo Asesor asegura la presencia y participación regional y representa una útil herramienta de apoyo para el Secretario Regional Ministerial de Salud.

Por su parte, el Honorable Senador señor Boeninger hizo presente que parece razonable incorporar una disposición como el artículo 14 E, pues los Secretarios Regionales Ministeriales funcionan en el ámbito del Gabinete Regional, apartados de elementos propios del nivel central, falencia que podría ser mitigada por un consejo consultivo asesor.

**-Sin perjuicio de lo anterior, la mayoría optó por rechazar la parte de la indicación que propone incorporar el artículo 14 E, decisión alcanzada con el voto de los Honorables Senadores señores Matthei y Ríos y el voto en contra del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide. En consecuencia, la indicación N° 99 fue aprobada parcialmente, sólo en cuanto incorpora el artículo 14 D.**

-----

**N° 13)**

**Letra a)**

Este literal modifica el artículo 16, que crea los Servicios de Salud, y reemplaza su encabezamiento por otro, que dispone que los Servicios de Salud serán los encargados de administrar las diferentes modalidades de atención y de estructurar, gestionar y articular la Red Asistencial, la que deberá incluir distintos niveles de complejidad y sistemas de referencia y derivación de personas, dentro y fuera del área territorial asignada, en función de las necesidades detectadas en la población usuaria.

Inciden en este literal las indicaciones individualizadas con los N°s 100, 101, 102, 103 y 104.

La **indicación N° 100**, del Presidente de la República, propone sustituir el literal a) por el siguiente:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"a) Sustitúyese, en el inciso primero, la frase "la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas", por las frases "la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, en sus diferentes centros de resolución y sistemas de referencia, conforme las necesidades de la población usuaria y las normas, políticas, planes y programas definidos por el Ministerio de Salud. Los establecimientos que formen parte de las Red Asistencial del Servicio, ejecutarán acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud, y de apoyo diagnóstico terapéutico".

Al analizar la presente indicación se convino en acogerla, con modificaciones destinadas a obtener mayor claridad y precisión, redactando la disposición pertinente en los siguientes términos: "la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. "

**-La indicación fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 101**, del Honorable Senador señor Frei, don Eduardo, propone reemplazar el encabezamiento del artículo 16 por el siguiente:

"Artículo 16.- Créanse los siguientes Servicios de Salud, encargados de administrar las diferentes modalidades de atención y de estructurar, gestionar y articular la red asistencial que incluya diferentes niveles de complejidad y sistemas de referencia y derivación de las personas, dentro y fuera del área territorial asignada, en función de las necesidades detectadas en la población usuaria.

Uno por Provincia, en cada Región del País, con la excepción de la Región Metropolitana de Santiago, que serán los siguientes: Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente."

**-Fue declarada inadmisibile por la señora Presidenta de la Comisión, por considerar que incide en materias propias de la iniciativa exclusiva del Presidente de la República.**

La **indicación N° 102**, formulada por el Honorable Senador señor Ruiz-Eskuide, también tiene por objetivo sustituir el encabezamiento del artículo 16, esta vez por el siguiente:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“Artículo 16.- Créanse los siguientes Servicios de Salud, encargados de otorgar las acciones de salud y de prestar las atenciones de salud, así como administrar las diferentes modalidades de atención y de estructurar, gestionar y articular la red asistencial que incluya diferentes niveles de complejidad y sistemas de referencia y derivación de las personas, dentro y fuera del área territorial asignada en función de las necesidades detectadas en la población usuaria.”.

La Comisión acordó acoger la presente indicación, entendiéndola subsumida en la nueva redacción del encabezamiento del artículo 16, aprobada al debatir la indicación N° 100, del Presidente de la República.

**-La indicación fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 103**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone agregar el nuevo Servicio de Salud de Limarí y Choapa.

Tras declararla inadmisibles, la Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que la había formulado con el fin de evidenciar que las zonas de Limarí y Choapa han sido prácticamente abandonadas desde la perspectiva de la salud pública.

**-Fue declarada inadmisibles, por incidir en materias reservadas constitucionalmente a la iniciativa legislativa exclusiva del Presidente de la República.**

La **indicación N° 104**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, tiene como finalidad incorporar el siguiente inciso al artículo 16:

“Los funcionarios beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán ser atendidos en el establecimiento en que se desempeñan de la misma manera que sus correspondientes cargas, sin perjuicio de lo anterior, podrán ser referidos a otros centros de salud.”.

Esta indicación es similar a las signadas con los N°s 116, 117 y 118.

El autor de la indicación, Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, la fundamentó señalando que le parece necesario establecer el derecho de los funcionarios para atenderse en el establecimiento en el cual trabajan, lo que es conveniente desde una perspectiva práctica, ya que el

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

funcionario no perderá tiempo en trasladarse a otro establecimiento diferente, a la vez que resulta de toda justicia.

Agregó que, hasta 1973, los funcionarios tenían atención gratuita en cualquier lugar, pues todos los establecimientos pertenecían al Servicio de Salud; más tarde se perdió este derecho, que con posterioridad fue restablecido. En atención a lo anterior, y considerando los cambios que introduce la Reforma de la Salud, estimó necesario presentar esta indicación, a fin de despejar dudas al respecto.

El señor Ministro de Salud hizo presente que el Ministerio está interesado en el bienestar de sus funcionarios. Sin embargo, añadió que es preciso que los mismos se inscriban en el consultorio de atención primaria dependiente del establecimiento en el cual trabajan, de modo de respetar la lógica de red que articula el nuevo diseño de salud.

Considerando lo anterior, se convino en aprobar la indicación en comento con la siguiente nueva redacción, debiendo consultarse sus disposiciones como inciso sexto del artículo 16 ter:

“Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios públicos del sector salud que sean beneficiarios de la ley N° 18.469, y sus cargas, podrán ser atendidos en el mismo establecimiento asistencial en que desempeñan sus labores, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud.”.

**-Fue aprobada en los términos consignados, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei, Ríos y Ruiz-Esquide.**

**Letra b)**

La **indicación N° 105**, del Honorable Senador señor Parra, propone la supresión del presente literal, que suprime el Servicio de Salud del Ambiente.

**-La indicación fue rechazada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**N° 14)****Artículo 16 bis**

Intercala, a continuación del artículo 16, los artículos 16 bis y 16 ter, nuevos.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El artículo 16 bis dispone que las Redes Asistenciales de cada Servicio de Salud deberán colaborar y complementarse entre sí, con la finalidad de resolver efectivamente las necesidades de salud de la población. Dicha Red estará integrada por:

-Los establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio;

-Los establecimientos municipales de atención primaria de salud del territorio del respectivo Servicio, y

-Los establecimientos públicos y privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo.

Su inciso segundo agrega que la Red deberá colaborar y complementarse con otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de la población.

La **indicación N° 106**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone reemplazar el artículo 16 bis por el siguiente:

"Artículo 16 bis.- La red asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio y los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio. También podrán integrar la Red del respectivo Servicio de Salud, las entidades privadas que hayan suscrito convenio con éste, debiendo colaborar y complementar al Servicio de Salud en los términos del convenio para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población."

**-Fue retirada por su autor.**

La **indicación N° 107**, del Honorable Senador señor Ríos, propone sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 16 bis.- La red asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los hospitales autogestionados, los hospitales experimentales y los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio."

**-Fue rechazada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 109**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objetivo agregar, al final del inciso segundo, la frase "conforme a las instrucciones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la respectiva Secretaría Regional Ministerial."

**-Fue rechazada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Artículo 16 ter**

El artículo 16 ter, en su primer inciso, describe la organización de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud en base a un primer nivel de atención primaria y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley o los reglamentos.

El inciso segundo impone a los establecimientos de atención primaria la obligación de cubrir la población del territorio del Servicio de Salud respectivo, aplicándose las mismas reglas técnicas a estos establecimientos, públicos o privados, y quedando sujetos a la supervisión y coordinación del Servicio de Salud respectivo.

Enseguida, el inciso tercero dispone que los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada, espontánea y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.

El inciso cuarto agrega que el establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud en relación con el ingreso de datos y los sistemas de información que deberá mantener.

Finalmente, el inciso quinto indica que los beneficiarios de la ley N° 18.469, deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud correspondiente a su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que le prestará las acciones que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento. El beneficiario no podrá cambiar su lugar de inscripción antes de transcurrido un año desde la fecha de inscripción, salvo que comprobara, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

constancia, un domicilio o lugar de trabajo distinto al declarado en la inscripción anterior.

Inciden en el presente artículo las indicaciones N°s 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117 y 118.

La **indicación N° 108**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone reemplazar, en el inciso segundo, la frase "deberán cubrir, en el territorio del Servicio respectivo" por "serán responsables de".

**-Fue retirada por su autora.**

La **indicación N° 110**, del Presidente de la República, tiene como finalidad reemplazar, en el inciso primero, la palabra "sanitarias" por "asistenciales".

El señor Ministro de Salud fundó la presente indicación haciendo presente que "asistenciales" es un término más amplio que "sanitarias".

**-Fue aprobada, con el voto unánime de los miembros presentes de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos y Ruiz-Esquide.**

La **indicación N° 111**, presentada por el Presidente de la República, persigue reemplazar, en el inciso segundo, la palabra "cubrir" por "atender".

Al considerar esta indicación, el Honorable Senador señor Ríos sugirió eliminar la referencia a hospitales de pequeñas localidades que se hace en el inciso segundo, lo que fue acogido por unanimidad.

**-La indicación y la proposición del señor Ríos fueron aprobadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos y Ruiz-Esquide.**

La **indicación N° 112**, también del Presidente de la República, propone suprimir, en el inciso tercero, la palabra "espontánea" y la coma que la precede.

**-Sometida a la consideración de la Comisión, fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos y Ruiz-Esquide.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 113**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone incorporar, al inciso tercero, la siguiente oración: "Estos establecimientos pondrán en práctica planes y programas de salud familiar, conforme a las instrucciones generales del Ministerio de Salud."

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos y Ruiz-Esquide.**

La **indicación N° 115**, del Presidente de la República, incide en el inciso final del artículo 16 ter y tiene por objetivo reemplazarlo por otro, del siguiente tenor:

"Los beneficiarios de la ley N° 18.469, deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria, que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que le prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. El beneficiario no podrá cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acredite mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo ubicado en la red asistencial correspondiente a otro Servicio de Salud."

El Honorable Senador señor Boeninger hizo presente la conveniencia de revisar la alusión al lugar de trabajo ubicado en la Red Asistencial correspondiente a otro Servicio de Salud, toda vez que el beneficiario podría mudar su domicilio o lugar de trabajo a un lugar distante del original, pero aún comprendido dentro del territorio del mismo Servicio de Salud.

La Comisión, concordando con la prevención anterior, convino en cambiar la frase final, que sigue a la palabra "trabajo", por la palabra "distinto".

**-Fue aprobada, con la modificación señalada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos y Ruiz-Esquide.**

La **indicación N° 116**, formulada por el Honorable Senador señor Ríos, tiene la finalidad de agregar un inciso nuevo, en los siguientes términos:

"Los funcionarios beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán ser atendidos en el establecimiento en que se desempeñan de la misma

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

manera que sus correspondientes cargas, sin perjuicio de lo anterior podrán ser referidos a otros centros de salud.”.

Las **indicaciones N° 117**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo, **y N° 118** del señor Viera-Gallo, proponen agregar el siguiente inciso:

“Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios del Ministerio de Salud beneficiarios de la ley N° 18.469 y sus cargas podrán ser atendidos en el mismo establecimiento en que desempeñan sus labores, aún cuando se hubieran inscrito en el establecimiento de su domicilio, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud.”.

Todas ellas son similares a la indicación N° 104, ya aprobada con modificaciones. En consecuencia, se convino en aprobarlas refundidas en los términos consignados al tratar la citada indicación N° 104.

**-Las indicaciones N°s. 116, 117 y 118 fueron aprobadas, en forma conjunta y con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

A continuación, la Comisión convino en abrir debate respecto del artículo, con el fin de perfeccionar su redacción y alcance. Con ocasión de este análisis, el Honorable Senador señor Ríos sugirió eliminar la referencia a hospitales de pequeñas localidades que efectúa el inciso segundo, sugerencia que fue acogida por unanimidad.

**-Aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**N° 16)****Artículo 18**

Sustituye el artículo 18, que establece las funciones de los Directores de los Servicios de Salud, por otro, que dispone que cada Servicio estará a cargo de un Director seleccionado, designado y evaluado conforme a la ley. Como requisitos para su nombramiento, se precisa que debe tratarse de un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión en salud.

En este artículo inciden las indicaciones N°s 119, 120, 121, 122 y 123.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 119**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone sustituir el presente numeral por el que se señala a continuación:

“Artículo 18.- Cada Servicio de Salud estará a cargo de un Director, quien será el Jefe Superior del Servicio para todos los efectos legales y será designado y evaluado conforme a la normativa vigente.

El Director deberá ser un profesional universitario del área de la salud, con competencias comprobadas en gestión de salud, y con conocimientos de derecho administrativo.”.

**- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ríos.**

La **indicación N° 120**, presentada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone reemplazar el inciso primero por el siguiente:

“Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director seleccionado, designado y evaluado conforme a la ley N° 19.882.”.

**-La indicación fue retirada por su autora.**

La **indicación N° 121**, formulada por el Presidente de la República, tiene como finalidad sustituir, en el inciso primero, la expresión “a la ley” por la frase “al Título VI de la ley N° 19.882”.

**-Fue aprobada, con el voto a favor de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Boeninger y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

La **indicación N° 122**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone agregar, al inciso primero, antes del punto aparte, lo siguiente: “19.882. Su cargo corresponderá al primer nivel jerárquico del Servicio de Salud”.

**-Fue retirada por su autora.**

La **indicación N° 123**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, persigue agregar, antes del punto aparte del inciso primero, la frase: “quien será el Jefe Superior del Servicio para todos los efectos legales”.

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ríos.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Enseguida, la Comisión acordó abrir debate respecto al artículo 18, con el fin de perfeccionar su redacción y, a sugerencia del Honorable Senador señor Ríos, acordó eliminar el inciso segundo del artículo 18 en comento, porque se estimó suficiente la referencia a la ley N° 19.882.

**-Aprobado unánimemente, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ríos.**

**N° 17)****Artículo 18 bis**

Intercala, a continuación del artículo 18, un artículo 18 bis, nuevo, en el cual se estipulan las atribuciones y competencias del Director de cada Servicio.

En este artículo inciden las indicaciones N°s 124, 125 y 126.

La **indicación N° 124**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esqvide, propone reemplazar el inciso segundo, que impone al Director la obligación de velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención.

Su proposición es la siguiente:

“Dicha autoridad conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención, requiriendo semestralmente de las necesidades materiales y humanas al Subsecretario de Redes para que éste las provea previa evaluación técnica de su factibilidad, atendidas las necesidades nacionales.”.

El señor Ministro de Salud se manifestó en contra de la indicación debido a que la misma establece, respecto de los Subsecretarios de Redes, la obligación de proveer los requerimientos de la atención primaria, lo que no podrá cumplir si no cuenta con el presupuesto necesario para ello, cuya aprobación es de resorte parlamentario.

El Honorable Senador señor Boeninger, por su parte, concordó con el señor Ministro, agregando que se establecería por ley una obligación que sólo podrá cumplirse si los recursos necesarios se encuentran disponibles.

Finalmente, el Honorable Senador señor Espina señaló que la indicación se encuentra bien orientada porque refuerza el artículo 18

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

bis, que confiere al Director del Servicio de Salud la obligación de velar por fortalecer la capacidad resolutoria del nivel primario de atención.

**-Fue declarada inadmisibile por la señora Presidenta, por estimar que la indicación excede las facultades parlamentarias, invadiendo el ámbito de la iniciativa exclusiva presidencial.**

La **indicación N° 125**, presentada por el Honorable Senador señor Ríos, tiene por finalidad reemplazar, en el inciso tercero del artículo 18 bis, la frase "por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad" por "representantes de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales".

**-Fue retirada por su autor.**

La **indicación N° 126**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, persigue reemplazar el inciso final por el que se indica a continuación:

"El Director deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contraderivación de los usuarios del sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red, en este último caso cuando los recursos entre establecimientos públicos efectivamente sean insuficientes."

El Honorable Senador señor Boeninger, tras calificar la propuesta en análisis como valiosa, sugirió eliminar la oración que sigue a la palabra "red", por considerar que ella restringe innecesariamente el alcance de la disposición.

**-Fue aprobada, con la modificación descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ríos.**

**N° 18)****Letra b)**

El numeral 18 introduce modificaciones al artículo 20, norma que consagra las atribuciones de los Directores de los Servicios.

El literal b), a su vez, sustituye el literal a) del referido artículo 20, por el siguiente:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como, asimismo, coordinar, asesorar y controlar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos del Servicio.”.

La **indicación N° 127**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone agregar el siguiente inciso a la letra a) propuesta:

“Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los hospitales autogestionados y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la red.”.

La Comisión convino en aprobar la indicación, agregando que efectuará esta acción en los términos señalados por el artículo 25 B.

**-Fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Letra c)**

El presente literal agrega un párrafo segundo a la letra h) del artículo 20, que señala las atribuciones del Director en el desempeño de sus funciones.

El párrafo que se agrega es del siguiente tenor:

"Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo en favor del Fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud.”.

La **indicación N° 128**, del Presidente de la República, con el fin de efectuar una mera adecuación al texto, propone sustituir en su encabezamiento la palabra “segundo”, por “tercero”.

**-Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ríos.**

**Letra f)**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Este literal agrega nuevas atribuciones a las propias del Director. Con este objetivo intercala, a continuación de la letra n), las letras o), p) y q), pasando la actual letra ñ) a ser r).

La letra o) consagra la atribución de declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación.

La **indicación N° 129**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone reemplazar la letra o) propuesta por la siguiente:

“o) Declarar la exclusión, fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del servicio, debiendo utilizar mecanismos que aseguren la publicidad de tales actos y sólo cuando se trate de bienes que han perdido la utilidad para los fines del servicio y que con su enajenación podrán reponerse bienes muebles de evidente utilidad para el interés público.”.

**-Fue retirada por su autor.**

A continuación, el literal p), en el primero de sus seis incisos, faculta al Director para disponer, mediante resolución fundada, el traspaso de los funcionarios de su dependencia, en cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, siempre que dicho establecimiento esté situado en la misma ciudad en que el funcionario se desempeña.

En este literal recayeron las indicaciones N°s 130, 131 y 132.

La **indicación N° 130** fue formulada por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, con el fin de sustituir la letra p) propuesta por la siguiente:

“p) Disponer en Comisión de Servicios a los funcionarios conforme a las normas que establece la ley N°18.834, Estatuto Administrativo.”.

**-Fue rechazada, por cuatro votos contra uno, manifestándose en contra los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo y a favor el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.**

La **indicación N° 131**, del Presidente de la República, propone intercalar, en el párrafo primero de la letra p), a continuación de la



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

palabra "Asistencial", la expresión "del Servicio", y, antes del punto final, la frase "salvo que voluntariamente se acuerde una ciudad distinta".

Similar a la anterior, la **indicación N° 132**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Eskuide y Viera-Gallo, propone agregar, al inciso primero de la letra p) propuesta, la siguiente oración: "La comisión de servicio podrá tener lugar en una ciudad diferente siempre que el funcionario consienta en ello".

El señor Ministro de Salud explicó que la intención es precisar que si algún funcionario desea trasladarse a otra ciudad pueda hacerlo, si el Servicio requiere este traslado y se produce un acuerdo sobre el particular, generándose de esta forma mayor flexibilidad. Agregó que, de lo contrario, el Director del Servicio sólo puede ordenar el traslado en la misma red y en la misma ciudad. Hizo presente que la normativa que se propone es más protectora de los derechos del personal que el Estatuto Administrativo

La Comisión estimó que para recoger las inquietudes planteadas en torno a este punto, correspondía rechazar la indicación N° 131 y aprobar la N° 132, intercalando, en la letra p), después de "dependencia", el siguiente texto: "y que no formen parte del personal del establecimiento de autogestión en red, conforme al artículo 25 K,"

**-En consecuencia, la Comisión acordó rechazar la indicación N° 131, por dos votos en contra, de los Honorables Senadores señores Matthei y Ríos, y uno a favor, del Honorable Senador señor Boeninger, y aprobar la indicación N° 132, con la modificación descrita, por dos votos a favor, de los Honorables Senadores señores Matthei y Ríos, y uno en contra, del Honorable Senador señor Boeninger.**

En tercer lugar, el literal q) faculta al Director para celebrar convenios de gestión con las respectivas entidades administradoras de salud municipal, en las condiciones que indica.

En este literal recayeron las **indicaciones N°s 133, 134 y 135.**

La **indicación N° 133** fue formulada por el Presidente de la República y tiene como finalidad suprimir, en la letra q), la frase "conforme lo dispuesto en el artículo 57 de la ley N° 19.378".

La **indicación N° 134**, presentada por la Honorable Senadora señora Matthei, tiene por objetivo reemplazar, en la misma letra q), la frase "conforme lo dispuesto en el artículo 57 de la ley N° 19.378" por "o con establecimientos de atención primaria".

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Ambas indicaciones coinciden en eliminar la referencia al artículo 57 de la ley N° 19.378; no obstante, la segunda innova en cuanto incorpora a los establecimientos de atención primaria entre las entidades con las cuales el Director del Servicio de Salud podrá celebrar convenios de gestión.

**-La Comisión convino en rechazar la indicación N° 133, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ríos, y en aprobar la indicación N° 134, con los votos favorables de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Ríos y el voto en contra del Honorable Senador señor Boeninger.**

La **indicación N° 135**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone intercalar al final de la letra q) la oración siguiente: "Los convenios de gestión deberán respaldarse con un estudio de rentabilidad que lo justifique, y deberán extenderse a todos los establecimientos de atención primaria que lo soliciten, siempre que en su caso se cumpla con los requisitos de rentabilidad."

La autora de la indicación justificó su proposición señalando que la exigencia de contar con un estudio de rentabilidad que justifique la celebración de un convenio de gestión, balanceada por la posibilidad de extender dicho convenio a solicitud de los establecimientos de atención primaria, se enfoca en la obtención de mayor eficiencia y la erradicación de la arbitrariedad.

Sin perjuicio de lo anterior, la mayoría consideró que la exigencia de contar con un estudio de rentabilidad que justifique los convenios de gestión encarecía el procedimiento innecesariamente, sin perjuicio de lo cual se acordó que dichos convenios deben respaldarse con la mayor cantidad de antecedentes disponibles.

**Inicialmente, la indicación en comentario fue rechazada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ríos.** Sin embargo, con posterioridad, la Comisión acordó reabrir el debate y, sobre la base de una redacción propuesta por el Ejecutivo, se aprobó la indicación N° 135, con modificaciones, en los términos siguientes:

"Los convenios de gestión deberán aprobarse por resolución fundada del Director del Servicio, en la que se consignarán los antecedentes que justifiquen su celebración y los criterios utilizados para elegir a los establecimientos participantes. Los convenios podrán extenderse a otros establecimientos municipales de atención primaria que lo soliciten, siempre que exista disponibilidad presupuestaria para esos fines y que se presenten

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

antecedentes que lo justifiquen desde los puntos de vista económico y sanitario;”.

**-En consecuencia, la indicación N° 135 fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ríos.**

La **indicación N° 136**, del Presidente de la República, propone agregar una letra r), nueva, del siguiente tenor:

"r) Evaluar el cumplimiento de las normas técnicas, planes y programas que imparta el Ministerio de Salud a los establecimientos de atención primaria de salud, y el cumplimiento de las metas fijadas a dichos establecimientos en virtud de los convenios celebrados conforme a la letra anterior y al artículo 57 de la ley N° 19.378. En caso que el Director de Servicio verifique un incumplimiento grave de las obligaciones señaladas anteriormente, podrá representar tal circunstancia al Alcalde respectivo. Asimismo, dicha comunicación será remitida al Intendente Regional, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 9° de la ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.”.

El señor Ministro de Salud precisó que la indicación tiene como finalidad otorgar al Director del Servicio de Salud autoridad para evaluar el cumplimiento de normas técnicas y el cumplimiento de metas por parte de los establecimientos de salud primaria, como medio de fortalecer su rol en la Red.

**-Fue aprobada por mayoría, con el voto favorable de los Honorables Senadores señores Matthei y Boeninger y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

La **indicación N° 137**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone agregar la siguiente letra r):

"r) Elaborar el presupuesto de la Red Asistencial de Salud a su cargo y de los establecimientos que la integran, incluyendo los hospitales autogestionados.”.

La Comisión convino en acoger la presente indicación en lo referente a la elaboración del presupuesto de la Red Asistencial de Salud, desechando el resto y reemplazándolo por la atribución de formular las consideraciones y observaciones que le merezcan los presupuestos de los hospitales autogestionados.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Cabe señalar que, como consecuencia de las adecuaciones al texto, se convino en consultar la presente letra r) como letra s).

**-Fue aprobada, como letra s), nueva, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**N° 19)****Artículo 21 A**

El presente numeral intercala, a continuación del artículo 21, el artículo 21 A, nuevo, que establece que en cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, con carácter consultivo, el que conocerá de la gestión del Servicio, en lo referido a sus planes de trabajo, así como de su gerencia programática, financiera y presupuestaria.

El inciso segundo agrega que, en el desempeño de sus funciones, este Consejo conocerá, anticipadamente, el plan anual de trabajo del Servicio y la rendición de cuentas de su autoridad, dejando constancia de los reparos y alcances que surjan, los que serán enviados al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud.

El inciso tercero precisa la constitución del Consejo y el cuarto señala que su composición y funcionamiento serán determinados por el respectivo reglamento.

En el presente numeral inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 138, 139, 140, 141 y 142.

En primer término, la **indicación N° 138**, formulada por el Honorable Senador señor Muñoz Barra, propone sustituir el inciso primero por el siguiente:

“Artículo 21 A.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, el que tendrá carácter asesor con iniciativa para proponer acciones relacionadas con la elaboración de los planes de trabajo y la gestión programática y financiera de la Red, así como representar las deficiencias que se observen en su funcionamiento proponiendo las medidas administrativas y técnicas necesarias para su solución.”.

**-Fue rechazada, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Enseguida, fue analizada la **indicación N° 139**, propuesta por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide y que tiene por finalidad sustituir el inciso tercero por otro del siguiente tenor:

“El Consejo estará constituido por representantes de usuarios del modo como señale el reglamento; por los Jefes de los Servicios Clínicos y Unidades de apoyo; por los Directores de Hospitales y otros Representantes de los gremios y Colegios Profesionales de la Salud.”.

**-Fue rechazada, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

La **indicación N° 140**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone suprimir, en el inciso tercero, la expresión “de usuarios y”.

La Comisión la entendió subsumida en la indicación N° 142, del Ejecutivo, y fue tratada junto con aquélla.

**-Resultó aprobada, en la forma dicha, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

A continuación, la **indicación N° 141**, del Honorable Senador señor Ríos, propone la agregación de representantes de los gremios, en el inciso tercero que señala quienes constituyen el Consejo.

**-La indicación N° 141 fue rechazada por la Comisión, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Finalmente, se debatió y votó la **indicación N° 142**, del Presidente de la República, que propone reemplazar el inciso final por los siguientes:

“Igualmente, existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial, en adelante el Consejo de Integración, de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los Hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponderá

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

analizar y proponer soluciones en la áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

La composición y funcionamiento de los mencionados Consejos serán determinados en los reglamentos respectivos.”.

La Honorable Senadora señora Matthei señaló que la incorporación del Consejo de Integración de la Red Asistencial, propuesto por la indicación N° 142, que intenta optimizar la coordinación, parece razonable. Sin embargo, hizo presente que el inciso primero del mismo artículo establece el Consejo de la Red Asistencial y manifestó su preocupación ante la proliferación de organismos asesores estructurados como consejos.

Por su parte, el Honorable Senador señor Espina manifestó que los organismos consultivos dificultan las decisiones de buena administración y, por tal consideración, anticipó su intención de rechazar el Consejo de la Red Asistencial.

Finalmente, el señor Ministro de Salud hizo presente que en todos los sistemas modernos se fomenta la participación e integración ciudadana y, desde esta perspectiva, el Consejo de la Red Asistencial constituye un modo de participación de la comunidad. Agregó que el Consejo de Integración de la Red Asistencial es diferente, ya que responde a una necesidad de carácter técnico.

Finalmente, la Comisión acordó acoger la presente indicación, como un reemplazo integral del artículo 21 A, sustituyendo, en el primero de los incisos propuestos, la palabra “Igualmente” por “En cada Servicio de Salud”.

Además, se acordó sustituir el segundo de los incisos propuestos por el siguiente:

“El Consejo estará constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.”.

**-En atención a lo expuesto, la Comisión acordó aprobar la presente indicación, con las modificaciones descritas, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Eskuide y Viera-Gallo y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

La **indicación N° 143**, también del Presidente de la República, propone agregar el siguiente artículo 21 B nuevo:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“Artículo 21 B.- El nombre de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud será determinado mediante decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud.”.

La Comisión, considerando las ideas matrices que inspiran el proyecto en informe, en lo relativo a fomentar la participación ciudadana, especialmente en el ámbito regional, concordó en la conveniencia de determinar el nombre de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud con participación local y, con este fin, acordó agregar lo siguiente: “a proposición del respectivo Director del Servicio de Salud, quien deberá acompañar, para estos efectos, la opinión del Consejo Regional correspondiente.”.

**-La indicación N° 143 fue aprobada, con la modificación descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ríos.**

-----

**N° 21)****Artículo 24****Letra a)**

El numeral 21 sustituye el artículo 24, referido al financiamiento de los Servicios de Salud, por otro que regula la misma materia y que especifica las fuentes de los recursos en diversos literales.

El literal a) señala como fuente de financiamiento de los Servicios, los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469.

En este literal incide la **indicación N° 144**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y que propone agregar la siguiente frase final: “a valores que representen al menos los costos efectivos de las prestaciones”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo fundó su indicación señalando que parece conveniente precisar expresamente que las prestaciones tienen un valor y que el mismo corresponde técnica y económicamente al costo de las mismas.

La Comisión convino en acoger la presente indicación. No obstante, considerando que existen distintos sistemas de pago por prestaciones, así como diferentes costos dependiendo del lugar y las

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

condiciones en las cuales ellas se otorguen, estimó adecuado utilizar un concepto más general y optó por el de "niveles de costos esperados", "de acuerdo a los presupuestos aprobados".

De esta forma, cada establecimiento, al presentar su presupuesto, deberá indicar el valor de una determinada prestación, el que definirá en base al costo de la misma otorgada en forma eficiente. De esta forma, se evaluaría la productividad de cada establecimiento al negociar el presupuesto que se le asigne.

En consecuencia, se acordó aprobar la indicación en comentario, redactada en los siguientes términos: "a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos aprobados."

**-Fue aprobada, con las modificaciones descritas, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Letra b)**

El literal b) señala como fuente de financiamiento los fondos que ponga a disposición de los Servicios la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la ejecución de acciones de salud pública.

El presente literal fue objeto de la **indicación N° 145**, del Presidente de la República, que propone sustituir la referencia a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, por otra a la de Salud Pública y al Secretario Regional Ministerial.

**-La indicación N° 145 fue aprobada con el voto favorable de los Honorables Senadores señores Matthei y Boeninger y la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

**Letra e)**

Indica, como otra fuente de financiamiento de los Servicios, los bienes que adquieran por donación, herencia o legado.

A este literal se formuló la **indicación N° 146**, del Presidente de la República, que propone su reemplazo por el siguiente:

"e) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación.”.

**-La indicación N° 146 fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ríos.**

**N° 22)****Artículo 25 A**

Este numeral 22 intercala, a continuación del artículo 25, los Títulos IV y V, nuevos.

El Título IV, denominado “De los Establecimientos de Autogestión en Red”, se desglosa en dos párrafos y el primero de ellos, “De la Creación y Funciones, se inicia con el artículo 25A.

Esta disposición, en su inciso primero, reconoce la calidad de “Establecimientos de Autogestión en Red” a aquellos establecimientos asistenciales que, cumpliendo con los restantes requisitos que imponga el reglamento pertinente, dependan de los Servicios de Salud y tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones.

En dicho primer inciso recae la **indicación N° 147**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, que propone suprimir la frase “que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones,”.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide señaló que mediante esta indicación se desea hacer extensiva la calidad de “Establecimiento de Autogestión en Red” a todos los que dependen de los Servicios de Salud.

El Honorable Senador señor Ríos, por su parte, coincidió con el espíritu de la indicación, agregando que si se entiende que el alcance del concepto de autogestión se limita a la buena administración, no se avizoran buenas razones para aplicarlo exclusivamente a los hospitales de alta complejidad.

Finalmente, la Honorable Senadora señora Matthei manifestó su oposición a la indicación, fundándolo en el interés de lograr un adecuado balance del sistema que se pretende establecer y que, a juicio de la

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

señora Senadora, se vería amenazado por una excesiva autonomía de los establecimientos respecto de los Servicios de Salud.

**-Sometida a la consideración de la Comisión, la indicación fue rechazada, con el voto en contra de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y con el voto a favor del Honorable Senador señor Ríos.**

A continuación, se analizó el inciso segundo del artículo 25 A, que entrega a un reglamento, que deberá ser suscrito por los Ministros de Salud y Hacienda, la regulación de las siguientes materias, entre otras: el sistema de obtención de la calidad de establecimiento de autogestión en red; el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos para obtener dicha calidad; los mecanismos de evaluación y control de gestión, y el registro que deberá mantener el Ministerio de Salud con el fin de identificar los establecimientos.

En el inciso en comento inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 148 a 153.

La **indicación N° 148**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, reemplaza la frase "también suscrito por el Ministro de Hacienda" por "suscrito por el Ministro de Salud", y suprime la frase "y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos".

**-Sometida a votación, optaron por aprobarla los Honorables Senadores señores Ríos y Ruiz-Esquide; votó en contra la Honorable Senadora señora Matthei, y se abstuvo el Honorable Senador señor Viera-Gallo.**

**Considerando que la abstención influía en el resultado de la votación, se procedió a repetirla en forma inmediata, oportunidad en que el Honorable Senador señor Viera-Gallo se unió a los votos favorables a la indicación, resultando ella aprobada por tres votos contra uno.**

La **indicación N° 149**, de los mismos señores Senadores, propone sustituir el punto que precede a la última oración del inciso segundo por una coma, reemplazando la expresión "Los requisitos", que la sigue, por "los que".

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ríos.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Las **indicaciones N°s 150 y 151**, de los Honorables Senadores señores Romero y Ruiz-Esquide, respectivamente, proponen el reemplazo de la oración final del inciso segundo por la siguiente:

“Los requisitos deberán estar referidos al menos a gestión financiera, gestión de personal, gestión del cuidado, indicadores y estándares fijados en convenios y normas.”.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que se incorpora el concepto de “gestión del cuidado”, reconocido en el Código Sanitario, como forma de mantener la coherencia de la legislación aplicable.

Al respecto, el señor Ministro de Salud precisó que dicho concepto rescata la presencia y actividad de la enfermería en los hospitales, siendo importante consignarlo en la regulación de la nueva autoridad sanitaria como forma de fortalecer los equipos de trabajo.

**-Ambas indicaciones fueron aprobadas por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos y Ruiz-Esquide.**

En el mismo sentido, el Presidente de la República formuló la **indicación N° 152**, que tiene por finalidad intercalar, en la oración final del inciso segundo, a continuación de “gestión de personal”, la frase “gestión del cuidado”.

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos y Ruiz-Esquide.**

La **indicación N° 153**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, en la oración final del inciso segundo, a continuación de la expresión “al menos,” la frase “al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios,”.

**-La indicación N° 153 fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ríos.**

La **indicación N° 154**, del Honorable Senador señor Frei, tiene por objetivo intercalar, a continuación del inciso segundo, el siguiente, nuevo:

“Estos establecimientos deben tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de la

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

satisfacción de los usuarios. Asimismo, estarán facultados para comprar y vender servicios a prestadores o usuarios privados.”.

La Comisión concordó en la conveniencia de contar con los procedimientos de medición propuestos por la indicación y convino en eliminar la última frase que faculta a los establecimientos para comprar y vender servicios a prestadores o usuarios privados.

**-La indicación fue aprobada, con la modificación descrita, con el voto de los Honorables Senadores señores Matthei y Boeninger y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

Enseguida, la Comisión analizó las indicaciones N°s 155, 156 y 157, que inciden en el inciso sexto y final del artículo 25 A. El referido inciso confiere a los Establecimientos de Autogestión en Red la calidad de continuadores legales de los Servicios de Salud, en las funciones asistenciales que les corresponden.

Las **indicaciones N°s 155 y 156**, del Honorable Senador señor Muñoz Barra y de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, proponen suprimirlo.

**-Ambas indicaciones fueron retiradas.**

La **indicación N° 157**, del Presidente de la República, propone reemplazar el inciso final del artículo 25 A por otro, del siguiente tenor:

“Los Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que les corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley.”.

**-Fue aprobada por unanimidad, con correcciones formales, por unanimidad, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Las **indicaciones N° 158 y 159**, de los Honorables Senadores señor Romero y señores Matthei y Viera-Gallo, respectivamente, proponen agregar el siguiente inciso nuevo:

“Un Reglamento deberá establecer los términos de la gestión de cuidados, los cuales no podrán ser de menor alcance a lo señalado en el artículo 113, inciso cuarto del Código Sanitario.”.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Sin perjuicio de acordar el rechazo de las indicaciones en debate, la Comisión convino en dejar **constancia** de que la gestión del cuidado deberá hacerse conforme a lo dispuesto por el artículo 113, inciso cuarto, del Código Sanitario.

Cabe señalar que la referida disposición señala que los "servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente."

**-Las indicaciones N°s 158 y 159 fueron rechazadas, con el voto de la unanimidad de los miembros presentes, Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos y Ruiz-Esquide.**

**Artículo 25 B**

El inciso primero dispone que deberá haber coordinación entre el Establecimiento y el Servicio de Salud, que el primero integra como parte de la Red Asistencial del segundo y, con este fin, enumera los deberes mínimos del Establecimiento.

En este inciso incide la **indicación N° 160**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con el fin de sustituir el encabezamiento de su inciso primero por el siguiente:

"Artículo 25 B.- El establecimiento, como parte integrante de la Red Asistencial, deberá a lo menos:".

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ríos.**

El número 2 del inciso primero del artículo 25 B incluye, entre los citados deberes mínimos, atender beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 16.744, referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales pertinentes, de acuerdo con las normas impartidas por el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud, así como los casos de urgencia o emergencia, en el marco de los convenios correspondientes.

En este numeral inciden las indicaciones N° 161, 162, 163 y 164.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Las **indicaciones N°s 161 y 162**, fueron formuladas por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y por el Senador señor Ríos, respectivamente, proponen eliminar la frase "en el marco de los convenios correspondientes".

**-La indicación N° 161 fue retirada y la indicación N° 162 fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Por su parte, la **indicación N° 163**, del Presidente de la República, tiene por objetivo intercalar, en este numeral, a continuación de la frase "en el marco de", la expresión "la ley y".

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Finalmente, la **indicación N° 164**, presentada por el Honorable Senador señor Frei, propone agregar la siguiente oración: "Podrán atender, además a pacientes privados o beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional, que soliciten ser atendidos en esos establecimientos".

La Comisión acordó rechazarla, por estimar que es innecesaria, debido a que la materia ha sido regulada en forma precisa y detallada en el artículo 25 F del presente proyecto.

**-En consecuencia, fue rechazada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señores Espina, Larraín, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

El número 4 del inciso primero del artículo 25 B consagra, entre los deberes mínimos de los Establecimientos, la entrega de información estadística y de atención de pacientes que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, por el Fondo Nacional de Salud, por el Servicio de Salud, por la Superintendencia de Salud o por alguno de los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente.

La **indicación N° 165**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone intercalar en dicho número, a continuación de "Superintendencia de Salud", la frase ", los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla".

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El inciso segundo del artículo 25 B consagra una Red Asistencial de Alta Especialidad, de carácter nacional y añade que a ella pertenecerán los establecimientos preferentemente destinados a una especialidad, con exclusión de las de carácter básico, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional. Agrega que, al reconocérsele la calidad de Establecimiento de Autogestión en Red, mediante resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, podrán incorporarse a esta Red Asistencial de Alta Especialidad y funcionarán coordinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Entre las funciones mínimas de los establecimientos pertenecientes a la referida Red Asistencial de Alta Especialidad, se señalan las siguientes:

1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Subsecretario de Redes Asistenciales;

2. Atender beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos que formen parte de las Redes Asistenciales de los Servicios de Salud, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de los convenios correspondientes;

3. Cumplir con lo establecido en los números 3 y 4 del inciso precedente.

En este inciso segundo inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 166, 167, 168, 169 y 170.

La **indicación N° 166**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone reemplazar el inciso segundo por el siguiente:

“Los establecimientos que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, de acuerdo a un reglamento del Ministerio de Salud, funcionarán coordinados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a lo menos deberán:

1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine la Subsecretaría de Redes Asistenciales;

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

2. Atender beneficiarios de las leyes Nº 18.469 y Nº 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos que formen parte de las Redes Asistenciales de los Servicios de Salud, conforme a las normas que imparta la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y los casos de urgencia o emergencia.

3. Cumplir con lo establecido en los números 3. y 4. del inciso precedente.”.

La Comisión, coincidiendo con el espíritu de la presente indicación, convino en acogerla parcialmente, en los siguientes términos:

“Los establecimientos de autogestión en red que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, formarán parte de una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional coordinada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, conforme a un reglamento del Ministerio de Salud. Para los efectos de lo dispuesto en los números 1 y 2 del inciso primero, deberán sujetarse exclusivamente a las normas que imparta dicho Subsecretario.”.

**-En consecuencia, la indicación Nº 166 fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación Nº 167**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone suprimir el número 2 del inciso segundo.

**-Fue retirada por su autora.**

La **indicación Nº 168**, del Honorable Senador señor Ríos, propone suprimir, en el número 2 del inciso segundo, la frase “en el marco de los convenios correspondientes”.

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación Nº 169**, formulada por el Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), propone agregar al final del número 2 del inciso segundo la siguiente oración: “Podrán, además, atender a pacientes privados o de Isapres que soliciten ser atendidos en ellos;”.

**-Fue rechazada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señores Espina, Larraín, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 170**, de la Honorable Senadora señora Matthei, tiene por objetivo reemplazar el número 3 del inciso segundo, por el siguiente:

“3. Cumplir con lo establecido en los números 2., 3. y 4. del inciso precedente.”.

**-La indicación fue retirada por su autora.**

**Artículo 25 C**

Este artículo, en su inciso primero, pone el establecimiento a cargo de un Director, a quien corresponderá el segundo nivel jerárquico del Servicio de Salud para los efectos del ARTICULO TRIGESIMO SEPTIMO<sup>1</sup> de la ley N°19.882. El Director actuará con las atribuciones que le conceden los artículos 25 E y 25 F.

Al inciso primero del artículo 25 C, se formuló la **indicación N° 171**, del Honorable Senador señor Parra, que propone agregar la siguiente frase final: “los que deberá tener especial consideración los objetivos sanitarios fijados por el Ministerio respecto de la población a cargo del Servicio de Salud que integran”.

**-La indicación N° 171 fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Enseguida, la Comisión analizó las indicaciones N°s 172 y 173, que inciden en el inciso segundo del artículo 25 C, referido a la forma de servir y remunerar el cargo de Director.

La **indicación N° 172** fue propuesta por el Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), para intercalar, a continuación de “El cargo de director de establecimiento”, la frase “será de dedicación exclusiva”.

El señor Ministro de Salud hizo presente que la indicación es innecesaria, en cuanto el cargo de director de establecimiento es de alta dirección pública y, por definición, es un cargo de dedicación exclusiva.

---

<sup>1</sup> El ARTICULO TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N° 19.882 se refiere a los cargos de altos directivos públicos, indicando que éstos deberán corresponder a jefes superiores de servicio y al segundo nivel jerárquico del respectivo organismo.

El inciso segundo precisa que, para otorgar a un cargo de un servicio público la calidad de segundo nivel jerárquico, sus titulares deberán pertenecer a la planta de directivos y depender en forma inmediata del jefe superior, o corresponder a jefaturas de unidades organizativas que respondan directamente ante dicho jefe superior, cualesquiera sea el grado o nivel en que se encuentren ubicados en la planta de personal.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La Honorable Senadora señora Matthei manifestó su preocupación por este hecho, ya que el requisito de dedicación exclusiva obstará a que muchas personas se interesen por desempeñar el cargo. Agregó que renunciar a la atención de los propios pacientes, en el caso de los directores que tengan la calidad de médicos, constituye un riesgo para el desarrollo futuro de su carrera.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide coincidió con lo planteado por la Senadora Matthei y cuestionó esta exigencia, que contrasta con la insuficiencia de recursos para compensarla; agregó que deberían generarse condiciones para exigir que el director del establecimiento tenga dedicación exclusiva.

El representante del Ministerio de Hacienda expuso que actualmente se paga una asignación especial a los funcionarios que tienen dedicación exclusiva.

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión coincidió en que, dado el monto de dicha asignación especial, se trataría de un estímulo insuficiente.

**-Sometida la indicación a la consideración de la Comisión, se produjo un doble empate: se pronunciaron a favor los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y en contra lo hicieron los Honorables Senadores señora Matthei y señor Ríos.**

**Conforme dispone el artículo 182 del Reglamento del Senado, con el fin de dirimir el referido doble empate se procedió a repetir la votación, resultando rechazada la indicación, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo, y la abstención del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.**

La **indicación N° 173**, del Presidente de la República, propone agregar al inciso segundo la siguiente oración: "Deberá ser un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión en salud."

El Honorable Senador señor Ríos hizo presente que votaría en contra de la presente indicación, por considerarla innecesariamente restrictiva.

Al respecto, el señor Ministro de Salud indicó que no se exige el título de médico, sino que sea un profesional universitario con experiencia o conocimientos en el ámbito de la gestión en salud.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-Fue aprobada, sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

A continuación, se analizaron las indicaciones que inciden en el inciso tercero, que agrega que los mecanismos y procedimientos de coordinación y de relación entre el Director del Establecimiento y el Director del Servicio de Salud correspondiente se regirán por los convenios de desempeño celebrados en conformidad con la ley N° 19.882.

En este inciso inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 174 y 175.

La **indicación N° 174**, presentada por el Honorable Senador señor Ríos, propone suprimir el inciso tercero.

**-Fue rechazada, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y el voto a favor del autor de la indicación.**

La **indicación N° 175**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objetivo intercalar, en el inciso tercero, a continuación del verbo "regirán" la frase "por lo establecido en esta ley y".

El Honorable Senador señor Viera-Gallo indicó que el conjunto de relaciones entre el Director del Servicio y el Director del Hospital se determinarán por medio de un convenio firmado al designarse al segundo y en el cual se indicarán las metas de desempeño.

Agregó que se requiere una referencia más amplia, como la propuesta por la indicación en debate, la que alude a "la ley" y se refiere a las restantes relaciones, propias del Derecho Administrativo y que derivan de la jerarquía que liga a los mencionados funcionarios.

Con el fin de precisar el sentido de la norma, se convino en reiterar y dejar **constancia** de que los convenios a los que se alude son los contemplados por la ley N° 19.882.

**-Fue aprobada, con una enmienda formal menor, con el voto a favor de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Enseguida, la Comisión analizó el inciso cuarto y final, que se ocupa de las causales de remoción del Director que indica.

Inciden en este inciso las indicaciones individualizadas con los N°s 176, 177 y 178.

La **indicación N° 176**, del Honorable Senador señor Parra, propone reemplazar el inciso cuarto del artículo 25 C, por el siguiente:

“El Director podrá ser removido por el Director de Servicio respectivo si no se cumpliere el convenio de desempeño y en el caso previsto en el artículo 25 C.”.

La **indicación N° 177**, del Presidente de la República, propone reemplazar el inciso cuarto por los siguientes:

“El convenio de desempeño deberá establecer especialmente directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la red, como asimismo metas de desempeño presupuestario.

Sin perjuicio de lo establecido en los artículos quincuagésimo séptimo y quincuagésimo octavo de la ley N° 19.882, el director del establecimiento será removido por el director del Servicio de Salud de comprobarse el incumplimiento del convenio de desempeño. En estos y los demás casos de remoción, se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud, salvo en el caso establecido en el inciso cuarto del artículo 25 I.”.

Finalmente, la **indicación N° 178**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Eskuide y Viera-Gallo, propone intercalar, en el inciso cuarto, a continuación de “removido”, la frase “por el Director del Servicio de Salud”, y, a continuación de “desempeño”, la frase “, por falta grave a sus deberes funcionarios conforme lo dispone la ley”.

La Comisión, tras analizar las indicaciones anteriores, acordó acogerlas, subsumiéndolas en una sola modificación, concebida en los siguientes términos:

“El convenio de desempeño deberá establecer especialmente directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la red, como asimismo metas de desempeño presupuestario.

Sin perjuicio de lo establecido en los ARTICULOS QUINCUAGESIMO SEPTIMO Y QUINCUAGESIMO OCTAVO de la ley N° 19.882, el Director del Establecimiento será removido por el Director del

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Servicio de Salud de comprobarse el incumplimiento del convenio de desempeño o falta grave a sus deberes funcionarios. En los casos de remoción se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud, salvo en las situaciones previstas en el inciso cuarto del artículo 25 I.”.

Cabe tener presente que el inciso cuarto del artículo 25 I señala casos de incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento, que se sancionan con el cese en sus funciones como Director, por el solo ministerio de la ley.

**-En consecuencia, las indicaciones N°s 176, 177 y 178, fueron aprobadas, en la forma descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 179**, presentada por el Honorable Senador señor Frei, propone agregar los siguientes incisos nuevos:

“El Subdirector Médico y el Subdirector administrativo también deberán ser contratados en calidad de jornada completa y dedicación exclusiva.

Los Directores y subdirectores señalados tendrán un ingreso no menor al que recibiría un profesional contratado con un cargo 44/28, y con un incentivo por dedicación exclusiva que será fijado por el Ministerio de Hacienda.

Estos profesionales podrán atender a pacientes privados en el establecimiento, de acuerdo a un convenio, fijando el porcentaje de participación de sus honorarios privados a la institución.

En estos hospitales, manteniendo el marco presupuestario que le fije el Ministerio de Hacienda, los Directores podrán llamar a concurso a los jefes de servicios clínicos, a cargos de dedicación exclusiva, para mejorar la gestión del hospital e implementar altos niveles de calidad en la atención de los pacientes.”.

El señor Ministro de Salud concordó en la conveniencia de contar con un mayor número de altos funcionarios de dedicación exclusiva, no obstante lo cual lamentó no contar con recursos suficientes para ello.

**-La indicación en análisis fue declarada inadmisibles por la señora Presidenta, por estimar que la misma excede el marco de la iniciativa legislativa parlamentaria, invadiendo la esfera de atribuciones propias del Presidente de la República.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Artículo 25 D**

Su inciso primero crea el Consejo Consultivo de los Usuarios, organismo integrado por cinco representantes de la comunidad usuaria y dos representantes de los trabajadores del Establecimiento.

Los incisos segundo y tercero señalan sus funciones.

El inciso cuarto entrega al reglamento la determinación de las funciones, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo.

El inciso quinto establece el Consejo Técnico, organismo asesor del director, cuyo objeto es colaborar en los aspectos de gestión en que el director requiera su opinión y propender a la mejor coordinación de las actividades del Establecimiento.

El inciso sexto alude a la integración del Consejo y entrega al reglamento las demás funciones y procedimientos que correspondan.

Finalmente, el inciso séptimo y final agrega que el Consejo contará con la asesoría de comités sobre asuntos específicos, integrados por los funcionarios designados por el Director del Establecimiento.

Inciden en el presente artículo las indicaciones individualizadas en los N°s 180, 181, 182, 183 y 184.

Las **indicaciones N°s 180 y 181**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, respectivamente, coinciden en proponer la supresión de los incisos primero a cuarto.

**-Ambas indicaciones fueron aprobadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y con la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

Enseguida, la Comisión analizó las **indicaciones N°s 182 y 183**, de los Honorables Senadores señor Ríos y señor Ruiz-Esquide, respectivamente y que proponen sustituir, en el inciso primero, la expresión "2 representantes" por "3 representantes".

**-En concordancia con su decisión anterior, la Comisión rechazó ambas indicaciones, con el voto de los Honorables**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y con la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

La **indicación N° 184**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone suprimir, en el inciso quinto, la palabra "también".

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

Tras analizar las diversas indicaciones recaídas en el artículo 25 D, se convino en abrir el debate respecto del mismo artículo.

Cabe considerar que, como consecuencia de las decisiones adoptadas previamente por la Comisión, el artículo 25 D se redujo a sus tres últimos incisos, originalmente incisos quinto, sexto y séptimo.

La Comisión convino en mantener el inciso quinto, con la enmienda ya anotada, y eliminar, en el inciso sexto, la frase "el que determinará las demás funciones y procedimientos que correspondan", por estimarla innecesaria.

**-Puestos en votación los incisos quinto y sexto, fueron aprobados, en los términos antes descritos, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con la abstención del Honorable Senador señor Ríos.**

A continuación, se produjo un debate en torno al inciso final, que establece los comités asesores sobre asuntos específicos.

Al respecto, el Honorable Senador señor Espina reiteró sus aprensiones frente a la creación de nuevos comités y consejos, por considerar que éstos entran y dificultan la adecuada gestión. Graficó la situación señalando que, a menudo, el Director del Servicio deberá enfrentar a la comunidad organizada y, como resultado de su presión, se verá en la necesidad de evitar o dilatar la aplicación de medidas sanas pero impopulares.

Por su parte, el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide refutó lo anterior señalando que el debate no debe situarse en el punto de la obstrucción que se teme, sino en la forma de asegurar la participación de la ciudadanía en la actual reforma de la salud. Añadió que es de vital importancia para el éxito de esta reforma el grado de identificación de la ciudadanía con el sistema, el que aumenta considerablemente al dotarla de mecanismos que aseguren su participación en el mismo.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-Puesto en votación el inciso final del artículo 25 D, se produjo un doble empate. Se expresaron a favor los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y, en contra, los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina; el Honorable Senador señor Ríos se abstuvo.**

**Atendiendo a lo dispuesto por el artículo 182 del Reglamento del Senado, el doble empate fue dirimido en la sesión siguiente, registrándose tres votos en contra, de los Honorables Senadores señores Espina, Matthei y Ruiz-Esquide y un voto favorable, del Honorable Senador señor Viera-Gallo, por lo que se dio por rechazado el inciso final del artículo 25 D.**

**Artículo 25 E**

Entrega la administración superior y control del Establecimiento al Director, quien no se encontrará sometido al control jerárquico del Director del Servicio de Salud respectivo, en lo relativo al ejercicio de las atribuciones que le confiere este título.

Inciden en el presente artículo las indicaciones N°s 185. 186 y 187.

La **indicación N° 185**, del Presidente de la República, propone su reemplazo por el siguiente:

"Artículo 25 E.- La administración superior y control del establecimiento corresponderá al director, el que sólo respecto del ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título no quedará sometido al control jerárquico del director del Servicio de Salud respectivo."

Al analizar la presente indicación, el Honorable Senador señor Viera-Gallo precisó que el tenor de la disposición es muy claro al señalar que el Director del Servicio de Salud no ejercerá control jerárquico sobre el Director del Establecimiento respecto de las atribuciones de administración superior y control del mismo.

Agregó que, sin perjuicio de que el Director del Servicio de Salud no alterará las decisiones del Director del Establecimiento, este último podrá ser objeto de evaluación por el primero.

Con el fin de precisar mejor el alcance de la disposición contenida en el artículo 25 E, se acordó aprobar la presente indicación en los siguientes términos:



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“Artículo 25 E.- La administración superior y control del Establecimiento corresponderá a su Director. El Director del Servicio de Salud no podrá interferir en el ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título, ni alterar sus decisiones. Con todo, podrá solicitar al Director del Establecimiento la información necesaria para el cabal ejercicio de las funciones de éste.”.

**-Fue aprobada, con la modificación indicada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 186**, formulada por el Honorable Senador señor Muñoz Barra, tiene por objetivo sustituir la expresión “el que no quedará” por “el que quedará”.

**-En concordancia con la decisión adoptada en forma previa, la indicación N° 186 fue rechazada por tres votos en contra, concurriendo a este acuerdo los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 187**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone reemplazar en el artículo 25 E la expresión “administración” por “dirección” y eliminar la expresión “, el que no quedará sometido al control jerárquico del director del Servicio de Salud respectivo, con relación al ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título”. Finalmente, la indicación propone unir el artículo 25 E con el actual artículo 25 F, eliminando de este último la frase: “En el director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente establecimiento”.

**-La indicación fue retirada.**

**Artículo 25 F****Letra d)**

El artículo 25 F dispone que competen al Director las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente Establecimiento, y le confiere las atribuciones que indica mediante diversos literales.

Inciden en el literal d) las indicaciones individualizadas con los N°s 188 a 200.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El literal d), en su párrafo primero, otorga al Director la potestad de elaborar y presentar, al Subsecretario de Redes Asistenciales, el proyecto de presupuesto del establecimiento, el plan anual de actividades asociado al mismo y el plan de inversiones, conforme a las necesidades de reposición del equipamiento del establecimiento y a las políticas del Ministerio de Salud.

La **indicación N° 188**, formulada por el Presidente de la República, propone sustituir la frase "elaborar y presentar al Subsecretario de Redes Asistenciales", por "elaborar y presentar al director del Servicio de Salud correspondiente, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales con un informe", y suprimir la oración final que señala: "Para estos efectos se requerirá un informe del Servicio de Salud respectivo."

El señor Ministro de Salud fundó la indicación en comento señalando que el Ejecutivo desea fortalecer una unidad de altísima complejidad, como es el hospital, que constituye la entidad básica de gestión. Por este motivo, agregó, se desea precisar que corresponde al Director del Hospital proponer su propio presupuesto, el que podrá ser observado o comentado por el Director del Servicio respectivo, radicándose la decisión final en el Subsecretario de Redes, quien tiene la perspectiva de la totalidad del sistema y, por ello, puede adoptar decisiones presupuestarias con mayor propiedad.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo fundó su voto favorable a la presente indicación señalando que la desconcentración de facultades no sería tal, ni tendría sentido, si no se dotara al hospital, como lo hace la norma propuesta por esta indicación, de la debida autonomía para elaborar su propio presupuesto.

En sentido opuesto, el Honorable Senador señor Ríos reiteró su desacuerdo con la incorporación de normas que limiten la autonomía del director del establecimiento, como a su juicio sería la que nos ocupa, en cuanto entrega la decisión final al Subsecretario de Redes.

**-Fue aprobada, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto adverso del Honorable Senador señor Ríos.**

En el mismo sentido, la **indicación N° 189**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objetivo reemplazar la expresión "Subsecretario de Redes Asistenciales" por "Director del Servicio de Salud correspondiente".

**-Fue retirada, considerando que la indicación anterior recogió el espíritu que la inspira.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 190**, presentada por el Honorable Senador señor Muñoz Barra, propone sustituir la frase "al Subsecretario de Redes Asistenciales" por "al Director del Servicio, quien a su vez lo presentará al Subsecretario de Redes Asistenciales".

La presente indicación coincide con la formulada por el Presidente de la República en la indicación individualizada con el N° 188, previamente aprobada por la Comisión. En atención a ello, se acordó su aprobación, entendiéndola subsumida en la referida indicación N° 188.

**-Aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto adverso del Honorable Senador señor Ríos.**

A continuación, la **indicación N° 191**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone intercalar, a continuación de la expresión "conforme a las necesidades", la frase "de ampliación o reparación de la infraestructura,".

El Honorable Senador señor Ríos hizo presente que votaría en contra esta indicación, y otras en la misma línea, por considerar que se está debilitando la figura y la gestión del Director del Hospital, limitando su autonomía en forma innecesaria y, en definitiva, haciendo ilusoria la autogestión.

**-Fue aprobada por mayoría, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y con el voto disidente del Honorable Senador señor Ríos.**

La **indicación N° 192**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, coincide parcialmente con la indicación N° 188 del Presidente de la República, para suprimir la oración final del párrafo primero.

**-En concordancia con la decisión adoptada respecto de la indicación N° 188, se acordó la aprobación de la presente indicación, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto adverso del Honorable Senador señor Ríos.**

La **indicación N° 193**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone agregar las siguientes oraciones al primer párrafo: "El Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas. Asimismo, deberá justificar financieramente y mediante un estudio de rentabilidad social, la priorización propuesta. El

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

presupuesto deberá indicar detalladamente el estado de cobro de prestaciones otorgadas a personas no beneficiarias legales, de los seguros obligatorios de accidentes del tránsito, y de cada uno de los convenios suscritos”.

La indicación concitó el apoyo mayoritario de la Comisión, que consideró que contribuirá al mejoramiento de la gestión. Sin perjuicio de lo anterior, se coincidió en la conveniencia de eliminar la exigencia de un estudio de rentabilidad social, debido a su alto costo.

En consecuencia, se acogió la indicación, modificando su texto y ubicación, incluyéndola como nuevo párrafo segundo, en los siguientes términos:

“El Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas y justificando la priorización propuesta. El presupuesto indicará detalladamente el estado del cobro de las prestaciones otorgadas y devengadas.”.

**-Fue aprobada por mayoría, con las modificaciones previamente indicadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

El segundo párrafo del literal d) aprobado en general, que pasa a ser párrafo tercero conforme a la decisión previamente adoptada, continúa señalando que el Subsecretario de Redes Asistenciales aprobará los presupuestos de los establecimientos autogestionados y el del Servicio durante la primera quincena de diciembre de cada año. La aprobación deberá ser visada por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y se efectuará en base al presupuesto otorgado al Servicio de Salud correspondiente y a las instrucciones de la mencionada Dirección de Presupuestos.

La **indicación N° 194**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone suprimir en este párrafo la oración “sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos”.

**-Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 195**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone reemplazar la frase “dentro de los primeros

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

quince días del mes de diciembre de cada año" por "antes del 15 de diciembre de cada año o, si este día fuere inhábil, antes del primer día siguiente hábil".

La Comisión concordó con la presente propuesta, debido a que consideró que la misma agiliza la gestión del presupuesto. Convino, asimismo, en la conveniencia de precisar la redacción y aprobó la indicación en los siguientes términos: "a más tardar el 15 de diciembre de cada año, o el siguiente día hábil, si el 15 fuera feriado."

**-La indicación N° 195 fue aprobada, con modificaciones formales, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 196**, presentada por el Honorable Senador señor Ríos, persigue la supresión de la última oración, que exige la visación de la resolución dictada por el Subsecretario de Redes Asistenciales por parte de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

El Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, don Andrés Romero, argumentó a favor de la mantención de la oración cuya eliminación se propone, señalando que la misma consulta la intervención de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda debido a que la materia regulada así lo amerita, pues está vinculada con la Administración Financiera del Estado y, particularmente, con la aprobación de los presupuestos de los establecimientos autogestionados y de los Servicios de Salud.

Sin perjuicio de la explicación anterior, la mayoría de la Comisión optó por aprobar la indicación sometida a su consideración, por estimar que el Subsecretario de Redes Asistenciales es la autoridad que cuenta con la visión global del sistema y, por ello, la más indicada para determinar si el presupuesto que se propone es adecuado, tanto desde la perspectiva orgánica como desde su concordancia con los recursos existentes para proveer a su financiamiento.

**-La indicación N° 196 fue aprobada por tres votos contra dos, manifestándose en la posición mayoritaria los Honorables Senadores señores Espina, Ríos y Ruiz-Esquide y, en la posición contraria, los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo.**

La **indicación N° 197**, propuesta por la Honorable Senadora señora Matthei, establece un efecto jurídico específico en la hipótesis de silencio administrativo que indica. Con este fin, agrega lo siguiente: "Si llegado último día hábil de diciembre el Subsecretario no hubiere dictado la resolución o la Dirección de Presupuesto no hubiere efectuado la autorización

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

señalada, el presupuesto presentado por el director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley.”.

Considerando su decisión respecto a la indicación inmediatamente anterior, que eliminó la obligación de obtener la visación de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, la Comisión convino en aprobar parcialmente la indicación, eliminando del texto propuesto la frase “o la Dirección de Presupuesto no hubiere efectuado la autorización señalada”.

**-La indicación fue aprobada por mayoría, con la modificación señalada, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto disidente del Honorable Senador señor Ríos.**

La **indicación N° 198**, también formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone agregar además el siguiente texto:

“El presupuesto aprobado deberá ir acompañado por un informe financiero que señale al menos lo siguiente: producción realizada por cada unidad del Servicio, valorada a precios reales; presupuesto asignado el año anterior; déficit o superávit básico del año anterior; esfuerzo realizado por la unidad para conseguir recursos extras; déficit o superávit real del año anterior; subsidios cruzados entre distintos establecimientos hospitalarios; listas de espera para cada establecimiento, por especialidad; principales carencias, en cuanto a equipos y recursos humanos para cada establecimiento; estudio de rentabilidad social que justifique la manutención de los establecimientos deficitarios, considerando su localización, la población que atiende, su tamaño y los servicios que provee.”.

**-Fue retirada por su autora.**

En vista de los acuerdos anteriores, en definitiva la Comisión optó por sustituir el párrafo en cuestión por uno que comprenda el texto que se modifica y todas las enmiendas aprobadas. Su formulación es la que figura en el proyecto que propone la Comisión como tercer párrafo de la letra d) del artículo 25 F.

A continuación, se analizaron las indicaciones que afectan al párrafo tercero, el cual establece que, en cada uno de los presupuestos de los establecimientos autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley N° 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 199**, del Honorable Senador señor Ríos, propone el reemplazo del inciso tercero por el siguiente:

“En cada uno de los presupuestos de los Servicios de Salud se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley N° 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto de las direcciones de servicio, hospitales autogestionados, hospitales de mejor complejidad, CDT, CRS y consultorios.”.

**-La indicación fue retirada por su autor.**

La **indicación N° 200**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone agregar al texto del párrafo tercero, las siguientes oraciones:

“Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el Director del Hospital, el Subsecretario deberá indicar los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que recomienda reducir para ajustarse al presupuesto aprobado, y por qué. El Subsecretario podrá, asimismo, modificar fundadamente la priorización propuesta por el Director del Hospital Autogestionado en Red.”.

La Comisión estimó que la presente indicación contribuye a mejorar la administración y a aclarar al Director del Establecimiento la priorización del plan anual de actividades que deberá ejecutar con el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Sin perjuicio de lo anterior, se estimó que el Subsecretario no debe recomendar cuáles componentes deberán reducirse para ajustarse al presupuesto aprobado, sino que deberá indicar cuáles componentes deben reducirse.

Se reemplazó la referencia al “Director del Hospital” por otra al “Director del Establecimiento”, con el fin de concordar los términos del presente proyecto.

Además, se acordó rechazar la facultad que la indicación confiere al Subsecretario de Redes Asistenciales para modificar fundadamente la priorización propuesta.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En consecuencia, la indicación fue aprobada en los siguientes términos:

“Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el director del establecimiento, el Subsecretario deberá indicar los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que deberán reducirse para ajustarse al presupuesto aprobado.”.

El Honorable Senador señor Ríos manifestó su intención de rechazar esta indicación, por considerar que el criterio en que se basa es errado, ya que debería ser el Director del Establecimiento y no el Subsecretario de Redes el llamado a efectuar los ajustes presupuestarios necesarios.

**-La indicación fue aprobada, con las modificaciones descritas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.**

**Letra e)**

Agrega entre las facultades del Director del Establecimiento la de ejecutar el presupuesto y el plan anual en el marco presupuestario del establecimiento, conforme a las normas relativas a la Administración Financiera del Estado.

Su párrafo segundo señala que las modificaciones a los presupuestos y a los montos determinados en sus glosas deberán autorizarse mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, conforme con las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos, debiendo remitirse copia de la resolución a dicha Dirección.

Las indicaciones individualizadas con los N°s 201 y 202 inciden en este literal.

La **indicación N° 201**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone suprimir, en el párrafo primero, la frase “en el marco presupuestario”.

La indicación fue acogida por la Comisión, por considerar que la frase cuya supresión se propone es innecesaria y redundante.



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-La indicación N° 201 fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 202**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, tiene como finalidad reemplazar, en el párrafo segundo, las frases "autorizadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo a las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Copia de la resolución deberá ser remitida a la Dirección de Presupuestos", por la siguiente: "informadas al Subsecretario de Redes Asistenciales y a la Dirección de Presupuestos, con un detalle de las causas de las modificaciones. Las modificaciones no podrán significar un déficit mayor en el resultado financiero final del establecimiento".

El Honorable Senador señor Espina concordó con el espíritu de la indicación, señalando que apunta a un tema de fondo, cual es la necesidad de que el Director del Establecimiento cuente con una auténtica autonomía de gestión, que le permita realizar cambios sobre la base de su mayor conocimiento de la realidad particular del Establecimiento.

Por su parte, el Honorable Senador señor Boeninger coincidió con lo señalado y agregó que se resguarda la red de salud y la Administración Financiera del Estado mediante la obligación de informar de los cambios, ya que tanto el Subsecretario de Redes como la Dirección de Presupuestos podrán actuar si estiman que los cambios informados atentan contra una u otra, operando su inactividad como aceptación tácita de los mismos.

La Comisión coincidió con la Honorable Senadora señora Matthei en la conveniencia de consagrar la facultad del Director de modificar el presupuesto y la obligación de informar de los cambios al Subsecretario de Redes. Sin perjuicio de lo anterior, consideró también necesario explicitar que las modificaciones podrán ser rechazadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo con las instrucciones que sobre el particular imparta la Dirección de Presupuestos.

Asimismo, se acordó que, transcurridos quince días desde la recepción de la modificación, el silencio de la Administración se mirará como aceptación. Finalmente, se resolvió establecer la obligación de remitir copia de todos los actos relativos a las modificaciones presupuestarias al Servicio de Salud respectivo y a la Dirección de Presupuestos.

En consecuencia, la indicación N° 202 fue acogida con las modificaciones señaladas, en los términos consignados en el texto final.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-Fue aprobada con modificaciones, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto en contra de los Honorables Senadores señores Espina y Ríos.**

**Letra f)**

El párrafo primero de este literal consagra, como otra atribución del Director del Establecimiento, el ejercicio de las funciones de administración del personal, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el Reglamento.

El párrafo segundo especifica que, respecto del personal a contrata y el contratado sobre la base de honorarios, el Director del establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio descentralizado.

El párrafo tercero concluye entregando al reglamento, en la especie emitido a través del Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministro de Hacienda, la determinación de las normas necesarias para ejercer las funciones de que trata el presente literal.

Inciden en el presente literal las indicaciones N°s 203, 204 y 205.

La **indicación N° 203**, presentada por el Presidente de la República, propone intercalar, en el inciso primero, después de las palabras "reconocimiento de remuneraciones", la frase "incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director de Servicio,".

**-Fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 204**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, persigue sustituir, en el inciso segundo, la frase "Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios" por "Respecto del personal a contrata y al personal que de acuerdo a sus funciones pueda ser contratado sobre la base de honorarios".

**-Fue retirada por su autora.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 205**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone suprimir, en el párrafo segundo de la letra f), la palabra "descentralizado".

**-Fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Letra g)**

Consagra la atribución de celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aun cuando sean propias y habituales del establecimiento.

El párrafo segundo agrega que el gasto por estos contratos no podrá exceder el 20% del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.

Las **indicaciones N°s 206, 207, 208, 209 y 210**, presentadas por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo; Parra; Ríos; Ruiz-Esquide, y Muñoz Barra, respectivamente, coinciden en reemplazar, en el párrafo segundo, la expresión "20%" por "10%".

**-Las indicaciones en debate fueron sometidas a votación conjuntamente. Se produjo un doble empate, en el cual se pronunciaron a favor de las mismas los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y, en contra, los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.**

**En conformidad con lo prescrito por el artículo 182 del Reglamento del Senado, el doble empate fue dirimido en la sesión siguiente, resultando rechazadas estas indicaciones por 3 votos contra 1 y unas abstención. Votaron en contra los Honorables Senadores señores Espina, Larrain y Ríos, a favor el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide y se abstuvo el Honorable Senador señor Viera-Gallo.**

**Letra i)**

Establece la atribución de ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporeales, asignadas o afectadas al establecimiento y las

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean éstas contractuales o extracontractuales.

El párrafo segundo agrega que las transacciones respecto a sumas superiores a cinco mil unidades de fomento deberán ser aprobadas por resolución del Ministerio de Hacienda.

El párrafo tercero limita la enajenación de inmuebles, al exigir autorización previa del Ministerio de Salud, la que deberá darse con sujeción a las normas de los decretos leyes N° 1.056 de 1975, o N° 1.939, de 1977.

El párrafo cuarto concluye señalando que, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra s), podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas.

Se hace presente que la **indicación N° 211** será analizada en conjunto con otras, que también se refieren a los convenios sobre el uso de camas en los establecimientos públicos.

Inciden en el presente literal las **indicaciones N°s 212 y 213**, formuladas por los Honorables Senadores señores Parra, y Muñoz Barra, respectivamente, las que proponen reemplazar, en el segundo inciso, la expresión "cinco mil unidades de fomento" por "tres mil unidades de fomento".

El Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, abogado don Andrés Romero, explicó que esta es una norma de estilo en la Administración Financiera del Estado.

Agregó que esta atribución se concede a los jefes de servicio en los mismos términos.

**-Ambas indicaciones fueron rechazadas por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Posteriormente, la Comisión acordó poner en discusión el literal i).

Considerando que la norma obedece a resguardar el interés fiscal, se convino en limitar la enajenación de bienes muebles de valor superior a siete mil unidades tributarias mensuales, requiriéndose para ello la autorización previa del director del Servicio de Salud correspondiente. Lo anterior, en atención a que existen bienes que forman parte del equipamiento, que por su alto componente tecnológico son de elevado valor.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Con este fin, acordó agregar al inciso tercero del literal i) lo siguiente:

“La enajenación de bienes muebles que exceda de siete mil unidades tributarias mensuales requerirá la autorización previa del director del Servicio de Salud respectivo.”.

**-Acordado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo.**

**Letra k)**

El literal k) otorga al director del establecimiento la atribución de celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud, y con entidades administradoras de salud primaria.

El resto del párrafo primero indica que en dichos convenios se podrán proveer recursos necesarios para la ejecución de los mismos, mediante la destinación de funcionarios, el traspaso de fondos presupuestarios u otras modalidades adecuadas a su naturaleza. En particular, podrá estipularse el aporte de medicamentos, insumos y otros bienes fungibles de propiedad del establecimiento. Los bienes inmuebles, equipos e instrumentos podrán cederse en comodato o a otro título no traslativo de dominio, y serán restituidos a su terminación.

En este literal inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 215 a 220.

La **indicación N° 215**, del Honorable Senador señor Ríos, propone cambiar la oración “con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud” por: “Celebrar convenios con entidades administradoras de salud primaria”.

**-La indicación fue retirada por su autor.**

La **indicación N° 216**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo, tiene por objeto suprimir la frase “con el Servicio de Salud respectivo,”.

**-Fue retirada.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 217**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone intercalar, a continuación de la expresión "respectivo,", la frase "con otros Servicios de Salud,".

El Honorable Senador señor Viera-Gallo, con el fin de evitar que se privilegie injustamente a algún lugar determinado, en perjuicio de la red, sugirió requerir que los convenios con otros Servicios de Salud se efectúen con autorización del Director del Servicio al que pertenece el Establecimiento.

El señor Ministro de Salud coincidió y expresó que un Director de Hospital podría privilegiar, por cualquier motivo, a un hospital en demérito de la red, correspondiendo al Director del Servicio de Salud velar por la integridad y la operación eficiente de la misma.

Por su parte, el Honorable Senador señor Espina manifestó su desacuerdo en este punto, haciendo presente que, de esta forma, se desnaturaliza el concepto de establecimiento autogestionado, ya que la autogestión implica autonomía dentro de un marco definido. Agregó que lo probable será que el Director del Servicio adopte la política de rechazar todo convenio para darse más tiempo a fin de resolver si los autoriza o no.

En relación con lo anterior, y con el fin de precaver una situación semejante a la descrita por el Senador Espina, el señor Ministro de Salud indicó que la oposición debería ser fundada.

Por su parte, el Honorable Senador señor Boeninger manifestó su simpatía por un sistema dotado de la mayor autonomía posible. Agregó que, sin embargo, la autonomía necesariamente debe limitarse para preservar la red, lo que aporta coherencia al conjunto y justifica que se exija la autorización del Director del Servicio.

Tras analizar el tema, la Comisión convino en acoger la indicación, en los términos que a continuación se señalan, consultándola como párrafo segundo del literal k) del artículo 25 F:

"Los convenios con entidades que no sean parte de su Red Asistencial deberán contar con la aprobación del Director del Servicio."

**-La indicación fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 218**, propuesta por la Honorable Senadora señora Matthei, tiene por objeto sustituir la frase "creados por los

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud," por "con establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad,".

La Comisión coincidió con la proponente sólo en lo relativo a eliminar, en este precepto y en los demás en que aparezca, la referencia a los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud.

**-En consecuencia, la indicación N° 218 fue aprobada parcialmente, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

Enseguida, la **indicación N° 219**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, a continuación de "salud primaria,", la frase "pertenecientes a su territorio".

El señor Ministro de Salud se manifestó contrario a la indicación propuesta porque, de aprobarse, limitaría la posibilidad de celebrar convenios y restaría flexibilidad al sistema.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo, por su parte, precisó que el límite se encuentra en el hecho de que el convenio debe celebrarse dentro de la red ya que, en caso contrario, se atenta contra ella como sistema.

**-La indicación N° 219 fue aprobada, subsumida en la redacción que se dio a la indicación N° 217, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 220**, del Honorable Senador señor Parra, intercala, a continuación de la expresión "salud primaria,", la frase "que formen parte de la red asistencial del Servicio de Salud respectivo,".

La Comisión, en concordancia con su decisión relativa a las indicaciones N°s 217 y 219, aprobó también la presente indicación, entendiéndola subsumida en el nuevo párrafo segundo de la letra k).

**-La indicación fue aprobada en la forma descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

**Letra l)**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Establece la facultad de celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objeto de otorgar prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos el Ministerio de Salud y el de Hacienda.

El párrafo segundo agrega que los convenios con las Instituciones de Salud Previsional deberán considerar el pago directo e íntegro a los Establecimientos del valor total de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios. Dichas entidades podrán repetir en contra del afiliado correspondiente el monto que exceda de lo que les corresponda pagar conforme al plan de salud convenido.

Finalmente, el párrafo tercero señala que, en todo caso, la atención de las personas a que se refiere esta letra no podrá significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios.

En este literal inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 221 a 224.

La **indicación N° 221**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone suprimir, en el párrafo primero, la expresión "y de Hacienda".

**-Fue aprobada, con el voto favorable de los Honorables Senadores señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto en contra de la Honorable Senadora señora Matthei.**

A continuación, la Comisión debatió respecto a las condiciones en que el director del establecimiento puede celebrar convenios con las Instituciones de Salud Previsional, en lo relativo a la hospitalización y al uso de las camas del establecimiento.

En relación con la materia se formularon las indicaciones individualizadas con los números 211, 214, 222 y 223, las que originaron un exhaustivo debate respecto a la celebración de convenios entre el Director del Establecimiento y las Instituciones de Salud Previsional, con el fin de utilizar camas del respectivo hospital.

Se discutió si dichos convenios deben limitarse a un porcentaje del total de camas del Establecimiento, o del Servicio, si deben



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

circunscribirse sólo a camas del pensionado, y si pueden además incluirse las de sala común.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide estimó conveniente no innovar respecto de la actual regulación relativa al uso de camas en pensionados, en virtud de la cual el hospital puede destinar un máximo de 10% de total de sus camas al sistema de pensionado, debiendo el resto de ellas pertenecer al de salas comunes.

Continuó dejando e manifiesto su oposición a la celebración de convenios para la utilización de camas de sala común por parte de clientes de las Instituciones de Salud Previsional.

Finalmente, indicó que, por el contrario, la venta de procedimientos, servicios de laboratorio, unidades de tratamiento intensivo y urgencias, pueden llevarse a efecto sin distinción entre pacientes provenientes del sistema público o del privado.

El Honorable Senador señor Boeninger hizo presente que, a su juicio, se debe priorizar la red y, además, establecer algún límite al número de camas de sala común que puedan ser utilizadas por pacientes provenientes del sistema privado, sugiriendo a tal efecto un 20% del total de camas existentes en los establecimientos de autogestión en red del Servicio de Salud respectivo.

Por su parte, el Honorable Senador señor Viera-Gallo se manifestó partidario de los convenios, en cuanto permiten utilizar la capacidad ociosa de los hospitales públicos, siempre que ello se haga sin detrimento de los derechos de los beneficiarios del sistema público de salud, preferidos por mandato legal.

Agregó que los directores de hospitales públicos podrán celebrar convenios que atraigan especialistas que puedan atender a sus pacientes particulares, además de los del establecimiento, estímulo sin el cual sería imposible captarlos para el hospital.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide indicó que, para analizar la situación en rigor, se debe distinguir entre ciudades grandes y pequeñas, ya que en las primeras las Instituciones de Salud Previsional no dependen de los hospitales públicos y en las segundas sí.

Agregó que el supuesto básico del problema es la existencia de camas sobrantes en los hospitales públicos, suposición que, en la VIIIª Región, al menos, no se cumple, debido a que sólo sobran camas en hospitales tipo 3 y 4. Añadió que si ésta es la realidad, debe garantizarse en forma absoluta el acceso prioritario a los pacientes provenientes del sistema

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

público. Concluyó señalando que lo anterior se refuerza al recordar que en la génesis de las Instituciones de Salud Previsional se argumentó en su favor indicando que ellas descargarían la presión sobre el sistema público y crearían nueva infraestructura de salud, lo que hasta ahora no ha ocurrido en ciudades pequeñas.

El representante de la Asociación Nacional de Instituciones de Salud Previsional, don Andrés Tagle, explicó que las Isapres pagan el 100% de las prestaciones otorgadas a sus cotizantes y beneficiarios, y cobran luego a sus clientes, pudiendo acceder a los hospitales públicos si la infraestructura privada es insuficiente, de acuerdo a la calificación que debe hacer el Director del Servicio de Salud correspondiente.

Expresó que las Instituciones de Salud Previsional han creado infraestructura privada de salud, al punto que el 40% de la capacidad instalada es privada, en circunstancias que sólo el 20% de la población está afiliada a Isapres.

El Honorable Senador señor Espina hizo presente que a menudo personas afiliadas a las Instituciones de Salud Previsional recurren a la hotelería de los hospitales públicos porque es de menor costo.

Agregó que debe tenerse en cuenta que el acceso de pacientes afiliados al sistema privado a las camas de los hospitales públicos se regulará por convenios que podrá celebrar el Director del Establecimiento, quien actuará en interés del mismo y con respeto a la legislación en general y, particularmente, a la norma que impide causar detrimento a los derechos de los beneficiarios del sistema público.

En consecuencia, al pronunciarse respecto a las referidas indicaciones, la Comisión deberá optar por alguna de las siguientes alternativas:

-No contemplar otro límite que el consagrado, como regla general, por el inciso final del literal I), que impide que el cumplimiento de los referidos convenios se traduzca en la postergación o menoscabo de las atenciones que el establecimiento deba prestar a los beneficiarios legales.

-Limitar los convenios al uso de un porcentaje del total de las camas de un establecimiento determinado, o de los Establecimientos autogestionados de un Servicio.

-Limitar los convenios en lo referido a la hospitalización y uso de camas del establecimiento, exclusivamente a la utilización de aquellas que formen parte del pensionado.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La Comisión, considerando los diferentes planteamientos formulados durante el debate, acordó, por mayoría, adoptar la primera de las alternativas descritas, como queda de manifiesto en la votación de cada una de las indicaciones, las que consignan a continuación.

La **indicación N° 211**, del Presidente de la República, propone agregar al párrafo primero la siguiente oración: "Los convenios que regula este párrafo no podrán superar el 25% de la totalidad de las camas disponibles en el establecimiento."

**-Puesta en votación, se produjo un doble empate. Se manifestaron a favor los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y lo hicieron en contra los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.**

**Atendiendo a lo dispuesto por el artículo 182 del Reglamento del Senado, el doble empate fue dirimido en la sesión siguiente, resultando rechazada la indicación, con el voto en contra de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ríos, y con el voto a favor de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 214**, presentada por el Honorable Senador señor Muñoz Barra, propone intercalar, a continuación del inciso segundo, el siguiente, nuevo:

"Estos convenios sólo podrán referirse a la utilización de pensionados, unidades de cuidados intensivos y atención en Servicio de Urgencia."

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ríos y en contra de la opinión de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 222**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, en el inciso segundo, a continuación de la palabra "beneficiarios", la frase "en pensionados especialmente habilitados para estos efectos".

**-Sometida esta indicación a la consideración de la Comisión, se produjo un doble empate. Estuvieron a favor de la misma los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y en contra los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Atendiendo a lo dispuesto por el artículo 182 del Reglamento del Senado, se procedió a dirimir el doble empate en la sesión siguiente, resultando rechazada la proposición, con el voto en contra de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Boeninger, y la abstención del Honorable Senador señor Viera-Gallo.**

La **indicación N° 223**, del Honorable Senador señor Boeninger, tiene como finalidad agregar al párrafo segundo, la siguiente oración:

“Sólo un 20% del total de camas de los establecimientos de autogestión en red del Servicio de Salud respectivo pueden ser destinados para este efecto, para lo cual el director del Servicio determinará el total que cada establecimiento pueda destinar a este objeto, conforme las disponibilidades existentes.”.

**-Sometida esta indicación a la consideración de la Comisión, se produjo un doble empate. Se manifestaron a favor de la misma los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y en contra los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.**

**Atendiendo a lo dispuesto por el artículo 182 del Reglamento del Senado, el doble empate fue dirimido en la sesión siguiente, resultando rechazada la indicación con el voto en contra de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ríos, manifestándose a favor de su aprobación los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 224**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone sustituir, en el párrafo tercero de la letra l), la frase “la atención de las personas” por “los convenios”.

**-Fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Letra m)**

Contempla la facultad de celebrar convenios con profesionales que sean funcionarios del establecimiento, que cumplan jornadas de a lo menos 11 horas semanales, para que atiendan en el establecimiento a sus pacientes particulares, fuera del horario de su jornada de trabajo.

El párrafo segundo agrega que los convenios deberán ajustarse al Reglamento y a las instrucciones que se impartan, actos

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

administrativos que se emitirán conjuntamente por los Ministerios de Salud y de Hacienda, y no podrán significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales.

El señor Ministro de Salud hizo presente que la posibilidad de celebrar este tipo de convenios fomenta el interés de los médicos por trabajar en los hospitales, lo que se traduce en que éstos puedan contar con profesionales de mejor nivel.

Agregó que este literal implica que los médicos funcionarios no tienen el derecho a atender a sus pacientes propios en el hospital en forma pura y simple, siendo preciso que, en forma previa, celebren convenio con el Establecimiento. Sin perjuicio de lo anterior, el hecho de ser funcionario del hospital otorgará preferencia respecto de los médicos no funcionarios, en igualdad de condiciones, para acordar tales convenios.

Las **indicaciones N°s 225 y 226** de los Honorables Senadores señores Parra y Muñoz Barra, respectivamente, proponen sustituir, en el inciso primero, la expresión "11 horas" por "22 horas".

La Comisión, coincidiendo con el espíritu de beneficiar a los funcionarios profesionales de la salud, presente en ambas indicaciones, acordó aprobarlas con la siguiente nueva redacción, debiendo incorporarse el texto aprobado como párrafo tercero del literal l), con lo que quedan refundidos los literales l) y m) originales:

"Los profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a los menos 22 horas semanales, tendrán preferencia para la celebración de convenios para atender a sus pacientes particulares en el establecimiento, fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada se podrá dar igual preferencia a profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales. Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente, deberán ajustarse al reglamento y a las instrucciones que impartan conjuntamente los Ministerios de Salud y de Hacienda y, en virtud de ellos, sólo los pensionados se podrán destinar a hospitalización."

Finalmente, el señor Ministro de Salud expresó que la solución acordada recoge la cultura de los hospitales, que busca también la maximización del beneficio para el Establecimiento y, a la vez, generar un clima en que los funcionarios puedan desarrollar un mayor grado de adhesión al hospital, lo que se obtiene reconociéndoles el derecho preferente para celebrar convenios para la atención de sus pacientes particulares, fuera de su horario de trabajo.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-Ambas indicaciones fueron aprobadas, con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

**Letra n)****Pasa a ser m)**

Este literal faculta al Director del Establecimiento para celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N° 18.469 en la Modalidad de Atención Institucional. En el caso de la Modalidad de Libre Elección, se aplicarán las normas generales de la ley citada.

El párrafo segundo agrega que, con el exclusivo objetivo de verificar que los convenios cumplan con el piso establecido por el artículo 25 B, el respectivo director de Servicio de Salud, o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, deberán aprobarlos previamente.

El párrafo tercero concluye señalando que la resolución de las controversias que se originen por la aplicación de esta letra, serán resueltas por el Ministro de Salud.

Inciden en este literal las indicaciones N°s 227, 228, 229 y 230.

La **indicación N° 227**, formulada por el Honorable Senador señor Muñoz Barra, tiene como finalidad reemplazar el párrafo segundo por el siguiente:

“Con el exclusivo objeto de verificar que los convenios cumplan con lo dispuesto en el artículo 25 B y se resguarde la facultad de coordinación que corresponde, el respectivo Director de Servicio de Salud en el caso de los Establecimientos de Autogestión en Red de mayor complejidad o el Subsecretario de Redes Asistenciales para los de Alta Especialidad, deberá aprobarlos previamente.”.

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 228**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el párrafo segundo de la letra n), la expresión “según corresponda” por la oración “en el caso de los establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad”.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 229**, presentada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone agregar, al párrafo segundo, las frases "dentro de los quince días hábiles siguientes a su recepción. Después de este plazo, si no se han hecho objeciones fundadas, los convenios se entenderán aprobados".

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 230**, formulada por el Presidente de la República, tiene por objeto sustituir, en el párrafo tercero, la frase "la aplicación de esta letra" por "el párrafo precedente".

**-Fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Para una mejor comprensión de estas enmiendas, que se optó por agrupar los cambios introducidos por las indicaciones N°s 228 a 230, formulándolos como un reemplazo de los incisos segundo y tercero de la letra n).

Finalmente, acogiendo una proposición del Honorable Senador señor Ríos, la Comisión acordó insertar en el primer párrafo de la letra n) una frase que explicita que el Director del Establecimiento podrá celebrar convenios de este tipo con el Servicio de Salud del que forma parte.

**-Aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

**Letra o)**

**Pasa a ser n)**

Consagra como atribución del Director del Establecimiento la de celebrar convenios con los Servicios de Salud, para otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N°18.469.

Inciden en este literal las indicaciones individualizadas con los N°s 231 y 232.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 231**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone su supresión.

**-Fue retirada.**

La **indicación N° 232**, del Honorable Senador señor Ríos, propone reemplazarla por la siguiente:

“o) Otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469.”.

La Comisión optó por completar la proposición de esta indicación con las demás disposiciones contenidas en el literal aprobado en general, y complementarla con una oración que alude al marco jurídico al que deberá ceñirse el Director en la celebración de estos convenios. La reformulación se plantea como un reemplazo del literal en comento, al que corresponderá la letra n).

En consecuencia, la Comisión acogió la presente proposición, con modificaciones, en los siguientes términos:

“n) Otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con los Servicios de Salud, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.”.

**-Aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**Letra p)****(Pasa a ser ñ)**

Faculta al Director del Establecimiento para celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial de Salud correspondiente, para la ejecución de acciones de salud pública.

En relación con el literal en análisis se formularon las indicaciones individualizadas con los N°s 233, 234 y 235.

La **indicación N° 233**, presentada por el Honorable Senador señor Ríos, propone sustituirlo por el siguiente:

“p) Ejecutar acciones de salud pública.”.



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La Comisión convino en aprobarla complementándola en la misma forma que la indicación anterior y consultándola como literal ñ), en los siguientes términos:

“ñ) Ejecutar acciones de salud pública, conforme a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial y el Subsecretario de Salud Pública, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.”.

**-Fue aprobada, con las modificaciones señaladas, con el voto favorable de los Honorables Senadores señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto de minoría de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.**

La **indicación N° 234**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objeto reemplazar la expresión “Celebrar convenios” por “Colaborar”.

**-Fue retirada.**

La **indicación N° 235**, formulada por el Presidente de la República, propone intercalar, a continuación de la palabra “correspondiente”, los términos “y el Subsecretario de Salud Pública”.

**-Fue rechazada por tres votos contra dos. Votaron por la posición mayoritaria los Honorables Senadores señores Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y por la de minoría los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.**

**Posteriormente, al dar forma definitiva al texto de la letra p), que paso a ser ñ), la Comisión volvió sobre esta decisión y aprobó la idea contenida en esta indicación, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**Letra r)**

**(Pasa a ser p))**

Establece la facultad de realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización expresa del Ministerio de Hacienda.

La **indicación N° 236**, del Honorable Senador señor Ríos, propone sustituir el literal r) por el siguiente:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"r) Invertir excedentes estacionales de caja en el mejoramiento del propio establecimiento."

**-Fue rechazada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Letra u)****(Pasa a ser s))**

Faculta al Director del Establecimiento para otorgar mandato en asuntos determinados.

La **indicación N° 237**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone su supresión.

La mayoría de la Comisión optó por el rechazo de la propuesta en comento por estimar que el Director del Establecimiento, por consideraciones de buena gestión, debe contar con la facultad de otorgar mandato a terceros para la ejecución de actos y contratos determinados, sobre todo que la norma propuesta excluye la posibilidad de conferir mandato general y, por esa vía, delegar las funciones y atribuciones que le otorga la ley.

**-La indicación, fue rechazada por tres votos contra dos, pronunciándose en contra los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ríos y a favor los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Letra v)****(Pasa a ser t))**

Este literal faculta al director para desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y los reglamentos.

En él recae la **indicación N° 238**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, la cual agrega el siguiente inciso nuevo:

"Las inversiones que superen las mil unidades tributarias mensuales, deberán contar con la autorización del Director del Servicio de Salud respectivo."

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El Honorable Senador señor Viera-Gallo explicó que la indicación se funda en la conveniencia de establecer un límite a las inversiones que puede realizar el Director del Establecimiento sin contar con la autorización del correspondiente director del Servicio de Salud, con la finalidad de precaver la adopción de decisiones de inversión inadecuadas.

El señor Ministro de Salud hizo presente que la indicación, en los términos en que ha sido propuesta, impide que un Director de Hospital, que ha desarrollado un esfuerzo de ahorro, pueda tener autonomía para decidir sobre la inversión de los recursos resultantes de dicho ahorro.

Como forma de equilibrar los planteamientos anteriores, se convino en precisar que debe tratarse de inversiones generadas con recursos propios, elevando el límite de mil a diez mil unidades tributarias mensuales y, por consiguiente, aumentando también la autonomía del Director del Establecimiento.

En consecuencia, se convino en aprobar la indicación en comentario, intercalando, a continuación de la palabra "inversiones", la frase "que se financien con recursos propios y", y elevando el límite de mil a diez mil unidades tributarias mensuales, consultándolo como párrafo segundo del literal u).

**-Sometida a la consideración de la Comisión, la indicación fue aprobada, con las modificaciones previamente consignadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

-----

La **indicación N° 239**, presentada por el Presidente de la República, propone consultar la siguiente letra nueva:

"...) Condonar, total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, la diferencia de cargo del afiliado de la ley N° 18.469, de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud."

La Comisión convino en aprobarla, consultándola como letra u). Sin embargo, y considerando la conveniencia de establecer mayores controles para el ejercicio de la facultad que incorpora, acordó exigir el acuerdo del Director del Servicio de Salud respectivo.

Se debatió la eliminación de la referencia a "casos excepcionales", optando la mayoría por mantenerla, debido a que no se trata

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

de una categoría asimilable a "motivos fundados". Se precisó que los requisitos establecidos en esta norma son copulativos y que su concurrencia, sumada al acuerdo del Director del correspondiente Servicio de Salud, obstan a la arbitrariedad, evitan presiones sobre el Director del Establecimiento y resguardan el interés público comprometido.

**-La indicación N° 239 fue aprobada, con la modificación señalada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ruiz-Esquide.**

-----

La **indicación N° 240**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone agregar, al inciso final del artículo 25 F, la frase ", siempre que el asunto en cuestión no exceda la suma referida en el inciso precedente".

La Comisión coincidió con el espíritu que anima a la indicación en comentario, en cuanto a la conveniencia de defender el interés público. Con esta orientación, se convino en imponer al Director del Establecimiento la obligación de informar de la notificación de la demanda al Director del Servicio de Salud respectivo, precisándose que deberá hacerlo personalmente, dentro del término de 48 horas y que el Director del Servicio, a su vez, deberá adoptar las medidas administrativas procedentes, pudiendo intervenir como tercero coadyuvante en cualquier estado del juicio, para resguardar el interés fiscal.

**-Fue aprobada, con la modificación señalada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Artículo 25 G**

Estipula que el Establecimiento estará sujeto a una evaluación anual, efectuada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, para verificar el cumplimiento de los estándares que serán determinados por resolución conjunta del Ministerio de Salud y de Hacienda, los que incluirán a lo menos las materias que indica.

Al encabezamiento del primer inciso se formuló la **indicación N° 241**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, que propone intercalar, después de la palabra "Asistenciales", la frase "o la Secretaría Regional Ministerial respectiva, según corresponda,".

**-Fue retirada.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión convino en poner en discusión el encabezamiento del artículo en comento y acordó precisar su redacción, sin alterar su esencia, en los siguientes términos:

“Artículo 25 G.- El Establecimiento estará sujeto a una evaluación anual del Subsecretario de Redes Asistenciales, para verificar el cumplimiento de los estándares determinados por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que incluirán a lo menos las siguientes materias: “.

**-Fue aprobado, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**Letra a)**

Señala entre los estándares que se evaluarán, el cumplimiento de las obligaciones establecidas por el artículo 25 B, para lo cual se requerirá un informe del Director del Servicio de Salud correspondiente, si procediere.

En este literal incide la **indicación N° 242**, formulada por el Presidente de la República, que propone reemplazar las palabras “si procediere” por la frase “salvo en los casos de establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad”.

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ruiz-Esquide.**

**Letra d)**

Agrega entre los estándares que deberán ser definidos por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la mantención del equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad entre los ingresos y gastos devengados, y el pago de las obligaciones devengadas en un plazo no superior a sesenta días.

Inciden en el presente literal las indicaciones N°s 243, 244 y 245.

Las **indicaciones N°s 243 y 244**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

señor Ríos, respectivamente, coinciden en proponer el reemplazo de la expresión "sesenta días" por "noventa días".

**-Ambas indicaciones fueron rechazadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ruiz-Esquide.**

Enseguida, se analizó la **indicación N° 245**, presentada por el Honorable Senador señor Arancibia y que propone agregar el siguiente inciso nuevo:

"El no cumplimiento de lo establecido en el inciso anterior, será causal de pérdida de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red". El establecimiento que pierda dicha calidad no podrá volver a obtenerla sino después de cinco años y sólo en el evento de haber logrado el equilibrio presupuestario y financiero que la ley exige."

**-Fue rechazada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Letra f)**

Consagra como otro estándar a evaluar el logro de una articulación adecuada con la Red Asistencial. Añadiendo que para este efecto se requerirá un informe al Director del Servicio de Salud correspondiente, si procediera.

El presente literal se vio afectado por las indicaciones N°s 246, 247 y 248.

La **indicación N° 246**, formulada por el Honorable Senador señor Ríos, propone reemplazarlo por el siguiente:

"f) Lograr una articulación adecuada dentro de la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe al director de Servicio de Salud correspondiente, si procediere; y."

La innovación que efectúa la indicación consiste en reemplazar la preposición "con" por la expresión "dentro de".

**-Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ruiz-Esquide.**

La **indicación N° 247**, fue formulada por el Presidente de la República, con el objetivo de reemplazar las palabras "si

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

procediere" por "salvo en los casos de establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad".

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ruiz-Esquide.**

Finalmente, la **indicación N° 248**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, persigue mejorar la redacción de la norma mediante el reemplazo de la expresión "al director" por "del director".

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ruiz-Esquide.**

**Letra g)**

Consagra como uno de los estándar a evaluar el cumplimiento de las metas de registro y reducción de listas de espera convenidas con el director del Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, requiriéndose para ello un informe del Director del Servicio de Salud respectivo, si fuera procedente.

Fue objeto de las indicaciones N°s 249 y 250.

La **indicación N° 249**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone sustituir la expresión "al director" por "del director".

Esta proposición tiene por objeto mejorar la redacción al concordar adecuadamente la contracción utilizada y el sentido de la frase.

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ruiz-Esquide.**

A continuación, se analizó la **indicación N° 250**, formulada por el Presidente de la República y que propone reemplazar las palabras "si procediere" por "salvo en los casos de establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad".

**-Aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Ruiz-Esquide.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Artículo 25 H**

Dispone que el establecimiento realizará auditorias, al menos anuales, de la gestión administrativa y financiera, las que podrán ser realizadas por auditores externos, conforme a las instrucciones del Subsecretario de Redes Asistenciales.

El inciso segundo agrega que, no obstante lo señalado y lo dispuesto en las normas de contabilidad gubernamental, el establecimiento elaborará estados financieros trimestrales.

La Comisión, por unanimidad, acordó poner en discusión el presente artículo y convino en agregar un inciso tercero del siguiente tenor:

“Se enviará copia de los informes y estados financieros al Subsecretario de Redes y al director del Servicio de Salud respectivo.”.

**-El nuevo inciso tercero fue aprobado con el voto de los Honorables Senadores señores Espina, Larraín, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Artículo 25 I**

En su inciso primero, dispone que al detectarse, por parte de los funcionarios que señala, el incumplimiento de los estándares señalados en el artículo 25 G, el Subsecretario de Redes deberá representar la situación al director del establecimiento, otorgándole un plazo de 15 días hábiles, prorrogables por una sola vez, para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia.

La **indicación N° 251**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, intercala en el primer inciso, a continuación de “Asistenciales,”, la expresión “el Secretario Regional Ministerial,”.

**-La indicación fue retirada.**

El inciso segundo agrega que la Subsecretaría, conjuntamente con la Dirección de Presupuestos, dispondrá de 15 días hábiles para pronunciarse sobre el referido Plan de Ajuste y Contingencia, aprobándolo o rechazándolo.



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Este inciso fue objeto de la **indicación N° 252**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo que propone intercalar, después de "Subsecretaría", la expresión "o el Secretario Regional Ministerial, según corresponda".

**-Fue retirada.**

El inciso tercero continúa señalando que, de aprobarse el Plan presentado, éste deberá ejecutarse en el plazo que se convenga y que no podrá exceder de ciento veinte días. Al cabo de este término, deberá evaluarse si se subsanaron los incumplimientos que se pretendieron corregir con su implementación.

El inciso cuarto concluye indicando casos de incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento, los que se sancionarán con el cese de funciones del mismo por el solo ministerio de la ley. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento perderá la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, conforme con las normas establecidas en el Capítulo VI del decreto ley N° 2.763.

Finalmente, la **indicación N° 253**, presentada por el Presidente de la República, incide en el inciso cuarto y propone intercalar, a continuación de la frase "cesará en sus funciones", la expresión "de director".

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo 25 K

El presente artículo, que inicia el Párrafo II, relativo a normas especiales del personal, define la composición del personal del Establecimiento y agrega que, sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del Establecimiento, podrá ponerse término a la destinación de determinados funcionarios en el establecimiento.

Incide en este artículo la **indicación N° 254**, presentada por el Presidente de la República, que intercala a continuación de

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

las palabras "El personal", el vocablo "inicial", y propone suprimir la frase "cualquiera sea su calidad jurídica".

El Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, explicó que la presente indicación busca precisar que se trata del personal de planta y a contrata, con exclusión del contratado a honorarios.

La Comisión manifestó su inquietud frente a la interpretación que pueda darse a la exclusión del personal a honorarios y concordó en que la adecuada inteligencia de la norma es que quienes se desempeñan a honorarios mantendrán el mismo estatus que tenían hasta antes de la vigencia de la nueva regulación de la autoridad sanitaria.

Asimismo, se puntualizó que, aun cuando el Director del Servicio de Salud podrá poner término a la destinación de un funcionario, esto operará con dos requisitos, a saber: concurrencia de razones fundadas y petición expresa del Director del Establecimiento. En este caso, dichos funcionarios quedarán a disposición del Servicio de Salud correspondiente, quien los redestinará.

Con el fin de aclarar y precisar el contenido de la nueva norma, se acordó dar la siguiente redacción al artículo 25 K:

"Artículo 25 K.- Los funcionarios de planta o a contrata que se desempeñen en el Establecimiento a la fecha de otorgamiento de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" permanecerán destinados a éste. Sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del Establecimiento, podrá ponerse término a la destinación en el establecimiento de determinados funcionarios, quienes quedarán a disposición del Servicio de Salud correspondiente.

Los contratos de honorarios vigentes a la fecha indicada continuarán surtiendo sus efectos conforme a las disposiciones contenidas en ellos."

**-La indicación fue rechazada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo. Con idéntica unanimidad se aprobó el texto sustitutivo del artículo 25 K, recién transcrito.**

**Artículo 25 L****Letra c)**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Esta disposición enumera los recursos con que contará el establecimiento para el desarrollo de sus funciones.

El literal c), indica que entre los mismos se cuentan los pagos que efectúe el Secretario Regional Ministerial, por la ejecución de acciones de salud pública.

La **indicación N° 255**, formulada por el Presidente de la República, incide en este literal y propone intercalar, después de la palabra "efectúe", la frase "el Subsecretario de Salud Pública o".

**-Fue aprobada, sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Letra f)**

Señala entre los citados recursos los bienes que el Establecimiento adquiera por donación, herencia o legado.

En el literal en comento incide la **indicación N° 256**, presentada por el Presidente de la República, que propone reemplazarlo por el siguiente:

"f) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación."

**-Fue aprobada por unanimidad y sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Letra i)**

Contempla como fuente de financiamiento a los aportes, transferencias y subvenciones provenientes de personas naturales o jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras, así como los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.

En este literal, incide la **indicación N° 257**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y que persigue intercalar, a continuación de la expresión "que reciba de", la frase "la ley de Presupuestos del Sector Público, de", y sustituir los términos "y los empréstitos" por "y con los empréstitos".

El Honorable Senador señor Viera-Gallo explicó la presente indicación, de su autoría, señalando que, junto con adecuar la redacción, tiene por objetivo dejar de manifiesto que entre las fuentes de financiamiento de los establecimientos se encuentra la ley de Presupuestos del Sector Público.

Los representantes del Ministerio de Hacienda hicieron presente que los recursos provenientes del erario nacional se transfieren a través de Fondo Nacional de Salud, fuente de financiamiento contemplada por el literal a) del mismo artículo.

**-La indicación fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Artículo 25 M**

Concede al Establecimiento el uso, goce y disposición exclusivos de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos, de bienestar de su personal u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de "Establecimiento de Autogestión en Red", y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título.

El inciso segundo concede un plazo de un año, contado de la fecha señalada en el inciso anterior, para individualizar los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Servicio de Salud que se destinen al funcionamiento del establecimiento.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Finalmente, el inciso tercero declara inembargables los bienes señalados en este artículo, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios y administrativos.

En esta disposición incide la **indicación N° 258**, presentada por el Presidente de la República, que propone suprimir, en el inciso primero, la frase "de bienestar de su personal".

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Artículo 25 Ñ**

Este precepto dispone que los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, de menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, otorgándoles las atribuciones de este título, en cuanto cumplan los requisitos que se determinen conforme al artículo 25 P.

Incide en este inciso la **indicación N° 259**, del Honorable Senador señor Ríos, que propone reemplazar la frase "que tengan menor complejidad técnica" por "que tengan mediana y baja complejidad técnica".

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

El inciso segundo encomienda a un reglamento, también suscrito por el Ministro de Hacienda, la regulación del sistema de obtención de las atribuciones y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos, los mecanismos de evaluación y control de su gestión y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos, entre otras materias. Agrega, además, las materias que podrán ser reguladas por dicho reglamento.

En este inciso inciden las indicaciones N°s 260, 261, 262 y 263.

La **indicación N° 260**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone reemplazar la frase "también suscrito por el Ministro de Hacienda" por "suscrito por el Ministro de Salud", y suprimir la frase "y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos".

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-Fue aprobada por mayoría, con el voto favorable de los Honorables Senadores señores Espina, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto en contra de la Honorable Senadora señora Matthei.**

Por otra parte, la **indicación N° 261**, del Presidente de la República, propone agregar la siguiente frase final: "entre los que se deberá contemplar gestión de personal y gestión del cuidado".

En el mismo sentido, las **indicaciones N°s 262 y 263**, de los Honorables Senadores señores Romero y Ruiz-Esquide, propone agregar, al inciso segundo, la siguiente oración: "Los requisitos deberán estar referidos al menos a gestión de personal y gestión de cuidado".

**-Las indicaciones N°s 261, 262 y 263 fueron aprobadas por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Finalmente, el inciso tercero del artículo 25 Ñ dispone que los establecimientos que cumplan los estándares señalados, serán reconocidos a través de una resolución fundada, dictada en forma conjunta por los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Inciden en este inciso las indicaciones N°s 264, 265 y 266.

La **indicación N° 264**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone sustituir la frase "conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda" por "del Ministerio de Salud".

Sobre el particular, el Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó que, habida consideración de que el Gobierno y sus políticas son una sola cosa, no parece necesario requerir la intervención del Ministerio de Hacienda, bastando con la intervención del Ministerio de Salud.

**-Fue aprobada por mayoría, con el voto favorable de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto disidente de la Honorable Senadora señora Matthei.**

Las **indicaciones N°s 265 y 266**, presentadas por los Honorables Senadores señores Matthei y Viera-Gallo, y señor Romero, respectivamente, las que coinciden en agregar el siguiente inciso nuevo:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“Un reglamento deberá establecer los términos de la gestión de cuidados, los cuales no podrán ser de menor alcance a lo señalado en el artículo 113, inciso tercero del Código Sanitario.”.

**-La primera indicación fue retirada y la segunda rechazada, con los votos en contra de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo 25 O

Dispone que al Director del Establecimiento le corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades del mismo, para que se desarrollen de modo regular y eficiente. El inciso primero estipula, además, que para el logro de este propósito, tendrá las atribuciones que señala.

Incide en este artículo la **indicación N° 267**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, que propone reemplazar la frase “actividades del establecimiento” por “actividades de éste”.

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo 25 P

Dispone que un reglamento, suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda, regulará los requisitos que deberá cumplir el Establecimiento, los que al menos se referirán a ciertas materias que indica.

Respecto del presente artículo se formuló la **indicación N° 268**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, que propone eliminar la participación del Ministro de Hacienda en la dictación del referido reglamento, entregándolo exclusivamente al Ministerio de Salud.

**-Fue aprobada por mayoría, con el voto favorable de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y el voto en contra de la Honorable Senadora señora Matthei.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 25 Q

Consagra la evaluación anual del Establecimiento por parte del Director del Servicio de Salud respectivo, en la mantención del cumplimiento de los estándares señalados en el artículo anterior.

El mismo inciso primero dispone que el resultado insatisfactorio de la evaluación resultará en la remoción del Director del Establecimiento. Finalmente, agrega que mientras no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento perderá la asignación asociada al cumplimiento, de acuerdo a las normas establecidas en el capítulo VI de esta ley.

Inciden en este artículo las indicaciones N°s 269 y 270.

La **indicación N° 269**, fue formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con el fin de reemplazar la expresión "Director del Servicio" por "Secretario Regional Ministerial".

**-La indicación fue retirada.**

Enseguida, la **indicación N° 270**, del Presidente de la República, propone intercalar, a continuación de "se deberá remover" la frase "de su función o cargo según corresponda".

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**N° 23)****Letra c)**

El numeral 23 modifica las funciones del Fondo Nacional de Salud, enunciadas en el artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

El literal c), intercala, a continuación de la letra d) de dicho artículo, las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):

"e) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley;

f) Tratar datos estadísticos y personales y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia, conforme las normas de la ley N° 19.628. Asimismo, podrá tratar datos sensibles para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este literal, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria, y".

La **indicación N° 271**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone sustituir la letra f) por la siguiente:

"f) Recopilar y utilizar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628."

La Comisión concordó con el sentido de la indicación en comento, No obstante, estimó preferible no innovar en lo referente a la utilización del concepto de "tratamiento de datos", que la indicación proponía reemplazar por "recopilar y tratar datos". De esta forma se asimiló el vocabulario al utilizado en diversos preceptos que versan sobre la materia y que tiene un sentido específico en el ámbito de la informática.

**-Fue aprobada, con la enmienda indicada, por tres votos a favor, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

-----

El Presidente de la República formuló la **indicación N° 272**, con el fin de intercalar, a continuación del N° 24), el siguiente, nuevo:

"...) Agrégase, en el inciso tercero del artículo 35, a continuación de la palabra "farmacología", la frase "imagenología, radioterapia, bancos de sangre"."

El artículo 35 del decreto ley N° 2.763, crea el Instituto de Salud Pública. El inciso tercero alude a sus funciones, entre las cuales figura la de servir de laboratorio nacional y de referencia en los campos de la microbiología, inmunología, bromatología, farmacología, laboratorio clínico, contaminación ambiental y salud ocupacional, a los cuales vendría a añadirse los que menciona la indicación.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La Comisión acordó acoger la presente indicación, consultando el texto aprobado como número 25) del ARTÍCULO 1º del proyecto.

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

-----

**Nº 25)****(Pasa a ser 26)**

El presente numeral incorpora, en el artículo 37 del decreto ley N° 2.763, que establece las funciones del Instituto de Salud Pública, la siguiente letra g), nueva:

"g) Fiscalizar el cumplimiento de normas de calidad y acreditación de los laboratorios señalados en la letra a) precedente, de los bancos de sangre y de los prestadores de imagenología y radioterapia, conforme el reglamento a que se refiere el número 10 del artículo 4º de esta ley, y las que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.".

El artículo citado pormenoriza las funciones del Instituto, a las cuales esta indicación agrega la de fiscalización.

Recae en este literal la **indicación N° 273**, formulada por el Presidente de la República, la cual propone suprimir la frase "de los bancos de sangre y de los prestadores de imagenología y radioterapia".

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

-----

Enseguida se analizó la **indicación N° 274**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, que propone intercalar, a continuación del N° 28), el siguiente número nuevo:

"...) Intercálase, a continuación del inciso primero del artículo 46, el siguiente, nuevo:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"Para todos los efectos, la Central deberá someter sus procedimientos y su funcionamiento a las disposiciones de la ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministros y Prestación de Servicios."."

Cabe señalar que el citado artículo 46 crea la Central de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, CENABAST.

**-La indicación fue retirada por su autora.**

-----

**N° 32)****Artículo 62**

El presente numeral, en su literal b), incorporó en el Capítulo VI del decreto ley N° 2.763, de 1979, los Títulos II, III, IV, V, VI, VII y VIII, nuevos, que comprenden los artículos 61 a 83, pasando los artículos 61 y 62 a ser 84 y 85, respectivamente.

Tanto el Capítulo VI como los Títulos que se agregan se refieren al personal del sector salud.

El artículo 62, en su inciso primero, regula la forma de calcular la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo. Al efecto, establece que dicha asignación se calculará, para cada funcionario, sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y en el artículo 2° de la ley N° 19.699, cuando corresponda.

El inciso segundo agrega que el componente base será de 5,5%; que el variable será de 5,5% para los funcionarios que se desempeñen en entidades que hubieran cumplido el 90% o más de las metas anuales, o de 2,75%, cuando hubiesen cumplido entre el 75% y el 90%. Todos estos porcentajes se calculan sobre la base señalada en el inciso primero.

Dos indicaciones recaen en el presente artículo, a saber:

La **indicación N° 275**, presentada por el Honorable Senador señor Ominami y que propone reemplazar el inciso primero por el siguiente:

"Artículo 62.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.699, para las plantas Directiva y Profesional y para las plantas Técnicas Administrativas y Auxiliar su base de cálculo será el total de las remuneraciones imponibles más las asignaciones establecidas en el artículo 1° de la ley N° 19.490/97.”.

**-La indicación fue declarada inadmisibile por la señora Presidenta, por exceder el ámbito de la iniciativa legislativa parlamentaria, invadiendo el campo que está reservado exclusivamente al Presidente de la República.**

A continuación, se analizó la **indicación N° 276**, también del Honorable Senador señor Ominami, que propone sustituir el inciso segundo por el siguiente:

“El componente base ascenderá al 5,5% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente variable será de un 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 75% o más de las metas fijadas para el año anterior y de un 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 50% y, menos del 75% de las metas fijadas.”.

**-Fue declarada inadmisibile por la señora Presidenta, por versar sobre materias propias de la iniciativa legislativa reservada exclusivamente al Presidente de la República.**

**Artículo 66****1.-**

Este artículo, inserto en el Título relativo a la Asignación Individual y Estímulo al Desempeño Colectivo, contempla las reglas conforme a las cuales se otorgará el componente de acreditación individual.

El número 1.- establece que, cada tres años, los profesionales deberán participar en el proceso de acreditación que evaluará las actividades de capacitación pertinentes al mejoramiento de la gestión del organismo y de la atención a sus usuarios.

El mismo número agrega que, para estos efectos, el Servicio de Salud correspondiente deberá disponer, al menos anualmente, las medidas necesarias para implementar el referido proceso de certificación.

La Comisión, por unanimidad, acordó someter a debate este número y, enseguida, resolvió modificarlo, a proposición del

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Ejecutivo, reemplazando la referencia inicial a "Los profesionales" por otra a "El personal a que se refiere el artículo 64 deberá".

**-Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**Artículo 67**

Dispone que, a fin de otorgar el componente de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, correspondiente al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63. Para este objeto, las asociaciones de funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán un solo representante.

El Presidente de la República formuló la **indicación N° 277** al presente artículo, con el fin de reemplazar la frase "efecto para el cual las asociaciones de funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán un solo representante" por "para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación."

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça y Viera-Gallo.**

**Artículo 68****N° 1.-**

Ese artículo inicia el Título que establece la Asignación de Estímulo a la Función Directiva, e indica como beneficiarios de la misma al personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los Servicios de Salud que se rijan por el Estatuto Administrativo y la Escala Única de Remuneraciones.

Enseguida, esta disposición consagra una serie de reglas para el otorgamiento de la asignación.

El N° 1 señala que, tratándose del personal directivo de establecimientos que pueden optar a la categoría de Establecimiento de Autogestión en Red, la asignación estará asociada íntegramente a la obtención de dicha categoría.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 278**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazar, en el citado N° 1 del artículo 68, la referencia al "artículo 21 A", por otra al "Capítulo II, Título IV", y la palabra "categoría" por "calidad", las dos veces que aparece.

El Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud precisó que la indicación adecúa la referencia interna, que debe ser hecha al Título sobre Establecimientos de Autogestión en Red y uniforma la terminología utilizada en la norma, con la propia de los establecimientos autogestionados.

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça y Viera-Gallo.**

-----

La **indicación N° 279**, propuesta por el Presidente de la República, tiene por objeto intercalar, a continuación del N° 1 del artículo 68, el siguiente número, nuevo:

"...- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud de menor complejidad, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título V de la presente ley, esta asignación estará asociada íntegramente al cumplimiento de los requisitos que establece el artículo 25 P."

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que la proposición del Ejecutivo, en los términos planteados por la indicación, implica que el personal directivo de los hospitales tipo 3 y 4, a que se refiere la norma, vea peligrar esta asignación por el solo hecho de incumplir, aún en forma leve, cualquiera de los requisitos consagrados por el referido artículo 25 P, que son de diferente entidad.

Coincidiendo con la inquietud planteada por la señora Senadora, el resto de la Comisión acordó aprobar la indicación del Gobierno morigerando el alcance de la sanción, mediante la eliminación de la palabra "íntegramente".

**-Aprobada con esa modificación, y como N° 2 del artículo 68, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça y Viera-Gallo.**

-----

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Nº 2.-****(Pasa a ser Nº 3.-)**

Este número agrega que, tratándose del personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, la asignación estará asociada a la obtención de la categoría de Establecimiento de Autogestión en Red, por parte del establecimiento de su dependencia, y al cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria de su territorio jurisdiccional.

En el presente número inciden las indicaciones N°s 280 y 281.

La **indicación N° 280**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazar las palabras "dos" y "categoría", por "tres" y "calidad", respectivamente.

La proposición adecúa la redacción a la incorporación de un factor adicional al cual se debe asociar el pago de la asignación e intenta uniformar la terminología utilizada.

**-Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 281**, presentada por el Presidente de la República, propone la antes mencionada incorporación del "cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad" como nuevo factor al cual se debe asociar el pago de la asignación.

**-La indicación N° 281 fue aprobada, sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça y Viera-Gallo.**

Artículo 69

Regula la forma de cálculo del monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la Planta Directiva por concepto de asignación de estímulo, lo que se hará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185 y,

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

cuando corresponda, más la asignación de responsabilidad superior otorgada por el decreto ley N° 1.770, de 1977, y la asignación del artículo 2° de la ley N° 19.699.

El inciso segundo agrega que esta asignación será de 11% sobre la base indicada por el inciso anterior, para funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la clasificación en la categoría de Establecimiento de Autogestión en Red.

El inciso tercero, finalmente, dispone que, para el personal directivo que se desempeñe en la Dirección de los Servicios de Salud, la asignación será de 11% de la base de cálculo señalada en el inciso primero, conforme a la distribución que indica.

En el inciso segundo del presente artículo inciden las indicaciones N°s 282 y 283.

La **indicación N° 282**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazar la palabra "categoría" por "calidad".

**-Fue aprobada con una adecuación formal, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

A continuación, la **indicación N° 283**, también formulada por el Presidente de la República, propone que los funcionarios de la planta directiva de los establecimientos de menor complejidad, que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 25 P de esta ley, perciban también el 11% sobre la base señalada en el inciso primero.

**-Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça y Viera-Gallo.**

**Letra a)**

El literal a), que indica la forma de distribuir la asignación, señala que hasta un 8% se pagará por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia y señala la forma de calcular el porcentaje a pagar en cada establecimiento.

En este literal incide la **indicación N° 284**, formulada por el Presidente de la República, para reemplazarlo por el siguiente:

"a) Hasta 8% por la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

dependencia y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación y que hayan cumplido los requisitos referidos, según el caso, por el total de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio; y.”.

O sea, agrega una condición para obtener este componente, cual es el cumplimiento de los requisitos exigidos para establecimientos de menor complejidad.

**-Fue aprobada, sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça y Viera-Gallo.**

Artículo 70

Prescribe que un reglamento, dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo para otorgar el componente por obtención de la categoría de “Establecimiento de Autogestión en Red”, de la asignación señalada en el artículo 68.

La **indicación N° 285**, presentada por el Presidente de la República, propone suprimir la frase “el componente por obtención de la categoría de “Establecimiento de Autogestión en Red”, de”.

El señor Ministro de Salud fundamentó la indicación señalando que se propone esta eliminación debido a que se dictará un reglamento que comprenderá todos los componentes de la asignación, la que beneficia no sólo a los establecimientos autogestionados en red, sino que también a los establecimientos de menor complejidad.

**-La indicación fue aprobada, sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça y Viera-Gallo.**

Artículo 72

El inciso primero establece una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud que indica, en cuanto trabajen en forma efectiva y permanente en puestos de trabajo que requieran atención durante las 24 horas del día y durante todo el año y laboren

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

en un sistema de turno de tres o cuatro funcionarios que lo cubren en forma alternada, con turnos rotativos y en jornadas de hasta doce horas.

El inciso segundo agrega que el objetivo de la asignación será la retribución pecuniaria por el cumplimiento de jornadas de trabajo de duración especial debido a las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

Finalmente, el inciso tercero agrega que la Ley de Presupuestos expresará, respecto de cada Servicio de Salud, el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y tres funcionarios, separadamente.

La Comisión, a sugerencia del Ejecutivo, acordó abrir debate respecto del presente artículo y, enseguida, convino en agregar la siguiente oración al inciso final: "Para estos efectos, se considerará la información sobre la dotación de personal, la carga de trabajo y la complejidad en la atención prestada por los establecimientos de salud."

**-Fue aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

Artículo 73

Indica que la asignación de turno será imponible sólo para efectos de pensiones y de salud y que será incompatible con la de horas extraordinarias establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

Asimismo, establece una prohibición para el personal que labora en el sistema de turnos de que trata este Título, el cual no podrá desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto, motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el Director del establecimiento respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 60 de la ley N° 18.834, que ordena compensar los trabajos extraordinarios, en primer lugar, con descanso complementario.

El Honorable Senador señor Ominami formuló la **indicación N° 286**, que recae en este artículo y propone agregar al mismo los siguientes incisos nuevos:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"Cada Servicio de Salud, expresará anualmente el número de funcionarios afectos al Sistema de Turno integrado por cuatro y tres funcionarios separadamente, de acuerdo a lo requerido por los establecimientos dependientes, lo que se expresará anualmente en la Ley de Presupuesto.

El personal que sufra modificación en su actual sistema de turno pasando de tercero a cuarto turno mantendrá la diferencia que hoy percibe por concepto de horas extraordinarias en el tercer turno a través de la planilla."

**-La indicación fue declarada inadmisibile por la señora Presidenta, porque incide en materias reservadas constitucionalmente exclusivamente a la iniciativa presidencial.**

Artículo 74

El artículo 74 establece los requisitos necesarios para tener derecho a percibir la asignación de turno.

La **indicación N° 287**, formulada por el Honorable Senador señor Ominami, propone que esta asignación sea imponible exclusivamente para efectos de previsión y de salud.

**-Fue declarada inadmisibile por la señora Presidenta, porque excede el ámbito de iniciativa legislativa parlamentaria, invadiendo la esfera de la reservada en exclusiva al Presidente de la República.**

Artículo 76

El artículo 76 establece una asignación de responsabilidad para los profesionales de planta y a contrata de los Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que tengan contratos de 44 horas y desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

El inciso segundo agrega que esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Finalmente, el inciso tercero establece que, durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de Jefe Directo para los efectos previstos en el Párrafo 3 del Título II de la ley N° 18.834, esto es, para calificar al delegado de personal.

Inciden en el presente artículo las indicaciones individualizadas con los N°s 288, 289 y 290.

La **indicación N° 288**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso primero, la palabra "contratos" por "jornadas".

Frente a una consulta efectuada por la Honorable Senadora señora Matthei, el representante de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda indicó que la diferencia radica en la mayor amplitud del concepto "jornada", que incluye tanto a los trabajadores de planta como a aquéllos que desempeñan tareas a contrata.

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Eskuide y Viera-Gallo.**

Enseguida, se analizó la **indicación N° 289**, formulada igualmente por el Presidente de la República, y que propone agregar al inciso segundo la siguiente oración:

"Asimismo, no se considerará base de cálculo de ninguna otra remuneración y será incompatible con la percepción de la asignación por desempeño de funciones críticas establecida en el ARTICULO SEPTUAGÉSIMO TERCERO de la ley N° 19.882."

La Comisión concordó en la inconveniencia de establecer una incompatibilidad entre la asignación de responsabilidad, consagrada por el artículo 76, y la asignación por desempeño de funciones críticas. La incompatibilidad propuesta limita la flexibilidad e impide mejorar la remuneración y, en consecuencia, conspira contra la contratación de los mejores profesionales.

En vista de lo anterior se optó por acoger la indicación propuesta en forma parcial, eliminando la referencia a la incompatibilidad entre ambas asignaciones.

**-Puesta en votación, la indicación fue aprobada, con la modificación descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación Nº 290**, del Presidente de la República, propone intercalar, a continuación del inciso segundo del artículo 76, el siguiente, nuevo:

“Mientras el profesional perciba la asignación de responsabilidad, y la autoridad decida concederle la asignación por desempeño de funciones críticas, el funcionario deberá optar en forma expresa por solo una de ellas.”.

Fue desechada, para conservar la coherencia con lo ya resuelto respecto de la indicación anterior.

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

Artículo 77

El artículo 77, en su inciso primero, prescribe una serie de reglas para el otorgamiento de la asignación de responsabilidad.

El inciso segundo entrega a un reglamento, dictado por el Ministerio de Salud y suscrito también por el de Hacienda, la determinación de las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación, así como las restantes normas necesarias para la aplicación del beneficio.

La **indicación Nº 291**, del Presidente de la República, incide en este artículo y propone incorporar, al inciso final, la siguiente oración: “Asimismo clasificará los establecimientos de salud, cuyos funcionarios tengan derecho a concursar a esta asignación, acorde al nivel de complejidad señalado en el artículo siguiente.”.

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo 78

El artículo 78 establece el monto máximo anual por establecimiento de la asignación de responsabilidad y regula su distribución y reajustabilidad. Además, el inciso primero fija límites mínimo y máximo a la asignación individual y prohíbe que el establecimiento exceda el monto máximo anual asignado o el número de cupos establecidos.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

A continuación, se comprende la tabla que asocia tipos de establecimiento; cupos máximos por establecimiento, y monto anual por persona.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Tipo de Establecimiento	Cupos Máximos por Establecimiento	Máximo Anual por Establecimiento.	Monto Anual por Persona
Alta Complejidad	12	6.960.000	\$580.000
Hospital Media Complejidad	9	366.000	\$374.000
Hospital Baja Complejidad	2	424.000	\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales	1	212.000	\$212.000

Enseguida, la disposición señala que la asignación otorgada a cada funcionario se pagará en cuotas mensuales iguales, debiendo solucionarse la primera de ellas el primero del mes siguiente al de la total tramitación del acto administrativo que la conceda.

Finalmente, agrega que el número total de cupos, a nivel nacional, será de 1.259 asignaciones al año, con un costo anual máximo de \$ 515 millones, reajutable en la forma señalada en el inciso primero.

La **indicación N° 292**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 78.- Para efecto de la concesión de la asignación de responsabilidad, el número total de cupos a nivel nacional será de 1.259, con un costo anual máximo de \$ 515 millones. La Ley de Presupuestos fijará, para cada Servicio de Salud, el número máximo de beneficiarios y los recursos que se pueden destinar para su pago.

Los cupos máximos por tipo de establecimiento y el valor individual anual de la asignación será el señalado en la tabla siguiente. No obstante, el monto indicado para cada caso, podrá ser aumentado o disminuido hasta un 10%.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Tipo de Establecimiento	Cupos Máximos por Establecimiento	Monto Anual por Persona
Alta Complejidad	13	\$580.000
Hospital Media Complejidad	9	\$374.000
Hospital Baja Complejidad	2	\$212.000
Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS)	2	\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales	1	\$212.000

La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre del 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.

La asignación otorgada se pagará en cuotas mensuales e iguales, la primera de las cuales el primer día hábil del mes siguiente al de la total tramitación de la resolución que la conceda.”.

El asesor de la Dirección de Presupuestos, don Julio Valladares, explicó que la indicación persigue otorgar mayor flexibilidad al director respecto a la concesión de la asignación de responsabilidad. Agregó que, además, se consagra la reajustabilidad anual conforme al reajuste de remuneraciones del Sector Público.

Indicó que el monto de la asignación asciende aproximadamente a un sueldo anual.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide indicó que el genuino rol de esta asignación es el de servir de incentivo a la buena gestión hospitalaria y no está dirigido a atraer médicos a desempeñarse en establecimientos de menores recursos.

**-En consecuencia, la indicación N° 292 fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Artículo 79**

El artículo 79 dispone que lo señalado en la oración final de la letra h) del artículo 1° de la ley N° 19.490 será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68, 72 y 76 de esta ley.

Cabe señalar que dicho artículo de la ley N° 19.490 establece una asignación de estímulo por experiencia y desempeño funcionario, para el personal del sector salud. La letra h) regula el pago en cuatro cuotas de la misma y dispone que perderá el derecho a la cuota el funcionario que tenga ausencias injustificadas en el trimestre anterior.

Al analizar el artículo 79, la Comisión acordó enmendar un error de referencia que detectó en él, pues la letra h) en cuestión consta de un solo párrafo. Ello en atención, además, a que el señor Julio Valladares explicó que la intención es extender la aplicación de la sanción por ausencia injustificada, al pago de las asignaciones establecidas en el presente proyecto que se citan en el precepto en análisis.

**-Acordado por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça , Ruiz-Eskuide y Ríos.**

Inciden en este artículo las indicaciones N°s 293 y 294.

En primer término, la **indicación N° 293**, formulada por el Presidente de la República, propone suprimir el guarismo "72".

El Ejecutivo explicó que se quiere sacar el artículo 72, referente a la asignación de turno, debido a que el citado artículo 1°, letra h), de la ley N° 19.490, como se señalara, dispone que las cuotas de las asignaciones contempladas por esta ley no se pagan cuando hay inasistencia injustificada.

De esta manera, al excluir de esta norma la referencia al artículo 72, se protege al tercer y cuarto turno y, en caso de inasistencia injustificada, sólo perderán la parte correspondiente a los días no trabajados y no a la totalidad de la cuota trimestral.

La razón que impulsa a efectuar una distinción entre la asignación de turno y las demás asignaciones antes mencionadas, radica en la naturaleza de la misma asignación que, acorde a lo señalado por el artículo 72, en su inciso segundo, constituye la forma de retribuir el cumplimiento de jornadas de trabajo extraordinarias y acordes con las necesidades de funcionamiento asistencial sin solución de continuidad.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-La presente indicación fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Enseguida, se analizó la **indicación N° 294**, del Presidente de la República, que propone agregar al artículo 79 el siguiente inciso nuevo:

"A los funcionarios que perciban la asignación de turno establecida en el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, y que hayan tenido ausencias injustificadas conforme al artículo 66 de la ley N° 18.834, se les descontará el monto correspondiente de acuerdo a lo indicado en dicho artículo."

El presente artículo suscitó debate al interior de la Comisión, referido al derecho a huelga, manifestándose los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo partidarios de desechar el artículo y la indicación, debido a que obstaculizan ese derecho, en cuanto disponen que se descuente de la asignación de turno los días durante los cuales el trabajador participó de una huelga.

La Honorable Senadora señora Matthei argumentó señalando que la ausencia de un día, por motivos injustificados, tiene efectos devastadores, pues se traduce en la pérdida de tres meses de asignación, en lugar de la parte proporcional a los días no trabajados.

El Ejecutivo coincidió con lo planteado por la señora Senadora, en el sentido de que se requiere una cierta proporcionalidad entre la falta y la sanción. Sin embargo, no es posible olvidar que se trata de un sector especial, en el cual el derecho a huelga tiene un límite, ya que quienes trabajan en un turno, por lo general, otorgan atención de urgencia, la que no puede dejar de entregarse oportunamente.

**-Al someter esta indicación a la consideración de la Comisión, se produjo un doble empate, pronunciándose a favor los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina y en contra los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**El doble empate fue dirimido, conforme dispone el artículo 182 del Reglamento del Senado, en la sesión siguiente, en la que se aprobó la indicación, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina y el voto en contra del Honorable Senador señor Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Artículo 80**

Los artículos 80 a 83 regulan la promoción de la carrera funcionaria.

El artículo 80 expresa que la promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación, para lo cual deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirvan.

Asimismo, se establece la confección de un escalafón de mérito para el ascenso, que tendrá una vigencia anual, a contar del 1 de enero de cada año.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, fijará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas para cada planta y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento del sistema de acreditación, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación de la competencia e idoneidad de los funcionarios.

Se formularon diversas indicaciones que inciden en el presente artículo.

En primer término, la **indicación N° 295**, formulada por el Honorable Senador señor Ominami, propone sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 80.- Los beneficios establecidos en los artículos 61, 64, 68, 73 y 77 de esta ley, se reajustarán en la misma oportunidad y porcentaje en que se reajustaren las remuneraciones del sector público."

Sin perjuicio de que la Comisión coincidió en considerar inadmisibles las indicaciones, se solicitó al Ejecutivo que reseñara la situación de las asignaciones contempladas por los artículos 61, 64, 68, 73 y 77, desde la perspectiva de su reajustabilidad.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En cumplimiento de este cometido el Ejecutivo expuso que la indicación es innecesaria, porque el proyecto de ley considera la reajustabilidad de las asignaciones referidas.

En el caso de las asignaciones de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo y de estímulo a la función directiva, establecidas en los artículos 61, 64 y 68 del proyecto, respectivamente, el beneficio está fijado como un porcentaje del sueldo base y sobre asignaciones, que se reajustan en la misma oportunidad y porcentaje que las demás remuneraciones del sector público.

En el caso de la asignación de turno, establecida en el artículo 73 del proyecto de ley, la reajustabilidad quedará establecida en el decreto con fuerza de ley que el Presidente dicte para fijar el número de funcionarios y el monto máximo de la asignación.

Finalmente, en el caso de la asignación de responsabilidad, establecida en el artículo 76 del proyecto del ley, cabe indicar que el inciso segundo del mismo establece la disposición que se pretende incorporar mediante la indicación en comento.

**-La indicación fue declarada inadmisibles por la señora Presidenta, por considerar que invade el ámbito de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.**

Enseguida, se analizó la **indicación N° 296**, del Presidente de la República, mediante la cual se propone sustituir, en el inciso primero del artículo 80, la expresión "la Subsecretaría de Salud", por "las Subsecretarías del Ministerio de Salud" y para agregar la siguiente frase final: "con una ponderación del 33%, 33% y 34%, respectivamente".

**-Fue aprobada, sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 297**, presentada por el Presidente de la República, propone agregar, al inciso quinto, la siguiente oración: "Asimismo, establecerá las disposiciones necesarias para procurar el acceso y la información oportuna a la capacitación de los funcionarios a que hace referencia este artículo."

La Comisión, con el fin de precisar el alcance de la disposición, convino en acoger la presente indicación, con modificaciones, en los siguientes términos:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“Asimismo, establecerá las disposiciones necesarias para que los funcionarios dispongan de información oportuna sobre la capacitación a que se refiere este artículo y de los procedimientos para acceder a ella.”.

**-Fue aprobada con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Finalmente, la **indicación N° 298**, del Presidente de la República, propone agregar el siguiente inciso final al artículo 80:

“Respecto del personal señalado en este artículo y en el siguiente, no será aplicable lo dispuesto el artículo 48 de la ley N° 18.834.”.

El precepto legal citado dispone que las promociones se harán por ascenso y, excepcionalmente, por concurso.

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Artículo 81**

El artículo 81 señala que para todos los efectos legales, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales de los servicios allí señalados se hará por concursos internos.

Se especifican las bases, factores y ponderación de los concursos internos, para cuyo efecto se instaura un comité especial. Se considerará, además, la participación, con derecho a voz, de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel nacional, regional o local, según corresponda.

Finalmente, se establecen reglas para los citados concursos.

Inciden en el presente artículo las indicaciones N°s 299, 300 y 301.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 299**, presentada por el Honorable Senador señor Ominami propone sustituir el artículo 81, por el siguiente:

“Artículo 81.- Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencia en el cargo que sirven.

Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios de salud confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso en el primer trimestre de cada año y adecuar sus plantas de acuerdo a lo establecido en el artículo noveno de la ley N° 18.834. Este escalafón de mérito se establecerá en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.”.

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Enseguida, se analizó la **indicación N° 300**, presentada por el Honorable Senador señor Ominami en subsidio de la anterior, para reemplazar el inciso primero, por los siguientes:

“Artículo 81.- La promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de la Subsecretaría de Salud Pública, del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación.

El factor capacitación no será considerado cuando el funcionario no ha tenido la oportunidad en el acceso a la capacitación en el período respectivo; ponderando en este caso solamente los factores de experiencia calificada y calificada.”.

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Finalmente se debatió la **indicación N° 301**, formulada por el Presidente de la República, con el fin de reemplazar, en el inciso primero del artículo 81, la expresión “la Subsecretaría de Salud”, por “las Subsecretarías del Ministerio de Salud”.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

-----

Las **indicaciones N°s 302 y 303**, presentadas por los Honorables Senadores señores Ríos y Ruiz-Esquide, respectivamente, coinciden en proponer intercalar, a continuación del artículo 81, el siguiente, nuevo:

"Artículo...- La Autoridad Sanitaria Delegada, cumplirá funciones de fiscalizador; quién se desempeñará exclusivamente, en jornada completa y en cumplimiento a las normas contenidas en el Código Sanitario, la ley o el reglamento que alude a la Autoridad Sanitaria. Para ello se establece la planta esquemática de "Fiscalizadores"."

**-Ambas indicaciones fueron rechazadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

-----

**Artículo 82**

El artículo 82 establece que hasta el 50% de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, se expresará, para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas, por lo que los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas podrán reducir su jornada a empleos de 22 horas, facultando al Servicio para contratar profesionales, haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Se dispone que los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir, en un porcentaje proporcional del 50%, los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales.

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, efecto para el cual se considerarán todos los

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Asimismo, los funcionarios contratados por 22 horas no podrán desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno de que trata el Título V de este Capítulo.

Las **indicaciones N°s 304 y 305**, presentadas por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo tienen por objeto reemplazar, en el inciso primero, el guarismo "50%" por "15%".

**-Ambas indicaciones fueron aprobadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 306**, propuesta por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, tiene por objeto sustituir, en el inciso primero, el guarismo "50%", por "20%".

**-Fue retirada por su autor.**

**ARTÍCULO 3°**

Este artículo faculta al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de este proyecto como ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las materias que se indican en cinco literales que se incluyen.

Conforme al literal a), las facultades delegadas se extienden a determinar la estructura y organización interna del Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, no pudiendo alterar la planta de personal y la dotación máxima.

La **indicación N° 307**, presentada por el Presidente de la República, tiene por objeto reemplazar el literal a), por el siguiente:

"a) Para modificar las plantas de personal de la Subsecretaría de Salud, adecuándolas a la Subsecretaría de Salud Pública que consulta la presente ley; para fijar las plantas de personal de la Superintendencia de Salud, en cuanto continuadora de la Superintendencia de



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Instituciones de Salud Previsional; para fijar la planta de personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de los Servicios de Salud y del Fondo Nacional de Salud.

En el ejercicio de esta facultad, el Presidente de la República podrá establecer los requisitos para el desempeño de los cargos, sus denominaciones y deberá dictar todas las normas necesarias para la adecuada estructuración y operación de las plantas que fije y establecer los niveles jerárquicos para efectos de la aplicación de la ley N° 19.882. De igual forma, fijará las fechas de vigencia de las plantas, así como las dotaciones máximas de personal.

La determinación de las plantas que establece este número no podrá modificar el número total de cargos y grados que tienen a la fecha de publicación de esta ley las Instituciones mencionadas en el párrafo primero, sin perjuicio de la creación de los cargos de Subsecretario de Redes Asistenciales, Intendente de Seguros Previsionales de Salud e Intendente de Prestadores de Salud.

La Subsecretaría de Salud Pública será la continuadora legal de la Subsecretaría de Salud para todos los efectos legales.”.

**Letra b)**

El literal b) incluye entre las materias a regular mediante decreto con fuerza de ley, las normas complementarias al artículo 13 bis de la ley N° 18.834, en los encasillamientos derivados de las plantas de personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la Superintendencia de Salud.

Su inciso segundo agrega que dichos encasillamientos podrán incluir personal proveniente de otras instituciones del Ministerio de Salud y sus servicios dependientes o relacionados, precisando que en la Superintendencia de Salud deberá encasillarse preferentemente a los funcionarios titulares de cargos de la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

El inciso tercero agrega que los encasillamientos dispuestos conforme a esta norma no serán considerados como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral.

La **indicación N° 308**, presentada por el Presidente de la República, tiene por objeto intercalar, al final de la primera oración del

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

inciso segundo, la siguiente frase: "mediante el traspaso a que se refiere la letra c) de este artículo".

La **indicación N° 309**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone suprimir la segunda parte del inciso cuarto, a continuación de la expresión "de los funcionarios traspasados".

**Letra c)**

El literal c) delega potestad legislativa al Presidente de la República para ordenar el traspaso de funcionarios entre las instituciones a que se aplica el presente artículo y los recursos que se liberen por este hecho. En el caso de funcionarios titulares de planta, su traspaso comprenderá el del cargo que sirven.

Su inciso segundo agrega que los traspasos de personal, dispuestos conforme a esta norma deberán efectuarse resguardando todos los derechos estatutarios, previsionales y remuneracionales que correspondan a los funcionarios encasillados de conformidad con lo dispuesto en el inciso tercero y siguientes de la letra b).

La **indicación N° 310**, presentada por el Presidente de la República, persigue reemplazar el inciso segundo por el siguiente:

"Para ordenar el traspaso de funcionarios titulares de planta y a contrata entre las instituciones a que se refiere la presente ley y de los recursos que se liberen por este hecho. El traspaso del personal titular de planta, se efectuará en el mismo grado que detentaba a la fecha de aquél, salvo que se produzca entre instituciones adscritas a diferentes escalas de sueldos base en que se realizará en el grado más cercano al total de remuneraciones que perciba el funcionario traspasado. A contar de esa misma data, el cargo del que era titular el funcionario traspasado, se entenderá suprimido de pleno derecho en la planta de la institución de origen."

**Letra d)**

El literal d) delega potestad legislativa al Presidente de la República para establecer los montos mensuales y la reajustabilidad, de la asignación de turno que percibirá el personal. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria, respecto del sistema integrado por cuatro personas, durante el primer año presupuestario de vigencia.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 311**, del Presidente de la República, propone reemplazar la expresión "cuatro personas" por la frase "tres y cuatro personas respectivamente".

**Letra e)**

El presente literal extiende la delegación de potestad legislativa al Presidente de la República, con el fin de determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, establecer el destino de sus recursos y el traslado de su personal, el que deberá efectuarse al Ministerio de Salud o a los Servicios y entidades que dependen o se relacionan con el Presidente de la República a través del mismo, en las condiciones establecidas en la letra b). En tanto no se suprima dicho Servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios 1°, 7° y 10 de esta ley.

La **indicación N° 312**, formulada por el Presidente de la República, propone sustituir la palabra "traslado", por "traspaso", la expresión "la letra b)", por "las letras b) y c)", y "artículos transitorios 1°, 7° y 10° de esta ley.", por "artículos transitorios 1°, 10° y 11° de esta ley. Asimismo, dichos funcionarios tendrán derecho a los incrementos pecuniarios dispuestos en los artículos transitorios 7° y 14° de esta ley".

-----

La **indicación N° 313**, presentada por el Presidente de la República, propone agregar la siguiente letra nueva:

"...) Para modificar o confirmar, según corresponda, el presupuesto de cada una de las entidades antes mencionadas y traspasar a ellas los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes."

-----

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente que diversos miembros de la Comisión han venido planteando a lo largo del debate en general y en particular de este proyecto, la necesidad y conveniencia de que las plantas de los Servicios del sector salud sean consignadas en la ley, al menos en forma esquemática, siguiendo los modelos adoptados en la ley N° 19.665, que modificó el Código Orgánico de Tribunales para adaptarlo a la Reforma Procesal Penal, y la ley N° 19.882, sobre Nueva

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Política de Personal, que creó la Dirección Nacional del Servicio Civil. Recalcó su interés en que los derechos de los trabajadores del sector sean debidamente resguardados a lo largo del proceso de readecuación de la autoridad sanitaria.

En vista que las solicitudes parlamentarias no han tenido eco, propuso rechazar el artículo 3º del proyecto y todas las indicaciones que inciden en él, a saber, las signadas con los N°s 307 a 313.

**-Así lo acordaron los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

-----

Tras concluir el análisis de las indicaciones formuladas para el segundo informe, la Comisión, por unanimidad y a solicitud del señor Ministro de Salud, acordó reabrir el debate sobre el artículo 3º, con el fin de considerar una nueva proposición del Ejecutivo y pronunciarse sobre ella.

El Jefe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud hizo presente que esta proposición se hace cargo de las inquietudes planteadas por la Comisión, en especial al consignar en la ley, en forma esquemática, las plantas de personal y al precisar con total claridad la situación jurídica del personal.

El primero de los dos artículos que conforman la proposición faculta al Presidente de la República, por el término de un año contado desde la publicación de esta ley, para dictar uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud y suscritos además por el Ministerio de Hacienda, con el fin de fijar las plantas de personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de la Subsecretaría de Salud Pública y de la Superintendencia de Salud, y para traspasar funcionarios titulares de planta y a contrata entre las instituciones antes citadas.

Asimismo, la delegación comprende la modificación de las plantas de los Servicios de Salud; la dictación de normas complementarias del artículo 13 bis de la ley N° 18.834, que regula el encasillamiento del personal; la determinación del procedimiento para definir el monto de la asignación de turno y el número máximo de beneficiarios de la misma, y la determinación de la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, que no podrá exceder de dos años, contados desde la publicación de esta ley, destino de sus recursos y traspaso de su personal.

En lo referente a plantas de personal, los literales d) y e) determinan una estructura básica.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En cuanto al traspaso de funcionarios de planta y a contrata, el literal f) precisa que operará sin modificar su calidad jurídica y sin solución de continuidad.

En la misma línea, el literal i) contempla diversas restricciones en el ejercicio de las facultades que en materia de personal se le otorgan al Presidente de la República por esta disposición y que se traducen en que los funcionarios de planta y a contrata mantendrán su empleo, remuneraciones y derechos estatutarios y previsionales. El traslado de un funcionario fuera de la Región en que presta servicios requerirá su consentimiento.

El segundo de los artículos propuestos, de carácter transitorio, dispone que, mediante decreto expedido por el Ministerio de Hacienda, el Presidente de la República compondrá el presupuesto de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública, Servicios de Salud y Superintendencia de Salud, traspasando a los mismos los recursos provenientes de las entidades que traspasan personal y bienes.

La Comisión acordó acoger la proposición del Ejecutivo y agregar los dos artículos que la conforman como artículos vigésimo y vigésimo primero transitorios, en los siguientes términos:

“Artículo vigésimo segundo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias:

a) Fijar la planta de personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El encasillamiento en esta planta incluirá sólo a personal proveniente de la Subsecretaría de Salud.

b) Fijar la planta de personal de la Superintendencia de Salud. El encasillamiento en esta planta podrá incluir personal proveniente de la Subsecretaría de Salud, de los Servicios de Salud y de la Superintendencia de Isapres. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de esta última institución.

c) Fijar la planta de la Subsecretaría de Salud Pública. El encasillamiento en esta planta incluirá personal proveniente de la Subsecretaría de Salud y de los Servicios de Salud. En todo caso, deberá

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de la Subsecretaría de Salud.

La Subsecretaría de Salud Pública será la continuadora legal de la Subsecretaría de Salud para todos los efectos legales.

d) Las plantas de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública contendrán, a lo menos, dos cargos de jefes de división cada una.

e) Las áreas funcionales que competarán al Ministerio de Salud a través de las estructuras internas de sus Subsecretarías, estarán asociadas, a lo menos, a redes asistenciales, recursos humanos, planificación y presupuesto, prevención y control de enfermedades, políticas públicas en salud y administración y servicio interno.

f) Para ordenar el traspaso de funcionarios titulares de planta y a contrata, entre las instituciones señaladas en las letras a), b) y c) precedentes, sin alterar la calidad jurídica de la designación y sin solución de continuidad, y de los recursos que se liberen por este hecho. El traspaso del personal titular de planta, y de los cargos que sirven, se efectuará en el mismo grado que detentaba a la fecha del traspaso, salvo que se produzca entre instituciones adscritas a diferentes escalas de sueldos base, caso en el cual se realizará en el grado más cercano al total de remuneraciones que perciba el funcionario traspasado. A contar de esa misma fecha, el cargo del que era titular el funcionario traspasado se entenderá suprimido de pleno derecho en la planta de la institución de origen.

g) Modificar las plantas de los Servicios de Salud que se verán reducidas por el traspaso del personal que cumpla funciones de autoridad sanitaria, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refieren las letras b), c) y f) de este artículo.

h) Establecer las normas complementarias al artículo 13 bis de la ley N° 18.834, respecto de los encasillamientos derivados de las plantas que fije de conformidad con las atribuciones establecidas en este artículo. Asimismo, en el ejercicio de ellas, podrá establecer los requisitos para el desempeño de los cargos, sus denominaciones, los niveles jerárquicos para efectos de la aplicación de la ley N° 19.882, las fechas de vigencia de las plantas, las dotaciones máximas de personal y todas las normas necesarias para la adecuada estructuración y operación de las plantas que fije.

i) El uso de las facultades señaladas en este artículo quedará sujeto a las siguientes restricciones, respecto del personal al que afecte:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

-No podrá tener como consecuencia ni podrán ser considerados como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral del personal traspasado y del que no se traspase.

-No podrá significar pérdida del empleo, disminución de remuneraciones, modificación de los derechos estatutarios y previsionales del personal traspasado y del que no se traspase. Tampoco podrá importar cambio de la residencia habitual de éstos fuera de la Región en que estén prestando servicios, salvo con su consentimiento.

-Cualquier diferencia de remuneraciones deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que se absorberá por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Dicha planilla mantendrá la misma impositibilidad que aquella de las remuneraciones que compensa.

-Los funcionarios encasillados conservarán la asignación de antigüedad que tengan reconocida, como también el tiempo computable para dicho reconocimiento.

-No se podrá modificar la suma de las dotaciones máximas de personal que tienen a la fecha de publicación de esta ley el Ministerio de Salud y las Instituciones y Servicios dependientes o relacionados con éste, sin perjuicio de la creación de los cargos de Subsecretario de Redes Asistenciales, Intendente de Seguros Previsionales de Salud e Intendente de Prestadores de Salud.

j) Establecer el procedimiento para la determinación del monto que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por tres y cuatro personas respectivamente, durante el primer año presupuestario de vigencia;

k) Determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, la que en ningún caso podrá exceder de dos años a contar de la fecha de publicación de esta ley, establecer el destino de sus recursos y el traspaso de su personal, el que deberá efectuarse al Ministerio de Salud. En tanto no se suprima dicho Servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N°

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

2.763, de 1979, y en los artículos transitorios 1º, 7º y 11º de esta ley. Asimismo, dichos funcionarios tendrán derecho a los incrementos pecuniarios dispuestos en los artículos transitorios 7º y 14º de esta ley.”.

“Artículo vigésimo tercero.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministerio de Hacienda, conformará el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública, los Servicios de Salud y la Superintendencia de Salud, y traspasará a ellos los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítemes y glosas presupuestarias que sean pertinentes.”.

**-Ambos artículos transitorios nuevos fueron aprobados, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

-----

**ARTÍCULO 4º**

(Pasa a ser ARTÍCULO 3º)

Esta disposición modifica la ley N° 19.490, que establece asignaciones y bonificaciones para el personal del sector salud.

El Presidente de la República formuló la **indicación N° 314**, que incide en el encabezamiento de este artículo y propone consultar, como N° 1, el siguiente, nuevo:

“1.- Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 3º, la expresión “la Subsecretaría” por “las Subsecretarías”.”.

**-Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Eskuide y Viera-Gallo.**

**Nº 1.-**

**(Pasa a ser N° 2.-)**

Este numeral modifica el inciso segundo del artículo 3º del citado cuerpo legal, que regula la bonificación de estímulo por



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

desempeño funcionario, y precisa que aquélla se regulará por lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 19.479. Este último precepto fija en 12% del sueldo base para el tercio mejor calificado de cada planta, y en 6% para el tercio vigente.

La modificación consiste en fijar otros montos para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974. La bonificación será de 15,5% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 7,75% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar 66%. Para el personal de planta y a contrata del Fondo Nacional de Salud, esta bonificación será de 10% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 5% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar el 66%.

La **indicación N° 315**, presentada por el Presidente de la República, sustituye en este N° 1 la expresión "la Subsecretaría de Salud;" por "las Subsecretarías del Ministerio de Salud;".

**-Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**N° 2.-****(Pasa a ser N° 3.-)**

El N° 2, a su turno, modifica el artículo 4º, que regula el programa de mejoramiento de gestión y las metas de cada Servicio de la ley N° 19.490.

La **indicación N° 316**, formulada por el Presidente de la República, propone consultar como letra a), nueva, la siguiente:

"a) Sustitúyese en el inciso primero, el término "El Subsecretario de Salud", por "Los Subsecretarios del Ministerio de Salud".".

**-Fue aprobada, con enmiendas formales, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Letra a)**

**(Pasa a ser b))**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El literal a) agrega, en el inciso cuarto del artículo 4º de la ley N° 19.490, una oración que eleva de 10% a 15,5% el límite máximo de la bonificación por desempeño institucional que podrá percibir el personal de planta y a contrata de las Subsecretarías de Salud y de Redes Asistenciales; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974.

La **indicación N° 317**, presentada por el Presidente de la República, propone reemplazar la expresión "Subsecretarías de Salud y de Redes Asistenciales", por la expresión "Subsecretarías del Ministerio de Salud".

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Eskuide y Viera-Gallo.**

-----

El Honorable Senador señor Ominami propuso las dos indicaciones siguientes. La primera, signada con el **N° 318**, tiene por objeto reemplazar la letra b) del artículo 1º, de la ley N° 19.490, por la siguiente:

"La asignación será equivalente a los siguientes porcentajes, que se aplicarán sobre el universo de los funcionarios calificados en lista 1, de distinción, o en lista 2, buena, por cada tres años de servicios efectivos cumplidos al 31 de diciembre del año anterior al de su concesión, al de su concesión, en calidad de antecesores legales, con un máximo de 39 años."

**-Fue declarada inadmisibile, porque al incrementar la bonificación por desempeño institucional, invade el ámbito de iniciativa exclusiva que la Constitución reserva para el Presidente de la República.**

La segunda, **indicación N° 319**, propone sustituir la letra h) del artículo 1º, de la misma ley N° 19.490, por la siguiente:

"La asignación será pagada a los funcionarios en servicio a la fecha de pago en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto a pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos en la letra b) precedente."

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-Fue declarada inadmisibile, por la misma razón que determinó la inadmisibilidad de la anterior.**

-----

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**ARTÍCULO 6°****(Pasa a ser ARTÍCULO 5°)**

Dispone que, desde la fecha de publicación de este proyecto como ley, los funcionarios que tengan la calidad de Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos podrán acceder, entre los grados 18° al 5°, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones o a los empleos a contrata asimilados a los referidos grados.

La **indicación N° 320**, presentada por el Presidente de la República, propone intercalar, a continuación del término "Fonoaudiólogos,", el vocablo "también".

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei, Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**ARTÍCULO 7°****(Pasa a ser ARTÍCULO 6°)**

Crea la Superintendencia de Salud y fija su ley orgánica, la que consta de 27 artículos agrupados en seis títulos.

**Artículo 2°**

Establece la misión de la Superintendencia de Salud, señalando al efecto que le corresponderá la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen los contratos de salud y la legislación.

El inciso segundo agrega que también le competará la supervigilancia y el control del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional, en el debido cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud.

El inciso tercero le encomienda la fiscalización de la acreditación y certificación de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El inciso final concluye señalando que, para los efectos de esta ley, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán considerados seguros previsionales de salud.

La **indicación N° 321**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objeto reemplazar, en el inciso segundo del artículo 2°; en el epígrafe del Párrafo 2° del Título II; en la parte inicial y en los numerales 1, 2, 4, 5 (las 4 veces en que aparece), 7 y 9 del artículo 6°; en el inciso primero del artículo 7°; en el inciso primero del artículo 16°, todos ellos contenidos en el artículo 7° del proyecto en informe, y en el artículo decimonoveno transitorio la expresión "Régimen", por "Sistema".

**-La indicación fue retirada.**

La **indicación N° 322**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone reemplazar el inciso primero por el siguiente:

"Artículo 2°.- Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, en los términos que señale esta ley, las leyes N°s 18.469 y 18.933 y las demás disposiciones que les sean aplicables, además de corresponderle velar por las obligaciones que imponen los contratos de salud, las leyes y reglamentos que rijan a las Instituciones y al Fondo según corresponda."

**-Fue retirada por su autora.**

La **indicación N° 323**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone suprimir el inciso segundo.

**-Fue retirada por su autora.**

La **indicación N° 324**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone reemplazar, en el inciso segundo, la frase "y de las Instituciones de Salud Previsional, en el debido cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, que correspondan a los beneficiarios de la leyes N° 18.469 y N° 18.933", por "en el cabal cumplimiento de sus funciones".

**-La indicación fue retirada.**

La **indicación N° 325**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objeto intercalar, a continuación del inciso segundo, el siguiente, nuevo:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“En el cumplimiento de las funciones señaladas en los incisos anteriores, prestará especial atención a que tanto el Fondo Nacional de Salud como las Instituciones de Salud Previsional cumplan con las exigencias del Sistema de Garantías en Salud que correspondan a los beneficiarios de las leyes N°s 18.469 y 19.933.”.

**-La indicación fue retirada.**

La **indicación N° 326**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone agregar, al inciso tercero, la siguiente frase final: “y del cumplimiento de sus funciones esenciales”.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó que la Superintendencia debe supervigilar tanto a los aseguradores –las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud--, como a los prestadores de salud. Agregó que incorporar el cumplimiento de las funciones esenciales de los prestadores de salud entre los elementos que la Superintendencia debe fiscalizar, obedece a que, en caso de incumplimiento de aquéllos, los aseguradores no pueden hacer nada para evitar el perjuicio de los beneficiarios.

El señor Ministro de Salud expresó que la diferenciación de roles es un elemento esencial del proyecto de ley en informe y señaló que la Superintendencia fiscaliza a aseguradores y a prestadores; los primeros permiten acceder a las prestaciones de salud, al financiarlas, y los prestadores las otorgan. Agregó que la interrelación de los mencionados actores y la influencia del quehacer de cada uno en el de los demás garantiza el cumplimiento de las funciones de cada cual, por lo que la indicación en comento resultaría innecesaria.

Por su parte, el Honorable Senador señor Boeninger hizo presente que la idea de sujetar a los prestadores de salud a la fiscalización de la Superintendencia respecto al cumplimiento esencial de sus funciones, surge de la preocupación, compartida por diversos señores Senadores, por el respeto a los derechos de los beneficiarios.

**-Fue retirada.**

La **indicación N° 327**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone eliminar el inciso cuarto.

**-La indicación fue retirada.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La Comisión, por unanimidad, acordó abrir debate sobre el artículo 2º, en el cual inciden las indicaciones anteriores, con el fin de consensuar una nueva redacción que solucione las inquietudes de que ellas dan cuenta.

Tras efectuar un análisis del artículo 2º aprobado en general, se acordó dar la siguiente nueva redacción a sus dos primeros incisos, conservando el inciso final original:

"Artículo 2º.- Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen el Régimen de Garantía en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.

Asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en el Régimen de Garantías en Salud y la modalidad de libre elección."

Finalmente, de la misma forma acordó agregar al final del inciso tercero lo siguiente: "así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación."

**-La nueva redacción del artículo 2º fue aprobada en los términos indicados y por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

**Artículo 3º**

Esta norma, que inaugura el Párrafo 2º de la Ley Orgánica de la Superintendencia, regula la organización y estructura de la Superintendencia, distinguiendo entre la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud.

El inciso segundo agrega que los funcionarios que ejerzan los cargos de Intendentes corresponden al segundo nivel jerárquico de la Superintendencia, para los efectos del ARTÍCULO TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N° 19.882, esto es, forman parte del Sistema de Alta Dirección Pública.

El inciso tercero impone al jefe superior del Servicio la obligación de establecer la organización interna y determinar las

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

denominaciones y funciones que correspondan a cada una de las unidades establecidas para el cumplimiento de las funciones que se les asignen.

En este artículo recayó la **indicación N° 328**, propuesta por el Presidente de la República, para sustituir el inciso final del artículo 3º, por el siguiente:

“La estructura y organización interna de la Superintendencia se determinará conforme lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes.”.

**-La Comisión acordó rechazar la indicación y, poniendo en discusión el inciso tercero del artículo 3º, convino asimismo su eliminación. Ambas decisiones fueron adoptadas por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**Artículo 4º**

Consagra la figura del Superintendente de Salud, funcionario nombrado por el Presidente de la República, a quien se confiere la calidad de Jefe Superior de la Superintendencia, así como la representación judicial y extrajudicial de la misma.

La **indicación N° 329**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone intercalar en el inciso primero, a continuación de “Presidente de la República,”, la frase “en conformidad a lo establecido en la ley N° 19.882,”.

**-La indicación fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**N° 2.-**

Este numeral forma parte del inciso segundo que establece, en forma no taxativa, las funciones del Superintendente.

El N° 2 señala como función “Establecer oficinas regionales cuando las necesidades del Servicio así lo exijan y existan las disponibilidades presupuestarias;”.



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación Nº 330**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, a continuación de la palabra "regionales", la expresión "o provinciales", y para suprimir la frase "y existan las disponibilidades presupuestarias".

La Comisión acordó aprobar la primera parte de la indicación, que incorpora la posibilidad de establecer oficinas provinciales, además de regionales, rechazando la segunda, que pretendía eliminar el deber de tomar en cuenta las disponibilidades presupuestarias.

El señor Superintendente de Salud, don Raúl Ferrada, hizo presente que la Superintendencia a su cargo se encuentra negociando un convenio con el Servicio Nacional del Consumidor, organismo de alta presencia a lo largo del territorio nacional, con el fin de utilizar las oficinas del SERNAC para las tareas propias de esta Superintendencia.

**-La indicación fue aprobada, con la modificación descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**Artículo 5º**

Dispone que el deber de supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional, que corresponde a la Superintendencia, será ejercido a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud.

Recayó en esta disposición la **indicación Nº 331**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, con el fin de reemplazarlo por otra, del siguiente tenor:

"Artículo 5º.- Las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud serán supervigilados en el ejercicio de sus funciones por la Intendencia de Seguros Previsionales en los términos que señala esta ley, la ley Nº 18.933 y las demás disposiciones que le sean aplicables. En su labor fiscalizadora la Intendencia deberá aplicar los mismos criterios y normas para el sistema público y el privado."

Recogiendo el espíritu de la indicación, a saber, la aplicación en la materia de los mismos criterios y normas para los sistemas público y privado, se convino en agregar un inciso segundo nuevo, concebido en los siguientes términos:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“La Superintendencia ejercerá la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud. En relación con la modalidad de libre elección, corresponderá a dicho Intendente velar por que las contribuciones que deban hacer los afiliados para financiar el valor de las prestaciones se ajusten a la ley, al reglamento y demás normas e instrucciones, y por el correcto otorgamiento de los préstamos de salud, teniendo para ello las facultades que establecen los Párrafos 2° y 3° de este Título.”.

**-En consecuencia, la indicación fue retirada por su autora y la Comisión acordó incorporar un inciso segundo, nuevo, al artículo 5°, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

La Comisión, con el fin de efectuar las concordancias necesarias, resultantes de las modificaciones introducidas al artículo 5°, acordó abrir debate sobre el epígrafe del Párrafo 1° del Título II y agregar la frase “y del Fondo Nacional de Salud.”.

**-La modificación del epígrafe fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**Artículo 6°**

Este artículo indica las funciones y atribuciones de la Superintendencia y señala que las ejercerá a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud, en lo referente a la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud.

El número 5 se refiere a las atribuciones de la Superintendencia en materia de difusión y publicidad del Régimen de Garantías en Salud, originalmente denominado “Plan AUGE”, en los siguientes términos:

“5.- Efectuar publicaciones informativas acerca de los beneficios del Régimen, así como de las medidas adoptadas para velar por el correcto cumplimiento del Régimen; difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que impone el referido Régimen de Garantías e informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud;”.

En este numeral recayó la **indicación N° 332**, propuesta por la Honorable Senadora señora Matthei, para suprimir las frases iniciales hasta “cumplimiento del Régimen;”.

**-La indicación fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

-----

La **indicación N° 333**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone pasar el texto del número 7 al número 6, pasando el actual 6 a ser 7.

**-La indicación fue retirada por su autora.**

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión unánimemente resolvió abrir debate sobre este número 7, para corregir una imprecisión del texto. En efecto, se consideró inconveniente referirse a las “normas” del Régimen de Garantías, porque él está conformado por muchos otros elementos, además de normas jurídicas.

**-La supresión fue acordada por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

### Artículo 7°

Impone al Fondo Nacional de Salud la obligación de devolver al beneficiario lo que éste hubiere pagado en exceso por el otorgamiento de las prestaciones, conforme determine la Superintendencia mediante resolución, de acuerdo con lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

El inciso segundo agrega que las referidas resoluciones y las que impongan multa tendrán la calidad de título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o que haya transcurrido el plazo para interponerlos.

La **indicación N° 334**, presentada por el Presidente de la República, reemplaza, en el inciso primero, la palabra “devolverá”, por “y las Instituciones de Salud Previsional devolverán”.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**Artículo 8°**

Esta disposición regula un mecanismo arbitral de resolución de controversias entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, en las condiciones que indica, sin perjuicio del derecho del afiliado a recurrir a la instancia de mediación a que se refiere el artículo 11, o a la justicia ordinaria.

El inciso segundo entrega a la Superintendencia la regulación del procedimiento que deberá observarse en la tramitación de las controversias, el que al menos tendrá las siguientes etapas: presentación de la demanda; contestación; observaciones a la contestación; período de prueba, si existieran hechos pertinentes, sustanciales y controvertidos, y sentencia.

El inciso tercero confía al Intendente de Seguros Previsionales de Salud la obligación de velar por que se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados, el carácter voluntario para el beneficiario del retiro del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes.

Finalmente, el inciso cuarto consagra una audiencia preliminar de conciliación, que deberá ser convocada por el Intendente de Seguros Previsionales de Salud, quien actuará como amigable componedor.

Inciden en el presente artículo las indicaciones individualizadas con los N°s 335, 336 y 337.

La **indicación N° 335**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazar los incisos segundo y tercero por el siguiente:

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

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

conocimiento de los hechos y dará su fallo en el sentido que la prudencia y la equidad le dicten.”.

Se planteó que reconocer las facultades de retirarse del procedimiento arbitral a una sola de las partes, el beneficiario, está en pugna con el principio de igualdad entre ellas, que debe informar todo proceso so pena de no ser tenido por racional y justo.

Por tal motivo, la Comisión resolvió reemplazar la palabra “beneficiario” por “reclamante”.

**-Fue aprobada por unanimidad, con la referida modificación, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 336**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo propone reemplazar, en el inciso segundo, la palabra “período” por “audiencia”.

**-Fue retirada.**

La **indicación N° 337**, presentada por el Presidente de la República tiene por objetivo agregar el siguiente inciso nuevo:

“Con todo, el Intendente de Seguros Previsionales de Salud podrá decidir el asunto sometido a su conocimiento por la vía administrativa, sin someterlo a lo señalado en el presente artículo, cuando estime que el juicio arbitral no alterará la decisión del asunto.”.

**-Fue rechazada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

-----

La **indicación N° 338** fue propuesta por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo para corregir la grafía de la numeración del articulado, de modo que todos los preceptos del mismo sean identificados mediante adjetivos ordinales.

**-Fue retirada.**

-----

**Artículo 10**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La Comisión, en el ánimo de agregar precisión al texto, acordó sustituir la preposición "De", que inicia el inciso final del artículo 10, por "Contra", porque la frase concede un recurso judicial para impugnar una resolución administrativa.

**-Fue aprobado por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**Artículo 12**

Consagra las funciones y atribuciones de la Superintendencia, las que dicen relación con la fiscalización de los prestadores de salud, públicos y privados, en cuanto al otorgamiento de prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, y la ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Instituciones de Salud Previsional .

El mismo inciso agrega que dichas funciones y atribuciones serán ejercidas a través de la Intendencia de Prestadores de Salud.

**1.-**

El numeral 1 señala entre las atribuciones de la Superintendencia el ejercicio de las funciones vinculadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud. Corresponde al Intendente dictar la resolución que sancione la evaluación que realice la entidad acreditadora.

En este numeral recaen las **indicaciones N°s 339 y 340**, presentadas por el Presidente de la República y por la Honorable Senadora señora Matthei, quienes coinciden en proponer la supresión de su oración final.

**-Ambas indicaciones fueron aprobadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**2.-**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Se refiere a la función de autorizar a las personas jurídicas que actúen como acreditadoras de los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento, y designar en forma aleatoria a la entidad que desarrollará el proceso.

La **indicación N° 341**, presentada por el Presidente de la República, incide en el numeral en comento y propone suprimir la frase final y la coma que la precede.

El señor Superintendente de Salud fundó la indicación señalando que se desea evitar que, por efecto de la aleatoriedad, sean siempre designadas las mismas entidades.

La Comisión adoptó la decisión de rechazar la indicación, por unanimidad, por considerar que la designación aleatoria de la entidad acreditadora es básica para el correcto diseño del sistema.

**-Concurrieron al rechazo de la indicación los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**4.-**

El numeral 4 contempla la atribución de fiscalizar la mantención del cumplimiento de los estándares de acreditación por parte de los prestadores institucionales acreditados.

En este numeral incide la **indicación N° 342**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Eskuide y Viera-Gallo, que propone agregar la siguiente frase final: "y en lo relativo al buen cumplimiento de sus funciones esenciales".

**-Fue retirada.**

**6.-**

Consagra como función de la Intendencia la mantención de un registro nacional y regional actualizado de los prestadores individuales certificados en sus especialidades y subespecialidades, y de las entidades certificadoras, conforme al reglamento correspondiente.

La **indicación N° 343**, formulada por el Presidente de la República, recae en este numeral y propone intercalar, a continuación de "prestadores individuales", la frase "de salud, estén o no".

---

**SEGUNDO INFORME COMISION SALUD**

La Comisión acordó aprobar la presente indicación, con modificaciones, redactando este número en los siguientes términos:

"6.- 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."

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**7.-**

Este numeral establece como función de la Superintendencia efectuar estudios y elaborar índices y estadísticas vinculados con las acreditaciones efectuadas a los prestadores institucionales y con las certificaciones de los prestadores individuales. Además le otorga la atribución de informar sobre las sanciones aplicadas y los procesos de acreditación o reacreditación en curso.

La **indicación N° 344**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei recae en este numeral y propone suprimir la expresión "o reacreditación".

**-Fue retirada por su autora.**

**Artículo 13**

Faculta al Intendente de Prestadores de Salud, previo sumario y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, para requerir una nueva evaluación de un prestador institucional, en caso de verificar que éste no ha mantenido el cumplimiento de los estándares de acreditación; sin perjuicio de lo cual, podrá convenir previamente con el prestador un plan de ajuste y corrección.

El inciso segundo dispone que en casos de mayor gravedad, el Superintendente deberá hacer presente al Secretario Regional Ministerial la necesidad de aplicar medidas de clausura o cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 345**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo recae en el presente numeral y propone intercalar, a continuación del inciso primero, el siguiente, nuevo:

“El Intendente de Prestadores de Salud podrá hacer observaciones al director del establecimiento sobre faltas graves en el cumplimiento de las tareas esenciales del organismo, informando al respecto al Director del Servicio de Salud y al Secretario Regional Ministerial correspondientes.”.

La Comisión acordó acogerla parcialmente y eliminar la frase “de Prestadores de Salud” y sustituir la referencia al “Secretario Regional Ministerial” por otra, al “Subsecretario de Redes”.

**-Fue aprobada con dichas modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

-----

La **indicación N° 346**, formulada por el Presidente de la República propone intercalar, a continuación del artículo 14, el siguiente, nuevo:

“Artículo ...- En ningún caso la responsabilidad que pueda emanar de una acreditación o certificación comprometerá la responsabilidad pecuniaria del Estado.”.

**-La presente indicación fue retirada por el Ejecutivo mediante oficio N° 263-350, de 1 de diciembre de 2003, que se agregó al expediente.**

-----

**Artículo 15**

La Comisión, unánimemente, corrigió el artículo 15, para mejorar su redacción y adecuar la referencia legal que contiene a los cambios ya introducidos al proyecto, de la manera que se ilustra en el articulado.

**-Fue acordado unánimemente por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Artículo 16**

Dispone que la Superintendencia podrá requerir del Ministro de Salud que ordene la instrucción de sumarios administrativos al personal del Fondo Nacional de Salud, en caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, y al personal de los Servicios de Salud, establecimientos experimentales, autogestionados y de atención primaria, en caso de incumplimiento de las normas de acreditación. Lo anterior, no obstante las facultades de los jefes de servicio y de la Contraloría General de la República.

El inciso segundo agrega que también podrá requerir del Ministro de Salud la instrucción de sumarios administrativos en contra del Director del Fondo Nacional de Salud, del Director del Servicio de Salud o del Director del establecimiento público de salud respectivo, cuando éstos no dieran cumplimiento a las instrucciones o dictámenes emitidos por la Superintendencia, en uso de sus atribuciones legales.

En este artículo inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 347, 348 y 349.

La **indicación N° 347**, fue propuesta por el Presidente de la República para sustituir el inciso primero por el siguiente:

“Artículo 16.- La Superintendencia podrá requerir del Director del Fondo Nacional de Salud que instruya los correspondientes sumarios administrativos al personal de su dependencia, en caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que sobre estas materias posee dicho Director y la Contraloría General de la República.”.

La Comisión tuvo presente que el incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud por causa imputable a un funcionario debería dar lugar a la obligación de la Superintendencia de requerir del Director del Fondo Nacional de Salud la instrucción de un sumario y no sólo generar una facultad, que se ejerce o no, como propone la indicación en análisis.

En atención a lo expuesto, acordó acoger la presente indicación, con modificaciones, en los siguientes términos:

“Artículo 16.- En caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud por causa imputable a un funcionario, la Superintendencia deberá requerir al Director del Fondo Nacional de Salud para

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

que instruya el correspondiente sumario administrativo, sin perjuicio de las obligaciones que sobre esta materia poseen dicho Director y la Contraloría General de la República.”.

**-Fue aprobada, con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señores Espina, Larraín, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 348**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo tiene por objetivo eliminar, en el inciso primero, la frase “en caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud,”.

**-Fue retirada.**

La **indicación N° 349**, presentada por el Presidente de la República, tiene por finalidad agregar al inciso final la siguiente oración: “Tratándose de establecimientos de salud privados, se aplicará una multa de hasta 1.000 unidades de fomento, la que podrá elevarse a 4.000 unidades de fomento en caso de reiteración.”.

La Comisión convino en acoger esta indicación, con modificaciones destinadas a disminuir los montos máximos de las multas, de 1.000 unidades de fomento a 500, y de 4.000 a 1.000.

Además se acordó, respecto de la multa en caso de reiteración, limitar su aplicación a reiteraciones que tengan lugar dentro del término de un año, caso en el cual la Superintendencia tendrá la obligación de publicar la referida sanción.

Esta última modificación se introduce considerando que dar publicidad al incumplimiento constituye una sanción más efectiva que una elevada multa en dinero.

**-La indicación fue aprobada, con las modificaciones señaladas, con el voto de los Honorables Senadores señores Espina, Larraín, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Artículo 18**

Dispone que los afiliados y beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 podrán presentar sus reclamos en contra del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional o de los prestadores de salud, ante la entidad reclamada, la que deberá conocer de los

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

mismos y resolverlos fundadamente y por escrito. Sólo entonces estarán habilitados para deducir los mismos reclamos ante la Intendencia respectiva; si ésta recibe un reclamo en que no se cumpla esta exigencia, procederá a enviarlo a quien corresponda.

El inciso segundo agrega que la Superintendencia definirá el procedimiento a seguir en los casos señalados en el inciso primero.

La **indicación N° 350**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone eliminar, en el inciso primero, la expresión "y por escrito".

A la luz de esta indicación, la Comisión acordó modificar el inciso primero incorporando una oración, que da cuenta de los varios modos que hoy existen para dar fijeza y hacer conocido un acto, tal como se consigna en el texto inserto más adelante.

**-Aprobado con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**Artículo 24**

Dispone que el personal de la Superintendencia se rija por el Estatuto Administrativo y agrega que el personal que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal, lo que equivale a decir que se regirán por su propio estatuto especial, y que la ley N° 18.834 se les aplicará en forma supletoria.

La **indicación N° 351**, formulada por el Presidente de la República, incide en el presente artículo y propone agregarle el siguiente inciso nuevo:

"El personal a contrata de la Superintendencia podrá desempeñar funciones de carácter directivo o de jefatura, las que serán asignadas, en cada caso, por el Superintendente. El personal al que se asigne tales funciones no podrá exceder del 5% del personal a contrata de la institución."

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente su posición contraria a la indicación, por incidir en una materia vinculada a la planta de personal, que aun no ha sido conocida por el Parlamento.

**-Sometida a la consideración de la Comisión, esta acordó acogerla, con enmiendas formales, por dos votos contra**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**uno, con el voto favorable de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina y el voto en contra del Honorable Senador señor Viera-Gallo.**

-----

La **indicación N° 352**, presentada por el Presidente de la República, propone agregar, a continuación del ARTÍCULO 7º, el siguiente, nuevo:

“ARTÍCULO... - La bonificación por retiro establecido en el Título II de la ley N° 19.882 no será aplicable al personal perteneciente a los establecimientos de salud de carácter experimental, creados por los decretos con fuerza de ley del Ministerio de Salud N°s 29, 30 y 31, todos del 2000. Estos personales quedarán adscritos a la normativa establecida en el artículo primero transitorio de la presente ley.”.

Se convino en acogerla, eliminando la frase “creados por los decretos con fuerza de ley del Ministerio de Salud N°s 29, 30 y 31, todos del 2000.”. Habiéndose suprimido el ARTÍCULO 3º, le corresponde el número 7º.

**-Fue aprobada, con la modificación descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

-----

La **indicación N° 353**, formulada por el Honorable Senador señor Viera-Gallo, propone agregar, a continuación del ARTÍCULO 7º, el siguiente, nuevo:

“ARTÍCULO... - Modifícase la ley N° 19.378, de la siguiente forma:

a.- Intercálese, en el inciso primero del artículo 49, entre la frase “Servicios de Salud” y la palabra “correspondientes” la expresión “y por intermedio de las municipalidades”.

b.- Incorpórese el siguiente artículo 55 bis:

“Toda transferencia de recursos públicos dirigida a las entidades administradoras se hará por intermedio de la municipalidad respectiva.”.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-La indicación que propone la incorporación del artículo nuevo, al que correspondió el número 8º, fue aprobada con modificaciones formales, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo.**

-----

La **indicación N° 354**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo propone agregar, a continuación del ARTÍCULO 7º, el siguiente, nuevo:

"ARTÍCULO...- Introdúcense las siguientes letras m), n), ñ) y o) al artículo 48 de la ley N° 19.664:

"m) Créase una segunda alternativa en el Ciclo de Iniciación y Formación, cuyo objetivo será dotar en forma progresiva, de acuerdo a lo dispuesto en la letra l) precedente, a los Consultorios Generales Urbanos de ciudades de más de cien mil habitantes, de la cantidad, tipo y calidad de médicos que éstos necesitan para cumplir con los estándares que las normas y programas establecidos por el Ministerio de Salud requieren para su ejecución en estos establecimientos.

n) En conformidad con un diagnóstico anualmente actualizado de las necesidades de facultativos y priorizando aquellos establecimientos que presenten las mayores carencias de ellos, de atención y de riesgo sanitario, económico, social y ambiental, de acuerdo a lo establecido en la letra l) precedente, el Subsecretario de Redes de Salud, conforme a lo establecido en el artículo 8º de la ley N° 19.664, procederá a llamar a un concurso nacional de oposición, en forma conjunta con el llamado a concurso para proveer los cargos de Médico General de Zona y sin detrimento de este concurso, con el fin de proveer de Médicos Generales Urbanos en formación en Especialidades Básicas (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología-Obstetricia y Psiquiatría General), para trabajar en forma continuada en Consultorios Generales Urbanos designados en jornadas de 24 horas semanales y 20 horas en Hospitales, Centros de Diagnóstico y Tratamiento y Centros de Referencia de Salud del área correspondiente, docente-asistenciales, en atención abierta y cerrada, con el fin de desempeñarse en tareas asistenciales y simultáneamente ser sujetos de un Programa de Formación Académica acreditada, que los conduzca al final de su contrato de seis años a la certificación universitaria como "Especialista" en las especialidades anteriormente mencionadas.

ñ) Al finalizar los seis años de contrato y cualquiera que sea el resultado en términos de certificación de la especialidad, el Servicio de Salud, la Municipalidad y el Médico quedarán desligados de toda relación contractual. Estos podrán proseguir su carrera funcionaria en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, optando a concursar para ingresar a la Etapa

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

de Planta Superior de la ley N° 19.664, en conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 de dicha ley.

o) Un reglamento establecerá los criterios y procedimientos para el llamado a concurso, las condiciones contractuales, el nivel de remuneraciones de los mismos, sus obligaciones y derechos, así como los convenios con las Instituciones Académicas responsables de su formación como Especialistas Básicos y las responsabilidades de los Servicios de Salud, de los Municipios y de las Instituciones Académicas para el debido cumplimiento del programa."."

**-Fue declarada inadmisibile por la señora Presidenta, porque incide en materias reservadas por la Constitución a la iniciativa exclusiva del Presidente de la República.**

-----

**DISPOSICIONES TRANSITORIAS****Artículo primero**

Establece un programa de incentivo al retiro para aquellos funcionarios que se desempeñen los Servicios de Salud, en las Subsecretarías del Ministerio de Salud, en el ISP y en la CENABAST y cumplan ciertos requisitos de edad. Si ejercen la opción dentro del plazo que al efecto se fija tendrán derecho a percibir una indemnización, no imponible ni constitutiva de renta para ningún efecto legal, de un mes del promedio de las últimas doce remuneraciones imponibles, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses, con un tope de ocho mensualidades.

El inciso segundo agrega que este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$ 270.000 mensuales, y en un mes para aquellos que, a la fecha de publicación de la ley, cumplan requisitos de edad más elevados. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

La disposición continúa regulando los cupos anuales para este beneficio y especifica que un reglamento, dictado por el Ministerio de Salud y suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará los calendarios de postulación y pago, los mecanismos para el otorgamiento y las demás disposiciones necesarias para la implementación del mismo.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Finalmente, se dispone que los funcionarios que se acojan a este beneficio no podrán ser nombrados ni contratados asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos señalados en el inciso primero, durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido, con reajustes e intereses.

En este artículo inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 355 a 361.

La **indicación N° 355**, presentada por el Honorable Senador señor Ominami, propone sustituir su inciso primero por el siguiente:

“Artículo primero.- Los funcionarios de planta y a contrata regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que se desempeñen en alguno de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 del decreto ley N° 2.763, de 1979, en la Subsecretaría del Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mayores de 60 años de edad de servicio, si son mujeres y de 65 años de edad si son hombres, después de los noventa días posteriores a la publicación de esta Ley y hasta el 31 de diciembre de 2004, presenten su renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones imponibles, actualizadas según el índice de precios al consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses prestados a alguno de los organismos señalados, con una tope de 8 meses de dicha remuneración.

Podrán acogerse a este beneficio los funcionarios a quienes se les halla declarado salud incompatible por el organismo competente, durante el período 2002 – 2004.”.

**-Fue declarada inadmisibles por la señora Presidenta, porque -al incorporar como beneficiarios del plan de retiro al personal respecto de quienes se declare salud incompatible con el cargo-, invade el ámbito de iniciativa exclusiva que la Constitución reserva para el Presidente de la República.**

La **indicación N° 356**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso primero, las expresiones “la Subsecretaría” y “31 de diciembre de 2004”, por las expresiones “las Subsecretarías” y “30 de junio del 2005”, respectivamente.

Con ocasión del análisis de la presente indicación y ante una consulta efectuada por el Honorable Senador señor Viera-Gallo, el Ejecutivo precisó que la mayor parte de las normas del proyecto de ley en



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

informe, que se refieren al personal, regirá *in actum*, difiriéndose el resto hasta el 1 de enero de 2005, debido a que es preciso dictar previamente varios decretos con fuerza de ley y establecer las plantas, entre otras tareas.

La Comisión consideró que el plazo señalado por la norma puede ser insuficiente y convino en reemplazar "30 de junio del 2005" por "30 de septiembre de 2005".

**-Fue aprobada, con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 357**, propuesta por el Presidente de la República intercala, en el inciso primero, a continuación de "Sistema Nacional de Servicios de Salud" la siguiente frase: "así como los funcionarios de los establecimientos de salud de carácter experimental, creados por los decretos con fuerza de ley del Ministerio de Salud N°s 29, 30 y 31 todos del 2000".

La Comisión convino en aprobar la presente indicación, eliminando la referencia explícita a los decretos con fuerza de ley, en aplicación de un acuerdo previo sobre el particular.

**-Aprobada con la modificación descrita, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 358**, presentada por el Honorable Senador señor Ominami, propone sustituir el inciso segundo, por el siguiente:

"El monto de este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$291.728 mensuales y en un mes para aquéllos que tengan, a la fecha de publicación de la ley más de 63 años si son mujeres y más de 68 años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada."

La **indicación N° 359**, del Presidente de la República, reemplaza, en el inciso segundo, el valor "\$270.000" por "\$291.728".

**-Considerando que ambas indicaciones son parcialmente coincidentes, la Comisión convino en aprobarlas refundidas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**La indicación N° 360**, formulada por el Presidente de la República propone sustituir el inciso tercero por el siguiente:

“Para poder acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Entre dicha data y el 31 de diciembre del 2004, podrán acceder a este beneficio 2.494 funcionarios, privilegiándose aquéllos de menores rentas y mayor edad. Durante el primer semestre del año 2005, podrán acogerse otros 1.700 funcionarios. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio antes del 31 de diciembre del 2004, podrán hacerlo durante el primer semestre del año 2005. Los cupos que no fueren utilizados en el primer periodo de concesión del beneficio, serán acumulables para el período siguiente.”.

La Comisión coincidió con el propósito de la indicación, de programar en el tiempo los retiros para adecuarse a las disponibilidades presupuestarias, pero decidió introducirle modificaciones sobre la base de una redacción propuesta por el Ejecutivo, en la forma que se consigna en el texto del proyecto que se propone al final.

**-La indicación fue aprobada, con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

**La indicación N° 361**, formulada por el Presidente de la República reemplaza, en el inciso sexto, la expresión “inciso primero” por “este artículo”.

**-Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

### **Artículo Segundo**

Este artículo regula el otorgamiento gradual de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, establecida en el artículo 61 del decreto ley N° 2.763, de 1979, e incluye el cronograma correspondiente.

En este artículo recayó la **indicación N° 362**, formulada por el Presidente de la República para agregarle el siguiente inciso, nuevo:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"Durante el año 2004, por concepto del componente variable, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes."

Al analizar la indicación se estimó necesario precisar la redacción del inciso primero de este artículo. A tal efecto, se acordó eliminar la frase que alude al otorgamiento gradual del beneficio durante un período de cuatro años, sin perjuicio de conservar el cronograma.

Además, en este último, se acordó agregar, al inicio de los literales a), b) y c), las palabras "Por el", y al inicio del literal d) las palabras "Desde el".

**-Sometida a la consideración de la Comisión, la indicación fue aprobada, lo mismo que las modificaciones al inciso primero descritas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Artículo Tercero**

Dispone que el componente por acreditación individual, al que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, se implementará gradualmente entre el año 2003 y el 2006, según una tabla de progresión que el mismo precepto determina.

El inciso segundo agrega que el proceso de acreditación comenzará a operar el año 2005.

Finalmente, el inciso tercero señala que en los años 2003 y 2004, el componente será pagado a todos los funcionarios señalados en el artículo 64 del referido decreto ley, sin necesidad de acreditarse, conforme a la tabla del inciso primero.

En este artículo recayó la **indicación N° 363**, presentada por el Presidente de la República para agregar al inciso segundo la siguiente oración: "No obstante, los funcionarios que tengan 9 o más años de servicio a la fecha de entrada de publicación de esta ley, dicho proceso se entenderá aprobado por el solo ministerio de esta ley."

**-Fue aprobada, perfeccionando su redacción, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Artículo Cuarto**

Establece que el componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, a que se refieren los artículos 64, 65 y 67 del decreto ley N° 2.763, se otorgará durante los años 2003 al 2006 según la tabla que incluye.

En este artículo recayó la **indicación N° 364**, presentada por el Presidente de la República con el propósito de agregarle el siguiente inciso, nuevo:

“Durante el año 2004, por concepto del componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.”.

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Artículo Quinto**

Se refiere a la asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, y dispone que la misma se otorgará a los funcionarios señalados en el número 1 del mismo artículo, en forma gradual, durante un período de tres años, conforme al cronograma allí dispuesto.

En este artículo recayó la **indicación N° 365**, presentada por el Presidente de la República, para sustituir, en el inciso primero, la expresión “el número 1” por “los números 1 y 2”.

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Artículo Sexto**

Dispone un cronograma gradual de tres años para el otorgamiento de la asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68.

Se formularon dos indicaciones que inciden en este artículo.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En primer término, el Presidente de la República formuló la **indicación N° 366** con el fin de reemplazar, en el inciso primero, la expresión "número 2" por "número 3".

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

A continuación, la **indicación N° 367**, también formulada por el Presidente de la República, persigue sustituir, en las letras a) y b), la palabra "categoría" por "calidad", e intercalar, a continuación de "establecimientos dependientes", la frase "y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad".

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

### **Artículo Séptimo**

Establece un cronograma por un período de cuatro años, para el otorgamiento de los beneficios consultados en las modificaciones a la ley N° 19.490 contenidas en los numerales 1), con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y 2), letra a), del artículo 4° de la presente ley.

La **indicación N° 368**, formulada por el Presidente de la República, reemplaza, en el inciso primero, el guarismo "1)" por "2)", y la expresión "2), letra a)" por "3), letra b)".

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

### **Artículo Octavo**

Establece, respecto del personal que integre el sistema de turnos rotativos, la entrada en vigencia de la asignación de turno y la bonificación compensatoria a que se refieren los artículos 72, 73 y 74 del decreto ley N° 2.763 y decimotercero transitorio de esta ley.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Además, dispone un cronograma para la entrega de la asignación de turno y bonificación compensatoria para los funcionarios que integren el sistema de turnos rotativos cubiertos por tres funcionarios.

En este artículo recayó la **indicación N° 369**, formulada por el Presidente de la República con el fin de reemplazar, en el inciso primero y en el número 2 del inciso segundo, la expresión "letra I)" por "letra d)".

**-La indicación fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Enseguida, la **indicación N° 370**, presentada igualmente por el Presidente de la República, propone agregar el siguiente inciso nuevo:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, a contar de la fecha de publicación de esta ley, y mientras la asignación de turno a que se refiere este artículo no se aplique en todos sus términos, el tercer y cuarto turnos se continuará pagando de acuerdo a lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, no aplicándose a su respecto lo señalado en los artículos 73 inciso segundo y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979."

Al analizar la presente indicación, el representante de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, explicó que la asignación de turno se pagará cuando el decreto con fuerza de ley que fije los montos de la asignación de turno se publique en el Diario Oficial y que, respecto del tercer y cuarto turnos, operará en forma retroactiva.

Para estos efectos, el calendario del cuarto turno se inició el año 2000 y, el del tercer turno, el segundo semestre del año 2001; se mantendrán hasta que entre en vigencia el citado decreto con fuerza de ley.

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Prokuriça, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

**Artículo Noveno**

Regula la entrada en vigencia del artículo 76, que establece la asignación de responsabilidad.

En este artículo inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 371 y 372.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

La **indicación N° 371**, fue formulada por el Presidente de la República y propone intercalar, en el encabezamiento, a continuación de "a nivel nacional", la frase "y el monto anual por establecimiento".

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

La **indicación N° 372**, fue propuesta por el Presidente de la República, con el fin de agregar el siguiente inciso nuevo:

"La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre del 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público."

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

### **Artículo Décimo**

Regula la entrada en vigencia del sistema de promoción mediante concurso interno a que se refiere el artículo 81.

Incide en este artículo la **indicación N° 373**, del Presidente de la República, que propone reemplazar, en el inciso primero, la frase "en enero del año 2004", por "ciento veinte días después de publicada la presente ley".

**-Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Representantes del Ejecutivo hicieron presente que el ARTÍCULO VIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N° 19.882 modifica el Estatuto Administrativo en materia de provisión de cargos, encasillamiento y concursos, normas que entrarán en vigencia ciento ochenta días después de publicada aquella ley, lo que ocurrió el 23 de junio de 2003, salvo disposición especial en contrario<sup>2</sup>.

La intención y compromiso del Ejecutivo es que los concursos internos a que se refieren este artículo y el undécimo transitorio,

---

<sup>2</sup> Artículo 11° transitorio de la ley N° 19.882.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

que tienen carácter especial para los efectos antes mencionados, continúen rigiéndose por los preceptos del Estatuto Administrativo actual, hasta que entre en vigencia el régimen especial del artículo 81 del decreto ley N° 2.763.

A tal efecto, propuso agregar un nuevo inciso a los artículos décimo y undécimo transitorios, lo que fue admitido y aprobado unánimemente por la Comisión. Su texto es el siguiente:

“Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el cumplimiento del plazo que en él se establece, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882.”.

**-Acordado por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

**Artículo Undécimo**

Prescribe que el incremento remuneracional para el personal que se desempeñe en los establecimientos de salud de carácter experimental será incorporado en su propio sistema de remuneraciones, asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

En este artículo recayó la **indicación N° 374**, presentada por el Presidente de la República, con el fin de sustituirlo por el siguiente:

“Artículo undécimo.- El proceso de acreditación de competencias a que se refiere el artículo 80 del Decreto Ley N° 2.763 de 1979, comenzará a operar a contar de 180 días después de publicada esta ley. Con el resultado de este proceso, el que evaluará los factores de experiencia calificada, calificación ponderada y capacitación, se confeccionará el escalafón de mérito, que regirá durante el año siguiente.”.

**-Aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Como se explicó, la Comisión, acogiendo una solicitud del Ejecutivo, agregó en este artículo un inciso nuevo, similar al que se incorporó en el artículo décimo transitorio, que evita la aplicación temporal del Estatuto Administrativo modificado por la ley N° 19.882, antes de que entre en



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

vigencia el estatuto especial que el presente proyecto consagra para funcionarios del sector salud. Su tenor es el siguiente:

“Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el 1º de enero de 2005, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882.”.

**Artículo Decimocuarto**

Concede, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63, pagadera en una sola cuota, la que beneficiará a los funcionarios que se encuentren entre los grados 19 y 28 de la Escala Única de Remuneraciones.

El inciso segundo adiciona a la base de cálculo de esta asignación, en el caso de los funcionarios a los que se aplica este artículo decimocuarto transitorio, la bonificación compensatoria del artículo 21 de la ley N° 19.429.

En este artículo inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 375, 376 y 377.

**La indicación N° 375**, presentada por el Honorable Senador señor Ominami, propone reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo decimocuarto.- Procede la cancelación de un bono para el personal de las plantas técnica administrativa y auxiliares ubicadas entre los grados 19 y 28 entre la escala única en conformidad al acuerdo suscrito con fecha 05 de septiembre de 2002 y ratificado en el protocolo sobre nueva política de remuneraciones de fecha 12 de julio de 2002 y que demandará un costo máximo de \$2.700 millones.”.

**-La indicación fue declarada inadmisibles por la señora Presidenta, porque incide en materias reservadas por la Constitución a la iniciativa exclusiva del Presidente de la República.**

Enseguida, la **indicación N° 376**, formulada por el Presidente de la República, propone agregar al encabezamiento de este artículo transitorio, lo siguiente: “a continuación. Este anticipo no será imputable al incremento de renta que se produzca por efecto de lo dispuesto en el artículo segundo transitorio de esta ley.”.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Esta indicación implica que el anticipo, que se otorga por una sola vez, no será descontado de incrementos de remuneraciones que se produzcan por la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo.

**-Sometida a la consideración de la Comisión, fue aprobada, sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

Finalmente, se analizó la **indicación N° 377**, presentada por el Presidente de la República, con el fin de agregar el siguiente inciso nuevo:

“El beneficio establecido en el inciso anterior también se aplicará, por una sola vez, al personal señalado en el artículo cuarto, numeral 3, letra b), de esta ley, en las mismas condiciones, plazos, atributos, grados y porcentajes que se establecen en este artículo.”.

En otros términos, la norma amplía la base de cálculo de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo para los funcionarios de las Subsecretarías del Ministerio de Salud, del Instituto de Salud Pública y de la CENABAST.

**-Fue aprobada por unanimidad, con las debidas adecuaciones de referencia interna, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo Decimoquinto

Dispone que, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 25 A, que fija los elementos que conforman la calidad de Establecimientos de Autogestión en Red, así como la forma de obtenerla, los establecimientos incluidos en el listado que incluye este precepto tendrán dicha calidad, con las atribuciones y condiciones correspondientes, en cuanto cumplan los requisitos que imponga el reglamento señalado en el citado artículo 25 A.

El inciso final agrega que los establecimientos incluidos en el referido listado, que no hayan sido calificados como Establecimiento de Autogestión en Red al 1 de enero del año 2009, tendrán desde entonces tal calidad por el solo ministerio de la ley.

El mismo inciso concluye señalando que el personal directivo de estos establecimientos tendrá derecho a los beneficios

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

remuneracionales establecidos en el artículo 68 de esta ley, asociados al cumplimiento de los estándares establecidos en el artículo 25 G, cuando el establecimiento cumpla dichos estándares.

Cabe recordar que la asignación de estímulo a la función directiva, consagrada por el artículo 68, se paga asociada al cumplimiento de los estándares consagrados por el artículo 25 G.

Habida cuenta de lo anterior, y considerando que el cumplimiento de los referidos estándares no depende solamente de la buena gestión de los directivos, sino también de la disponibilidad de recursos y de la situación del establecimiento, se estimó que una disposición como la contenida en el inciso final del artículo decimoquinto transitorio resultaba inequitativa. Dicha norma discrimina en perjuicio de los hospitales más pobres, al imponer a sus directivos no sólo el desempeño de una buena gestión como condición para obtener la asignación, sino que la sanción de perderla como resultado de recursos insuficientes, a menudo históricamente insuficientes, que imposibilitan, aun con una excelente gestión, el cumplimiento de los estándares requeridos.

En atención a lo expuesto, la Comisión, por la unanimidad de sus miembros, acordó poner en debate el presente artículo y coincidió en la conveniencia de reformular su inciso final, vinculando la obtención de la asignación de estímulo a la función directiva al cumplimiento de aquellos estándares establecidos en el artículo 25 G, en cuanto éstos dependan de la gestión del establecimiento. Además, introdujo algunas enmiendas de forma en el mismo inciso.

**-Estas modificaciones del inciso final del artículo decimoquinto transitorio fueron aprobadas unánimemente, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.**

**Artículo Decimosexto**

Contiene una norma sobre la entrada en vigencia del artículo 14 D que originalmente contemplaba el proyecto. Habiendo sido reemplazado por uno enteramente diferente, perdió su razón de ser, por lo cual la Comisión lo suprimió.

**- Acordado por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo Decimoséptimo

Dispone que el mayor gasto resultante de la aplicación de esta ley será financiado con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud. Sin perjuicio de lo cual, la parte del gasto que no pueda financiarse con cargo a estos recursos será provista por el Ministerio de Hacienda, con cargo a la asignación 50-01-03-25-33.104, "Provisión para Financiamientos Comprometidos", correspondiente a la Partida 50, relativa al Tesoro Público.

En este artículo incide la **indicación N° 378**, propuesta por el Presidente de la República con el propósito de agregar el siguiente inciso, nuevo:

"En todo caso, el beneficio establecido en el inciso tercero del artículo décimo cuarto transitorio, se financiará mediante reasignaciones internas de los presupuestos de las instituciones correspondientes."

**-Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo Decimoctavo

Faculta al Presidente de la República para fijar el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.933.

La **indicación N° 379** recayó en el presente artículo y fue formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo con el fin de reemplazar la frase "la ley N° 18.933" por "las leyes N°s 18.469 y 18.933".

**-Fue aprobada, con enmiendas de forma, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.**

Artículo Decimonoveno

Establece que mientras no se dicten las normas que regulen el Régimen de Garantías en Salud, las potestades que sobre dicha materia contempla la presente ley se entenderán suspendidas.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En este artículo recayó la **indicación N° 380**, propuesta por el Presidente de la República para reemplazarlo por el siguiente:

"Artículo decimonoveno.- Las normas de la presente ley entrarán en vigencia el 1 de enero del año 2005, salvo lo dispuesto en el numeral 32 del artículo 1°, en los artículos 3°, 4°, 5°, 6° y en las disposiciones transitorias.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, las normas relativas a la Superintendencia de Salud comenzarán a regir cuando entre en vigencia el Régimen de Garantías en Salud."

La Comisión acordó acoger la presente indicación en forma parcial, rechazando el inciso segundo, por considerar que regula materias que deben considerarse, con mayor propiedad, en la ley sobre el Régimen de Garantías en Salud.

**-La indicación fue aprobada, con la modificación señalada y con ajustes en las referencias internas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo.**

-----

**La indicación N° 381**, presentada por el Honorable Senador señor Ríos, propone consultar el siguiente artículo transitorio nuevo:

"Artículo...- Los funcionarios de planta, contrata regidos por la ley N° 18.834, el D.L. N° 249 de 1974 y Código del Trabajo, que cumplen funciones en las Direcciones de Salud, que se refiere directamente al cumplimiento del Código Sanitario y leyes complementarias, se les reconocerá la condición de "Fiscalizadores", rigiéndose por el D.L. N° 3.551, de 1980. Pasarán a ser parte de la Planta de Fiscalizadores de la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, previo reglamento para su aplicación, respetándoseles su actual lugar de residencia laboral."

**-Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina y Viera-Gallo.**

-----

**MODIFICACIONES**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En mérito de las consideraciones precedentemente expuestas, Comisión de Salud propone la aprobación de las siguientes modificaciones al proyecto de ley aprobado en general:

**ARTÍCULO 1º**

Numeral 1)

- Sustituir el encabezamiento del artículo 4º que contiene, por el siguiente:

"Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones:".

**(5 x 0) Indicación N° 2**

- En el encabezado del número 1, sustituir la expresión "lo cual" por "la cual".

**(5 x 0) Indicación N° 4**

- En la letra a) del número 1 del artículo 4º, suprimir la palabra "políticas" y la que coma (,) que le sigue.

**(5 x 0) Indicación N° 6**

- En la letra e) del mismo número 1, reemplazar las palabras "al Sistema", que siguen al vocablo "relativas", por la frase "a la provisión de acciones de salud".

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En el número 2, sustituir las palabras "promoción o fomento, prevención" por "prevención, promoción, fomento".

**(5 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- Reemplazar el primer párrafo del número 3, por el siguiente.

"3.- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud."

**(4 x 1) Indicación N° 10**

- Sustituir la oración inicial del segundo párrafo del número 3, "La fiscalización de las normas contenidas en el Código Sanitario y demás leyes complementarias", por "La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarios y la sanción a su infracción cuando proceda".

**(4 x 1) Indicación N° 11**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Reemplazar el tercer párrafo del mismo número 3, por el siguiente:

“La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se registrará por lo dispuesto en la ley N° 19.886, debiendo cumplir la entidad privada, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, el concurso deberá llamarlas en primer orden.”.

**(2 x 1) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En el número 5, sustituir las dos primeras oraciones por las siguientes:

“5.- Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud.”  
**(4 x 0)**, y agregar al final, a continuación de la expresión “ley N° 19.628”, la frase “y sobre secreto profesional”.

**(3 x 0) Indicaciones N° 14 y 15**

- En el número 8, eliminar las palabras “el cual está”, antes del vocablo “conformado”, así como la oración final “considerando factores ambientales, sociales y económicos en el ámbito de la salud del país” y la coma (,) que la precede.

**(4 x 0) Indicación N° 17**

- Los números 9, 10, 11 y 12 pasan a ser número 11, 12, 13 y 14, respectivamente, reemplazados por los siguientes:

“11.- Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.

**(4 x 0) Indicaciones N° 18 y 19**

Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.

**(2 x 1) Indicación N° 19**

12.- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones.

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; los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.

La acreditación deberá aplicar iguales estándares a los establecimientos públicos y privados de salud.

**(3 x 0) Indicaciones N° 18 y 19**

13.- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.

Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual se reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencias relevantes en un determinado ámbito del trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.

Mediante un reglamento de los Ministerios de Salud y Educación, se determinarán las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades, como asimismo las condiciones generales que aquéllas deberán cumplir con el objetivo de recibir la autorización para ello. El reglamento establecerá, asimismo, las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema y la forma en que las entidades certificadoras deberán dar a conocer lo



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

siguiente: los requisitos mínimos de conocimiento y experiencia que exigirán para cada especialidad o subespecialidad, los procedimientos de examen o verificación de antecedentes que emplearán para otorgar la certificación, los antecedentes respecto del cuerpo de evaluadores que utilizarán, los antecedentes que deberán mantener respecto del proceso de certificación de cada postulante y las características del registro público nacional y regional de los prestadores certificados, que deberá mantener la Superintendencia de Salud.

Las universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras respecto de los alumnos que hayan cumplido con un programa de formación y entrenamiento ofrecido por ellas mismas, si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente.

**(3 x 0) Indicaciones N° 30, 32, 33, 34 y 35**

14.- Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.”.

**(4 x 0) Indicación N° 38**

- El número 13 pasa a ser número 15, intercalando la frase entre comas (,) “conforme a la ley”, entre los términos “Implementar” y “sistemas”.

**(4 x 0) Indicación N° 41**

- Suprimir el número 14.

**(4 x 0) Indicaciones N° 42 y 43**

- El número 15 pasa a ser número 16, sustituido por el siguiente:

“16.- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.”.

**(4 x 1 ) Indicación N° 45**

- Los números 16 y 17 pasan a ser números 9 y 10, respectivamente, sin otra modificación.

**(5 x 0) Indicación N° 47**

- El número 18 pasa a ser número 17, sin otra enmienda.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Numeral 2)**

- Reemplazarlo por el siguiente:

"2) Intercálase, a continuación del artículo 4º, el siguiente artículo 4º bis, nuevo:

"Artículo 4º bis.- Para el cumplimiento de las funciones señaladas en el artículo anterior, el Ministro de Salud podrá convocar la formación de Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales y representantes de personas jurídicas, del sector público y del privado, de acuerdo a las materias a tratar.

La resolución que disponga la creación del Consejo respectivo señalará el plazo de duración en el cargo de los integrantes, el quórum para sesionar y las demás normas necesarias para su funcionamiento." "

**(3 x 0) Indicaciones N° 50, 51, 52 y 55**

**Numeral 3)**

- Suprimir los incisos tercero y cuarto del artículo 5º que contiene.

**(3 x 0) Indicaciones N° 57 y 58**

**Numeral 6)**

- En el primer inciso contenido en la letra a), intercalar la frase "para la atención integral de las personas", a continuación de la expresión "Red Asistencial del Sistema" **(4 x 0)**; reemplazar la palabra "servicios", que figura antes de la expresión "de salud", por el vocablo "acciones" **(5 x 0)**; sustituir la frase "la atención integral de la salud de las personas" por "distintos tipos de prestaciones", y eliminar el pronombre "le" que figura antes de la frase "serán exigibles".

**Indicaciones N° 61 y 62**

- Reemplazar el segundo inciso de la misma letra a), por el siguiente:

"Para ello, el Subsecretario de Redes propondrá al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema **(4 x 0)**. Le corresponderá, asimismo, coordinar las acciones del

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud en todo lo relativo a las redes asistenciales de salud.”.

**(2 x 1) Indicaciones N° 63 y 65**

- Suprimir el tercer inciso de la referida letra a).

**(4 x 0) Indicación N° 66**

- Intercalar en el inciso cuarto contenido en la citada letra a), que pasó a ser inciso tercero, antes de la palabra “divisiones”, la frase “en las materias de su competencia, y de las”.

**(3 x 0) Indicación N° 69**

- En la letra b) de este numeral, sustituir la palabra “quinto” por “cuarto”.

**(5 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- Agregar a este numeral 6) la siguiente letra d), nueva:

“d) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:

“El Subsecretario de Redes Asistenciales subrogará al Ministro de Salud en ausencia del Subsecretario titular de Salud Pública.”.

**(4 x 0) Indicación N° 72****Numeral 7)**

- En el inciso segundo del artículo 9° que contiene, suprimir la frase “la Superintendencia de Salud”, y la coma (,) que la precede.

**(4 x 0) Indicación N° 73**

- Agregar al final del inciso tercero del artículo 9°, la siguiente oración, precedida de una coma (,): “pudiendo ejecutar dichas acciones directamente, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, de las entidades que integran el Sistema, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan”.

**(4 x 0) Indicación N° 75**

- Eliminar el inciso cuarto del mismo artículo.

**(4 x 0) Indicación N° 76**

- Sustituir el inciso quinto del artículo 9°, por el siguiente:

“El Subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, en las materias de su

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además, como colaborador del Ministro, coordinará las mencionadas Secretarías Regionales.”.

**(4 x 0) Indicaciones N° 78 y 79**

**Numeral 11)**

- En su encabezamiento, reemplazar por una coma (,) la conjunción “y” escrita antes de la expresión “14 C”, y agregar enseguida de la misma la expresión “y 14 D,”.

**(5 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- Sustituir el número 1 del artículo 14 B que contiene, por el siguiente:

“1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad. Asimismo, adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región, dentro del marco fijado para ello por las autoridades nacionales.”.

**(3 x 1 ) Indicaciones N° 81, 82 y 83**

- Reemplazar el número 4 del mismo artículo 14 B, por el siguiente:

“4.- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada Servicio de Salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

**(3 x 0) Indicaciones N° 86 y 88**

En el ejercicio de estas funciones, coordinará aquellas acciones de promoción y prevención cuya ejecución recaiga en los Servicios de Salud.”.

**(4 x 0) Indicación N° 89**

- Sustituir el número 7 del citado artículo 14 B, por el siguiente:

“7.- Cumplir las acciones de fiscalización y acreditación que señalen la ley y los reglamentos y aquéllas que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.”.

**(3 x 0) Indicación N° 92**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Suprimir del número 9 del artículo 14 B lo que sigue a la denominación "Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, hasta el punto (.) aparte.

**(4 x 0) Indicaciones N° 95 y 96**

- En el inciso primero del artículo 14 C que contiene este numeral, reemplazar la frase "de curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud", por "de carácter asistencial en salud, sin perjuicio de la ejecución de acciones de salud pública conforme al número 4 del artículo anterior".

**(3 x 0) Indicación N° 97**

- Agregar al numeral 11) el siguiente artículo 14 D, nuevo:

"Artículo 14 D.- Los recursos financieros que recauden las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud por concepto de tarifas que cobren por los servicios que presten, cuando corresponda, y por las multas que les corresponda percibir, ingresarán al presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública, la que lo distribuirá entre las referidas Secretarías Regionales."

**(3 x 0) Indicación N° 99****Numeral 13)**

- Sustituir la letra a), por la siguiente:

"a) En el encabezamiento, sustitúyese la frase "la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas", por la siguiente: "la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas".

**(3 x 0) Indicaciones N° 100 y 102**

Numeral 14)

- En el primer inciso del artículo 16 ter que contiene, reemplazar la palabra "sanitarias" por "asistenciales".

**(3 x 0) Indicación N° 110**

- En el inciso segundo del mismo artículo, eliminar la frase "u hospitales de pequeñas localidades", y sustituir la palabra "cubrir" por "atender".

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado e Indicación N° 111**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- En el inciso tercero, suprimir la palabra "espontánea", escrita a continuación del vocablo "programada", así como la coma (,) que figura entre ambas, y agregar la siguiente oración final: "Estos establecimientos pondrán en práctica planes y programas de salud familiar, conforme a las instrucciones generales del Ministerio de Salud."

**(3 x 0) Indicaciones N° 112 y 113**

- Reemplazar el inciso quinto del citado artículo 16 ter, por el siguiente:

"Los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que les prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. Los beneficiarios no podrán cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acrediten, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distintos."

**(3 x 0) Indicación N° 115**

- Incorporar al mismo artículo el siguiente inciso sexto, nuevo:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios públicos del sector salud que sean beneficiarios de la ley N° 18.469, y sus cargas, podrán ser atendidos en el mismo establecimiento asistencial en que desempeñan sus labores, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud."

**(3 x 0) Indicaciones N° 104, 116, 117 y 118**

Numeral 16)

- En el inciso primero del artículo 18 que contiene, sustituir la expresión "a la ley", por "al Título VI de la ley N° 19.882".

**(2 x 1) Indicación N° 121**

- Eliminar el inciso segundo del artículo 18.

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

Numeral 17)

- Reemplazar el inciso cuarto del artículo 18 bis que contiene, por el siguiente:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"El Director deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red."

**(3 x 0) Indicación N° 126**

Numeral 18)

- En su letra b), agregar el siguiente párrafo segundo a la letra a) allí contenida:

"Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los hospitales autogestionados y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la Red, en los términos del artículo 25 B."

**(3 x 0) Indicación N° 127**

- En su letra c), sustituir la palabra "segundo" por "tercero".

**(3 x 0) Indicación N° 128**

- En el encabezado de su letra f), reemplazar la conjunción "y" que sigue a la referencia al literal "p)" por una coma (,); intercalar, a continuación de la referencia al literal "q)", lo siguiente: "r) y s)", y sustituir la referencia final al literal "r)" por otra al literal "t)".

**(5 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En el literal o) contenido en esta letra f), insertar la expresión "declaración de estar", antes de la expresión "fuera de uso".

**(5 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En el primer párrafo del literal p) contenido en la letra f), intercalar, luego de la expresión "funcionarios de su dependencia", la oración "y que no formen parte del personal del Establecimiento de Autogestión en Red, conforme al artículo 25 K", y agregar la siguiente oración final: "La comisión de servicio podrá tener lugar en una ciudad diferente, siempre que el funcionario consienta en ello.", y sustituir la forma verbal "desempeñen" por "desempeñe".

**(2 x 1) Indicación N° 132 y Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En el literal q), reemplazar la frase "conforme lo dispuesto en el artículo 57 de la ley N° 19.378" por "o con establecimientos de atención primaria", y sustituir la coma (,) y la conjunción "y" finales, por un punto (.) aparte.

**(2 x 1) Indicación N° 134**

- Agregar al mismo literal q) el siguiente párrafo segundo, nuevo:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“Los convenios de gestión deberán aprobarse por resolución fundada del Director del Servicio, en la que se consignarán los antecedentes que justifiquen su celebración y los criterios utilizados para elegir a los establecimientos participantes. Los convenios podrán extenderse a otros establecimientos municipales de atención primaria que lo soliciten, siempre que exista disponibilidad presupuestaria para esos fines y que se presenten antecedentes que lo justifiquen desde los puntos de vista económico y sanitario;”.

**(3 x 0) Indicación N° 135**

- Incorporar a continuación los siguientes literales r) y s), nuevos:

“r) Evaluar el cumplimiento de las normas técnicas, planes y programas que imparta el Ministerio de Salud a los establecimientos de atención primaria de salud, y el cumplimiento de las metas fijadas a dichos establecimientos en virtud de los convenios celebrados conforme a la letra anterior y al artículo 57 de la ley N° 19.378. Si el Director del Servicio verificara un incumplimiento grave de las obligaciones señaladas anteriormente, podrá representar tal circunstancia al alcalde respectivo. Asimismo, dicha comunicación será remitida al intendente regional, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 9° de la ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;

**(2 x 1) Indicación N° 136**

s) Elaborar el presupuesto de la Red Asistencial de Salud a su cargo y formular las consideraciones y observaciones que le merezcan los presupuestos de los hospitales autogestionados, y”.

**(3 x 0) Indicación N° 137**

Numeral 19)

- Reemplazarlo por el siguiente:

“19) Intercálanse, a continuación del artículo 21, los siguientes artículos 21 A y 21 B, nuevos:

“Artículo 21 A.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial, en adelante el Consejo de Integración, de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los Hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

El Consejo estará constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

**(4 x 1) Indicaciones N° 140 y 142**

Artículo 21 B.- El nombre de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud será determinado mediante decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud, a proposición del respectivo Director del Servicio de Salud, quien deberá acompañar, para estos efectos, la opinión del Consejo Regional correspondiente."."

**(3 x 0) Indicación N° 143**

Numeral 21)

- En la letra a) del artículo 24 que contiene, incorporar, a continuación de la expresión "ley N° 18.469", la oración "a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos aprobados", antecedida de una coma (,).

**(4 x 0) Indicación N° 144**

- En la letra b) del mismo artículo, sustituir la expresión "Subsecretaría de Redes Asistenciales" por "Subsecretaría de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial".

**(2 x 1 abstención) Indicación N° 145**

- Reemplazar la letra e) del aludido artículo 24, por la siguiente:

"e) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;"

**(3 x 0) Indicación N° 146**

Numeral 22)

- En el inciso segundo del artículo 25 A que contiene, reemplazar la frase "también suscrito por el Ministro de Hacienda", por "suscrito por el Ministro de Salud"; sustituir la coma (,) que sigue a la expresión "requisitos exigidos" por la conjunción "y", y suprimir la oración "y el

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos”.

**(3 x 1) Indicación N° 148**

- Además, siempre en el inciso segundo del artículo 25 A, sustituir la oración final por la siguiente: “los que deberán estar referidos, al menos, al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios, a gestión financiera, gestión de personal, gestión del cuidado e indicadores y estándares fijados en convenios y normas.”, reemplazando por una coma (,) el punto (.) seguido que la precede.

**(3 x 0) Indicaciones N° 149 a 153**

- Insertar el siguiente inciso tercero, nuevo, en el artículo 25 A, pasando los demás incisos a ser cuarto, quinto, sexto y séptimo:

“Estos establecimientos deberán tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios.”.

**(2 x 1) Indicación N° 154**

- En el inciso tercero del artículo 25 A, que pasó a ser inciso cuarto, reemplazar la palabra “dicho” por el artículo “el”.

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- Sustituir el inciso sexto del citado artículo, que pasó a ser inciso séptimo, por el siguiente:

“Los Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley.”.

**(4 x 0) Indicación N° 157**

- Reemplazar el encabezamiento del artículo 25 B, por el siguiente:

“Artículo 25 B.- El Establecimiento, como parte integrante de la Red Asistencial, deberá a lo menos:”.

**(3 x 0) Indicación N° 160**

- En el número 2 del artículo 25 B, intercalar la expresión “la ley y” entre las expresiones “marco de” y “los convenios”.

**(3 x 0) Indicación N° 163**

- En el número 4 del mismo artículo, sustituir la frase final del primer párrafo “o alguno de los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente”, por “los establecimientos de la Red Asistencial

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.”, y reemplazar el segundo párrafo de dicho número, con sus tres numerales, por el siguiente:

“Los Establecimientos de Autogestión en Red que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, formarán parte de una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional coordinada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, conforme a un reglamento del Ministerio de Salud. Para los efectos de lo dispuesto en los números 1 y 2 del inciso primero, deberán sujetarse exclusivamente a las normas que imparta dicho Subsecretario.”.

**(4 x 0) Indicaciones N° 165 y 166**

- En el artículo 25 C que contiene este numeral, agregar al final del segundo inciso, la siguiente oración, nueva: “Deberá ser un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión en salud.”.

**(3 x 1) Indicación N° 173**

- En el inciso tercero del mismo artículo 25 C, intercalar la frase “por lo establecido en la ley y”, antes de la expresión “por los convenios”, y sustituir la frase “la ley antes citada”, por la palabra “ella”.

**(3 x 1) Indicación N° 175**

- Sustituir el inciso cuarto, por los siguientes:

“El convenio de desempeño deberá establecer especialmente directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la Red, como asimismo metas de desempeño presupuestario.

Sin perjuicio de lo establecido en los artículos QUINCUAGESIMO SEPTIMO Y QUINCUAGESIMO OCTAVO de la ley N° 19.882, el Director del Establecimiento será removido por el Director del Servicio de Salud de comprobarse el incumplimiento del convenio de desempeño o falta grave a sus deberes funcionarios. En los casos de remoción se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud, salvo en las situaciones previstas en el inciso cuarto del artículo 25 I.”.

**(3 x 0) Indicaciones N° 176, 177 y 178**

- Eliminar los cuatro primeros incisos del artículo 25 D contenido en este numeral 22).

**(4 x 1) Indicaciones N° 180 y 181**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Sustituir los incisos quinto y sexto del referido artículo 25 D, que pasan a ser incisos primero y segundo, respectivamente, por los siguientes:

"Artículo 25 D.- El Director contará con la asesoría de un Consejo Técnico, el que tendrá por objetivo colaborar en los aspectos de gestión en que el Director requiera su opinión, así como propender a la mejor coordinación de todas las actividades del Establecimiento.

El Consejo será presidido por el Director y estará constituido por representantes de las distintas jefaturas del Establecimiento, conforme lo establezca el reglamento."

**(4 x 1) Indicación N° 184 y Artículo 121 del Reglamento del Senado**

- Suprimir el inciso séptimo del artículo 25 D.

**(3 x 1) Indicación N° 121**

- Reemplazar el artículo 25 E, en este mismo numeral, por el siguiente:

"Artículo 25 E.- La administración superior y control del Establecimiento corresponderán al Director. El Director del Servicio de Salud no podrá interferir en el ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título al Director del Establecimiento, ni alterar sus decisiones. Con todo, podrá solicitar al Director del Establecimiento la información necesaria para el cabal ejercicio de las funciones de éste."

**(4 x 0) Indicación N° 185**

- En el primer párrafo de la letra d) del artículo 25 F que contiene el numeral 22), sustituir la expresión "al Subsecretario de Redes Asistenciales", por la frase "al Director del Servicio de Salud correspondiente, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales con un informe" **(4 x 1)**; intercalar la frase "de ampliación y reparación de la infraestructura,", antes de la frase "de reposición del equipamiento" **(3 x 1)**, y suprimir la oración final "Para estos efectos se requerirá un informe del Servicio de Salud respectivo."

**(4 x 1) Indicaciones N° 188, 190, 191 y 192**

-----

- Intercalar el siguiente párrafo segundo, nuevo, en la misma letra d), pasando los párrafos segundo y tercero actuales a ser tercero y cuarto, respectivamente:

"El Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas y justificando la

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

priorización propuesta. El presupuesto indicará detalladamente el estado del cobro de las prestaciones otorgadas y devengadas.”.

**(3 x 0) Indicación N° 193**

-----

- Reemplazar el párrafo segundo de la citada letra d), que pasó a ser párrafo tercero, por el siguiente:

“El Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante resolución, aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio, a más tardar el 15 de diciembre de cada año, o el siguiente día hábil, si el 15 fuera feriado. Si llegado el último día hábil de diciembre, el Subsecretario no hubiera dictado la resolución, el presupuesto presentado por el Director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley.”.

**Indicaciones N° 194 (4 x 0); N° 195 (5 x 0); N° 196 (3 x 2), y N° 197 (3 x 1)**

- Agregar al final del párrafo tercero de la misma letra, que pasó a ser párrafo cuarto, la siguiente oración: “Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el director del Establecimiento, el Subsecretario deberá indicar los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que deberán reducirse para ajustarse al presupuesto aprobado.”.

**(3 x 1) Indicación N° 200**

- En el primer párrafo de la letra e) del artículo 25 F, eliminar las palabras “en el marco presupuestario” (5 x 0) Indicación N° 201, y sustituir el párrafo segundo por los siguientes.

“El director podrá modificar el presupuesto y los montos determinados en sus glosas.

Dichas modificaciones podrán ser rechazadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo con las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Si el Subsecretario no se pronuncia en el plazo de quince días, contados desde la recepción de la solicitud, ésta se entenderá aceptada.

Copia de todos los actos relativos a las modificaciones presupuestarias deberán ser remitidas al Servicio de Salud correspondiente y a la Dirección de Presupuestos.”.

**(3 x 2) Indicación N° 202**

- En el primer párrafo de la letra f) del artículo 25 F, intercalar la oración “incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

que son concedidas por el Director del Servicio”, luego de la palabra “remuneraciones”.

**(5 x 0) Indicación N° 203**

- En el segundo párrafo de la misma letra f), eliminar la palabra “descentralizado”, escrita a continuación de la expresión “jefe superior de servicio”.

**(5 x 0) Indicación N° 205**

- Agregar al final del tercer párrafo de la letra i) del artículo 25 F, la siguiente oración: “La enajenación de bienes muebles que exceda de siete mil unidades tributarias mensuales requerirá la autorización previa del Director del Servicio de Salud respectivo.”.

**(4 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En el cuarto párrafo de la misma letra i), reemplazar la referencia a la letra “s)”, por otra a la letra “q)”.

**(4 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En la letra k) del artículo 25 F, suprimir la oración “creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud” y la coma (,) que le sigue.

**(4 x 0) Indicación N° 218**

- También en la letra k), intercalar la frase “pertenecientes a su territorio”, a continuación de la expresión “administradoras de salud primaria”.

**(4 x 0) Indicaciones N° 219 y 220**

- Agregar a la misma letra el siguiente párrafo segundo, nuevo:

“Los convenios con entidades que no sean parte de su Red Asistencial deberán contar con la aprobación del Director del Servicio.”.

**(4 x 0) Indicación N° 217**

- En el primer párrafo de la letra l) del artículo 25 F, suprimir la expresión “y de Hacienda” y sustituir la forma verbal “impartan” por “imparta”.

**(4 x 1) Indicación N° 221 y Artículo 121 Reglamento del Senado**

- Intercalar como tercer párrafo de esta letra l), la letra m), sustituida por la que se consigna enseguida, pasando el párrafo tercero a ser cuarto:

“Los profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

menos 22 horas semanales, tendrán preferencia para la celebración de convenios para atender a sus pacientes particulares en el establecimiento, fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada se podrá dar igual preferencia a profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales. Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente, deberán ajustarse al reglamento y a las instrucciones que impartan conjuntamente los Ministerios de Salud y de Hacienda y, en virtud de ellos, sólo los pensionados se podrán destinar a hospitalización.”.

**(3 x 0) Indicaciones N° 225 y 226**

- En el párrafo tercero, que pasó a ser cuarto, reemplazar la frase “la atención de las personas” por las palabras “los convenios”, y la forma verbal “podrá” por “podrán”.

**(5 x 0) Indicación N° 224**

- Como se dijo, la letra m) pasó a ser un párrafo de la letra l).

- La letra n) pasa ser letra m).

- En su párrafo primero, intercalar la frase “y con el Servicio de Salud correspondiente”, a continuación de la expresión Fondo Nacional de Salud”.

**(4 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- Sustituir sus párrafos segundo y tercero, por los siguientes:

“Con el exclusivo objetivo de verificar que los convenios cumplan con el artículo 25 B, el respectivo Director del Servicio de Salud, o el Subsecretario de Redes Asistenciales en el caso de los establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad, deberá aprobarlos previamente, dentro de los quince días siguientes a su recepción. Después de ese plazo, si no se han hecho objeciones fundadas, los convenios se entenderán aprobados.

**(3 x 0) Indicaciones N° 228 y 229**

Las controversias que se originen por el párrafo precedente serán resueltas por el Ministro de Salud.”.

**(5 x 0) Indicación N° 230**

- Las letras o) y p) del artículo 25 F pasan a ser n) y ñ), respectivamente, reemplazadas por las siguientes:

“n) Otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

cual podrá celebrar convenios con los Servicios de Salud, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.

**(3 x 0) Indicación N° 232**

ñ) Ejecutar acciones de salud pública, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial y el Subsecretario de Salud Pública, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.”.

**(3 x 0) Indicaciones N° 232 y 235**

- Las letras q) a v) del artículo 25 F pasan a ser letras o) a t), respectivamente, sin otra enmienda.

- Agregar la siguiente letra u), nueva, al artículo 25 F:

“u) Condonar, total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, con acuerdo del Director del Servicio de Salud respectivo, la diferencia de cargo del afiliado de la ley N° 18.469, de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud.”.

**(4 x 1 abstención) Indicación N° 239**

- Intercalar el siguiente inciso segundo, nuevo, al artículo 25 F, pasando el actual a ser inciso tercero:

“Las inversiones que se financien con recursos propios y que superen las diez mil unidades tributarias mensuales, deberán contar con la autorización del Director del Servicio de Salud respectivo.”.

**(3 x 0) Indicación N° 238**

- Agregar al final del inciso segundo, que pasó a ser tercero, las siguientes oraciones: “Notificada la demanda, deberá ponerla, en el plazo de 48 horas, en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, quien deberá adoptar las medidas administrativas que procedieran y podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio.”.

**(4 x 0) Indicación N° 240**

- Redactar el encabezamiento del artículo 25 G que contiene el numeral 22), en la forma que se expresa a continuación:

“Artículo 25 G.- El Establecimiento estará sujeto a una evaluación anual del Subsecretario de Redes Asistenciales, para verificar el cumplimiento de los estándares determinados por resolución conjunta de los



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Ministerios de Salud y de Hacienda, que incluirán a lo menos las siguientes materias:"

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En la letra a) de dicho artículo 25 G, sustituir las palabras finales "si procediere", por la siguiente oración: "salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad".

**(3 x 0) Indicación N° 242**

- En la letra f) del mismo artículo, reemplazar la preposición "con", escrita antes de la expresión "la red asistencial", por "dentro de"; sustituir la expresión "al director de Servicio" por "del Director del Servicio", y reemplazar la expresión final "si procediere", por la siguiente oración: "salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad", sustituyendo el punto y coma (;) que precede a la conjunción "y", por una coma (,).

**(3 x 0) Indicaciones N° 246 a 248**

- Finalmente, en la letra g) del referido artículo, sustituir la expresión "al director de Servicio" por "del Director del Servicio", y reemplazar la expresión final "si procediere", por la siguiente oración: "salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad".

**(3 x 0) Indicaciones N° 249 y 250**

- Agregar al artículo 25 H que contiene el numeral 22), el siguiente inciso tercero, nuevo:

"Se enviará copia de los informes y estados financieros al Subsecretario de Redes y al Director del Servicio de Salud respectivo."

**(5 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En el inciso cuarto del artículo 25 I que contiene el numeral 22), intercalar la expresión "de Director", entre las palabras "funciones" y "por".

**(4 x 0) Indicación N° 253**

- Sustituir el artículo 25 K que contiene el numeral 22), por el siguiente:

"Artículo 25 K.- Los funcionarios de planta o a contrata que se desempeñen en el Establecimiento a la fecha de otorgamiento de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" permanecerán destinados a éste. Sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Establecimiento, podrá ponerse término a la destinación en el Establecimiento de determinados funcionarios, quienes quedarán a disposición del Servicio de Salud correspondiente.

Los contratos a honorarios vigentes a la fecha indicada continuarán surtiendo sus efectos conforme a las disposiciones contenidas en ellos.”.

**(4 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En la letra c) del artículo 25 L contenido en el mencionado numeral, insertar la expresión “el Subsecretario de Salud Pública o”, antes de la expresión “el Secretario Regional Ministerial”.

**(4 x 0) Indicación N° 255**

- Reemplazar la letra f) del artículo 25 L, por la siguiente:

“f) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;”.

**(4 x 0) Indicación N° 256**

- En la letra i) del artículo 25 L, insertar la frase “la ley de Presupuestos del Sector Público, de”, entre las expresiones “reciba de” y “personas naturales”, y agregar la preposición “con”, antes de la expresión “y los empréstitos”.

**(4 x 0) Indicación N° 257**

- En el artículo 25 M que contiene el numeral 22), suprimir la frase “de bienestar de su personal” y la coma (,) que la precede.

**(4 x 0) Indicación N° 258**

- En el inciso segundo del artículo 25 Ñ que contiene el numeral 22), sustituir la frase “también suscrito por el Ministro de Hacienda”, por “suscrito por el Ministro de Salud”; reemplazar la coma (,) escrita luego de la palabra “exigidos” por la conjunción “y”; eliminar la oración “y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos” **(4 x 1)**, y agregar al final la siguiente oración, anteponiendo una coma (,): “entre los que se deberá contemplar la gestión del personal y la gestión del cuidado”.

**(4 x 0) Indicaciones N° 261 a 263**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- En el inciso tercero del citado artículo 25 Ñ, sustituir la frase "conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda", por "del Ministerio de Salud".

**(2 x 1) Indicación N° 264**

- En el encabezamiento del artículo 25 O que contiene el numeral 22), reemplazar la expresión "del establecimiento", que figura a continuación de la palabra "actividades", por "de éste".

**(3 x 0) Indicación N° 267**

- En el encabezamiento del artículo 25 P que contiene el numeral 22), reemplazar las frases "también será suscrito por el Ministro de Hacienda, deberá regular", por "será suscrito por el Ministro de Salud, regulará", y la preposición "sobre", por "a".

**(2 x 1) Indicación N° 268 y Artículo 121 Reglamento del Senado**

- Sustituir la letra b) del artículo 25 P, por la siguiente:

"b) Administrar eficientemente los recursos asignados;"

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En el artículo 25 Q que contiene el numeral 22), intercalar la frase "de su función o cargo, según corresponda," entre la palabra "remove" y la expresión "al director del establecimiento".

**(3 x 0) Indicación N° 270**

**Numeral 23)**

- Sustituir la letra f) contenida en su literal c), por la siguiente:

"f) Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuera necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628, y".

**(3 x 0) Indicación N° 271**

-----

- Intercalar el siguiente numeral 25), nuevo, pasando los numerales 25) a 32) a ser 26) a 33), respectivamente:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"25) Agrégase, en el inciso tercero del artículo 35, a continuación de la palabra "farmacología", los términos "imagenología, radioterapia, bancos de sangre".

**(4 x 0) Indicación N° 272**

-----

Numeral 25)

Como se dijo, pasó a ser numeral 26).

- En la letra g) que contiene, eliminar la frase "de los bancos de sangre y de los prestadores de imagenología y radioterapia," y sustituir la referencia al número "10" del artículo 4º, por otra, al número "12" del mismo.

**(4 x 0) Indicación N° 271 y Artículo 121 Reglamento del Senado**

**Numeral 32)**

Como se dijo, pasó a ser numeral 33).

- En el número 1 del artículo 66 que contiene, reemplazar la frase "Los profesionales deberán", por "El personal a que se refiere el artículo 64 deberá".

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En el artículo 67 que contiene, reemplazar la palabra "usuarios" por "beneficiarios", y sustituir la oración final "efecto para el cual las asociaciones de funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán un solo representante", por "para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación".

**(3 x 0) Indicación N° 277 y Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En el número 1 del artículo 68 que contiene este numeral, reemplazar la referencia al "artículo 21 A" por otra, al "Capítulo II, Título IV", y la palabra "categoría", las dos veces que allí aparece, por "calidad".

**(3 x 0) Indicación N° 278**

-----

- Intercalar como número 2 nuevo, en el mismo artículo, el siguiente, pasando el actual a ser número 3:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"2.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud de menor complejidad, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título V de la presente ley, esta asignación estará asociada al cumplimiento de los requisitos que establece el artículo 25 P."

**(3 x 0) Indicación N° 279**

-----

- En el número 2 del citado artículo 68, que pasó a ser número 3, sustituir el numeral "dos", que precede a la palabra "factores, por "tres"; reemplazar la palabra "categoría" por "calidad", e intercalar la oración "el cumplimiento de los requisitos exigidos por los establecimientos dependientes de menor complejidad", a continuación de la coma (,) que sigue a la palabra "dependencia".

**(3 x 0) Indicaciones N° 280 y 281**

- En el inciso segundo del artículo 69 que contiene este numeral, sustituir la expresión "clasificación en la categoría", por la palabra "calidad", y agregar la siguiente oración final: "El mismo porcentaje será percibido por los funcionarios de la planta directiva de los establecimientos de menor complejidad que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 25 P de esta ley."

**(3 x 0) Indicaciones N° 282 y 283**

- Reemplazar la letra a) del inciso tercero de dicho artículo, por la siguiente:

"a) Hasta 8% por la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación y que hayan cumplido los requisitos referidos, según el caso, por el total de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio; y".

**(3 x 0) Indicación N° 284**

- En el artículo 70 que contiene este numeral, suprimir la oración "el componente por obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red, de".

**(3 x 0) Indicación N° 285**

- Agregar al último inciso del artículo 72 que contiene este numeral, la siguiente oración final: "Para estos efectos, se considerará la información sobre la dotación de personal, la carga de trabajo y la complejidad en la atención prestada por los establecimientos de salud."

**(3 X 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- En el primer inciso del artículo 76 que contiene este numeral, sustituir la palabra "contratos", por "jornadas".

**(4 x 0) Indicación N° 288**

- Agregar, al final del segundo inciso del mismo, la siguiente oración: "Asimismo, no se considerará base de cálculo de ninguna otra remuneración."

**(3 x 0) Indicación N° 289**

- Agregar al final del último inciso del artículo 77 que contiene este numeral, la siguiente oración: "Asimismo, clasificará los Establecimientos de salud cuyos funcionarios tengan derecho a concursar a esta asignación, acorde al nivel de complejidad señalado en el artículo siguiente."

**(4 x 0) Indicación N° 291**

- Reemplazar el artículo 78 que contiene este numeral, por el siguiente:

"Artículo 78.- Para efecto de la concesión de la asignación de responsabilidad, el número total de cupos a nivel nacional será de 1.259, con un costo anual máximo de \$ 515 millones. La Ley de Presupuestos fijará, para cada Servicio de Salud, el número máximo de beneficiarios y los recursos que se pueden destinar para su pago.

Los cupos máximos por tipo de establecimiento y el valor individual anual de la asignación será el señalado en la tabla siguiente. No obstante, el monto indicado para cada caso, podrá ser aumentado o disminuido hasta un 10%.

Tipo de Establecimiento	Cupos Máximos por Persona	Monto Anual por
Alta Complejidad;	13	\$ 580.000
Hospital Media Complejidad;	9	\$ 374.000
Hospital Baja Complejidad;	2	\$ 212.000
Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS);	2	\$ 212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$ 212.000

La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponde a valores vigentes al 30 de noviembre de 2002, y se

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.

La asignación otorgada se pagará en cuotas mensuales e iguales, la primera de las cuales el primer día hábil del mes siguiente al de la total tramitación de la resolución que la conceda.”.

**(4 x 0) Indicación Nº 292**

- En el artículo 79 que contiene este numeral, reemplazar la expresión “el párrafo final” por “la oración final”, y suprimir la referencia al artículo “72”, así como la coma (,) que la precede.

**(4 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado e Indicación Nº 293**

- Agregar al mismo artículo 79 el siguiente inciso segundo, nuevo:

“A los funcionarios que perciban la asignación de turno establecida en el artículo 72 del decreto ley Nº 2.763, de 1979, y que hayan tenido ausencias injustificadas conforme al artículo 66 de la ley Nº 18.834, se les descontará el monto correspondiente de acuerdo a lo indicado en dicho artículo.”.

**(2 x 1) Indicación Nº 294**

- En el inciso primero del artículo 80 que contiene este numeral, sustituir la denominación “la Subsecretaría de Salud”, por “las Subsecretarías del Ministerio de Salud”, y agregar la siguiente frase final, precedida de una coma (,): “con una ponderación de 33%, 33% y 34%, respectivamente”.

**(4 x 0) Indicación Nº 296**

- Agregar al final del inciso quinto del mismo artículo 80, la siguiente oración: “Asimismo, establecerá las disposiciones necesarias para que los funcionarios dispongan de información oportuna sobre la capacitación a que se refiere este artículo y de los procedimientos para acceder a ella.”.

**(4 x 0) Indicación Nº 297**

- Insertar, también en el citado artículo 80, el siguiente inciso final, nuevo:

“Respecto del personal señalado en este artículo y en el siguiente, no será aplicable lo dispuesto en el artículo 48 de la ley Nº 18.834.”.

**(4 x 0) Indicación Nº 298**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- En el inciso primero del artículo 81 que contiene este numeral, reemplazar la denominación "la Subsecretaría de Salud", por "las Subsecretarías del Ministerio de Salud".

**(4 x 0) Indicación N° 301**

- En el inciso primero del artículo 82 que contiene este numeral, sustituir el porcentaje "50%" por "15%".

**(4 x 0) Indicaciones N° 304 y 305**

**ARTÍCULO 3º**

- Eliminarlo.

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

**ARTÍCULO 4º**

Pasa a ser artículo 3º, con las siguientes enmiendas.

- Insertar el siguiente número 1, nuevo, pasando los actuales números 1 y 2 a ser 2 y 3, respectivamente:

"1.- Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 3º, la expresión "la Subsecretaría" por "las Subsecretarías"."

**(4 x 0) Indicación N° 314**

- En el número 1, que pasó a ser número 2, reemplazar la denominación "la Subsecretaría de Salud", por "las Subsecretarías del Ministerio de Salud".

**(4 x 0) Indicación N° 315**

- En el número 2, que pasó a ser 3, incorporar la siguiente letra a), nueva, pasando las actuales a) y b) a ser letras b) y c), respectivamente:

"a) Sustitúyense, en el inciso primero, los términos "El Subsecretario de Salud" por "Los Subsecretarios del Ministerio de Salud"."

**(4 x 0) Indicación N° 316**

- En la letra a) del mismo número, que pasó a ser letra b), reemplazar la frase "las Subsecretarías de Salud y de Redes Asistenciales", por "las Subsecretarías del Ministerio de Salud".

**(4 x 0) Indicación N° 317**



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**ARTÍCULO 5º**

Pasa a ser artículo 4º, sin otra enmienda.

**ARTÍCULO 6º**

Pasa a ser artículo 5º.

- Insertar la palabra "también", antes de la expresión "podrán acceder".

**(4 x 0) Indicación N° 320**

**ARTÍCULO 7º**

Pasa a ser artículo 6º.

- Sustituir los dos primeros incisos del artículo 2º contenido en este artículo, por los siguientes:

"Artículo 2º.- Corresponderá a la Superintendencia supervigilar y controlar a las Instituciones de Salud Previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen el Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.

Asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en el Régimen de Garantías en Salud y la modalidad de libre elección."

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- Agregar al final del inciso tercero del mismo artículo 2º, precedida de una coma (,), la siguiente oración: "así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación".

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- Suprimir el inciso tercero del artículo 3º contenido en este artículo.

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- En el encabezamiento del artículo 4º contenido en este artículo, intercalar la frase "en conformidad a lo establecido en la ley N° 19.882", a continuación de la expresión "Presidente de la República".

**(3 x 0) Indicación N° 329**

- En el número 2 del inciso segundo del mismo artículo 4º, intercalar las palabras "o provinciales", a continuación del vocable "regionales".

**(3 x 0) Indicación N° 330**

- Agregar al final del epígrafe del Párrafo 1º del Título II contenido en este artículo, lo siguiente: "y del Fondo Nacional de Salud".

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- Incorporar al artículo 5º contenido en este artículo el siguiente inciso segundo, nuevo:

"La Superintendencia ejercerá la supervigilancia y el control del Fondo Nacional de Salud a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud. En relación con la modalidad de libre elección, corresponderá a dicho Intendente velar porque las contribuciones que deban hacer los afiliados para financiar el valor de las prestaciones se ajusten a la ley, al reglamento y demás normas e instrucciones, y por el correcto otorgamiento de los préstamos de salud, teniendo para ello las facultades que establecen los Párrafos 2º y 3º de este Título."

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- Eliminar las dos oraciones iniciales del número 5 del artículo 6º contenido en este artículo, incluido el punto y coma (;), iniciando con mayúscula la palabra "difundir".

**(3 x 0) Indicación N° 332**

- En el número 7 del citado artículo 6º, suprimir la expresión "de las normas", que sigue a la palabra "cumplimiento".

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En el inciso primero del artículo 7º contenido en este artículo, agregar, luego de la denominación "Fondo Nacional de Salud", lo siguiente: "y las Instituciones de Salud Previsional", y reemplazar la palabra "devolverá" por "devolverán".

**(3 x 0) Indicación N° 334**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- Sustituir los incisos segundo y tercero del artículo 8º contenido en este artículo, por el siguiente, pasando el inciso cuarto a ser tercero:

“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.”.

**(3 x 0) Indicación N° 335**

- En el inciso final del artículo 10 contenido en este artículo, reemplazar la palabra “De” por “Contra”.

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- En el número 1 del artículo 12 contenido en este artículo, eliminar la oración final “Asimismo, el Intendente dictará la resolución correspondiente que sancionará la evaluación efectuada por la entidad acreditadora.”.

**(3 x 0) Indicaciones N° 339 y 340**

- Sustituir el número 6 del referido artículo 12, por el siguiente:

“6. 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.”.

**(3 x 0) Indicación N° 343**

- Intercalar un inciso segundo, nuevo, en el artículo 13 contenido en este artículo, del siguiente tenor, pasando el actual inciso segundo a ser tercero:

“El Intendente podrá hacer observaciones al Director del Establecimiento sobre faltas graves en el cumplimiento de las tareas esenciales del organismo, informando al respecto al Director del Servicio de Salud y al Subsecretario de Redes.”.

**(3 x 0) Indicación N° 345**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- En el artículo 15 contenido en este artículo, reemplazar la expresión "del Ministerio" por "de los Ministerios", y la referencia al numeral 11 del artículo 4º, por otra, al numeral 13 del mismo.

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

- Sustituir el inciso primero del artículo 16 contenido en este artículo, por el siguiente:

"Artículo 16.- En caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud por causa imputable a un funcionario, la Superintendencia deberá requerir al Director del Fondo Nacional de Salud para que instruya el correspondiente sumario administrativo, sin perjuicio de las obligaciones que sobre esta materia poseen dicho Director y la Contraloría General de la República."

**(5 x 0) Indicación N° 347**

- Agregar al final del inciso segundo del mismo artículo 16, lo siguiente: "Tratándose de establecimientos de salud privados, se aplicará una multa de hasta 500 unidades de fomento, la que podrá elevarse hasta 1.000 unidades de fomento si hubiera reiteración dentro del plazo de un año. En este último caso, la Superintendencia deberá publicar dicha sanción."

**(5 x 0) Indicación N° 349**

- En el inciso primero del artículo 18 contenido en este artículo, reemplazar la oración "fundamente y por escrito por la entidad que corresponda", por la siguiente: "por la entidad que corresponda, fundadamente y por escrito o por medios electrónicos, a menos que su naturaleza exija o permita otra forma más adecuada de expresión y constancia".

**(3 x 0) Indicación N° 350**

- Agregar al artículo 24 contenido en este artículo el siguiente inciso segundo, nuevo:

"El personal a contrata de la Superintendencia podrá desempeñar funciones de carácter directivo o de jefatura, las que serán asignadas, en cada caso, por el Superintendente. El personal que se asigne a tales funciones no podrá exceder del 5% del personal a contrata de la institución."

**(2 x 1) Indicación N° 351**

-----

- Insertar a continuación los siguientes artículos 7º y 8º, nuevos:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“ARTÍCULO 7º.- La bonificación por retiro establecida en el Título II de la ley N° 19.882 no será aplicable al personal perteneciente a los establecimientos de salud de carácter experimental. Estos personales quedarán adscritos a la normativa establecida en el artículo primero transitorio de la presente ley.

**(4 x 0) Indicación N° 352**

ARTÍCULO 8º.- Modifícase la ley N° 19.378, de la siguiente forma:

a.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 49, entre la frase “Servicios de Salud” y la palabra “correspondientes” la frase “y por intermedio de las municipalidades”.

b.- Incorpórase el siguiente artículo 55 bis, nuevo:

**(4 x 0) Indicación N° 353**

“Artículo 55 bis.- Toda transferencia de recursos públicos dirigida a las entidades administradoras se hará por intermedio de la municipalidad respectiva.”.

-----

**DISPOSICIONES TRANSITORIAS****Artículo primero**

- En el inciso primero, sustituir la expresión “la Subsecretaría” por “las Subsecretarías”; insertar la oración “; así como los funcionarios de los establecimientos de salud de carácter experimental,”, antes de la frase “mayores de sesenta años”, y reemplazar la fecha “31 de diciembre de 2004” por “30 de septiembre de 2005”.

**(4 x 0) Indicaciones N° 356 y 357**

- En el inciso segundo, sustituir la cifra “\$ 270.000” por “\$ 291.728”.

**(4 x 0) Indicaciones N° 358 y 359**

- Sustituir el inciso tercero por los siguientes, pasando los actuales incisos cuarto a sexto a ser incisos quinto a séptimo, respectivamente:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“Para acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Entre dicha data y el 31 de diciembre de 2004, podrán acceder a este beneficio 2.494 funcionarios, privilegiándose aquellos de menores rentas y mayor edad. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio antes del 31 de diciembre de 2004, podrán hacerlo hasta el 30 de septiembre de 2005. Los cupos que no fueran utilizados en el primer periodo de concesión del beneficio, serán acumulables para el período siguiente.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, también podrán acogerse a este beneficio aquellos funcionarios que, excediendo los cupos antes señalados, cumplan con los requisitos o condiciones establecidos en los incisos anteriores y se encuentren inscritos al 30 de septiembre de 2005 en el registro que al efecto establecerá el reglamento. Estos funcionarios accederán a la indemnización entre dicha data y el 31 de diciembre del mismo año.”.

**(3 x 0) Indicación N° 360**

- En el inciso sexto, que pasó a ser séptimo, reemplazar la expresión “el inciso primero” por “este artículo”.

**(4 x 0) Indicación N° 361****Artículo segundo**

- Suprimir, en su encabezamiento, la frase “en forma gradual durante un período de cuatro años,”.

- Intercalar en las letras a), b) y c) del cronograma, las palabras “Por el”, antes del vocablo “año”, y la expresión “Desde el”, antes del término “año” en la letra d) del mismo.

(4 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado

- Agregar el siguiente inciso segundo, nuevo:

“Durante el año 2004, por concepto del componente variable, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.”.

**(4 x 0) Indicación N° 362**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Artículo tercero**

- Agregar al final del inciso segundo, la siguiente oración: "No obstante, en el caso de los funcionarios que tengan nueve o más años de servicio a la fecha de publicación de esta ley, dicho proceso se entenderá aprobado por el solo ministerio de esta ley."

**(4 x 0) Indicación N° 363**

**Artículo cuarto**

- Agregar el siguiente inciso segundo, nuevo:

"Durante el año 2004, por concepto del componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes."

**(4 x 0) Indicación N° 364**

**Artículo quinto**

- Sustituir la expresión "en el número 1" por "en los números 1 y 2".

**(4 x 0) Indicación N° 365**

**Artículo sexto**

- En su encabezamiento, reemplazar la expresión "número 2" por "número 3".

**(4 x 0) Indicación N° 366**

- En la letra a), sustituir la palabra "categoría" por "calidad", e intercalar la oración "y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad", a continuación de las palabras "establecimientos dependientes".

**(4 x 0) Indicación N° 367**

- En la letra b), reemplazar la palabra "categoría" por "calidad", e intercalar la oración "y el cumplimiento de los requisitos exigidos

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

para los establecimientos dependientes de menor complejidad", a continuación de las palabras "establecimientos dependientes".

**(4 x 0) Indicación N° 367**

**Artículo séptimo**

- En su encabezamiento, sustituir las referencias al numeral "1)" y al "2), letra a)", del artículo "4º", por otras, al numeral "2)" y al "3), letra b)", del artículo "3º", respectivamente.

**(4 x 0) Indicación N° 368**

**Artículo octavo**

- Reemplazar, en el inciso primero y en el número 2 del inciso segundo, la referencia a la letra "l) del artículo 3º", por otra, a la letra "j) del Artículo vigesimosegundo transitorio".

**(4 x 0) Indicación N° 369 y Artículo 121 del Reglamento del Senado**

- Agregar el siguiente inciso tercero, nuevo:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, a contar de la fecha de publicación de esta ley, y mientras la asignación de turno a que se refiere este artículo no se aplique en todos sus términos, el tercero y cuarto turnos se continuarán pagando de acuerdo a lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, no aplicándose a su respecto lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979."

**(4 x 0) Indicación N° 370**

**Artículo noveno**

- En el encabezamiento, intercalar la frase "y el monto anual por Establecimiento", a continuación de la expresión "a nivel nacional".

**(4 x 0) Indicación N° 371**

- Agregar el siguiente inciso segundo, nuevo:

"La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre de 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público."



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**(4 x 0) Indicación N° 372****Artículo décimo**

- Sustituir la frase "en enero del año 2004", por "ciento veinte días después de publicada la presente ley".

**(3 x 0) Indicación N° 373**

- Agregar el siguiente inciso segundo, nuevo:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el cumplimiento del plazo que en él se establece, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882."

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado****Artículo undécimo**

- Reemplazarlo por el siguiente:

"Artículo undécimo.- El proceso de acreditación de competencias a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar a contar de ciento ochenta días después de publicada esta ley. Con el resultado de este proceso, que evaluará los factores de experiencia calificada, calificación ponderada y capacitación, se confeccionará el escalafón de mérito que regirá durante el año siguiente.

**(3 x 0) Indicación N° 374**

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el 1° de enero de 2005, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882."

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado****Artículo decimocuarto**

- En el inciso primero, agregar a continuación de la palabra "indican", suprimiendo los dos puntos (:) escritos a continuación de la

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

misma, lo siguiente: "a continuación. Este anticipo no será imputable al incremento de renta que se produzca por efecto de lo dispuesto en el artículo segundo transitorio de esta ley."

**(3 x 0) Indicación N° 376**

- Incorporar el siguiente inciso tercero, nuevo:

"El beneficio establecido en el inciso anterior también se aplicará, por una sola vez, al personal señalado en el artículo 3º, numeral 3, letra b), de esta ley, en las mismas condiciones, plazos, atributos, grados y porcentajes que se establecen en este artículo."

**(3 x 0) Indicación N° 377****Artículo decimoquinto**

- En el inciso final, sustituir la expresión "de esta fecha", por "de esa fecha"; reemplazar la expresión "de esta ley", que figura a continuación de "artículo 68", por la frase "del decreto ley N° 2.763, de 1979"; intercalar a continuación de la referencia al artículo "25 G", la frase "del mismo, que dependan de la gestión del Establecimiento", y sustituir la expresión "el establecimiento", por la palabra "éste".

**(3 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado****Artículo decimosexto**

- Suprimirlo.

**(4 x 0) artículo 121 Reglamento del Senado****Artículo decimoséptimo**

- Pasa a ser decimosexto.

- Agregar el siguiente inciso segundo, nuevo:

"En todo caso, el beneficio establecido en el inciso tercero del artículo decimocuarto transitorio se financiará mediante reasignaciones internas de los presupuestos de las instituciones correspondientes."

**(3 x 0) Indicación N° 378**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Artículo decimoctavo**

- Pasa a ser decimoséptimo.
- Sustituir la expresión "de la ley N° 18.933", por "de las leyes N° 18.469 y N° 18.933".

**(3 x 0) Indicación N° 379**

**Artículo decimonoveno**

- Pasa a ser decimoctavo, reemplazado por el siguiente:

"Artículo decimoctavo.- Las normas de la presente ley entrarán en vigencia el 1 de enero del año 2005, salvo lo dispuesto en el numeral 33) del artículo 1º, en los artículos 3º, 4º, 5º y 7º y en las disposiciones transitorias."

**(3 x 0) Indicación N° 380**

**Artículo vigésimo**

- Pasa a ser decimonoveno, sin otra enmienda.

**Artículo vigesimoprimer**

- Pasa a ser vigésimo.
- Sustituir la referencia al número "11" del artículo 4º, por otra al número "13" del mismo artículo.

**(5 x 0) Artículo 121 Reglamento del Senado**

**Artículo vigesimosegundo**

- Pasa a ser vigesimoprimer, sin otra enmienda.

-----

- Agregar a continuación los siguientes artículos vigesimosegundo y vigesimotercero transitorios:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

“Artículo vigesimosegundo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias:

a) Fijar la planta de personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El encasillamiento en esta planta incluirá sólo a personal proveniente de la Subsecretaría de Salud.

b) Fijar la planta de personal de la Superintendencia de Salud. El encasillamiento en esta planta podrá incluir personal proveniente de la Subsecretaría de Salud, de los Servicios de Salud y de la Superintendencia de Isapres. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de esta última institución.

c) Fijar la planta de la Subsecretaría de Salud Pública. El encasillamiento en esta planta incluirá personal proveniente de la Subsecretaría de Salud y de los Servicios de Salud. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de la Subsecretaría de Salud.

La Subsecretaría de Salud Pública será la continuadora legal de la Subsecretaría de Salud, para todos los efectos legales.

d) Las plantas de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública contendrán, a lo menos, dos cargos de jefe de división cada una.

e) Las áreas funcionales que competarán al Ministerio de Salud a través de las estructuras internas de sus Subsecretarías, estarán asociadas, a lo menos, a redes asistenciales, recursos humanos, planificación y presupuesto, prevención y control de enfermedades, políticas públicas en salud y administración y servicio interno.

f) Para ordenar el traspaso de funcionarios titulares de planta y a contrata entre las instituciones señaladas en las letras a), b) y c) precedentes, sin alterar la calidad jurídica de la designación y sin solución de continuidad, y el traspaso de los recursos que se liberen por este hecho. El traspaso del personal titular de planta, y de los cargos que sirven, se efectuará en el mismo grado que tenían a la fecha del traspaso, salvo que se produzca entre instituciones adscritas a diferentes escalas de sueldos base, caso en el cual se realizará en el grado más cercano al total de remuneraciones que

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

perciba el funcionario traspasado. A contar de esa misma fecha, el cargo del que era titular el funcionario traspasado se entenderá suprimido de pleno derecho en la planta de la institución de origen.

g) Modificar las plantas de los Servicios de Salud que se verán reducidas por el traspaso del personal que cumpla funciones de autoridad sanitaria, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refieren las letras b), c) y f) de este artículo.

h) Establecer las normas complementarias al artículo 13 bis de la ley N° 18.834, respecto de los encasillamientos derivados de las plantas que fije de conformidad con las atribuciones establecidas en este artículo. Asimismo, en el ejercicio de ellas, podrá establecer los requisitos para el desempeño de los cargos, sus denominaciones, los niveles jerárquicos para efectos de la aplicación de la ley N° 19.882, las fechas de vigencia de las plantas, las dotaciones máximas de personal y todas las normas necesarias para la adecuada estructuración y operación de las plantas que fije.

i) El uso de las facultades señaladas en este artículo quedará sujeto a las siguientes restricciones, respecto del personal al que afecte:

-No podrá tener como consecuencia ni podrán ser considerados como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral del personal traspasado y del que no se traspase.

-No podrá significar pérdida del empleo, disminución de remuneraciones, modificación de los derechos estatutarios y previsionales del personal traspasado y del que no se traspase. Tampoco podrá importar cambio de la residencia habitual de los funcionarios fuera de la Región en que estén prestando servicios, salvo con su consentimiento.

-Cualquier diferencia de remuneraciones deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que se absorberá por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Dicha planilla mantendrá la misma impositividad que aquella de las remuneraciones que compensa.

-Los funcionarios encasillados conservarán la asignación de antigüedad que tengan reconocida, como también el tiempo computable para dicho reconocimiento.

-No se podrá modificar la suma de las dotaciones máximas de personal que tienen a la fecha de publicación de esta ley el Ministerio de Salud y las Instituciones y Servicios dependientes o relacionados con éste, sin perjuicio de

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

la creación de los cargos de Subsecretario de Redes Asistenciales, Intendente de Seguros Previsionales de Salud e Intendente de Prestadores de Salud.

j) Establecer el procedimiento para la determinación del monto que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por tres y cuatro personas respectivamente, durante el primer año presupuestario de vigencia.

k) Determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, la que en ningún caso podrá exceder de dos años a contar de la fecha de publicación de esta ley, establecer el destino de sus recursos y el traspaso de su personal, el que deberá efectuarse al Ministerio de Salud. En tanto no se suprima dicho Servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios primero, séptimo y undécimo de esta ley. Asimismo, dichos funcionarios tendrán derecho a los incrementos pecuniarios dispuestos en los artículos transitorios séptimo y decimocuarto de esta ley.

Artículo vigesimotercero.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministerio de Hacienda, conformará el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública, los Servicios de Salud y la Superintendencia de Salud, y traspasará a ellos los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítemes y glosas presupuestarias que sean pertinentes.”.

**(4 x 0) Artículos 121 y 185 del Reglamento del Senado**

-----

En aquellos casos de indicaciones suscritas por varios señores Senadores que fueron retiradas, la Comisión entendió que lo fueron por aquel que se encontraba presente en la sesión respectiva, y que, en lo que respecta a los demás autores, ellas fueron rechazadas, para los efectos de su eventual renovación.

Por último, se hace presente que la Comisión introdujo numerosas correcciones formales menores en el texto del proyecto, tendientes a uniformar, coordinar y adecuar el uso de mayúsculas y minúsculas en los nombres propios y genéricos, a hacer consistente la relación

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

entre el género y el número del sujeto y las formas verbales empleadas, a depurar algunas puntuaciones y a adecuar las referencias a normas jurídicas y estandarizar su forma. Considerando su número y su ninguna influencia en el sentido de las disposiciones, no se consignan en detalle, para no dificultar el trabajo en sala.

-----

## PROYECTO DE LEY:

"ARTÍCULO 1º.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:

1) Sustitúyese el artículo 4º por el siguiente:

"Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones:

1.- Ejercer la rectoría del sector salud, **la cual** comprende, entre otras materias:

a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.

b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.

c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.

d) La coordinación y cooperación internacional en salud.

e) La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas **a la provisión de acciones de salud**, de acuerdo con las políticas fijadas.

2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de **prevención, promoción, fomento**, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

3.- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud.

**La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarios y la sanción a su infracción cuando proceda**, en materias tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, será efectuada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.

La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo dispuesto en la ley N° 19.886, debiendo cumplir la entidad privada, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, el concurso deberá llamarlas en primer orden.

4.- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.

**5.- Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud.** Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628 **y sobre secreto profesional.**

6.- Formular el presupuesto sectorial.

7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, "Sistema AUGE", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, **conformado** por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**9.-** Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

**10.-** Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

**11.- Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.**

**Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.**

**12.- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones.**

**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; los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.**

**La acreditación deberá aplicar iguales estándares a los establecimientos públicos y privados de salud.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**13.- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.**

Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual se reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencias relevantes en un determinado ámbito del trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.

Mediante un reglamento de los Ministerios de Salud y Educación, se determinarán las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades, como asimismo las condiciones generales que aquéllas deberán cumplir con el objetivo de recibir la autorización para ello. El reglamento establecerá, asimismo, las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema y la forma en que las entidades certificadoras deberán dar a conocer lo siguiente: los requisitos mínimos de conocimiento y experiencia que exigirán para cada especialidad o subespecialidad, los procedimientos de examen o verificación de antecedentes que emplearán para otorgar la certificación, los antecedentes respecto del cuerpo de evaluadores que utilizarán, los antecedentes que deberán mantener respecto del proceso de certificación de cada postulante y las características del registro público nacional y regional de los prestadores certificados, que deberá mantener la Superintendencia de Salud.

Las universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras respecto de los alumnos que hayan cumplido con un programa de formación y entrenamiento ofrecido por ellas mismas, si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente.

**14.- Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.**

**15.- Implementar, conforme a la ley,** sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

jurisdiccionales correspondientes. Los sistemas podrán contemplar la intervención de entidades públicas y privadas que cumplan con condiciones técnicas de idoneidad.

**16.- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.**

**17.-** Las demás que le confieran las leyes y reglamentos.”.

**2) Intercálase, a continuación del artículo 4º, el siguiente artículo 4º bis, nuevo:**

**“Artículo 4º bis.- Para el cumplimiento de las funciones señaladas en el artículo anterior, el Ministro de Salud podrá convocar la formación de Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales y representantes de personas jurídicas, del sector público y del privado, de acuerdo a las materias a tratar.**

**La resolución que disponga la creación del Consejo respectivo señalará el plazo de duración en el cargo de los integrantes, el quórum para sesionar y las demás normas necesarias para su funcionamiento.”.**

3) Sustitúyese el artículo 5º por el siguiente:

**"Artículo 5º.- El Ministerio de Salud estará integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales.**

**El Ministerio estará organizado en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.”.**

4) Derógase el inciso final del artículo 6º.

5) Derógase el artículo 7º.

6) En el artículo 8º:

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo por los siguientes:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"Artículo 8°.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema **para la atención integral de las personas** y la regulación de la prestación de **acciones** de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para **distintos tipos de prestaciones** y los estándares de calidad que serán exigibles.

**Para ello, el Subsecretario de Redes propondrá al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema. Le corresponderá, asimismo, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud en todo lo relativo a las redes asistenciales de salud.**

El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, **en las materias de su competencia, y de las** divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda."

b) Modifícase el inciso tercero, que ha pasado a ser **cuarto**, del siguiente modo:

i.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto (.), la conjunción "y".

ii.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción "y" con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).

iii.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.

c) Elimínase el inciso final.

**d) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:**

**"El Subsecretario de Redes Asistenciales subrogará al Ministro de Salud en ausencia del Subsecretario titular de Salud Pública."**

7) Sustitúyese el artículo 9° por el siguiente:

"Artículo 9°.- El Subsecretario de Salud Pública subrogará al Ministro en primer orden, tendrá a su cargo la administración y

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.

En relación con las materias señaladas en el inciso anterior, le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y el Instituto de Salud Pública, e impartirles instrucciones.

Asimismo, administrará el financiamiento previsto para las acciones de salud pública, correspondientes a las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional y aquellas que la ley obligue que sean financiadas por el Estado, independientemente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie, **pudiendo ejecutar dichas acciones directamente, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, de las entidades que integran el Sistema, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.**

**El Subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además, como colaborador del Ministro, coordinará las mencionadas Secretarías Regionales."**

8) Derógase el artículo 10.

9) Deróganse los artículos 11 a 13.

10) En el artículo 14:

a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con la frase "el que deberá" y termina con la palabra "siguientes:", por "sin perjuicio de las oficinas provinciales que pudieran requerirse."

b) Suprímense los literales desde la a) a la j).

11) Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, 14 C **y 14 D**, nuevos:

"Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades certificadas en el ámbito de la salud pública.

Artículo 14 B.- Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud:

**1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad. Asimismo, adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región, dentro del marco fijado para ello por las autoridades nacionales.**

2.- Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones sobre la materia, para lo cual se encontrará dotado de todas las facultades y atribuciones que el Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias sanitarioambientales le confieren, de conformidad con lo previsto en el Artículo 14 C.

3.- Adoptar las medidas sanitarias que correspondan según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias y elaborar informes en materias sanitarias. Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, serán homogéneos para los establecimientos públicos y privados.

**4.- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada Servicio de Salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.**

**En el ejercicio de estas funciones, coordinará aquellas acciones de promoción y prevención cuya ejecución recaiga en los Servicios de Salud.**

5.- Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

6.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

**7.- Cumplir las acciones de fiscalización y acreditación que señalen la ley y los reglamentos y aquéllas que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.**

8.- Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, conforme a lo dispuesto en el artículo 4º de la ley N° 19.813.

9.- Organizar bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

10.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Artículo 14 C.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, todas aquellas materias que corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas **de carácter asistencial en salud, sin perjuicio de la ejecución de acciones de salud pública conforme al número 4 del artículo anterior.**

En relación a las materias que trata este artículo, los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud deberán ajustarse a las normas técnicas y administrativas de carácter general que imparta el Ministerio de Salud, ya sea a nivel nacional o regional.

**Artículo 14 D.- Los recursos financieros que recauden las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud por concepto de tarifas que cobren por los servicios que presten, cuando corresponda, y por las multas que les corresponda percibir, ingresarán al presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública, la que lo distribuirá entre las referidas Secretarías Regionales."**

12) Derógase el artículo 15.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

13) En el artículo 16:

a) **En el encabezamiento, sustitúyese la frase "la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas", por la siguiente: "la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas".**

b) **Sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: "Siete en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente y Servicio de Salud del Ambiente." por el siguiente: "Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente."**

14) Intercálanse, a continuación del artículo 16, los siguientes artículos 16 bis y 16 ter, nuevos:

"Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La red asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

Artículo 16 ter.- La red asistencial de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones **asistenciales** en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios, sean dependientes de municipios, de Servicios de Salud o tengan convenios con éstos, deberán **atender**, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y serán supervisados y coordinados por el Servicio de Salud respectivo.



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población. **Estos establecimientos pondrán en práctica planes y programas de salud familiar, conforme a las instrucciones generales del Ministerio de Salud.**

El establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud con relación a la recolección y tratamiento de datos y a los sistemas de información que deberá mantener.

**Los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que les prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. Los beneficiarios no podrán cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acrediten, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distintos.**

**Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios públicos del sector salud que sean beneficiarios de la ley N° 18.469, y sus cargas, podrán ser atendidos en el mismo establecimiento asistencial en que desempeñan sus labores, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud.”.**

15) Deróganse los incisos segundo y tercero del artículo 17.

16) Sustitúyese el artículo 18 por el siguiente:

"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director seleccionado, designado y evaluado conforme **al Título VI de la ley N° 19.882.”.**

17) Intercálase, a continuación del artículo 18, el siguiente artículo 18 bis, nuevo:

"Artículo 18 bis.- Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención.

Con este objetivo, conforme a la ley N° 19.813, determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria. Sobre esta base se evaluará el desempeño de cada entidad administradora. Para efectos de la determinación de dichas metas, deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo presidido por el Director e integrado por el Director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad, todo ello sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

**El Director deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contradervación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red."**

18) En el artículo 20:

a) Reemplázase el encabezamiento del artículo 20 por el siguiente:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en los Títulos IV y V de este Capítulo, para el desempeño de sus funciones el Director tendrá, entre otras, las siguientes atribuciones:"

b) Sustitúyese la letra a) por la siguiente:

"a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como, asimismo, coordinar, asesorar y controlar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos del Servicio.

**Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los hospitales autogestionados y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la Red, en los términos del artículo 25 B."**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

c) Agrégase el siguiente párrafo **tercero** a la letra h):

"Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo en favor del Fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud."

**d) Sustitúyese la letra m) por la siguiente:**

"m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;"

e) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción "y" y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

f) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o), p), q), **r) y s)**, nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser letra **t)**:

"o) Declarar la exclusión, **declaración de estar** fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación;

p) Disponer, mediante resolución fundada, la comisión de servicios de los funcionarios de su dependencia **y que no formen parte del personal del Establecimiento de Autogestión en Red, conforme al artículo 25 K**, en cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, siempre que dicho establecimiento esté situado en la misma ciudad en que éste se desempeñe. **La comisión de servicio podrá tener lugar en una ciudad diferente, siempre que el funcionario consienta en ello.**

En caso alguno estas comisiones podrán significar el desempeño de funciones de inferior jerarquía a las del cargo o ajenas a los conocimientos que éste requiere, ni podrán importar menoscabo para el funcionario.

Podrá disponerse que dicha comisión sea cumplida en jornadas totales o parciales, así como en días determinados de la semana.

Los funcionarios no podrán ser designados en comisión de servicios durante más de dos años. No obstante, a petición del funcionario y de común acuerdo podrá prorrogarse la comisión por el plazo que convengan las partes.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren.

El funcionario respecto de quien se disponga la comisión de servicios, que estimare que ésta le produce menoscabo podrá solicitar la reposición de la resolución ante el Director. La resolución del Director podrá ser apelada ante el Secretario Regional Ministerial de Salud dentro del término de diez días hábiles contado desde la fecha en que se le comunique dicha resolución o la que deseche la reposición.

Sin perjuicio de lo dispuesto en esta letra, el Director podrá designar en comisión de servicios a los funcionarios conforme a las normas que establece la ley N° 18.834, Estatuto Administrativo;

q) Celebrar convenios de gestión con las respectivas entidades administradoras de salud municipal, **o con establecimientos de atención primaria**, que tengan por objetivo, entre otros, asignar recursos asociados al cumplimiento de metas sanitarias, aumento de la resolutivez de sus establecimientos y mejoramiento de los niveles de satisfacción del usuario. Los referidos convenios deberán contemplar, en general, los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores, medios de verificación y las medidas que se adoptarán en caso de incumplimiento de las obligaciones contraídas.

**Los convenios de gestión deberán aprobarse por resolución fundada del Director del Servicio, en la que se consignarán los antecedentes que justifiquen su celebración y los criterios utilizados para elegir a los establecimientos participantes. Los convenios podrán extenderse a otros establecimientos municipales de atención primaria que lo soliciten, siempre que exista disponibilidad presupuestaria para esos fines y que se presenten antecedentes que lo justifiquen desde los puntos de vista económico y sanitario;**

r) **Evaluar el cumplimiento de las normas técnicas, planes y programas que imparta el Ministerio de Salud a los establecimientos de atención primaria de salud, y el cumplimiento de las metas fijadas a dichos establecimientos en virtud de los convenios celebrados conforme a la letra anterior y al artículo 57 de la ley N° 19.378. Si el Director del Servicio verificara un incumplimiento grave de las obligaciones señaladas anteriormente, podrá representar tal circunstancia al alcalde respectivo. Asimismo, dicha comunicación será remitida al intendente regional, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 9° de la ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**s) Elaborar el presupuesto de la Red Asistencial de Salud a su cargo y formular las consideraciones y observaciones que le merezcan los presupuestos de los hospitales autogestionados, y".**

**19) Intercálanse, a continuación del artículo 21, los siguientes artículos 21 A y 21 B, nuevos:**

**"Artículo 21 A.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial, en adelante el Consejo de Integración, de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los Hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.**

**El Consejo estará constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.**

**Artículo 21 B.- El nombre de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud será determinado mediante decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud, a proposición del respectivo Director del Servicio de Salud, quien deberá acompañar, para estos efectos, la opinión del Consejo Regional correspondiente."**

20) Sustitúyese, en el artículo 23, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

21) Sustitúyese el artículo 24 por el siguiente:

"Artículo 24.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:

a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469, **a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos aprobados;**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

b) Con los fondos que ponga a su disposición la **Subsecretaría de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial** para la ejecución de acciones de salud pública;

c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;

**e) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;**

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios."

22) Intercálanse, a continuación del artículo 25, los siguientes Títulos IV y V, nuevos:

"TITULO IV  
DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTION EN RED

Párrafo I

DE LA CREACION Y FUNCIONES

Artículo 25 A.- Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala este título, si cumplen los requisitos que se determinen en el reglamento a que se refiere el inciso siguiente.

**Un reglamento, que será suscrito por el Ministro de Salud, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de dicha calidad y el proceso de evaluación del cumplimiento de los**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir,** los que deberán estar referidos, al menos, al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios, a gestión financiera, gestión de personal, gestión del cuidado e indicadores y estándares fijados en convenios y normas.

Estos establecimientos deberán tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios.

Mediante resolución fundada conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerá la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" a aquellos que cumplan los requisitos señalados en **el** reglamento, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme al inciso primero.

Los establecimientos que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N° 18.575 y a las normas de la presente ley.

No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 25 L y 25 M.

**Los Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley.**

**Artículo 25 B.- El Establecimiento, como parte integrante de la Red Asistencial, deberá a lo menos:**

1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el director del Servicio de Salud respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red Asistencial;
2. Atender beneficiarios de la ley N° 18.469 y la ley N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de **la ley y** los convenios correspondientes;

3. Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales;

4. Entregar información estadística y de atención de pacientes que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud, la Superintendencia de Salud, **los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.**

**Los Establecimientos de Autogestión en Red que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, formarán parte de una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional coordinada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, conforme a un reglamento del Ministerio de Salud. Para los efectos de lo dispuesto en los números 1 y 2 del inciso primero, deberán sujetarse exclusivamente a las normas que imparta dicho Subsecretario.**

Artículo 25 C.- El Establecimiento estará a cargo de un Director, el que corresponderá al segundo nivel jerárquico del Servicio de Salud para los efectos del ARTÍCULO TRIGESIMO SEPTIMO de la ley N° 19.882. Tendrá las atribuciones a que se refieren los artículos 25 E y 25 F.

El cargo de Director de Establecimiento deberá ser servido en jornada completa de 44 horas semanales y remunerado conforme al sistema del decreto ley N° 249, de 1974, y sus normas complementarias, según el grado de la escala en que se encuentre ubicado el cargo en la respectiva planta de personal. **Deberá ser un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión en salud.**

Los mecanismos y procedimientos de coordinación y relación entre el Director del Establecimiento y el Director del Servicio de Salud correspondiente se regirán **por lo establecido en la ley y** por los convenios de desempeño que se celebren de conformidad con **ella.**

**El convenio de desempeño deberá establecer especialmente directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la Red, como asimismo metas de desempeño presupuestario.**



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Sin perjuicio de lo establecido en los artículos QUINCUAGESIMO SEPTIMO Y QUINCUAGESIMO OCTAVO de la ley N° 19.882, el Director del Establecimiento será removido por el Director del Servicio de Salud de comprobarse el incumplimiento del convenio de desempeño o falta grave a sus deberes funcionarios. En los casos de remoción se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud, salvo en las situaciones previstas en el inciso cuarto del artículo 25 I.**

**Artículo 25 D.- El Director contará con la asesoría de un Consejo Técnico, el que tendrá por objetivo colaborar en los aspectos de gestión en que el Director requiera su opinión, así como propender a la mejor coordinación de todas las actividades del Establecimiento.**

**El Consejo será presidido por el Director y estará constituido por representantes de las distintas jefaturas del Establecimiento, conforme lo establezca el reglamento.**

**Artículo 25 E.- La administración superior y control del Establecimiento corresponderán al Director. El Director del Servicio de Salud no podrá interferir en el ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título al Director del Establecimiento, ni alterar sus decisiones. Con todo, podrá solicitar al Director del Establecimiento la información necesaria para el cabal ejercicio de las funciones de éste.**

Artículo 25 F.- En el Director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente Establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento.
- b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento.
- c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y la demás normativa vigente.
- d) Elaborar y presentar **al Director del Servicio de Salud correspondiente, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales con un informe**, el proyecto de presupuesto del Establecimiento, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones, conforme a las necesidades **de ampliación y reparación de la infraestructura**, de reposición del equipamiento de éste y a las políticas del Ministerio de Salud.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**El Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas y justificando la priorización propuesta. El presupuesto indicará detalladamente el estado del cobro de las prestaciones otorgadas y devengadas.**

**El Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante resolución, aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio, a más tardar el 15 de diciembre de cada año, o el siguiente día hábil, si el 15 fuera feriado. Si llegado el último día hábil de diciembre, el Subsecretario no hubiera dictado la resolución, el presupuesto presentado por el Director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley.**

En cada uno de los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley N° 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto. **Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el Director del Establecimiento, el Subsecretario deberá indicar los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que deberán reducirse para ajustarse al presupuesto aprobado.**

e) Ejecutar el presupuesto y el plan anual del Establecimiento, de acuerdo con las normas relativas a la Administración Financiera del Estado.

**El Director podrá modificar el presupuesto y los montos determinados en sus glosas.**

**Dichas modificaciones podrán ser rechazadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo con las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Si el Subsecretario no se pronuncia en el plazo de quince días, contados desde la recepción de la solicitud, ésta se entenderá aceptada.**

**Copia de todos los actos relativos a las modificaciones presupuestarias deberán ser remitidas al Servicio de Salud correspondiente y a la Dirección de Presupuestos.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

f) Ejercer las funciones de administración del personal destinado al Establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones **incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director del Servicio**, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el reglamento.

Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios, el Director del Establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio.

Un reglamento, emitido a través del Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, establecerá las normas necesarias para ejercer las funciones de que trata el presente literal.

g) Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aún cuando sean propias o habituales del Establecimiento.

El gasto por los contratos señalados en esta letra no podrá exceder el 20% del total del presupuesto asignado al Establecimiento respectivo.

h) Celebrar contratos regidos por la ley N° 18.803.

i) Ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorpóreas que hayan sido asignadas o afectadas al Establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.

Las transacciones a que se refiere el párrafo anterior deberán ser aprobadas por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas de los decretos leyes N° 1.056, de 1975, o N° 1.939, de 1977. **La enajenación de bienes muebles que exceda de siete mil unidades tributarias mensuales requerirá la autorización previa del Director del Servicio de Salud respectivo.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Asimismo, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra **q)**, podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas.

j) Celebrar convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 36, del Ministerio de Salud, de 1980.

k) Celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental y con entidades administradoras de salud primaria **pertenecientes a su territorio**, en los que se podrán proveer todos los recursos necesarios para la ejecución del convenio, mediante la destinación de funcionarios a prestar colaboración en éste, el traspaso de fondos presupuestarios u otras modalidades adecuadas a su naturaleza. En particular, podrá estipularse el aporte de medicamentos, insumos y otros bienes fungibles de propiedad del Establecimiento. Los bienes inmuebles, equipos e instrumentos podrán cederse en comodato o a otro título no traslativo de dominio, y serán restituidos a su terminación.

**Los convenios con entidades que no sean parte de su Red Asistencial deberán contar con la aprobación del Director del Servicio.**

l) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objetivo de otorgar prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que imparta para estos efectos el Ministerio de Salud.

Los convenios con las Instituciones de Salud Previsional deberán considerar el pago directo e íntegro a los Establecimientos del valor total de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios. Dichas entidades podrán repetir en contra del afiliado correspondiente el monto que exceda de lo que les corresponda pagar conforme al plan de salud convenido.

**Los profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales, tendrán preferencia para la celebración de convenios para atender a sus pacientes particulares en el Establecimiento, fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada se podrá dar igual preferencia a profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales. Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente, deberán ajustarse al reglamento y a las instrucciones que impartan conjuntamente los Ministerios de Salud y de Hacienda y, en virtud de ellos, sólo los pensionados se podrán destinar a hospitalización.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

En todo caso, **los convenios** a que se refiere esta letra no **podrán** significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios.

**m)** Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud **y con el Servicio de Salud correspondiente** por las prestaciones que otorgue el Establecimiento a los beneficiarios de la ley N° 18.469 en la Modalidad de Atención Institucional. En el caso de la Modalidad de Libre Elección, se aplicarán las normas generales de la ley N° 18.469.

**Con el exclusivo objetivo de verificar que los convenios cumplan con el artículo 25 B, el respectivo Director del Servicio de Salud, o el Subsecretario de Redes Asistenciales en el caso de los establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad, deberá aprobarlos previamente, dentro de los quince días siguientes a su recepción. Después de ese plazo, si no se han hecho objeciones fundadas, los convenios se entenderán aprobados.**

**Las controversias que se originen por el párrafo precedente serán resueltas por el Ministro de Salud.**

**n)** Otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con los Servicios de Salud, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.

**ñ)** Ejecutar acciones de salud pública, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial y el Subsecretario de Salud Pública, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.

**o)** Establecer en forma autónoma un Arancel para la atención de personas no beneficiarias de la ley N° 18.469, el cual en ningún caso podrá ser inferior al Arancel a que se refiere el artículo 28 de dicha ley.

**p)** Realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización expresa del Ministerio de Hacienda.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- q)** Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso y dar de baja los bienes muebles del Establecimiento, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación.
- r)** Delegar, bajo su responsabilidad, y de conformidad con lo establecido en la ley N° 18.575, atribuciones y facultades en los funcionarios de su dependencia.
- s)** Conferir mandatos en asuntos determinados.
- t)** Desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y reglamentos.
- u)** **Condonar, total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, con acuerdo del Director del Servicio de Salud respectivo, la diferencia de cargo del afiliado de la ley N° 18.469, de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud.**

**Las inversiones que se financien con recursos propios y que superen las diez mil unidades tributarias mensuales, deberán contar con la autorización del Director del Servicio de Salud respectivo.**

Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo. **Notificada la demanda, deberá ponerla, en el plazo de 48 horas, en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, quien deberá adoptar las medidas administrativas que procedieran y podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio.**

**Artículo 25 G.- El Establecimiento estará sujeto a una evaluación anual del Subsecretario de Redes Asistenciales, para verificar el cumplimiento de los estándares determinados por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que incluirán a lo menos las siguientes materias:**

- a) Cumplir las obligaciones que establece el artículo 25 B, para lo que se requerirá un informe al Director del Servicio de Salud correspondiente, **salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad;**
- b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- c) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de cuenta pública a la comunidad, entre otras;
- d) Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días;
- e) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios;
- f) Lograr una articulación adecuada **dentro de** la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe **del Director del Servicio** de Salud correspondiente, **salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad**, y
- g) Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieran convenido con el Director del Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, para lo que se requerirá un informe **del Director del Servicio** de Salud correspondiente, **salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad**.

Artículo 25 H.- El Establecimiento deberá efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Sin perjuicio de lo anterior y de las respectivas normas de contabilidad gubernamental, el Establecimiento deberá elaborar estados financieros trimestrales en la forma que defina el reglamento.

**Se enviará copia de los informes y estados financieros al Subsecretario de Redes y al Director del Servicio de Salud respectivo.**

Artículo 25 I.- Detectado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud respectivo o el Superintendente de Salud el incumplimiento de los estándares señalados en el artículo 25 G, el Subsecretario representará al Director del Establecimiento la situación y le otorgará un plazo de 15 días hábiles, el que podrá ser prorrogado por una sola vez, para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia.

---

**SEGUNDO INFORME COMISION SALUD**

La Subsecretaría, conjuntamente con la Dirección de Presupuestos, dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia, ya sea aprobándolo o rechazándolo.

Si la Subsecretaría aprueba el Plan presentado, éste deberá ejecutarse en el plazo que acuerden, el que no podrá exceder de ciento veinte días. Al cabo de este plazo, deberá evaluarse si se subsanaron los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación.

La no presentación del Plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento el cual, en estos casos, cesará en sus funciones **de Director** por el solo ministerio de la ley. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo Establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley.

Artículo 25 J.- Mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, se regulará la forma en que la población usuaria del Establecimiento podrá manifestar sus peticiones, críticas y sugerencias.



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Párrafo II  
NORMAS ESPECIALES DE PERSONAL

Artículo 25 K.- Los funcionarios de planta o a contrata que se desempeñen en el Establecimiento a la fecha de otorgamiento de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" permanecerán destinados a éste. Sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del Establecimiento, podrá ponerse término a la destinación en el Establecimiento de determinados funcionarios, quienes quedarán a disposición del Servicio de Salud correspondiente.

Los contratos a honorarios vigentes a la fecha indicada continuarán surtiendo sus efectos conforme a las disposiciones contenidas en ellos.

Párrafo III  
DE LOS RECURSOS Y BIENES DEL ESTABLECIMIENTO

Artículo 25 L.- El Establecimiento, para el desarrollo de sus funciones, contará con los siguientes recursos:

- a) Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N° 18.469;
- b) Con aquellos pagos que le efectúe el Servicio de Salud respectivo por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N° 18.469;
- c) Con aquellos pagos que le efectúe **el Subsecretario de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial** por la ejecución de acciones de salud pública;
- d) Con los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijados en aranceles, convenios u otras fuentes;
- e) Con los frutos que produzcan los bienes destinados a su funcionamiento y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes;
- f) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- g) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones y otros recursos que le corresponda percibir;
- h) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios; e
- i) Con los aportes, transferencias, subvenciones que reciba de **la ley de Presupuestos del Sector Público, de** personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras y **con** los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.

Artículo 25 M.- El Establecimiento tendrá el uso, goce y disposición exclusivos de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, que se encuentren destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de "Establecimiento de Autogestión en Red", y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título.

En el plazo de un año, contado de la fecha señalada en el inciso anterior, mediante una o más resoluciones del Subsecretario de Redes Asistenciales, se individualizarán los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Servicio de Salud que se destinen al funcionamiento del Establecimiento.

Los bienes señalados en este artículo, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios y administrativos, gozan de inembargabilidad.

## Párrafo IV

## DE LAS CONTIENDAS DE COMPETENCIA

Artículo 25 N.- Las contiendas de competencia que surjan entre los Directores de los Servicios de Salud y los Directores de los "Establecimientos de Autogestión en Red", serán resueltas por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

## TITULO V

## DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MENOR COMPLEJIDAD

Artículo 25 Ñ.- Los Establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan menor complejidad

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, tendrán las atribuciones que señala este título si cumplen los requisitos que se determinen conforme al artículo 25 P.

**Un reglamento, que será suscrito por el Ministro de Salud, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de las atribuciones y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir,** entre los que se deberá contemplar la gestión del personal y la gestión del cuidado.

Mediante resolución fundada **del Ministerio de Salud**, se reconocerán los Establecimientos que cumplan los estándares señalados, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme al inciso primero.

**Artículo 25 O.- Al Director del Establecimiento corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades de éste para que ellas se desarrollen de modo regular y eficiente, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones:**

- a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento;
- b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento;
- c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y la demás normativa vigente;
- d) Presentar anualmente al Director del Servicio el proyecto de presupuesto del Establecimiento y ejecutarlo una vez aprobado, de acuerdo a las normas vigentes sobre la materia;
- e) Estudiar y presentar al Director del Servicio, iniciativas y proyectos con sus respectivos análisis y antecedentes, que tiendan a ampliar o mejorar las acciones de salud, indicando sus fuentes de financiamiento;
- f) En materias de personal, el Director podrá:
  - designar suplentes;

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- contratar personal, siempre que no implique aumento de la dotación del Establecimiento;
- aceptar renunciaciones voluntarias, con excepción de las presentadas por funcionarios de la exclusiva confianza del Presidente de la República;
- designar funcionarios en comisiones de servicios y cometidos funcionales;
- destinar funcionarios dentro del mismo Establecimiento o a otros dependientes del Servicio;
- autorizar, conceder o reconocer feriados; permisos con o sin goce de remuneraciones dentro del país; licencias por enfermedad, reposos preventivos o maternales; y reconocer, prorrogar y poner término a asignaciones familiares y prenatales;
- ordenar la instrucción de investigaciones sumarias y sumarios administrativos; aplicar medidas disciplinarias, inclusive la suspensión de funciones; absolver, sobreseer y resolver sobre todas las materias relacionadas con esos procedimientos;
- declarar accidentes en actos de servicio, y

g) Desempeñar las demás funciones y atribuciones específicas que le deleguen o encomienden el Director del Servicio y el reglamento.

Artículo 25 P.- Un reglamento, que **será suscrito por el Ministro de Salud, regulará** los requisitos que deberá cumplir el Establecimiento, los que se referirán a las siguientes materias, a lo menos:

a) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;

**b) Administrar eficientemente los recursos asignados;**

c) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios, y

d) Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial.

Artículo 25 Q.- El Establecimiento será evaluado anualmente por el Director del Servicio de Salud respectivo, en la mantención del cumplimiento de los estándares señalados en el artículo anterior. En caso de que no fuere satisfactoria, se deberá remover **de su función o cargo, según corresponda**, al Director del Establecimiento. Asimismo, en tanto no se reestablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo Establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley."

23) En el inciso primero del artículo 27:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

a) Agrégase, en la letra a), a continuación de la palabra "ley" y antes del punto y coma (;), la siguiente frase: "y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo".

b) Suprímese, en la letra d), la conjunción "y", con que finaliza.

c) Intercálanse, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):

"e) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley;

**f) Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuera necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628, y".**

24) Sustitúyese, en el inciso segundo del artículo 31, el numeral "28" por el numeral "31".

**25) Agrégase, en el inciso tercero del artículo 35, a continuación de la palabra "farmacología", los términos "imagenología, radioterapia, bancos de sangre".**

**26)** En el artículo 37, incorpórase la siguiente letra g), nueva:

"g) Fiscalizar el cumplimiento de normas de calidad y acreditación de los laboratorios señalados en la letra a) precedente, conforme al reglamento a que se refiere el número **12** del artículo 4º, y las que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio."

**27)** En el artículo 39:

a) Sustitúyese, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".

b) Sustitúyese la letra l) por la siguiente:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

"l) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575."

c) Agrégase la siguiente letra m), nueva, pasando las actuales letras m) y n) a ser letras n) y ñ), respectivamente:

"m) Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;"

**28)** Sustitúyese, en el artículo 40, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

**29)** Sustitúyese el artículo 42 por el siguiente:

"Artículo 42.- La estructura y organización interna del Instituto se determinarán conforme a lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes."

**30)** En el artículo 50:

a) Sustitúyese, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".

b) Reemplázase la letra f) por la siguiente:

"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575."

**31)** Sustitúyese el artículo 51 por el siguiente:

"Artículo 51.- La estructura y organización interna de la Central se determinarán conforme a lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes."

**32)** Sustitúyense, en el inciso segundo del artículo 52, las letras a) y b) por las siguientes:

"a) El Subsecretario de Redes Asistenciales, o su representante, quien la presidirá;

b) Un representante del Ministro de Salud;"

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**33)** En el capítulo VI:

a) Intercálase, entre el epígrafe del capítulo y el artículo 56, lo siguiente:

**"TÍTULO I****Normas Generales"**

b) Intercálanse, a continuación del artículo 60, los siguientes Títulos II, III, IV, V, VI, VII y VIII, nuevos, pasando los actuales artículos 61 y 62 a ser 84 y 85, respectivamente.

**"TÍTULO II****De la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo**

Artículo 61.- Establécese, para el personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos, sea de planta o a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente base y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 62.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente base ascenderá al 5,5% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente variable será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 63.- Para efectos de otorgar el componente variable de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo señalada en los artículos precedentes, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- El Ministerio de Salud fijará, antes del 10 de septiembre de cada año, las metas sanitarias nacionales para el año siguiente y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de cada uno de los Servicios de Salud.

2.- Conforme al marco señalado en el número anterior, el Director de cada Servicio de Salud determinará para cada uno de sus Establecimientos, incluida la Dirección del Servicio, las metas específicas y los indicadores de actividad.

3.- Para efectos de la determinación de las metas, el respectivo Director de Servicio deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo, presidido por dicha autoridad e integrado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud, por los Directores de establecimientos de salud del Servicio, por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de técnicos tenga mayor representación y por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de administrativos y auxiliares tenga, en su conjunto, mayor representación, en el respectivo Servicio de Salud; sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

4.- En relación con dichas metas específicas, se evaluará el desempeño de cada Establecimiento.

5.- La evaluación del nivel de cumplimiento de las metas fijadas a cada Establecimiento se efectuará por el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, en el plazo que señale el reglamento, a partir de la información proporcionada por los Servicios de Salud y por los propios Establecimientos, la que deberá ser entregada por dichas entidades a la señalada autoridad, a más tardar, el 31 de enero de cada año. La resolución que dicte el Secretario Regional Ministerial de Salud será apelable ante el Ministro de Salud en el plazo de diez días, contado desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la resolución por carta certificada dirigida al domicilio del Servicio de Salud correspondiente.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los procedimientos destinados a la definición y evaluación del grado de cumplimiento de las metas anuales, los plazos que deberán cumplirse durante el proceso de evaluación, el mecanismo para determinar las asociaciones de



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

funcionarios con mayor representatividad y sus representantes, y las demás disposiciones necesarias para el otorgamiento de esta asignación.

## TÍTULO III

## De la Asignación de Acreditación Individual y Estímulo al Desempeño Colectivo

Artículo 64.- Establécese, para el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de planta o a contrata, de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, y para el personal de la planta de directivos de carrera ubicados entre los grados 17º y 11º, ambos inclusive, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 65.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2º de la ley N° 19.699.

El componente de acreditación individual ascenderá a un máximo de 5,5%, conforme a los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 66.- Para efectos de otorgar el componente de acreditación individual, se aplicarán las reglas siguientes:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

1.- **El personal a que se refiere el artículo 64 deberá** participar en el proceso de acreditación cada tres años, el que consistirá en la evaluación de las actividades de capacitación que sean pertinentes al mejoramiento de la gestión de los organismos y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios. Para estos efectos, el respectivo Servicio de Salud deberá disponer, al menos una vez al año, para quienes cumplan el respectivo período, de todas las medidas necesarias para implementar dicho proceso.

2.- Accederán al beneficio los funcionarios que hubieren aprobado el proceso de acreditación.

3.- El monto del componente de acreditación individual dependerá de los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, según la siguiente tabla:

Hasta 3 años	3%
Más de 3 años y hasta 6 años	5%
Más de 6 años y hasta 9 años	5,5%

4.- Para los funcionarios que tengan más de nueve años de servicio, la asignación pasará a ser permanente, con un porcentaje igual al de la última acreditación que hayan aprobado.

5.- En caso de que un funcionario no apruebe uno de los procesos de acreditación, no accederá al incremento del componente, pero mantendrá el porcentaje obtenido por las acreditaciones anteriores.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo, la periodicidad y las demás disposiciones necesarias para la implementación del procedimiento de acreditación y el otorgamiento del componente de acreditación individual.

Artículo 67.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los **beneficiarios**, de la asignación señalada en el artículo 64, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63, **para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación.**

## TÍTULO IV

De la Asignación de Estímulo a la Función Directiva

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo 68.- Establécese, para el personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de estímulo que se regirá por las siguientes normas:

1.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud que, conforme a lo señalado en el **Capítulo II, Título IV** de la presente ley, pueden optar a la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente a la obtención por parte del Establecimiento de la **calidad** mencionada.

**2.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud de menor complejidad, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título V de la presente ley, esta asignación estará asociada al cumplimiento de los requisitos que establece el artículo 25 P.**

**3.-** Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a **tres** factores: la obtención de la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia, **el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad** y el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso primero, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 69.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la Planta Directiva por concepto de asignación de estímulo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185 y, cuando corresponda, la asignación de responsabilidad superior otorgada por el decreto ley N° 1.770, de 1977, y la asignación del artículo 2° de la ley N° 19.699.

Esta asignación será de 11% sobre la base señalada en el inciso primero, para aquellos funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red". **El mismo porcentaje será percibido por los**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**funcionarios de la planta directiva de los establecimientos de menor complejidad que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 25 P de esta ley.**

Para el personal directivo que se desempeñe en la Dirección de los Servicios de Salud, la asignación corresponderá a 11% de la base de cálculo señalada en el inciso primero, conforme a la siguiente distribución:

**a) Hasta 8% por la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación y que hayan cumplido los requisitos referidos, según el caso, por el total de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio; y**

b) Hasta 3% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813. En este caso, el porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 3% por el cociente resultante de dividir el número de entidades y/o establecimientos que efectivamente hayan cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, por el total de entidades administradoras y/o sus establecimientos, ubicados en el territorio jurisdiccional del Servicio.

Artículo 70.- Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo y las demás disposiciones necesarias para otorgar la asignación señalada en el artículo 68.

Artículo 71.- Las asignaciones señaladas en los artículos 61, 64 y 68, se pagarán en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto por pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos precedentemente.

Estas asignaciones tendrán carácter de imponibles para fines de previsión y salud. Para determinar las imposiciones e impuestos a que se encuentren afectas, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las imposiciones se

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de imponibilidad.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

## TÍTULO V

## De la Asignación de Turno

Artículo 72.- Establécese una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta doce horas, mediante turnos rotativos. Estos turnos podrán comprender un número de horas superior a la jornada ordinaria de trabajo del funcionario.

Dicha asignación estará destinada a retribuir pecuniariamente al referido personal el desempeño de jornadas de trabajo en horarios total o parcialmente diferentes de la jornada ordinaria establecida en el artículo 59 de la ley N° 18.834, incluso en horario nocturno y en días sábados, domingos y festivos, acorde con las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

La Ley de Presupuestos, respecto de cada Servicio de Salud, expresará el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y por tres funcionarios, separadamente. **Para estos efectos, se considerará la información sobre la dotación de personal, la carga de trabajo y la complejidad en la atención prestada por los establecimientos de salud.**

Artículo 73.- Esta asignación será imponible sólo para efectos de pensiones y de salud y será incompatible con la asignación establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

El personal que labora en el sistema de turno de que trata este Título no podrá desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el Director del Establecimiento respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 60 de la ley N° 18.834.

Artículo 74.- Para tener derecho a la asignación de turno, los funcionarios deberán estar formalmente destinados a prestar servicios en los puestos de trabajo cuya jornada sea ininterrumpida, a través de resoluciones anuales del Director del Establecimiento de salud correspondiente.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Esta asignación se percibirá mientras el trabajador se encuentre en funciones en los puestos de trabajo mencionados, e integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro o tres funcionarios, manteniendo el derecho a percibirla durante los períodos de ausencia con goce de remuneraciones originados por permisos, licencias y feriado legal. Asimismo, será considerada como estipendio de carácter general y permanente, para efectos del inciso tercero del artículo 21 de la ley N° 19.429.

Artículo 75.- Las horas extraordinarias que, en virtud de lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, puedan percibir los funcionarios de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, cualquiera que sea el motivo de su origen, no constituirán remuneración permanente para ningún efecto legal. En consecuencia, no se percibirán durante los feriados, licencias y permisos con goce de remuneraciones.

## TÍTULO VI

## De la Asignación de Responsabilidad

Artículo 76.- Establécese una asignación de responsabilidad para el personal de la planta de profesionales, de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, con **jornadas** de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

Esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público. **Asimismo, no se considerará base de cálculo de ninguna otra remuneración.**

Durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de Jefe Directo para los efectos previstos en el Párrafo 3 del Título II de la ley N° 18.834.

Artículo 77.- Esta asignación se otorgará conforme a las reglas siguientes:

1.- El número de cupos por Establecimiento es el determinado en el artículo siguiente.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

2.- Para los efectos de realizar el o los concursos correspondientes, se constituirá en el Establecimiento respectivo un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

3.- En el o los concursos para acceder a esta asignación, se considerarán los siguientes factores y con la ponderación indicada en cada caso:

FACTORES	PONDERACIÓN
Capacitación pertinente	30%
Evaluación de Desempeño	20%
Experiencia Calificada	20%
Aptitud para el cargo (entrevista)	30%

4.- El o los cupos disponibles se asignarán en orden de prelación al funcionario o funcionarios que logren el mayor puntaje en el proceso de concurso y sólo en la medida en que cumplan con los requisitos mínimos para su asignación.

5.- Se otorgará por un período máximo de tres años, siempre que se desempeñe efectivamente la función de responsabilidad de gestión en el Establecimiento en el que fue otorgada. En todo caso, el funcionario podrá concursar nuevamente por la asignación, en la medida en que cumpla los requisitos para ello.

6.- Se deberá realizar concurso cada vez que uno o más de los cupos asignados al Establecimiento queden disponibles.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación y todas las otras normas necesarias para la aplicación de este beneficio. **Asimismo, clasificará los Establecimientos de salud cuyos funcionarios tengan derecho a concursar a esta asignación, acorde al nivel de complejidad señalado en el artículo siguiente.**

**Artículo 78.- Para efecto de la concesión de la asignación de responsabilidad, el número total de cupos a nivel nacional será de 1.259, con un costo anual máximo de \$ 515 millones. La Ley de Presupuestos fijará, para cada Servicio de Salud, el número máximo de beneficiarios y los recursos que se pueden destinar para su pago.**



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Los cupos máximos por tipo de Establecimiento y el valor individual anual de la asignación será el señalado en la tabla siguiente. No obstante, el monto indicado para cada caso, podrá ser aumentado o disminuido hasta un 10%.

Tipo de Establecimiento	Cupos Máximos por Establecimiento	Monto Anual por Persona
Alta Complejidad;	13	\$ 580.000
Hospital Media Complejidad;	9	\$ 374.000
Hospital Baja Complejidad;	2	\$ 212.000
Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS);	2	\$ 212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$ 212.000

La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponde a valores vigentes al 30 de noviembre de 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.

La asignación otorgada se pagará en cuotas mensuales e iguales, la primera de las cuales el primer día hábil del mes siguiente al de la total tramitación de la resolución que la conceda.

Artículo 79.- Lo dispuesto en **la oración final** de la letra h) del artículo 1° de la ley N° 19.490 será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68 y 76 de esta ley.

**A los funcionarios que perciban la asignación de turno establecida en el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, y que hayan tenido ausencias injustificadas conforme al artículo 66 de la ley N° 18.834, se les descontará el monto correspondiente de acuerdo a lo indicado en dicho artículo.**

## TÍTULO VII

De la Promoción en la Carrera Funcionaria

Artículo 80.- La promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de **las Subsecretarías del**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Ministerio de Salud**, del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación, **con una ponderación de 33%, 33% y 34%, respectivamente.**

Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirvan.

Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso, disponiendo a los funcionarios de cada grado de la respectiva planta en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.

Producida una vacante, será promovido el funcionario que se encuentre en el primer lugar del referido escalafón. En caso de producirse un empate, operarán los criterios de desempate establecidos en el artículo 46 de la ley N° 18.834.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, fijará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas para cada planta y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento del sistema de acreditación, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación de la competencia e idoneidad de los funcionarios. **Asimismo, establecerá las disposiciones necesarias para que los funcionarios dispongan de información oportuna sobre la capacitación a que se refiere este artículo y de los procedimientos para acceder a ella.**

Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo y en el siguiente, será aplicable a los funcionarios lo dispuesto en el artículo 45 de la ley N° 18.834.

**Respecto del personal señalado en este artículo y en el siguiente, no será aplicable lo dispuesto en el artículo 48 de la ley N° 18.834.**

Artículo 81.- Para todos los efectos legales, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales de **las Subsecretarías del Ministerio de Salud**; del

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Instituto de Salud Pública de Chile; de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se hará por concursos internos.

Las bases de los concursos internos considerarán cuatro factores, a saber: capacitación pertinente, evaluación del desempeño, experiencia calificada y aptitud para el cargo. Cada uno de estos factores tendrá una ponderación de 25%.

Para estos efectos, existirá un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel nacional, regional o local, según corresponda.

En los concursos será promovido al cargo vacante el funcionario que obtenga el mayor puntaje y en ellos podrán participar los funcionarios profesionales de la planta que se ubiquen en los grados inferiores según la siguiente tabla:

GRADO VACANTE	GRADOS QUE PUEDEN PARTICIPAR
5º	6º - 10º
6º	7º - 10º
7º	8º - 10º
8º	9º - 11º
9º	10º - 12º
10º	11º - 13º
11º	12º - 14º
12º	13º - 15º
13º	14º - 16º
14º	15º - 17º
15º	16º - 17º
16º	17º - 18º
17º	18º

Los concursos se sujetarán a las siguientes reglas:

1.- Los funcionarios, en un solo acto, deberán postular a una o más de las plantas respecto de las cuales cumplan con los requisitos legales, sin especificar cargos o grados determinados dentro de ellas.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

2.- La provisión de los cargos vacantes de cada planta se efectuará, en cada grado, en orden decreciente, conforme al puntaje obtenido por los postulantes.

3.- Las vacantes que se produzcan por efecto de la provisión de los cargos, conforme al numeral anterior, se proveerán en acto seguido, como parte del mismo concurso y siguiendo iguales reglas.

4.- En caso de producirse empate, los funcionarios serán designados conforme al resultado de la última calificación obtenida y, en el evento de mantenerse esta igualdad, decidirá el respectivo Jefe de Servicio.

## TÍTULO VIII

## De la Dotación

Artículo 82.- Establécese que hasta el **15%** de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, se expresará para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas.

Conforme a lo señalado en el inciso precedente, los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas asimilados a los grados de la planta de profesionales, podrán voluntariamente y previa aprobación del respectivo Director de Servicio de Salud, reducir su jornada a empleos de 22 horas. En tal caso, el Servicio podrá contratar profesionales haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir en un porcentaje proporcional del 50% los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales, cualquiera que sea la regulación específica de cada uno de ellos.

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, efecto para el cual se considerarán todos los nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Los funcionarios contratados por 22 horas no podrán desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno de que trata el Título V de este Capítulo.

Artículo 83.- La Junta Calificadora que existirá en cada uno de los hospitales que integran los Servicios de Salud, conforme a lo establecido en el inciso sexto del artículo 30 de la ley N° 18.834, estará integrada por los tres funcionarios de más alto nivel jerárquico, a excepción del Director del hospital, y por un representante del personal elegido por ellos. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios que corresponda a la planta a calificar que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

El Director del hospital conocerá del recurso de apelación que puede interponer el funcionario ante la resolución de la Junta Calificadora o de la del jefe directo en el caso del delegado del personal, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la ley N° 18.834."

ARTÍCULO 2º.- Sustitúyese el artículo 5º del Código Sanitario por el siguiente:

"Artículo 5º.- Cada vez que el presente Código, la ley o el reglamento aluda a la autoridad sanitaria, deberá entenderse por ella al Ministro de Salud, en las materias que son de competencia de dicha Secretaría de Estado; a los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud, como sucesores legales de los Servicios de Salud y del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, respecto de las atribuciones y funciones que este Código, la ley o el reglamento radica en dichas autoridades y que ejercerá dentro del territorio regional de que se trate; y al Director del Instituto de Salud Pública, en relación con las facultades que legalmente le corresponden respecto de las materias sanitarias que este Código, la ley o el reglamento regulan, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado válidamente sus atribuciones."

ARTÍCULO 3º.- Modifícase la ley N° 19.490, del siguiente modo:

**1.- Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 3º, la expresión "la Subsecretaría" por "las Subsecretarías".**

**2.-** Sustitúyese el inciso segundo del artículo 3º por el siguiente:

"Dicha bonificación se regulará por lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 19.479, a excepción de los valores establecidos en la

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

letra c) del inciso primero de esa misma norma. Para el personal de planta y a contrata de **las Subsecretarías del Ministerio de Salud**, del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, esta bonificación será de 15,5% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 7,75% para el 33% que le siga en orden descendente de evaluación, hasta completar 66%. Para el personal de planta y a contrata del Fondo Nacional de Salud, esta bonificación será de 10% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 5% para el 33% que le siga en orden descendente de evaluación, hasta completar el 66%."

**3.-** En el artículo 4°:

**a) Sustitúyense, en el inciso primero, los términos "El Subsecretario de Salud" por "Los Subsecretarios del Ministerio de Salud".**

**b)** Agrégase, en el inciso cuarto, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser seguido, lo siguiente: "No obstante lo señalado precedentemente, para el personal de planta y a contrata de las **Subsecretarías del Ministerio de Salud**, del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, la bonificación por desempeño institucional será de hasta el 15,5%."

**c)** Agrégase el siguiente nuevo inciso octavo, pasando los actuales incisos octavo y noveno a ser noveno y décimo, respectivamente:

"Con independencia de la calificación que se obtenga, la bonificación de que trata este artículo será percibida por el 100% de los funcionarios de cada planta y los funcionarios a contrata asimilados a éstas."

**ARTÍCULO 4°.-** Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 4° de la ley N° 19.086, el párrafo relativo a la planta de profesionales, por el siguiente: "PLANTA DE PROFESIONALES: De grado 18° al grado 5°."

**ARTÍCULO 5°.-** Déjase establecido que, a contar de la fecha de publicación de esta ley, los funcionarios de las profesiones de asistentes sociales, enfermeras, kinesiólogos, matronas, nutricionistas, tecnólogos médicos, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos, **también** podrán acceder, entre los grados 18° al 5°, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones, o a los empleos a contrata asimilados a los mismos grados.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

ARTÍCULO 6º.- Créase la Superintendencia de Salud y fíjase como su ley orgánica la siguiente:

## "TÍTULO I

## NORMAS GENERALES

## Párrafo 1º

## De la naturaleza y objeto

Artículo 1º.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Su domicilio será la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las oficinas regionales que establezca el Superintendente en otras ciudades del país.

La Superintendencia estará afecta al Sistema de Alta Dirección Pública establecido en la ley N° 19.882.

**Artículo 2º.- Corresponderá a la Superintendencia supervigilar y controlar a las Instituciones de Salud Previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen el Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.**

Asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en el Régimen de Garantías en Salud y la modalidad de libre elección.

Igualmente, concernirá a la Superintendencia la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, **así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Para los efectos de esta ley, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán considerados Seguros Previsionales de Salud.

## Párrafo 2°

## De la organización y estructura

Artículo 3°.- La Superintendencia se estructurará orgánica y funcionalmente en la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud.

Los funcionarios que ejerzan los cargos de Intendentes corresponden al segundo nivel jerárquico de la Superintendencia, para los efectos del ARTÍCULO TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N° 19.882.

Artículo 4°.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República **en conformidad a lo establecido en la ley N° 19.882**, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Corresponderá al Superintendente, especialmente:

1.- Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar el funcionamiento de la Superintendencia y ejercer, respecto de su personal, las atribuciones propias de su calidad de Jefe Superior de Servicio;

2.- Establecer oficinas regionales **o provinciales** cuando las necesidades del Servicio así lo exijan y existan las disponibilidades presupuestarias;

3.- Celebrar las convenciones y ejecutar los actos necesarios para el cumplimiento de los fines de la Superintendencia;

4.- Delegar atribuciones o facultades específicas en funcionarios de la Superintendencia;

5.- Encomendar a las distintas unidades de la Superintendencia las funciones que estime necesarias;

6.- Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

7.- Conocer y fallar los recursos que esta ley establece;

8.- Rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el objetivo de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta, y

9.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Sin perjuicio de la facultad del Ministerio de Salud para dictar las normas sobre acreditación y certificación de los prestadores de salud y de calidad de las atenciones de salud, el Superintendente podrá someter a la consideración de dicho Ministerio las que estime convenientes.

## TÍTULO II

## De la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud

## Párrafo 1°

De la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional **y del Fondo Nacional de Salud**

Artículo 5°.- La supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional que le corresponde a la Superintendencia, la ejercerá a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud, en los términos que señala esta ley, la ley N° 18.933 y demás disposiciones que le sean aplicables.

La Superintendencia ejercerá la supervigilancia y el control del Fondo Nacional de Salud a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud. En relación con la modalidad de libre elección, corresponderá a dicho Intendente velar porque las contribuciones que deban hacer los afiliados para financiar el valor de las prestaciones se ajusten a la ley, al reglamento y demás normas e instrucciones, y por el correcto otorgamiento de los préstamos de salud, teniendo para ello las facultades que establecen los Párrafos 2° y 3° de este Título.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

## Párrafo 2°

## De la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 6°.- Le corresponderán a la Superintendencia las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud, respecto de la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud:

1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen, impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;

2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;

3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud y los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objetivo de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar porque éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;

5.- Difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que impone el referido Régimen de Garantías e informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud;

6.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas. La Superintendencia deberá adoptar las medidas que sean necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica;

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

7.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento del Régimen sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos;

8.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud;

9.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud;

10.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;

11.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley, y

12.- Las demás que contemplen las leyes.

Artículo 7º.- El Fondo Nacional de Salud **y las Instituciones de Salud Previsional devolverán** lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, según lo determine la Superintendencia mediante resolución, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

Dichas resoluciones y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

## Párrafo 3º

De las controversias entre los beneficiarios y los Seguros Previsionales de Salud

Artículo 8º.- La Superintendencia, a través del Intendente de Seguros Previsionales de Salud, quien actuará en calidad de árbitro arbitrador, resolverá las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la instancia a la que se refiere el artículo 11 o a la justicia ordinaria. 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 de Seguros Previsionales de Salud, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, por sí o por un funcionario que designe, podrá citar al afectado y a un representante del Fondo Nacional de Salud o de las Instituciones de Salud Previsional 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 9º.- En contra de lo resuelto por el Intendente de Seguros Previsionales 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 10 días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la sentencia arbitral.

El referido 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 de Seguros Previsionales de Salud deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

Artículo 10.- Resuelto por el Intendente de Seguros Previsionales de Salud el recurso de reposición, el afectado podrá apelar ante el Superintendente, dentro de los 10 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.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, el Superintendente deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

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

Contra lo resuelto por el Superintendente sólo procederá el recurso de queja ante la Corte Suprema.

Artículo 11.- Sin perjuicio de la facultad del Intendente de Seguros Previsionales de Salud para resolver las controversias que se susciten, en los términos de esta ley, las partes podrán convenir en que dicha dificultad sea sometida previamente a mediación.

Para el efecto anterior, la Superintendencia deberá llevar un registro especial de mediadores a los que las partes podrán acudir.

Corresponderá a la Superintendencia fijar, mediante normas de general aplicación, los requisitos que deberán cumplir los mediadores a que se refiere este precepto, así como las normas generales de procedimiento a las que deberán sujetarse y las sanciones que podrá aplicar por su inobservancia. Dichas sanciones serán amonestación, multa de hasta 1.000 unidades de fomento, suspensión hasta por 180 días o cancelación del registro.

Cada parte asumirá el costo de la mediación.

En caso de que fracase la mediación, el afiliado o beneficiario podrá recurrir a la justicia ordinaria o someter la controversia a la decisión del Intendente de Seguros Previsionales de Salud.

## TÍTULO III

## De la Intendencia de Prestadores de Salud

Artículo 12.- Le corresponderá a la Superintendencia, para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, en el otorgamiento de prestaciones a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

1. Ejercer, de acuerdo a las normas que para tales efectos determinen el reglamento y el Ministerio de Salud, las funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud.
2. Autorizar a las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento, y designar aleatoriamente la entidad que desarrollará el proceso.
3. Fiscalizar el debido cumplimiento por parte de la entidad acreditadora de los procesos y estándares de acreditación de los prestadores institucionales de salud.
4. Fiscalizar a los prestadores institucionales acreditados en la mantención del cumplimiento de los estándares de acreditación.
5. Mantener un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras, conforme al reglamento correspondiente.
- 6. 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.**
7. Efectuar estudios, índices y estadísticas 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. Requerir de los organismos acreditadores y certificadores y de los prestadores de salud, institucionales e individuales, toda la información que sea necesaria para el cumplimiento de su función.
9. 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 esta ley le asigna.
10. Conocer los reclamos que presenten los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, 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.

11. Imponer las sanciones que corresponda, en conformidad a la ley, y

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

12. 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.

Artículo 13.- El Intendente de Prestadores de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá solicitar una nueva evaluación de un prestador institucional si verificare que éste no ha mantenido el cumplimiento de los estándares de acreditación, pudiendo convenir previamente un Plan de ajuste y corrección.

**El Intendente podrá hacer observaciones al Director del Establecimiento sobre faltas graves en el cumplimiento de las tareas esenciales del organismo, informando al respecto al Director del Servicio de Salud y al Subsecretario de Redes.**

Asimismo, en casos graves el Superintendente deberá hacer presente al Secretario Regional Ministerial, en su calidad de autoridad sanitaria regional, de la necesidad de que aplique las medidas de clausura o cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.

Artículo 14.- Tratándose de infracciones cometidas por las entidades acreditadoras, el Intendente de Prestadores de Salud podrá aplicar a la entidad las siguientes sanciones, de acuerdo a la gravedad de la falta o su reiteración:

- 1.- Amonestación;
- 2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado;
- 3.- Cancelación de la inscripción en el registro de entidades acreditadoras, y
- 4.- Las demás que autoricen las leyes y reglamentos.

La multa que se determine será compatible con cualquiera otra sanción.

Artículo 15.- Sin perjuicio de las atribuciones **de los Ministerios** de Salud y Educación establecidas en el numeral **13** del artículo 4° del decreto ley N° 2.763, de 1979, la Superintendencia podrá proponer

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

fundadamente al Ministerio de Salud la incorporación o la revocación del reconocimiento otorgado a una entidad certificadora de especialidades.

## TÍTULO IV

De las normas comunes a ambas Intendencias

**Artículo 16.- En caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud por causa imputable a un funcionario, la Superintendencia deberá requerir al Director del Fondo Nacional de Salud para que instruya el correspondiente sumario administrativo, sin perjuicio de las obligaciones que sobre esta materia poseen dicho Director y la Contraloría General de la República.**

Asimismo, 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 dieran 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 hasta 500 unidades de fomento, la que podrá elevarse hasta 1.000 unidades de fomento si hubiera reiteración dentro del plazo de un año. En este último caso, la Superintendencia deberá publicar dicha sanción.**

Artículo 17.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece esta ley y las demás que le encomienden las leyes y reglamentos, la Superintendencia podrá, a través de la respectiva Intendencia, inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, que obren en poder de los organismos o establecimientos fiscalizados, y requerir de ellos o de sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de su actividad.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.

Finalmente, podrá pedir a las Instituciones de Salud Previsional la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.

Artículo 18.- Los afiliados y beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 sólo podrán deducir reclamos administrativos ante la Intendencia respectiva en contra del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional o los prestadores de salud, una vez que dichos reclamos hayan sido conocidos y resueltos **por la entidad que corresponda, fundadamente y por escrito o por medios electrónicos, a menos que su naturaleza exija o permita otra forma más adecuada de expresión y constancia.** Si la Intendencia de que se trate recibe un reclamo sin que se haya dado cumplimiento a lo señalado precedentemente, ésta procederá a enviar el reclamo a quien corresponda.

La Superintendencia fijará, a través de normas de general aplicación, el procedimiento que se seguirá en los casos señalados en el inciso anterior.

Artículo 19.- La Superintendencia, para la aplicación de las sanciones que procedan, deberá sujetarse a las siguientes reglas:

- 1.- El procedimiento podrá iniciarse de oficio o a petición de parte.
- 2.- Deberá solicitarse un informe al afectado, el que dispondrá de diez días hábiles para formular sus descargos, contados desde su notificación.
- 3.- Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente respectivo dictará una resolución fundada resolviendo la materia.
- 4.- En contra de lo resuelto por el Intendente respectivo, procederán los recursos contemplados en el Título V.

Artículo 20.- Las notificaciones que efectúe la Superintendencia se efectuarán conforme a las normas establecidas en la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.

Asimismo, en los procedimientos arbitrales o administrativos y en la dictación de instrucciones generales o específicas, se podrá considerar la utilización de medios electrónicos, caso en el cual se

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

sujetarán a las normas de las leyes N° 19.799 y N° 19.880, en lo que corresponda.

## TÍTULO V

## De los Recursos

Artículo 21.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte el Intendente respectivo, podrán deducirse los recursos de reposición ante dicha autoridad y el jerárquico ante el Superintendente, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.

Artículo 22.- En contra de la resolución que deniegue el recurso jerárquico, el afectado podrá reclamar, dentro del plazo de los 15 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.

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 u ordenen la devolución de sumas de dinero, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa o devolución, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes 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 hábiles, 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.

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar una vez notificada la reclamación a la Superintendencia. Las resoluciones que apliquen multa, cancelen, denieguen el registro de una Institución de Salud Previsional u ordenen la devolución de sumas de dinero al Fondo Nacional de Salud, sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la sentencia respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia. En este caso, las personas 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.

## TÍTULO VI

## Disposiciones Finales

Artículo 23.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de Institución Fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.

En materia de remuneraciones, le serán aplicables a la Superintendencia los artículos 17 de la ley N° 18.091 y 5° de la ley N° 19.528. Para este efecto, el Superintendente deberá informar anualmente al Ministro de Hacienda.

Artículo 24.- El personal de la Superintendencia se regirá por el Estatuto Administrativo y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.

**El personal a contrata de la Superintendencia podrá desempeñar funciones de carácter directivo o de jefatura, las que serán asignadas, en cada caso, por el Superintendente. El personal que se asigne a tales funciones no podrá exceder del 5% del personal a contrata de la institución.**

Artículo 25.- La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

Artículo 26.- El patrimonio de la Superintendencia estará formado por:

- 1.- El aporte que se contemple anualmente en la Ley de Presupuestos;
- 2.- Los recursos otorgados por leyes especiales;
- 3.- Los bienes muebles e inmuebles, corporales e incorporales que se le transfieran o adquiriera a cualquier título.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objetivo de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren; en el caso de los bienes inmuebles, la resolución se reducirá a escritura pública y el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente;

- 4.- Los frutos de sus bienes;
- 5.- Las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;
- 6.- Los ingresos que perciba por los servicios que preste, y
- 7.- Los aportes de la cooperación internacional que reciba a cualquier título.

Las multas que aplique la Superintendencia serán a beneficio fiscal.

Artículo 27.- Deróganse, a contar de la fecha de creación de la Superintendencia de Salud, las siguientes normas legales: el artículo 1º, el numeral 5 del artículo 3º y los artículos 6º, 7º, 8º, 9º, 10, 15, 15 bis y 16 de la ley N° 18.933.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**ARTÍCULO 7º.-** La bonificación por retiro establecida en el Título II de la ley N° 19.882 no será aplicable al personal perteneciente a los establecimientos de salud de carácter experimental. Estos personales quedarán adscritos a la normativa establecida en el artículo primero transitorio de la presente ley.

**ARTÍCULO 8º.-** Modifícase la ley N° 19.378, de la siguiente forma:

a.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 49, entre la frase "Servicios de Salud" y la palabra "correspondientes" la frase "y por intermedio de las municipalidades".

b.- Incorpórase el siguiente artículo 55 bis, nuevo:

**"Artículo 55 bis.-** Toda transferencia de recursos públicos dirigida a las entidades administradoras se hará por intermedio de la municipalidad respectiva."

## DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- Los funcionarios de planta y a contrata regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que se desempeñen en alguno de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 del decreto ley N° 2.763, de 1979; en **las Subsecretarías** del Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud; **así como los funcionarios de los establecimientos de salud de carácter experimental**, mayores de sesenta años de edad, si son mujeres, y de sesenta y cinco años, si son hombres, que, después de los noventa días posteriores a la publicación de esta ley y hasta el **30 de septiembre de 2005**, presenten su renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones imponibles, actualizadas según el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses prestados a alguno de los organismos señalados, con un tope de ocho meses de dicha remuneración.

El monto de este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a **\$ 291.728** mensuales y en un mes para aquellos que tengan, a la fecha de publicación de la ley, más de sesenta y tres años si son mujeres y más de sesenta y ocho años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

**Para acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Entre dicha data y el 31 de diciembre de 2004, podrán acceder a este beneficio 2.494 funcionarios, privilegiándose aquellos de menores rentas y mayor edad. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio antes del 31 de diciembre de 2004, podrán hacerlo hasta el 30 de septiembre de 2005. Los cupos que no fueran utilizados en el primer periodo de concesión del beneficio, serán acumulables para el periodo siguiente.**

**Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, también podrán acogerse a este beneficio aquellos funcionarios que, excediendo los cupos antes señalados, cumplan con los requisitos o condiciones establecidos en los incisos anteriores y se encuentren inscritos al 30 de septiembre de 2005 en el registro que al efecto establecerá el reglamento. Estos funcionarios accederán a la indemnización entre dicha data y el 31 de diciembre del mismo año.**

Esta indemnización no será imponible ni constituirá renta para ningún efecto legal.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará los calendarios de postulación y pago, los mecanismos para el otorgamiento y las demás disposiciones necesarias para la implementación de este beneficio.

Los funcionarios que cesen en sus empleos por aplicación de lo dispuesto en este artículo, no podrán ser nombrados ni contratados asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos señalados en **este artículo**, durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido, expresado en unidades de fomento, más el interés corriente para operaciones reajustables.

Artículo segundo.- La asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en el artículo 61 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará conforme al siguiente cronograma:

- |                            |                       |    |
|----------------------------|-----------------------|----|
| a) <b>Por el</b> año 2003: | - componente base     |    |
| 2,75%                      | - componente variable | 0% |

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- b) **Por el** año 2004: - componente base 3,85%
- componente variable, hasta 1,65%
- c) **Por el** año 2005: - componente base 4,95%
- componente variable, hasta 3,3%
- d) **Desde el** año 2006: - componente base 5,5%
- componente variable, hasta 5,5%.

**Durante el año 2004, por concepto del componente variable, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.**

Artículo tercero.- El componente por acreditación individual a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se implementará gradualmente entre el año 2003 y el 2006, según la siguiente tabla de progresividad:

Años de servicio del funcionario	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Hasta 3 años: 3%	2,75%	3%	3%	
Más de 3 años y hasta 6 años:	2,75%	3,75%	4%	5%
Más de 6 años y hasta 9 años:	2,75%	3,80%	4,75%	5,5%
Más de 9 años:	2,75%	3,85%	4,95%	5,5%.

El proceso de acreditación a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar el año 2005. **No obstante, en el caso de los funcionarios que tengan nueve o más años de servicio a la fecha de publicación de esta ley, dicho proceso se entenderá aprobado por el solo ministerio de esta ley.**

En los años 2003 y 2004, el componente será pagado a todos los funcionarios señalados en el artículo 64 del referido decreto ley, sin necesidad de acreditarse, conforme a la tabla anterior.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Artículo cuarto.- El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios a que se refieren los artículos 64, 65 y 67 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará durante los años 2003 al 2006 según la siguiente tabla:



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Porcentaje de cumplimiento:	2003	2004	2005	2006
90% o más:	0%	1,65%	3,3%	5,5%.
Entre 75% y menos de 90%:	0%	0,83%	1,65%	2,75%.

**Durante el año 2004, por concepto del componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.**

Artículo quinto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en **los números 1 y 2** del mismo artículo, en forma gradual durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

- año 2004: hasta 5,5%
- año 2005: hasta 8,25%
- año 2006: hasta 11%.

Artículo sexto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el **número 3** del mismo artículo, en forma gradual, durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

a) Año 2004: hasta el 5,5%, según la siguiente distribución: hasta el 4% por la obtención de la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes **y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad**; y de hasta 1,5% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje a pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

b) Año 2005: hasta el 8,25%, según la siguiente distribución: hasta el 6% por la obtención de la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes **y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad**; y hasta el 2,25% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos, cuando

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

corresponda. El porcentaje por pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

c) Año 2006: hasta el 11%, conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

Artículo séptimo.- Las modificaciones a la ley N° 19.490, contenidas en los numerales **2)**, con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y **3), letra b)**, del artículo **3°** de la presente ley, se otorgarán en forma gradual, durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

funcionario: 1) Bonificación de estímulo por desempeño

mejor evaluados: a) Para el 33% de los funcionarios de cada planta

- i) año 2003 : 12,75%
- ii) año 2004 : 13,85%
- iii) año 2005: 14,95%
- iv) año 2006: 15,5%.

de cada planta: b) Para los funcionarios que sigan en orden descendente de evaluación, hasta completar el 66% mejor evaluado respecto

- i) año 2003 : 6,38%
- ii) año 2004 : 6,93%
- iii) año 2005: 7,48%
- iv) año 2006: 7,75%.

2) Bonificación por desempeño institucional: El cumplimiento de las metas del año precedente dará derecho a los funcionarios:

- a) año 2003 : hasta el 12,75%
- b) año 2004 : hasta el 13,85%
- c) año 2005 : hasta el 14,95%
- d) año 2006 : hasta el 15,5%.

Artículo octavo.- La asignación de turno y la bonificación compensatoria a que se refieren los artículos 72, 73 y 74, respectivamente, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, y decimotercero transitorio de esta ley, respectivamente, comenzarán a regir a contar del día primero del mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del decreto con fuerza de ley a que se refiere **la letra j) del Artículo vigesimosegundo**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**transitorio** de esta ley, respecto del personal que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios.

Para los funcionarios que integren el sistema de turnos rotativos cubiertos por tres funcionarios, las correspondientes asignación de turno y bonificación compensatoria, comenzarán a regir conforme al siguiente cronograma:

1. A partir del segundo semestre de 2004, se pagarán, por concepto de asignación de turno y bonificación compensatoria, los mismos montos que a esa fecha tenga asignados el personal de igual grado y planta que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios. La diferencia correspondiente al mayor número de horas trabajadas será considerada como trabajo extraordinario y pagado de acuerdo con la normativa vigente, no aplicándose, en este caso, lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.

2. A partir del segundo semestre de 2005, se pagarán los montos que, para esa fecha, haya determinado el decreto con fuerza de ley a que se refiere **la letra j) del Artículo vigesimosegundo transitorio** de la presente ley, para la asignación en que el turno esté integrado por tres funcionarios, pasando a ser plenamente aplicable lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979. La correspondiente bonificación compensatoria se pagará conforme a la normativa contenida en el artículo decimotercero transitorio de este cuerpo legal.

**Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, a contar de la fecha de publicación de esta ley, y mientras la asignación de turno a que se refiere este artículo no se aplique en todos sus términos, el tercero y cuarto turnos se continuarán pagando de acuerdo a lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, no aplicándose a su respecto lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.**

Artículo noveno.- El artículo 76 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a regir a contar del primer día del mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento respectivo. Para el primer año, los cupos totales a nivel nacional **y el monto anual por Establecimiento** serán asignados de acuerdo con la clasificación de complejidad de los establecimientos vigente al momento de publicarse la presente ley, conforme a la siguiente tabla:

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Tipo de establecimiento	Cupos máximos por establecimiento	Monto máximo anual por establecimiento	Monto promedio anual por persona
HOSPITAL TIPO 1	13	\$ 7.540.000	\$ 580.000
HOSPITAL TIPO 2	12	\$ 5.460.000	\$ 455.000
HOSPITAL TIPO 3	9	\$ 3.366.000	\$ 374.000
HOSPITAL TIPO 4 212.000	2	\$ 424.000	\$
Consultorios Generales Urbanos y Rurales 212.000	1	\$ 212.000	\$
Centros de Referencia de Salud (CRS) 212.000	1	\$ 212.000	\$
Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) 212.000.	1	\$ 212.000	\$

**La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre de 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.**

Artículo décimo.- El sistema de promoción mediante concurso interno a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar **ciento veinte días después de publicada la presente ley**, respecto de todos los cargos vacantes existentes a esa fecha, salvo el grado de inicio de cada planta, el que seguirá regulado conforme a las normas generales.

**Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el cumplimiento del plazo que en él se establece, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**Artículo undécimo.- El proceso de acreditación de competencias a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar a contar de ciento ochenta días después de publicada esta ley. Con el resultado de este proceso, que evaluará los factores de experiencia calificada, calificación ponderada y capacitación, se confeccionará el escalafón de mérito que regirá durante el año siguiente.**

**Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el 1° de enero de 2005, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882.**

Artículo duodécimo.- Los reglamentos a que se refieren el inciso segundo del artículo 63, el inciso segundo del artículo 66, el artículo 70 y el inciso segundo del artículo 77, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, deberán dictarse dentro de los ciento ochenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley.

Artículo decimotercero - El personal a que se aplica el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se encuentre en funciones a la fecha de publicación de la presente ley, tendrá derecho a una bonificación no imponible destinada a compensar las deducciones por concepto de cotizaciones para pensiones y salud a que esté afecta la asignación de turno, cuyo monto será el que resulte de aplicar los siguientes porcentajes sobre el valor de dicha asignación, según sea el sistema o régimen previsional de afiliación del trabajador:

a) 20,5% para los afiliados al sistema del decreto ley N° 3.500, de 1980.

b) 25,62% para los afiliados al régimen general de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Sección Empleados Públicos.

c) 21,62% para los afiliados al régimen previsional de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, con rebaja de imposiciones de la letra a) del artículo 14 del decreto con fuerza de ley N° 1.340 bis, de 1930.

Para el personal afiliado a un sistema o régimen previsional diferente de los señalados, tal bonificación será equivalente a la suma de las cotizaciones para salud y pensiones que, con respecto a la referida asignación, le corresponda efectuar al trabajador.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Esta bonificación compensatoria se calculará conforme a los límites de imponibilidad establecidos por la legislación vigente.

Artículo decimocuarto.- Concédese, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se pagará en una sola cuota en el curso del mes siguiente al de la publicación de la presente ley, el que beneficiará a los funcionarios que dichas disposiciones señalan que se encuentren ubicados entre los grados 19° y 28° de la Escala Única, ambos inclusive, y cuyos montos serán equivalentes a la aplicación de los porcentajes que se indican **a continuación. Este anticipo no será imputable al incremento de renta que se produzca por efecto de lo dispuesto en el artículo segundo transitorio de esta ley.**

:

- Grados 19° al 22°: 2,38%
- Grados 23° al 28°: 3,81%.

Los porcentajes antedichos se aplicarán sobre los valores vigentes al mes anterior a la publicación de la presente ley de las remuneraciones anualizadas que sirven de base de cálculo a esta asignación, de conformidad con lo establecido en el artículo 62 del decreto ley N° 2.763, de 1979, más la bonificación otorgada por el artículo 21 de la ley N° 19.429, cuando corresponda.

**El beneficio establecido en el inciso anterior también se aplicará, por una sola vez, al personal señalado en el artículo 3°, numeral 3, letra b), de esta ley, en las mismas condiciones, plazos, atributos, grados y porcentajes que se establecen en este artículo.**

**Artículo decimoquinto.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 25 A del decreto ley N° 2.763, de 1979, los siguientes establecimientos tendrán la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala el Título IV del decreto ley N° 2.763, de 1979, cuando cumplan los requisitos que establezca el reglamento señalado en el mencionado artículo:**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

N°	COMUNA	ESTABLECIMIENTO
1	ANGOL	HOSPITAL ANGOL
2	ANTOFAGASTA	HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DOCTOR LEONARDO GUZMAN
3	ARICA	HOSPITAL DOCTOR JUAN NOE CREVANI
4	CASTRO	HOSPITAL CASTRO
5	CHILLAN	HOSPITAL HERMINDA MARTIN
6	CONCEPCION	HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE
7	COQUIMBO	HOSPITAL COQUIMBO
8	CORONEL	HOSPITAL CORONEL
9	COYHAIQUE	HOSPITAL COYHAIQUE
10	CURICO	HOSPITAL CURICO
11	INDEPENDENCIA	HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO
12	INDEPENDENCIA	INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER
13	INDEPENDENCIA	HOSPITAL SAN JOSE
14	IQUIQUE	HOSPITAL DOCTOR ERNESTO TORRES GALDAMES
15	LA SERENA	HOSPITAL LA SERENA
16	LINARES	HOSPITAL LINARES
17	LOS ANDES	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LOS ANDES
18	LOS ANGELES	HOSPITAL VICTOR RIOS RUIZ
19	LOTA	HOSPITAL LOTA
20	MELIPILA	HOSPITAL MELIPILLA
21	OSORNO	HOSPITAL BASE DE OSORNO
22	OVALLE	HOSPITAL OVALLE
23	PEÑALOEN	HOSPITAL DOCTOR LUIS TISNÉ BROUSSE
24	PROVIDENCIA	INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA
25	PROVIDENCIA	HOSPITAL DEL SALVADOR
26	PROVIDENCIA	HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA
27	PROVIDENCIA	INSTITUTO DE GERIATRIA PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA
28	PROVIDENCIA	INSTITUTO PEDRO AGUIRRE CERDA
29	PROVIDENCIA	INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX
30	PUENTE ALTO	HOSPITAL DOCTOR SOTERO DEL RIO GUNDIAN
31	PUERTO MONTT	HOSPITAL PUERTO MONTT
32	PUNTA ARENAS	HOSPITAL REGIONAL DOCTOR LAUTARO NAVARRO AVARIA
33	QUILLOTA	HOSPITAL SAN MARTÍN
34	QUILPUE	HOSPITAL QUILPUE
35	QUINTA NORMAL	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
36	QUINTA NORMAL	HOSPITAL FELIX BULNES
37	RANCAGUA	HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

38	RECOLETA	INSTITUTO PSIQUIATRICO DOCTOR JOSE HORWITZ BARAK
39	SAN ANTONIO	HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA
40	SAN CARLOS	HOSPITAL SAN CARLOS
41	SAN FELIPE	HOSPITAL SAN CAMILO
42	SAN FERNANDO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN FERNANDO
43	SAN MIGUEL	HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU
44	SAN MIGUEL	HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES
45	SANTIAGO	HOSPITAL ASISTENCIA PUBLICA
46	SANTIAGO	HOSPITAL PAULA JARA QUEMADA
47	SANTIAGO	INSTITUTO TRAUMATOLÓGICO DOCTOR TEODORO GEBAUER
48	TALCA	HOSPITAL TALCA
49	TALCAHUANO	HOSPITAL LAS HIGUERAS
50	TEMUCO	HOSPITAL TEMUCO
51	TOMÉ	HOSPITAL TOME
52	VALDIVIA	HOSPITAL VALDIVIA
53	VALPARAISO	HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
54	VALPARAISO	HOSPITAL VALPARAISO
55	VICTORIA	HOSPITAL VICTORIA
56	VIÑA DEL MAR	HOSPITAL GUSTAVO FRICKE

Los Establecimientos señalados en este artículo que no hayan sido calificados como "Establecimiento de Autogestión en Red" al 1 de enero del año 2009, pasarán a tener dicha calidad a contar **de esa fecha**, por el solo ministerio de la ley, y se encontrarán regidos por las normas establecidas en el mencionado Título. El personal directivo de estos Establecimientos tendrá derecho a los beneficios remuneracionales establecidos en el artículo 68 **del decreto ley N° 2.763, de 1979**, asociados al cumplimiento de los estándares establecidos en el artículo 25 G **del mismo, que dependen de la gestión del Establecimiento**, cuando **éste** cumpla dichos estándares.

**Artículo decimosexto.-** El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo al ítem 50-01-03-25-33.104 de la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere financiar con esos recursos.

**En todo caso, el beneficio establecido en el inciso tercero del artículo decimocuarto transitorio se financiará mediante**



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**reasignaciones internas de los presupuestos de las instituciones correspondientes.**

**Artículo decimoséptimo.-** Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, el que deberá ser también suscrito por el Ministro de Hacienda, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado de **las leyes N° 18.469 y N° 18.933.**

**Artículo decimoctavo.- Las normas de la presente ley entrarán en vigencia el 1 de enero del año 2005, salvo lo dispuesto en el numeral 33) del artículo 1°, en los artículos 3°, 4°, 5° y 7° y en las disposiciones transitorias.**

**Artículo decimonoveno.-** El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministro de Hacienda, conformará el primer presupuesto de la Superintendencia de Salud.

El gasto que se derive de las nuevas plantas que se fijen, del encasillamiento que se practique y del traspaso de personal desde otras instituciones que se disponga, no podrá exceder de la suma de las remuneraciones que se estén pagando al personal de la Superintendencia de ISAPRES más las del personal traspasado correspondientes al nuevo régimen de remuneraciones a que estarán afectos con motivo de dicho traspaso, cualesquiera sea la calidad jurídica de estos personales, todo ello considerando su efecto año completo.

**Artículo vigésimo.-** Lo dispuesto en el inciso final del número **13** del artículo 4° del decreto ley N° 2.763, de 1979, no se aplicará mientras no entren en vigencia las normas relativas a la acreditación de los programas correspondientes.

**Artículo vigesimoprimer.-** Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, del año 1979.

**Artículo vigesimosegundo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias:

a) Fijar la planta de personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El encasillamiento en esta planta incluirá sólo a personal proveniente de la Subsecretaría de Salud.

b) Fijar la planta de personal de la Superintendencia de Salud. El encasillamiento en esta planta podrá incluir personal proveniente de la Subsecretaría de Salud, de los Servicios de Salud y de la Superintendencia de Isapres. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de esta última institución.

c) Fijar la planta de la Subsecretaría de Salud Pública. El encasillamiento en esta planta incluirá personal proveniente de la Subsecretaría de Salud y de los Servicios de Salud. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de la Subsecretaría de Salud.

La Subsecretaría de Salud Pública será la continuadora legal de la Subsecretaría de Salud, para todos los efectos legales.

d) Las plantas de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública contendrán, a lo menos, dos cargos de jefe de división cada una.

e) Las áreas funcionales que competarán al Ministerio de Salud a través de las estructuras internas de sus Subsecretarías, estarán asociadas, a lo menos, a redes asistenciales, recursos humanos, planificación y presupuesto, prevención y control de enfermedades, políticas públicas en salud y administración y servicio interno.

f) Para ordenar el traspaso de funcionarios titulares de planta y a contrata entre las instituciones señaladas en las letras a), b) y c) precedentes, sin alterar la calidad jurídica de la designación y sin solución de continuidad, y el traspaso de los recursos que se liberen por este hecho. El traspaso del personal titular de planta, y de los cargos que sirven, se efectuará en el mismo grado que tenían a la fecha del traspaso, salvo que se produzca entre instituciones adscritas a diferentes escalas de sueldos base, caso en el cual se realizará en el grado más cercano al total de remuneraciones que perciba el funcionario traspasado. A contar de esa misma fecha, el

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**cargo del que era titular el funcionario traspasado se entenderá suprimido de pleno derecho en la planta de la institución de origen.**

**g) Modificar las plantas de los Servicios de Salud que se verán reducidas por el traspaso del personal que cumpla funciones de autoridad sanitaria, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refieren las letras b), c) y f) de este artículo.**

**h) Establecer las normas complementarias al artículo 13 bis de la ley N° 18.834, respecto de los encasillamientos derivados de las plantas que fije de conformidad con las atribuciones establecidas en este artículo. Asimismo, en el ejercicio de ellas, podrá establecer los requisitos para el desempeño de los cargos, sus denominaciones, los niveles jerárquicos para efectos de la aplicación de la ley N° 19.882, las fechas de vigencia de las plantas, las dotaciones máximas de personal y todas las normas necesarias para la adecuada estructuración y operación de las plantas que fije.**

**i) El uso de las facultades señaladas en este artículo quedará sujeto a las siguientes restricciones, respecto del personal al que afecte:**

**-No podrá tener como consecuencia ni podrán ser considerados como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral del personal traspasado y del que no se traspase.**

**-No podrá significar pérdida del empleo, disminución de remuneraciones, modificación de los derechos estatutarios y previsionales del personal traspasado y del que no se traspase. Tampoco podrá importar cambio de la residencia habitual de los funcionarios fuera de la Región en que estén prestando servicios, salvo con su consentimiento.**

**-Cualquier diferencia de remuneraciones deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que se absorberá por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Dicha planilla mantendrá la misma impositibilidad que aquélla de las remuneraciones que compensa.**

**-Los funcionarios encasillados conservarán la asignación de antigüedad que tengan reconocida, como también el tiempo computable para dicho reconocimiento.**

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**-No se podrá modificar la suma de las dotaciones máximas de personal que tienen a la fecha de publicación de esta ley el Ministerio de Salud y las Instituciones y Servicios dependientes o relacionados con éste, sin perjuicio de la creación de los cargos de Subsecretario de Redes Asistenciales, Intendente de Seguros Previsionales de Salud e Intendente de Prestadores de Salud.**

**j) Establecer el procedimiento para la determinación del monto que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por tres y cuatro personas respectivamente, durante el primer año presupuestario de vigencia.**

**k) Determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, la que en ningún caso podrá exceder de dos años a contar de la fecha de publicación de esta ley, establecer el destino de sus recursos y el traspaso de su personal, el que deberá efectuarse al Ministerio de Salud. En tanto no se suprime dicho Servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios primero, séptimo y undécimo de esta ley. Asimismo, dichos funcionarios tendrán derecho a los incrementos pecuniarios dispuestos en los artículos transitorios séptimo y decimocuarto de esta ley.**

**Artículo vigesimotercero.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministerio de Hacienda, conformará el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública, los Servicios de Salud y la Superintendencia de Salud, y traspasará a ellos los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítems y glosas presupuestarias que sean pertinentes.”.**

-----

Acordado en sesiones de fechas 20 y 21 de octubre; 4, 6, 10, 11, 17, 18, 20, 22 y 26 de noviembre; 2, 9, 11 y 15 de diciembre, todas de 2003, con asistencia de los Honorables Senadores señora Evelyn Matthei Fornet (Presidente) (Hernán Larraín Fernández), Alberto Espina Otero

---

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

(Baldo Prokuriça Prokuriça), Mario Ríos Santander, Mariano Ruiz-Esquide Jara (Edgardo Boeninger Kausel) y José Antonio Viera-Gallo Quesney.

Valparaíso, 17 de diciembre de 2003.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS  
Secretario

**ANEXO GUIA DE CONTENIDOS DEL PROYECTO DE LEY SOBRE  
AUTORIDAD SANITARIA**

---

ARTÍCULO 1º, modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979.

ARTÍCULO 2º, modifica el Código Sanitario.

ARTÍCULO 3º, modifica la ley N° 19.490, que establece asignaciones y bonificaciones para el personal del sector salud; (ver 7º transitorio).

ARTÍCULO 4º, modifica la ley N° 19.086, establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas del personal del sector salud.

ARTÍCULO 5º, carrera funcionaria, eleva topes profesionales no médicos.

ARTÍCULO 6º, crea Superintendencia de Salud.

ARTÍCULO 7º, inaplicabilidad bonificación por retiro de la ley N° 19.882 a personal de establecimientos experimentales.

ARTÍCULO 8º, modifica la ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

TRANSITORIOS: normas sobre retiro voluntario, pago de beneficios al personal, delegación de facultades legislativas y vigencias.

**RESUMEN EJECUTIVO**

**SEGUNDO INFORME DE LA COMISION DE SALUD, RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRAMITE CONSTITUCIONAL, QUE MODIFICA EL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979, CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER UNA NUEVA CONCEPCION DE LA AUTORIDAD SANITARIA, INSTAURAR DISTINTAS MODALIDADES DE GESTION Y FORTALECER LA PARTICIPACION CIUDADANA.**

**(BOLETIN N° 2.980-11)**

**I. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISION:**

- 1) Separar claramente las funciones de rectoría, regulación y fiscalización, de las de administración de las acciones y prestaciones de salud. Las primeras corresponden al Ministerio, a la Subsecretaría de Salud Pública, al Instituto de Salud Pública (ISP) y a la Superintendencia de Salud. Las segundas, al sistema de provisión de prestaciones de salud, que incluye la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud, los establecimientos autogestionados en red, los municipales de atención primaria, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST).
- 2) Fortalecer las Redes Asistenciales en el territorio de cada Servicio de Salud, a las que se integrarán los establecimientos dependientes del Servicio respectivo, los de atención primaria municipal y los privados que suscriban el respectivo convenio. La puerta de ingreso al sistema será la atención primaria de salud.
- 3) Crear la categoría de Establecimientos de Autogestión en Red, como órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, que podrán generar ingresos propios, y celebrar convenios y contratos con FONASA y con terceros, para obtener y otorgar prestaciones de y a terceros.
- 4) Proporcionar canales de participación a la ciudadanía, estableciendo Consejos asesores en los diversos niveles del sistema..
- 5) Otorgar incentivos remuneratorios, modernizar la carrera funcionaria e impulsar una nueva política de recursos humanos, a través de la incorporación de normas relativas a los trabajadores de la salud.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**II. ACUERDOS:**

1 con modif.	Aprob. 5x0	61 Aprobada 5x0	121 Aprobada 2x1
2 Aprobada 5x0		62 Aprob. con modif. 4x0	122 Retirada
3 Rechaz. 5x0		63 Aprobada 4x0	123 Rechazada 3x0
4 Aprobada 5x0		64 Rechazada 4x0	124 Inadmisible
5 Rechazada 5x0		65 Aprob. con modif. 4x0	125 Retirada
6 Aprobada 5x0		66 Aprobada 4x0	126 Aprob. con modif. 3x0
7 Rechazada 1 Abst.	3x1 y	67 Rechazada 4x0	127 Aprob. con modif. 3x0
8 Rechazada 5x0		68 Rechazada 4x0	128 Aprobada 3x0
9 Rechazada 1 Abst.	3x1 y	69 Aprobada 4x0	129 Retirada
10 Aprobada 4x1		70 Rechazada 4x0	130 Rechazada 4x1
11 Aprobada 4x1		71 Rechazada 4x0	131 Rechazada 2x1
12 Rechazada Abst.	2x1	72 Aprobada 4x0	132 Aprobada 2x1
13 Rechazada Abst.	2x1	73 Aprobada 4x0	133 Rechazada 3x0
14 Aprob. con modif. 4x0		74 Rechazada 4x0	134 Aprobada 2x1
15 Aprob. con modif. 3x0		75 Aprobada 4x0	135 Aprob. con modif. 3x0
16 Rechazada 4x0		76 Aprobada 4x0	136 Aprobada 2x1
17 Aprob. con modif. 4x0		77 Rechazada 4x0	137 Aprob. con modif. 3x0
18 Aprob. con modif. 4x0		78 Aprob. con modif. 4x0	138 Rechazada 4x1
19 Aprob. con modif. 2x1		79 Aprob. con modif. 4x0	139 Rechazada 4x1
20 Aprob. con modif. 4x0		80 Rechazada 4x0	140 Aprob. con modif. 4x1
21 Aprob. con modif. 4x0		81 Aprob. con modif. 3x0	141 Rechazada 4x0
22 Rechazada		82 Aprobada	142 Aprob. con modif.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

4x0	3x0	4x1
23 Retirada	83 Aprobada 3x0	143 Aprob. con modif. 3x0
24 Aprob. con modif. 4x0	84 Retirada	144 Aprob. con modif. 4x0
25 Retirada	85 Rechazada 4x0	145 Aprobada 2x1 Abst.
26 Aprobada 4x0	86 Aprob. con modif. 3x0	146 Aprobada 3x0
27 Rechazada 4x0	87 Rechazada 4x0	147 Rechazada 3x1
28 Retirada	88 Aprob. con modif. 4x0	148 Aprobada 2x1 y 1 Abst.
29 Rechazada 4x0	89 Aprobada 4x0	149 Aprobada 3x0
30 Aprob. con modif. 4x0	90 Retirada	150 Aprobada 3x0
31 Rechazada 4x0	91 Rechazada 4x1 Abst.	151 Aprobada 3x0
32 Aprobada 4x0	92 Aprob. con modif. 3x0	152 Aprobada 3x0
33 Aprob. con modif. 4x0	93 Rechazada 3x0	153 Aprobada 3x0
34 Aprob. con modif.. 4x0	94 Retirada	154 Aprob. con modif.. 2x1
35 Aprob. con modif.. 4x0	95 Aprobada 4x0	155 Retirada
36 Rechazada 3x1 Abst.	96 Aprobada 4x0	156 Retirada
37 Rechazada 3x1	97 Aprobada 3x0	157 Aprobada 5x0
38 Aprob. con modif. 4x0	98 Rechazada 2x1	158 Rechazada
39 Retirada	99 Aprob. con modif. 3x0	159 Rechazada
40 Rechazada 3x1	100 Aprob. con modif. 3x0	160 Aprobada 3x0
41 Aprobada 4x0	101 Inadmisible	161 Retirada
42 Aprobada 4x0	102 Aprob. con modif. 3x0	162 Rechazada 3x0
43 Aprobada 4x0	103 Inadmisible	163 Aprobada 3x0
44 Retirada	104 Aprob. con modif. 3x0	164 Rechazada 5x0



## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

45 Aprob. con modif. 4x1	105 Rechazada 4x0	165 Aprob. con modif. 4x0
46 Rechazada 4x1	106 Retirada	166 Aprob. con modif. 4x0
47 Aprobada 5x0	107 Rechazada 4x0	167 Retirada
48 Retirada	108 Retirada	168 Rechazada 3x0
49 Rechazada 3x0	109 Rechazada 5x0	169 Rechazada 5x0
50 Aprob. con modif. 3x0	110 Aprobada 3x0	170 Retirada
51 Aprob. con modif. 3x0	111 Aprobada 3x0	171 Rechazada 5x0
52 Aprob. con modif. 3x0	112 Aprobada 3x0	172 Rechazada 3x0 y 1 Abst.
53 Rechazada 3x0	113 Aprobada 3x0	173 Aprobada 3x1
54 Rechazada 3x0		174 Rechazada 3x1
55 Aprobada 3x0	115 Aprob. con modif. 3x0	175 Aprob. con modif. 3x1
56 Rechazada 3x0	116 Aprob. con modif. 3x0	176 Aprob. con modif. 3x0
57 Aprobada 3x0	117 Aprob. con modif. 3x0	177 Aprob. con modif. 3x0
58 Aprobada 3x0	118 Aprob. con modif. 3x0	178 Aprob. con modif. 3x0
59 Retirada	119 Retirada	179 Inadmisible
60 Rechazada 5x0	120 Retirada	180 Aprobada 4x1 Abst.

181 Aprobada 4x1 Abst.	251 Retirada	321 Retirada
182 Rechazada 4x1 Abst.	252 Retirada	322 Retirada
183 Rechazada 4x1 Abst.	253 Aprobada 4x0	323 Retirada
184 Aprobada 4x1 Abst.	254 Rechazada 4x0	324 Retirada
185 Aprob. con modif.. 4x0	255 Aprobada 4x0	325 Retirada
186 Rechazada	256 Aprobada	326 Retirada

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

3x0	4x0	
187 Retirada 4x1	257 Aprobada 4x0	327 Retirada
188 Aprobada 4x1	258 Aprobada 4x0	328 Rechazada 3x0
189 Retirada	259 Rechazada 4x0	329 Aprobada 3x0
190 Aprobada 4x1	260 Aprobada 4x1	330 Aprobada con modif. 3x0
191 Aprobada 3x1	261 Aprobada con modif. 4x0	331 Retirada
192 Aprobada 4x1	262 Aprobada con modif. 4x0	332 Aprobada 3x0
193 Aprobada con modif. 3x1	263 Aprobada con modif. 4x0	333 Retirada
194 Aprobada con modif. 4x0	264 Aprobada 2x1	334 Aprobada con modif. 3x0
195 Aprobada con modif. 5x0	265 Retirada	335 Aprobada con modif. 3x0
196 Aprobada 3x0	266 Rechazada 3x0	336 Retirada
197 Aprobada con modif. 3x1	267 Aprobada 3x0	337 Rechazada 3x0
198 Retirada	268 Aprobada 2x1	338 Retirada
199 Retirada	269 Retirada 3x0	339 Aprobada 3x0
200 Aprobada con modif. 3x1	270 Aprobada 3x0	340 Aprobada 3x0
201 Aprobada 5x0	271 Aprobada con modif. 3x0	341 Rechazada 3x0
202 Aprobada con modif. 3x2	272 Aprobada 4x0	342 Retirada
203 Aprobada 5x0	273 Aprobada 4x0	343 Aprobada con modif. 3x0
204 Retirada	274 Retirada	344 Retirada
205 Aprobada 5x0	275 Inadmisible	345 Aprobada con modif. 3x0
206 Rechazada 3x1 y 1 Abst.	276 Inadmisible	346 Retirada
207 Rechazada 3x1 y 1 Abst.	277 Aprobada 3x0	347 Aprobada con modif. 5x0
208 Rechazada 3x1 y 1 Abst.	278 Aprobada 3x0	348 Retirada
209 Rechazada 3x1 y	279 Aprobada con modif.	349 Aprobada con modif.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

1 Abst.	3x0	5x0
210 Rechazada 3x1 y 1 Abst.	280 Aprobada 3x0	350 Aprobada con modif. 3x0
211 Rechazada 3x2	281 Aprobada 3x0	351 Aprobada con modif. 2x1
212 Rechazada 5x0	282 Aprobada con modif. 3x0	352 Aprobada con modif. 4x0
213 Rechazada 5x0	283 Aprobada 3x0	353 Aprobada con modif. 4x0
214 Rechazada 3x2	284 Aprobada 3x0	354 Inadmisible
215 Retirada	285 Aprobada 3x0	355 Inadmisible
216 Retirada	286 Inadmisible	356 Aprobada con modif. 4x0
217 Aprobada con modif. 4x0	287 Inadmisible	357 Aprobada con modif. 4x0
218 Aprobada con modif. 4x0	288 Aprobada 4x0	358 Aprobada con modif. 4x0
219 Aprobada 4x0	289 Aprobada con modif. 3x0	359 Aprobada 4x0
220 Aprobada con modif. 4x0	290 Rechazada 3x0	360 Aprobada con modif. 3x0
221 Aprobada 4x1	291 Aprobada 4x0	361 Aprobada 4x0
222 Rechazada 2x1 Abst.	292 Aprobada 4x0	362 Aprobada 4x0
223 Rechazada 3x2	293 Aprobada 4x0	363 Aprobada con modif. 4x0
224 Aprobada 5x0	294 Aprobada 2x1	364 Aprobada 4x0
225 Aprobada con modif. 3x0	295 Inadmisible	365 Aprobada 4x0
226 Aprobada con modif. 3x0	296 Aprobada 4x0	366 Aprobada 4x0
227 Rechazada 3x0	297 Aprobada con modif. 4x0	367 Aprobada 4x0
228 Aprobada con modif. 3x0	298 Aprobada 4x0	368 Aprobada 4x0
229 Aprobada con modif. 3x0	299 Rechazada 4x0	369 Aprobada 4x0
230 Aprobada con modif. 5x0	300 Rechazada 4x0	370 Aprobada 4x0
231 Retirada	301 Aprobada 4x0	371 Aprobada 3x0

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

232 Aprobada con modif. 3x0	302 Rechazada 3x0	372 Aprobada 3x0
233 Aprobada con modif. 3x2	303 Rechazada 3x0	373 Aprobada 3x0
234 Retirada	304 Aprobada 4x0	374 Aprobada 3x0
235 Aprobada con modif. 3x2	305 Aprobada 4x0	375 Inadmisible
236 Rechazada 5x0	306 Retirada	376 Aprobada 3x0
237 Rechazada 3x0	307 Rechazada 3x0	377 Aprobada con modif. 3x0
238 Aprobada con modif. 3x0	308. Rechazada 3x0	378 Aprobada 3x0
239 Aprobada con modif. 3x0	309 Rechazada 3x0	379 Aprobada 3x0
240 Aprobada con modif. 4x0	310 Rechazada 3x0	380 Aprobada con modif. 3x0
241 Retirada	311 Rechazada 3x0	381 Rechazada 3x0
242 Aprobada 3x0	312 Rechazada 3x0	
243 Rechazada 3x0	313 Rechazada 3x0	
244 Rechazada 3x0	314 Aprobada 4x0	
245 Rechazada 5x0	315 Aprobada 4x0	
246 Aprobada con modif. 3x0	316 Aprobada con modif. 4x0	
247 Aprobada 3x0	317 Aprobada 4x0	
248 Aprobada con modif. 3x0	318 Inadmisible	
249 Aprobada con modif. 3x0	319 Inadmisible	
250 Aprobada 3x0	320 Aprobada 4x0	

**III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISION:** 8 artículos permanentes y 23 transitorios.

**IV. NORMAS DE QUORUM ESPECIAL:** los artículos 10, 11 y 22 contenidos en el artículo 6º del proyecto son normas de rango orgánico constitucional, porque inciden en atribuciones de los tribunales de justicia.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

**V. URGENCIA:** Simple.

**VI. ORIGEN INICIATIVA:** Mensaje del Presidente de la República, iniciado en la Cámara de Diputados.

**VII. TRAMITE CONSTITUCIONAL:** segundo.

**VIII. APROBACION POR LA CAMARA DE DIPUTADOS:** en sesión de fecha 8 de octubre de 2002, con 58 votos a favor y 43 abstenciones.

**IX. INICIO TRAMITACION EN EL SENADO:** 3 de diciembre de 2002.

**X. TRAMITE REGLAMENTARIO:** segundo informe. Pasa a la Comisión de Hacienda

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

1. D.L. N° 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
2. Ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.
3. Ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapre
4. D.F.L. N° 725, de 1968, Código Sanitario, artículo 5º, sobre interpretación de la expresión autoridad sanitaria.
5. Ley N° 19.378, Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal.
6. Ley N° 19.607, que modifica el Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal.
7. Ley N° 19.490, que establece asignaciones y bonificaciones para el personal del sector salud.
8. Ley N° 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas de personal del sector salud.
9. Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.
10. D.L. N° 249, de 1974, Escala Unica de Remuneraciones.

## SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

- 11.D.F.L. N°s. 29,30 y 31, del Ministerio de Salud, de 2000, que crean los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental Hospital Padre Alberto Hurtado, Centro de Referencia de Salud (CRS) de Peñalolén Cordillera Oriente y CRS de Maipú.
- 12.D.L. N° 1.953, de 1977 y ley N° 18.091, que establece normas de carácter presupuestario y financieras.
- 13.Leyes N° 19.185 y N° 19.429, sobre reajuste de remuneraciones del sector público.
- 14.D.S. N° 320, del Ministerio de Salud, de 2003, que determina el aporte estatal a las entidades administradoras de salud municipal (per cápita) para el año en curso.
- 15.Ley N° 19.886, de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.
- 16.Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.
- 17.Ley N° 18.695, orgánica constitucional de municipalidades.
- 18.Ley N° 18.575, orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
- 19.Ley N° 16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- 20.Ley N° 19.882, que regula nueva política de personal a los funcionarios públicos.
- 21.Ley N° 19.664, que establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud y modifica la ley N° 15.076.
- 22.Ley N° 18.803, que autoriza a los servicios públicos para externalizar acciones de apoyo a funciones que no correspondan a potestades.
- 23.Ley N° 19.699, que otorga compensaciones y otros beneficios que indica a funcionarios públicos estudiantes de carreras técnicas de nivel superior.
- 24.Ley N° 19.799, sobre documentos electrónicos, firma electrónica y servicios de certificación de dicha firma.
- 25.Ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del estado.
- 26.D.L. N° 1.939, 1977, sobre adquisición, administración y disposición de bienes del Estado.
- 27.D.L. N° 3.500, de 1980, que establece nuevo sistema de pensiones.
- 28.D.L. N° 3.551, 1981, sobre remuneraciones y personal del sector público.
- 29.D.F.L. N° 36, del Ministerio de Salud, de 1980, sobre normas para los convenios que celebren los servicios de salud.
- 30.D.F.L. N° 1.340 bis, del Ministerio de Bienestar Social, de 1930, Estatuto de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas.

SEGUNDO INFORME COMISION SALUD

Valparaíso, 17 de diciembre de 2003.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS  
Secretario de la Comisión

## 2.5. Informe Comisión de Hacienda

Senado, 14 de enero de 2004. Cuenta en Sesión 28, Legislatura 350

**INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA,** recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, instaurar distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

**BOLETÍN N° 2.980-11.**

### HONORABLE SENADO:

Vuestra Comisión de Hacienda tiene el honor de emitir su informe relativo al proyecto de la referencia, iniciado en mensaje del Presidente de la República, con urgencia calificada de "simple".

A algunas de las sesiones en que se estudió este asunto asistieron, además de los integrantes de la Comisión, los Honorables Diputados señores Enrique Accorsi, Patricio Cornejo y Alberto Robles.

- - -

La Comisión contó con la presencia de los invitados que a continuación se consignan:

En representación del Ministerio de Salud concurrieron el Ministro de Salud, señor Pedro García; el Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica, señor Andrés Romero, y los Abogados Asesores de ese Departamento señores Rodrigo Gómez y Sebastián Pavlovic.

En representación del Ministerio de Hacienda asistieron el Coordinador de Políticas Económicas, señor Marcelo Tockman, y los Asesores señora Consuelo Espinosa y señor Julio Valladares.



## INFORME COMISION HACIENDA

La Comisión de Reforma de la Salud estuvo representada por su Secretario Ejecutivo, don Hernán Sandoval.

En representación de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional asistieron el Superintendente, señor Manuel Inostroza, el Fiscal, señor Ulises Nancuante, y el Jefe de Asesoría Jurídica, señor Raúl Ferrada.

En representación de la Fundación Jaime Guzmán concurrió don Nicolás Figari.

Se escuchó, asimismo, la opinión del Presidente del Colegio Médico, señor Juan Luis Castro; de los representantes de la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud (CONFENATS), señores Jorge Araya, Germán Rodríguez y Hernán González, Presidente, Vice-Presidente y Director Nacional del Departamento Técnico, respectivamente; de los representantes de Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipalizada, señor Esteban Maturana y señoras Eugenia Muñoz y Soledad Barría, Presidente, Secretaria General y Asesora de la entidad, respectivamente, y de los representantes de la Asociación de ISAPRES A.G., señores Rafael Caviedes y Gonzalo Simon, Director Ejecutivo y Gerente de Estudios.

El proyecto de ley en estudio fue analizado previamente por la Comisión de Salud.

- - -

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 124 del Reglamento del Senado, cabe dejar constancia de lo siguiente, respecto de las indicaciones que fueron conocidas por la Comisión de Hacienda:

I.- Artículos que no fueron objeto de indicaciones ni de modificaciones: 4º permanente y decimotercero y decimonoveno, transitorios.

II.- Indicaciones aprobadas sin modificaciones: 11, 55, 61, 63, 66, 69, 72, 99, 110, 111, 112, 128, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 184, 188, 191, 192, 194, 201, 203, 205, 224, 228, 229, 230, 255, 256, 257, 258, 267, 278, 280, 281, 283, 284, 285, 288, 291, 292, 293, 294, 304, 305, 314, 315, 317, 320, 339, 340, 359, 361, 362, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 376 y 378.

## INFORME COMISION HACIENDA

III.- Indicações aprobadas con modificaciones: 10, 50, 51, 52, 62, 115, 116, 117, 118, 137, 148, 154, 190, 193, 195, 197, 200, 202, 217, 218, 219, 220, 225, 226, 227, 232, 233, 235, 238, 239, 240, 260, 261, 262, 263, 264, 277, 279, 282, 289, 316, 343, 352, 353, 356, 357, 358, 360, 363 y 377.

IV.- Indicações rechazadas: 12, 13, 49, 53, 54, 60, 64, 65, 67, 68, 70, 71, 109, 113, 144, 147, 158, 159, 180, 181, 182, 183, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 221, 222, 223, 236, 237, 259, 266, 268, 290 y 341.

V.- Indicações retiradas: no hay.

VI.- Indicações declaradas inadmisibles: no hay.

Cabe hacer presente que esta constancia es complementaria al cuadro reglamentario contenido en el segundo informe de la Comisión de Salud.

- - -

Cabe hacer presente que las normas que la Comisión de Salud señalaba como de rango orgánico constitucional en su segundo informe fueron suprimidas en la Comisión de Hacienda a solicitud del Ejecutivo, que sostuvo que dichas disposiciones eran innecesarias, en atención a que eran suficientes las normas generales existentes en la materia, por lo que no se requería contemplar esas disposiciones en la iniciativa en informe.

- - -

Vuestra Comisión de Hacienda se pronunció respecto de las siguientes normas:

- ARTICULO 1º: N° 1); N° 2); N° 6); N° 11), artículos 14 D y 14 E; N° 14, artículo 16 ter; N° 18), letras c) y s); N° 21; N° 22), artículos 25 A, 25 D, 25 F, 25 L, 25 M, 25 Ñ, 25 O y 25 P, y N° 33);

- ARTÍCULOS 3º, 4º, y 5º;

- ARTÍCULO 6º: Artículos 1º, 2º, 10, 11, 12, 14, 21, 22, 23 (pasa a ser 21), 26 (pasa a ser 24) y 27 (pasa a ser 25);

- ARTÍCULOS 7º y 8º;

---

**INFORME COMISION HACIENDA**

- Artículos transitorios: primero al noveno, decimotercero, decimocuarto, decimoquinto, decimosexto, decimonoveno, vigesimosegundo y vigesimotercero.

- - -

**DISCUSIÓN EN PARTICULAR**

En forma previa al análisis de las disposiciones de competencia de la Comisión, el señor Ministro de Salud realizó una exposición general en que situó el proyecto en el contexto de la reforma general de la salud y las correspondientes iniciativas que se encuentran en tramitación legislativa.

Informó que la corrección de los problemas de los sistemas público y privado de salud, pero respetando y promoviendo su existencia, constituye el desafío de la reforma a la salud, el que se enfrenta en cinco proyectos de ley que abordan la materia desde distintas perspectivas.

Precisó que las estrategias contenidas en los proyectos de ley que constituyen la reforma pueden resumirse en:

- Fortalecimiento de la institucionalidad y funciones de autoridad sanitaria.

- Integración de la red asistencial y separación de funciones de autoridad sanitaria de las de prestación de servicios de salud.

- Creación de hospitales de autogestión en red con mayor flexibilidad para administrar sus recursos y mayor responsabilidad respecto a su gestión.

- Incentivos remuneracionales a los trabajadores del sector, asociados al cumplimiento de metas sanitarias y de gestión y establecimiento de un programa de estímulo a la jubilación.

- Definición de un paquete estándar de beneficios que deberán asegurar el sistema público y privado, con garantías explícitas de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad para un conjunto de problemas de salud prioritarios.

## INFORME COMISION HACIENDA

- Creación de un Fondo de compensación para reducir discriminación en el sistema privado.

- Perfeccionamiento de la regulación del sistema ISAPRE para aumentar solvencia, transparencia y protección de cotizantes cautivos.

- Financiamiento adicional proveniente de impuestos generales para los beneficiarios más pobres del sistema público de salud.

- Regulación de la relación entre pacientes y prestadores de salud, públicos o privados, tanto institucionales como individuales, con el fin de cautelar derechos tales como el consentimiento informado, el acceso a la ficha clínica, la participación informada en investigaciones clínicas, etc.

Explicó que los cinco proyectos que constituyen la reforma son los siguientes: proyecto de autoridad sanitaria y gestión; proyecto del régimen de garantías en salud; proyecto de ley de ISAPRES corto; proyecto de ley de ISAPRES largo, y proyecto de derechos y deberes de las personas en salud. Informó que otro proyecto, destinado a financiar la reforma, ya fue aprobado por el Congreso (Ley N° 19.888, que aumentó el Impuesto al Valor Agregado).

A continuación se refirió al proyecto en informe, y señaló que en él se tratan, fundamentalmente, tres aspectos: autoridad sanitaria, gestión de la red de salud y gestión de los recursos humanos.

- Autoridad Sanitaria:

Hizo presente que en las normas relativas a la autoridad sanitaria se determinan facultades, funciones y estructura del Ministerio de Salud, reemplazando la actual Subsecretaría por dos Subsecretarías, una de Redes Asistenciales y otra de Salud Pública; se otorgan facultades a los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud y se establece la Superintendencia de Salud.

- Gestión de la Red:

Señaló que en las disposiciones respectivas se definen los Servicios de Salud, se establece la Red Asistencial y los Establecimientos Autogestionados en Red y de menor complejidad.

- Gestión de Recursos Humanos:

## INFORME COMISION HACIENDA

Sobre el particular se contemplan incentivos de carácter remuneratorio; modificaciones a la carrera funcionaria; normas sobre dotación de personal y un programa especial de incentivo al retiro.

Manifestó que el proyecto de ley sobre autoridad sanitaria es el que estructura el sistema, con separación de funciones, definición de roles y rendición de cuentas, para que las acciones de salud se sustenten en un sistema que se articule en buena forma.

Mencionó que en la actualidad un Director de Servicio tiene roles que se contraponen unos con otros, tales como los de proveedor, a través de hospitales de su dependencia, y los de ente normativo o fiscalizador, por lo que en definitiva se descuidan algunas de las funciones. Por ello algunas de las materias que hoy en día son de su competencia se trasladan a los Secretarios Regionales Ministeriales, quienes asumirán el papel de ente normativo y fiscalizador en la región. En definitiva, aseveró, se busca que se deje de normar, operar y fiscalizar al mismo tiempo.

Por esta misma razón, señaló, en materia medioambiental serán los Secretarios Regionales Ministeriales los llamados a resolver, bajo la subordinación de la Subsecretaría de Salud Pública.

Hizo presente que el proyecto de ley en informe, que modifica la estructura sanitaria pública, interviene en tres grandes materias: autoridad sanitaria; gestión de los servicios de salud y recursos humanos.

I.- Señaló que por autoridad sanitaria se entiende las instituciones públicas que regulan, fiscalizan y controlan el funcionamiento de todo el sector sanitario chileno, encabezadas por el Ministerio de Salud. Forman parte de la autoridad sanitaria las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y la nueva Superintendencia de Salud, que reemplaza a la actual Superintendencia de ISAPRES.

- El Ministerio de Salud es la principal institución del sector Salud. Le corresponden las funciones de rectoría, regulación y control sobre las materias de su competencia. La fiscalización se efectúa fundamentalmente a través de las SEREMIS y la Superintendencia de Salud.

Se estructura en torno a dos subsecretarías, una de Salud Pública, cuya misión básica son las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades, y otra denominada de Redes Asistenciales, cuya función primordial es velar por la correcta y eficiente coordinación, articulación y desarrollo de la Red Asistencial del país, constituida por los establecimientos públicos del Sistema Nacional de Servicios de salud, los establecimientos de la atención primaria municipalizados y las

## INFORME COMISION HACIENDA

instituciones privadas con convenio, que constituyen la red asistencial dependiente de cada uno de los servicios de salud.

- Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud son organismos desconcentrados del Ministerio de Salud, que constituirán la autoridad sanitaria en cada Región del país, y pasarán a ellas todas las funciones que hoy desarrollan los Servicios de Salud que no son prestación de atenciones de salud, esto es, fiscalización del Código Sanitario, autorizaciones para funcionar, las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, etc.

- La Superintendencia de Salud será la sucesora de la actual Superintendencia de ISAPRES, pasarán a ella todas las actuales funciones que dicha institución desempeña y fiscalizará también a FONASA en el cumplimiento del régimen de garantías (AUGE), de manera tal que tendrá la función de fiscalizar a las ISAPRES en las materias actuales y además en el cumplimiento del Régimen y también a FONASA exclusivamente en lo que dice relación con el cumplimiento del Régimen y la modalidad de libre elección. Asimismo, se le encomienda la función de registro de los prestadores de salud, tanto individuales como institucionales, públicos y privados, a través de dos mecanismos nuevos: la acreditación, destinada a garantizar la calidad de los prestadores institucionales, y la mantención de un registro de prestadores certificados en sus especialidades y subespecialidades, para prestadores individuales.

II.- Respecto de la gestión de los Servicios de Salud, explicó que se modifica sustancialmente la estructura y funciones de los Servicios de Salud, para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y permitir la toma de decisiones en el nivel local, se garantiza la participación y se vela por la efectiva coordinación de la Red para la derivación y referencia de pacientes entre los distintos niveles de complejidad.

- Red Asistencial: la red asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenios con el Servicio de Salud respectivo, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver las necesidades de salud de la población. Con la misma finalidad la red asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud.

- Director del Servicio de Salud: deberá ser "gestor" de la Red que le corresponde, es decir, tendrá a su cargo la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la red asistencial del territorio de su competencia, tendrá la misión de velar por la efectiva derivación, referencia y contrareferencia de

## INFORME COMISION HACIENDA

los usuarios de la red entre sus distintos niveles de complejidad y también de la eficaz coordinación con las redes de otros servicios.

- Establecimientos Autogestionados en Red: los establecimientos de mayor complejidad (actuales tipo 1 y 2) entrarán en un proceso gradual que les permitirá ganar espacios de mayor flexibilidad y autonomía para administrar sus recursos propios, fomentando un eficiente uso de los recursos y estimulando la capacidad para generar recursos propios, cautelando a la población beneficiaria, pues lo que deben hacer en materia asistencial estará determinado por las políticas e instrucciones impartidas por el Director del Servicio de acuerdo a las políticas nacionales definidas por el Ministerio a través de la Subsecretaría de Redes.

- Establecimientos de menor complejidad: si bien no se les dan las mismas herramientas que a los autogestionados, se les entregan mayores competencias para el mejor uso de sus recursos financieros, físicos y humanos, sin perjuicio del control ejercido por el Director del Servicio y de las facultades que éste delegue en el director del establecimiento.

## III.- Recursos Humanos.

Se hizo notar que la iniciativa en informe es producto de un intenso proceso de diálogo entre el Ministerio de Salud y los gremios representativos del sector, que culminó en diversos acuerdos para impulsar una nueva política de modernización del personal en el marco de la reforma.

En este contexto se formuló la iniciativa, para el personal regulado por la ley N° 18.834, Estatuto Administrativo, de los Servicios de Salud, Subsecretaría de Salud, Instituto de Salud Pública y Central nacional de Abastecimiento de los Servicios de Salud, que está orientada a potenciar el mejoramiento de la gestión hospitalaria, el fortalecimiento del trabajo de los equipos de salud y el desarrollo de su personal.

- Modernización de la carrera funcionaria: se introducen elementos que permiten desarrollar sistemas de promoción diferenciados, que privilegien la capacidad de los funcionarios y resguarden la igualdad de oportunidades.

- Incorpora nuevos incentivos de carácter remuneratorio: la nueva política se expresa a través de la creación de asignaciones de estímulos al desempeño de los equipos de salud, al fortalecimiento de la función directiva, y a la creación de una asignación de turno. Estos incentivos se otorgarán, en forma gradual, en un período de 4 años, a contar del 2004: asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo; asignación de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo; asignación de estímulo a la función directiva; asignación de

## INFORME COMISION HACIENDA

responsabilidad; asignación de turno; modificación de las asignaciones de desempeño institucional e individual de la ley 19.490, para el Instituto de Salud Pública, la Central Nacional de Abastecimientos y la Subsecretaría de Salud. Hay un programa transitorio de incentivo al retiro para los funcionarios que se desempeñen en los Servicios de Salud, en el I.S.P., en la CENABAST y en los establecimientos de salud de carácter experimental. Durante el año 2004 podrán acceder al beneficio 2.494 funcionarios, privilegiándose aquellos de menores rentas y más edad. Los funcionarios que no alcancen a acogerse al beneficio antes del 31 de diciembre de 2004 podrán hacerlo hasta el 30 de septiembre de 2005, acumulándose para el segundo período los cupos no utilizados en el primero.

- Inversión pública: la parte del proyecto que moderniza la política de desarrollo del personal significa una importante inversión adicional, en forma progresiva en un período de 4 años.

El Honorable Diputado señor Robles expresó que si bien le parecen positivos algunos de los cambios que introdujo a la iniciativa la Comisión de Salud del Senado en su segundo informe, el texto despachado varía en aspectos fundamentales, respecto de la filosofía del proyecto que el Ejecutivo presentó en el primer trámite constitucional en la Cámara de Diputados.

Consultó por la razón de tres cambios en materias que son de iniciativa del Ejecutivo:

- Entrega de facultades normativas y también de fiscalización al Ministerio de Salud, de control a las Direcciones de Servicio y ejecución a los hospitales. En su opinión a los Secretarios Regionales Ministeriales les corresponde la fijación de políticas, pero la fiscalización debe quedar entregada a otros entes.

- Entrega a los hospitales de la posibilidad de asignar camas al sector privado.

- Entrega de facultades administrativas al Director del Hospital.

Los representantes del Ejecutivo respondieron al señor Diputado que la separación de funciones que se consagra en el proyecto se enmarca en los mismos criterios que originalmente tuvo el Gobierno en la materia.



## INFORME COMISION HACIENDA

El Honorable Senador señor Foxley manifestó dudas acerca del enfoque de los proyectos de reforma a la salud. Estimó que era posible mejorar gestión en una parte y corregir las distorsiones en el otro, construyendo un sistema que gradualmente cubre las necesidades de la ciudadanía.

El Honorable Senador señor Ominami manifestó ser partidario de restablecer el carácter imperativo de los Consejos de Participación y de buscar maneras de asegurar la participación de los usuarios.

Al respecto el señor Ministro hizo presente la disposición del Ejecutivo a reponer el texto aprobado en el primer trámite constitucional.

El Honorable Senador señor Ominami destacó la importancia del aporte que podría hacer esta Comisión al proyecto en lo referente a la distribución del per cápita y a los gastos en salud de los distintos municipios, garantizando en la ley que recibirán un per cápita mayor los municipios más pobres.

El Honorable Diputado señor Accorsi destacó que el per cápita actual no permite cubrir los costos fijos de los Consultorios. Hizo presente, asimismo, su preocupación por la forma en que se pueda garantizar que los beneficiarios del sistema público van a tener prioridad en el uso de las camas.

El señor Ministro señaló que se contempla una indicación para precisar que las camas que se podrá utilizar serán las de Pensionado.

A continuación se escuchó la opinión de los representantes del Colegio Médico, de la CONFENATS, de CONFUSAM y de la Asociación de ISAPRES de Chile A.G.

El Presidente del Colegio Médico expuso acerca de los elementos contenidos en el proyecto de ley en informe con los cuales dicha asociación gremial no concuerda:

I.- Facultades del Ministro que guardan relación con:

a) Definición de estándares mínimos para el funcionamiento de los Servicios de Atención en Salud.

## INFORME COMISION HACIENDA

b) Sistema de acreditación de prestadores institucionales de salud.

c) Sistema de certificación de especialidades médicas.

d) Establecer normas de protocolos.

e) Sistema de solución de controversias sobre responsabilidad civil de los médicos e instituciones de salud.

Reconocieron la conveniencia de que la autoridad pública en salud tenga estas facultades, pero se requiere acotar:

- Debe asesorarse por un Consejo definido en la ley, con la participación amplia de representantes de sociedades científicas, de escuelas de medicina y colegios profesionales, para asegurar la idoneidad técnica de las normas y evitar la arbitrariedad política.

- Eliminar del artículo 4º la facultad discrecional del Ministro de definir la obligatoriedad de los protocolos, que rigidizaría una materia en que el avance de la ciencia siempre obliga a cambios.

- Definir en la ley que todos los organismos o instituciones encargados de la aplicación de las normas estipuladas por estas funciones serán de carácter público y sin fines de lucro.

- Debe consagrarse en la ley la existencia del Consejo Consultivo de Salud; con la definición obligatoria de sus funciones y componentes. Un órgano de este tipo no puede quedar sujeto en su constitución y funcionamiento al arbitrio del Ministro de Salud de turno.

- Reponer la facultad del Ministro de Salud para la dictación de normas sanitarias. Debe reponerse el numeral 2 del artículo 4º aprobado en la Cámara de Diputados.

- Asegurar en la ley que las actividades de fiscalización de las normas sanitarias serán realizadas por instituciones públicas sin fines de lucro.

## II.- Superintendencia de Salud:

- La homologación del FONASA como institución previsional de salud.

- La exclusión de la fiscalización a los beneficiarios de las Fuerzas Armadas y particulares.

## INFORME COMISION HACIENDA

- La consolidación de la separación Auge – No Auge, al controlar solamente el Auge en el FONASA.

## III.- Autoridad Sanitaria Regional:

El Colegio Médico de Chile A.G. comparte que algunas facultades del Director del Servicio se traspasen al SEREMI , tales como oficinas de profesiones médicas, actividades de control y regulación en general, pero considera inconveniente que actividades vinculadas a actividades netamente clínicas y ambientales queden bajo la tutela de una autoridad eminentemente política.

## IV.- Servicios de Salud:

- Traspaso de todas las funciones de acción sanitaria al SEREMI, y todo lo que no diga relación con la ejecución de acciones integradas de curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

- Se minimiza gravemente el ámbito de acción de los servicios al separarlos totalmente de las acciones de promoción y prevención, lo que va en contra del discurso de fortalecer tales actividades, tanto en los servicios como en la red. Deben reincorporarse a dichas acciones, señalando la necesaria coordinación con el SEREMI.

- Mantiene la facultad del Director de Servicio de enviar a los funcionarios en comisiones de servicio por dos años, generando una gran incertidumbre laboral, ya que un número importante de funcionarios se encuentra a contrata. Se prestaría, además, para arbitrariedades y represalias.

## V.- Red Asistencial:

- Se consagra la apertura de la red a los prestadores privados, los que en igualdad de condiciones jurídico técnicas entran a competir con los hospitales y consultorios públicos desfinanciados y con retraso humano y tecnológico, lo que determinará una competencia asimétrica.

- Se establece que los establecimientos del nivel primario prestaran atenciones de salud, cuando debiera señalarse que son "acciones de salud", para incluir todas las actividades, entre ellas las de promoción y prevención.

- Se eliminó del Consejo de Red Asistencial la participación de los usuarios.

## INFORME COMISION HACIENDA

- No existen elementos concretos que resuelvan la integración de los diferentes niveles de atención.

## VI.- Establecimientos Autogestionados en Red:

- La creación de una red de alta complejidad y la red de 56 hospitales autogestionados en red porque se sancionará la falta de equidad entre los hospitales públicos. Debe volverse al texto aprobado por la Cámara de Diputados, en que todos los hospitales podían gozar de los privilegios de los establecimientos autogestionados en red.

- Se estimula la complejización y la super especialización.

- La red de alta complejidad significará una duplicación de funciones y, por ende, encarecimiento de las prestaciones.

- El cumplimiento de los requisitos para aprobar la gestión está centrado en indicadores financieros y de gestión, ignorándose los indicadores sanitarios.

- La red de 56 establecimientos autogestionados en red dependerá en la práctica del Subsecretario y será inoperante administrativamente.

- Los mecanismos de control social desaparecen. El Consejo Técnico no tiene poder real y el director del establecimiento autogestionado en red puede establecer su propia organización interna.

- Permite que el director del establecimiento autogestionado en red pueda comprar hasta un 20% de su presupuesto en servicios, incluyendo no sólo los de apoyo sino que también los clínicos. (¿se externalizarán los servicios de urgencia?).

- Permite la venta de servicios, sin limitaciones, a los privados con fines de lucro, es decir, venta de camas públicas a las ISAPRES. La atención de privados y de beneficiarios de ISAPRES debe acotarse a las camas de pensionado, excepto las urgencias.

- La elaboración del presupuesto corresponde, en la práctica, al director del establecimiento autogestionado en red, el director de servicio actúa sólo como correo, para que en definitiva sea el Subsecretario quien lo aprueba.

- La provisión de recursos del FONASA se hará directamente al director del establecimiento autogestionado en red vía

## INFORME COMISION HACIENDA

convenios y no al director del servicio, quien tiene la visión integral del territorio.

- Al competir los 56 establecimientos autogestionados en red se producirá una pérdida de la economía de escala y en la sinergia sanitaria.

- Se mantiene la facultad del director del establecimiento autogestionado en red de solicitar el término de la destinación de los funcionarios en el establecimiento, dejándolos a disposición del Servicio de Salud. Se agrava así la inestabilidad laboral.

- Los directores de hospitales seguirán siendo seleccionados y nombrados en sus cargos por la autoridad política y no por concurso público.

- La destinación de los cargos directivos seguirá siendo de resorte de la autoridad política y por razones fundamentalmente financieras.

Los representantes de la CONFUSAM manifestaron que si bien están de acuerdo, en principio, con la necesidad de efectuar una reforma en materia de salud, en los Mensajes de los proyectos que al respecto se enviaron a tramitación legislativa se señalaba que buscaban conseguir ciertos objetivos que a juicio de esta entidad no se cumple, lo que obligaría a revisar los proyectos.

Expresaron que los aludidos objetivos eran los siguientes:

- Fortalecer el sistema público y la red pública de salud.

- Lograr mayor regulación del sector privado.

- Mejorar las relaciones laborales.

- La reforma se desarrollaría en un escenario de participación permanente.

Afirmaron que estos objetivos no se han cumplido y que no existe coherencia entre el enunciado de que la atención primaria de salud es prioritaria para el Gobierno y lo que se está legislando al respecto.

## INFORME COMISION HACIENDA

Plantearon observaciones acerca de los siguientes aspectos fundamentales:

- Relación con niveles reguladores y coordinación sanitaria:

Sostuvieron que el proyecto obliga a la atención primaria a relacionarse y firmar convenios con multiplicidad de entidades: Servicio de Salud; SEREMI, para los efectos de promoción y prevención; Subsecretaría de Salud Pública, para asuntos como vacunas, y con establecimientos autogestionados, todo lo cual produce confusión y mayor segmentación.

Solicitaron cautelar la verdadera integridad de la red, para lo cual todas las relaciones deben pasar a través del coordinador de la red, que es el Servicio de Salud.

- Mecanismos de participación:

Mencionaron que en el primer trámite constitucional el proyecto consideraba, al menos Consejos Consultivos.

Es así como en el nivel ministerial se contemplaba, por ley, un Consejo Consultivo de nivel ministerial estratégico, y un Consejo nacional Consultivo de calidad (normas de acreditación y certificación). Ahora, en cambio, sólo se da la facultad para poder citar a Consultivos para fines precisos, con tiempos limitados, sin definir los participantes ni temas relevantes.

En el nivel regional el proyecto aprobado por la Cámara de Diputados consideraba un Consejo de Red que ahora no existe.

Por último, la participación de los usuarios, que antes se consagraba en el Consejo de Red de los Servicios de Salud y establecimientos autogestionados, tampoco se considera en el proyecto actual.

Solicitaron reponer los mecanismos de participación que se habían establecido, incluyendo a usuarios y trabajadores.

- Red y Atención Primaria:

En cuanto a la conformación de la red, afirmaron que la definición de funciones de atención primaria cambió de "sanitarias" a "asistenciales" o "de atención". Deja fuera acciones relevantes: promoción, trabajo comunitario, etc., y es, además, contradictorio con el modelo de salud familiar.

## INFORME COMISION HACIENDA

Abre la red, al permitir que por reglamento se salte el paso de la atención primaria antes de llegar a la atención secundaria.

Señalaron que se sacó a los hospitales de pequeñas localidades que forman parte de la red de atención primaria.

Al respecto solicitaron clarificar la realización de acciones de salud y mantener la coherencia y eficiencia de los niveles.

Hicieron presente, asimismo, que los establecimientos de la red debieran compartir normas técnicas y financieras para las respectivas poblaciones; que las facultades del Director del Servicio de Salud para enviar en "Comisión de Servicio" hasta por dos años, si es a un establecimiento municipal debiera ser con convenio, para mejorar la resolutivez, y que todo traspaso debe realizarse a través de municipios, agregando que se debe llevar el financiamiento como centro de costo separado, para aumentar la transparencia del uso.

Sobre el particular solicitaron equidad de condiciones técnicas y financieras para los establecimientos de la red, cautelando que el financiamiento se invierta efectivamente en salud.

- Relación con hospitales autogestionados:

Expresaron que debe quedar clara la obligación de éstos de recibir pacientes de la atención primaria; que establecer convenios directos con atención primaria, por fuera del Servicio de Salud, complejiza y descoordina la red; que las actuales dificultades de hospitalización en hospitales complejos aumentará si no se restringe el acceso de particulares a 10% de las camas, y rechazaron las atribuciones de gestión sin contrapeso, desde organizar hasta enajenar bienes públicos, en que el Servicio de Salud sólo se pronuncia sobre 7.000 U.F.

Solicitaron que se cautele efectivamente la prioridad de los beneficiarios del sistema público y sus bienes.

- Superintendencia de Salud:

Respecto de la Intendencia de prestadores, destacaron que la facultad de acreditar establecimientos que atienden beneficiarios de la ley 18.933 y 18.469 debe ser privativa del Estado.

Acerca de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud manifestaron que homologa FONASA e ISAPRES y que el control de FONASA consagra la separación AUGE – No AUGE y libre elección institucional.

## INFORME COMISION HACIENDA

Solicitaron ampliar las facultades de acreditación a todos los establecimientos, realizadas por entidades públicas y eliminar la facultad de fiscalizar a FONASA.

- Importancia real de la atención primaria:

El eje de la reforma, que se ha dicho que es la atención primaria y un modelo que privilegie la promoción y prevención, parece contradictorio, ya que se limita el papel de la atención primaria a lo asistencial o de atención; no se mencionan elementos que superen inequidades financieras internas del sistema y déficit actual; no se nombra la atención primaria en la estructura futura del Ministerio de Salud, y el estímulo al desempeño de los directivos de los Servicios se asocia en 3% al cumplimiento de metas sanitarias por parte de la atención primaria y el 8% a que los establecimientos hospitalarios sean declarados autogestionados.

Solicitaron perfeccionar el proyecto para representar efectivamente lo buscado con la reforma.

Los representantes de la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (CONFENATS) criticaron los siguientes aspectos de la iniciativa:

A) En primer lugar, en cuanto a los hospitales autogestionados, hicieron presente las siguientes observaciones:

- El artículo 25 F letra d) señala que el director del establecimiento define y elabora el presupuesto anual, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones. Si el presupuesto elaborado por el Subsecretario de Redes asistenciales es menor que el solicitado por el director del establecimiento, el Subsecretario será quien decida donde debe reducirse y ajustarse. De esta forma no sería posible que el director cumpla con las funciones, planes y programas que se le exigen, como los exigidos en las letras E, F, K y Q del artículo 25.

- El artículo 25 E letra g) dispone la compra de servicios hasta un 20% del presupuesto, incluyendo las tareas propias y habituales del establecimiento, situación contradictoria con las funciones que le son propias al Servicio. La compra de servicios no debiera ser superior al 10% del presupuesto del establecimiento.

- El artículo 25 F letra k) plantea que en los convenios se puede considerar proveer de todo tipo de recursos, entendiendo que los convenios son para atraer recursos y mejorar la gestión de los hospitales para entregar una mejor atención a los usuarios y no para traspasar



## INFORME COMISION HACIENDA

recursos a terceros. El proyecto no establece porcentaje de libre disposición dentro de los recursos propios que generará la gestión financiera anual del establecimiento autogestionado.

- El artículo 25 E letra d) define las materias que deben ser tomadas en consideración en los presupuestos de los hospitales autogestionados, excluyendo las remuneraciones permanentes y otras de carácter variable actualmente vigentes, además de las que fija la ley.

B) En segundo término, hicieron presente sus aprensiones acerca del financiamiento de los distintos beneficios (asignaciones, bonificaciones e incentivos) establecidos en el proyecto de ley, que a su juicio sería deficitario desde su origen.

Los representantes de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional de Chile plantearon también diversas consideraciones respecto de la iniciativa en informe.

Manifestaron que si bien en términos generales creen que el proyecto contiene elementos que podrían permitir a quienes están gestionando los hospitales públicos operar con mayor eficiencia, los inquietan ciertos puntos, y emitieron comentarios acerca de los que se indican a continuación:

1.- La debida complementariedad público-privada.

Señalaron que el país requiere hacer un óptimo uso de las instalaciones de salud de que dispone y que en tal sentido se hace necesario un uso adecuado de los recursos disponibles, un aumento de su productividad y de los recursos financieros para el cumplimiento de su función. El proyecto, a su juicio, contiene elementos que permitirán promover el uso más intensivo de los hospitales estatales.

Afirmaron que, por otra parte, hoy no existen limitaciones, salvo las económicas, para el uso de establecimientos privados por pacientes del sistema estatal y que la mayoría de FONASA libre elección usan prestadores privados, y utilizan hospitales públicos bajo la modalidad de atención institucional. No obstante, dijeron, ello no es recíproco para los pacientes privados, quienes ven limitadas sus posibilidades de utilizar las instalaciones públicas bajo la modalidad de atención institucional, pues sólo lo pueden hacer en pensionados como paciente privado del médico tratante.

Sobre el uso de camas públicas por pacientes privados, expresaron que la ley 18.469 indica, en el artículo 16, que las

## INFORME COMISION HACIENDA

personas que no sean beneficiarias del régimen podrán requerir y obtener de los organismos creados por el decreto ley N° 2.763 el otorgamiento de prestaciones de acuerdo con el reglamento, pagando su valor según el arancel. Consecuente con ello no se pueden establecer normas que prohíban la atención de pacientes particulares en los recintos hospitalarios, pues este derecho está reconocido por la ley.

Se refirieron a la práctica privada en hospitales públicos, que consiste en el uso de camas públicas en los pensionados de los hospitales por pacientes de FONASA libre elección, privados e ISAPRES. Señalaron que, asimismo, la denominada "ley de urgencias" obliga a los hospitales públicos a atender a cualquier persona que requiera prestación de urgencia vital y a las ISAPRES a pagar dichos servicios, por lo que la facultad para atender a pacientes privados en pensionados y urgencias existe. Afirmaron que la eventual facultad que establece el proyecto para que los hospitales vendan servicios "institucionales" genera conflictos de intereses con aquellos profesionales que ven amenazados sus ingresos si se estableciera dicha posibilidad de atender a enfermos privados como "pacientes institucionales", porque se generarían ingresos para el hospital pero no necesariamente honorarios privados.

## 2.- Resguardos contemplados en el proyecto de ley:

- Atención preferente a pacientes del régimen estatal: el proyecto establece que la prioridad en la atención de los establecimientos públicos siempre corresponde a los beneficiarios del propio sistema, y por lo tanto la atención de las personas que no son beneficiarias del régimen se realiza cuando hay capacidad disponible. Establece, además, que los establecimientos autogestionados en red tendrán la facultad de celebrar convenios con entidades privadas y que lo anterior no podrá significar menoscabo ni postergación a las prestaciones que se deba entregar a los pacientes del sistema estatal.

Manifestaron que entienden que los establecimientos están dirigidos por médicos calificados que actuarán correctamente y con el criterio suficiente para calificar esta situación, sin perjuicio de que esos establecimientos estarán estrictamente vigilados por el Ministerio de Salud a través de los organismos que correspondan, lo que garantiza el cumplimiento de la norma.

- Garantía de pago total para pacientes privados: hicieron presente que para el caso de los convenios con ISAPRES se establece la obligación para que estas instituciones se responsabilicen por el pago total por cada paciente, esto es, la bonificación del plan y el copago del afiliado.

## INFORME COMISION HACIENDA

3.- Determinación de la prima universal para el plan AUGE: el proyecto de reforma considera la creación de un fondo solidario para la compensación de riesgos, mecanismo que requiere para su funcionamiento establecer un monto respecto del cual se efectúa dicha compensación de riesgo. Consecuente con lo anterior, se debe permitir a los pacientes privados elegir la red pública del régimen, para que así puedan acceder a las mismas condiciones de calidad y precio con la cual se calculó la prima universal. De esta forma se eliminan las discriminaciones arbitrarias entre personas pertenecientes a distintos sistemas de salud.

Informaron que los beneficios que la complementación público-privada arrojaría son:

- Mayor disponibilidad de recursos financieros para la atención de los beneficiarios del sector público y para mejorar las condiciones de trabajo del personal.

- Asociación con el sector privado para invertir en equipamiento, infraestructura y capacitación del personal.

- Mayor desarrollo de experiencia para la atención de patología compleja, concentrando los esfuerzos.

- Los ingresos médicos adicionales facilitarían a los hospitales la contratación de especialistas en aquellas áreas actualmente en déficit.

Por lo tanto, concluyeron, se debe facultar a los hospitales para ofrecer servicios a privados, cuando ello sea factible. Asimismo, se debe confiar en la habilidad y buen juicio de los profesionales que dirijan las instalaciones para decidir acertadamente la forma de optimizar la utilización de los recursos, los mecanismos para mejorar la atención de la población de menores recursos y los medios para incrementar, por la vía de venta de servicios, los ingresos de los hospitales públicos.

**ARTÍCULO 1º**

Este precepto introduce diversas modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

**Numeral 1)**

## INFORME COMISION HACIENDA

Sustituye el artículo 4º del referido cuerpo legal, mediante el cual se establecen las funciones y atribuciones del Ministerio de Salud.

## Nº 3

El artículo 4º número 3 confiere al Ministerio de Salud la facultad de fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley.

Su inciso segundo encarga, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos, a la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva la fiscalización de las disposiciones del Código Sanitario y de otras leyes complementarias, en ámbitos tales como el de la higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias.

Finalmente, el inciso tercero faculta la externalización de las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de normas, en cuanto dichos terceros cumplan requisitos de idoneidad y certificación.

Afectan a este numeral las indicaciones N°s 10, 11, 12 y 13.

La **indicación N° 10**, del Honorable Senador señor Frei, don Eduardo, propone reemplazar esta facultad por la de "Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud."

Enseguida, el Presidente de la República, mediante la **indicación N° 11**, propone reemplazar, en su inciso segundo, la frase "La fiscalización de las normas contenidas en el Código Sanitario y demás leyes complementarias" por "La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarios y la sanción a su infracción cuando proceda".

**- La Comisión aprobó las indicaciones números 10, y 11, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

Los Honorables Senadores señores Ruiz-Eskude y Ríos formularon las **indicaciones N° 12 y N° 13**, con el objetivo de suprimir el inciso tercero.

## INFORME COMISION HACIENDA

**- Fueron rechazadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

En seguida la Comisión acordó reemplazar el párrafo tercero propuesto para el número 3 por la Comisión de Salud, por el siguiente:

“La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo dispuesto en la ley N° 19.886, debiendo cumplir la entidad, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, las bases de la licitación deberán considerar esta condición con un mayor factor de ponderación.”.

**El acuerdo fue adoptado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Numeral 2)**

El N° 2 intercala, en el decreto ley N° 2.763, a continuación del artículo 4º, dos nuevos preceptos: los artículos 4º bis y 4º ter. El primero de ellos dispone que, para cumplir su función de formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud, o Plan Nacional de Salud, el Ministro contará con un Consejo Consultivo de Salud de carácter asesor.

El inciso segundo del artículo 4º bis señala que dicho Consejo será presidido por el Ministro de Salud e integrado por las personas que indica, a saber:

1. Dos directores o profesores de reconocida trayectoria de las Escuelas o Departamentos de Salud Pública de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegidos por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile;

2. Un decano o profesor de reconocida trayectoria de las Facultades de Economía o Administración de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegido por el Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas;

## INFORME COMISION HACIENDA

3. Un representante de la Sociedad Chilena de Salubridad, elegido por ésta;

4. Un representante del Colegio Médico de Chile, elegido por éste;

5. Dos representantes de Colegios Profesionales del área de la salud, elegidos por éstos conforme el reglamento;

6. Un representante de los prestadores públicos de salud, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud;

7. Un representante de las Asociación Chilena de Municipalidades, elegido por ésta;

8. Un representante de los prestadores privados de salud, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;

9. El Director de Fondo Nacional de Salud o su representante;

10. Un representante de las Instituciones de Salud Previsional, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;

11. Un representante organizaciones no gubernamental sin fines de lucro que haya desarrollado actividades relevantes en el ámbito de la salud ambiental, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud.

El inciso tercero agrega que estos consejeros servirán períodos de cinco años, prorrogables por una única vez, sin percibir remuneración alguna por su desempeño.

Finalmente, el inciso cuarto entrega al reglamento la regulación del funcionamiento del Consejo.

En dicho artículo inciden las indicaciones N°s 49 a 54.

La **indicación N° 49**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone la supresión del artículo en comento.

## INFORME COMISION HACIENDA

La **indicación N° 50**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, tiene como finalidad reemplazar el inciso primero por los siguientes:

“Artículo 4° bis.- Para el cumplimiento de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud convocará un Consejo Consultivo de Salud que tendrá el carácter de asesor en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de los lineamientos estratégicos del sector.

El Consejo deberá reunirse a lo menos una vez cada semestre del año, tendrá la facultad de auto convocarse y de emitir opiniones dirigidas al Ministro de Salud quien podrá acogerlas o rechazarlas en cualquier caso fundadamente.

Los integrantes del Consejo podrán requerir de cualquier organismo público los antecedentes que le sean necesarios para otorgar una adecuada asesoría al Ministro de Salud ya sea por habersele requerido o por iniciativa propia.

El referido Consejo será presidido por el Ministro de Salud y estará integrado por: ...”.

La **indicación N° 51**, formulada por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone intercalar, en el inciso primero, a continuación de la expresión “Consejo Consultivo de Salud”, la frase “con la participación de los gremios representantes de los trabajadores de la salud”.

En el mismo sentido, la **indicación N° 52**, del Honorable Senador señor Ríos, plantea que se agregue la participación de los gremios.

La **indicación N° 53**, presentada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone suprimir el número 11 del artículo 4° bis.

La **indicación N° 54**, presentada por la Honorable Senadora señora Matthei, tiene como finalidad reemplazar, en el inciso tercero del artículo 4° bis, la expresión “cinco años” por “tres años”.

**Artículo 4° ter**

En su primer inciso, el artículo 4° ter dispone que el Ministerio de Salud para establecer estándares mínimos de condiciones sanitarias seguras; un sistema de acreditación de prestadores institucionales

## INFORME COMISION HACIENDA

de salud; un sistema de certificación de especialidades y sub especialidades, y protocolos de atención de salud, contará con un Consejo Nacional Consultivo de la Calidad, de carácter asesor, convocado y presidido por el Ministro de Salud.

El mismo inciso establece la integración del Consejo en los siguientes nueve literales:

a) Un científico de connotada trayectoria en el área de calidad en salud, representante de sociedades científicas con personalidad jurídica, elegido por éstas en la forma que señale el reglamento;

b) Un director o profesor de reconocida trayectoria de las Facultades, Escuelas o Departamentos de Medicina o de Salud Pública de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegido por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile;

c) Un experto en el área de la calidad en salud de reconocida idoneidad y trayectoria, elegidos por el Ministro de Salud;

d) Un representante del Instituto de Salud Pública, elegido por éste;

e) Un representante de las Mutuales de Seguridad, elegido por éstas;

f) Un representante de los prestadores públicos de salud, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud;

g) Un representante de los prestadores privados de salud, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;

h) El Director del Fondo Nacional de Salud o su representante;

i) Un representante de las Instituciones de Salud Previsional, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país.

El inciso segundo entrega al reglamento la regulación del funcionamiento del Consejo y agrega que los consejeros no percibirán renta por sus actuaciones, y servirán períodos de tres años, prorrogables por una única vez. Un reglamento normará el funcionamiento del Consejo.



## INFORME COMISION HACIENDA

La **indicación N° 55**, formulada por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone su supresión.

La Comisión de Salud reemplazó los artículos 4° bis y 4° ter, por el siguiente 4° bis:

“Artículo 4° bis.- Para el cumplimiento de las funciones señaladas en el artículo anterior, el Ministro de Salud podrá convocar la formación de Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales o representantes de personas jurídicas, del sector público y privado, de acuerdo a las materias a tratar.

La resolución que disponga la creación del consejo respectivo señalará el plazo de duración en el cargo de los integrantes, el quórum para sesionar y las demás normas necesarias para su funcionamiento.”.

Se informó que al adoptar la decisión antes señalada, la Comisión de Salud consideró que la proliferación de consejos es inconveniente, debido a que dificulta la acción de la autoridad sanitaria, pudiendo convertirse en un canal para la acción de grupos de presión que no coincidan con el interés general.

El Honorable Senador señor Ominami manifestó que era partidario de que la convocatoria a formar Consejos Consultivos no se planteara en términos facultativos para el Ministro de Salud, sino en carácter obligatorio. Ello, afirmó, en atención a que estima apropiado que existan canales formales de participación para la comunidad, porque en temas complejos, como los que dicen relación con la salud, es importante que los usuarios se involucren, y por ello la participación adecuadamente orientada permite que las cosas funcionen mejor.

La Honorable Senadora señora Matthei consideró peligroso transformar en obligatoria la convocatoria a Consejos Consultivos, y señaló que no siempre los intereses de los gremios, que por esa vía ejercerán presión sobre la autoridad, son coincidentes con los intereses de la sociedad.

**Vuestra Comisión de Hacienda reemplazó el inciso primero del artículo 4° bis propuesto por la Comisión de Salud en su segundo informe, por otro que hace imperativo para el Ministro de Salud convocar la formación de Consejos Consultivos, en la forma que se consignará en su oportunidad. El acuerdo fue adoptado por tres votos a favor, uno en contra y una abstención. Se pronunciaron en favor del nuevo texto los Honorables Senadores señores Boeninger,**

## INFORME COMISION HACIENDA

**Foxley y Ominami. La Honorable Senadora señora Matthei votó en contra. Se abstuvo el Honorable Senador señor García.**

**En virtud de la aprobación del nuevo texto que se dio al artículo 4º bis, la Comisión, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami, adoptó los siguientes acuerdos respecto de las indicaciones números 49, 50, 51, 52, 53, 54 y 55:**

**- Las indicaciones números 49, 53 y 54 fueron rechazadas.**

**- Las indicaciones números 50, 51 y 52 fueron aprobadas, con modificaciones.**

**- La indicación número 55 fue aprobada.**

**Numeral 6)**

Reemplaza, en su literal a) los incisos primero y segundo del artículo 8º y crea el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales.

El inciso primero encomienda al Subsecretario de Redes Asistenciales las materias relativas a la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema y la regulación de la prestación de servicios de salud.

El inciso segundo agrega que respecto de las materias antes señaladas, deberá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento y coordinar su ejecución por los organismos que integran el Sistema, impartiendo instrucciones.

El inciso tercero, en materia de funciones propias del Subsecretario de Redes Asistenciales, se remite al decreto ley N° 1.208, de 1975, así como a las contenidas en otros cuerpos legales.

Finalmente, el inciso cuarto le otorga la calidad de superior jerárquico de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda.

Inciden en el presente artículo las indicaciones N°s 59 a 72.

## INFORME COMISION HACIENDA

La **indicación N° 59**, del Honorable Senador señor Ruiz-Eskuide, propone reemplazar el inciso primero, por el siguiente:

“Artículo 8º.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del sistema y la función de velar por el cumplimiento de las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para la atención integral de la salud de las personas y de los estándares de calidad que le serán exigibles.”.

**- Fue retirada por su autor, en la Comisión de Salud.**

La **indicación N° 60**, del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), tiene por objeto suprimir, en el inciso primero, las frases que siguen a la palabra “Sistema”.

**- Fue rechazada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La **indicación N° 61**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso primero, la palabra “servicios”, por “acciones”.

**- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La **indicación N° 62**, de la Honorable Senadora señora Matthei, tiene como finalidad reemplazar, en el inciso primero, la frase “la atención integral de la salud de las personas”, por “distintos tipos de prestaciones”.

**- La indicación N° 62 fue aprobada con modificaciones, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La **indicación N° 63**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone reemplazar el inciso segundo. por el siguiente:

“Para ello, el Subsecretario de Redes propondrá al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, la Central de Abastecimiento del Sistema

## INFORME COMISION HACIENDA

Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema.”.

**- Fue aprobada por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La **indicación N° 64**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso segundo, la frase “los organismos que integran el Sistema”, por “las demás entidades que integran el Sistema conforme al artículo 2° de esta ley”.

**- Fue rechazada con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La **indicación N° 65**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objeto agregar, al inciso segundo, la oración: “Le corresponderá, asimismo, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud en todo lo relativo a las redes asistenciales de salud e impartirles instrucciones.”.

**- La Comisión la rechazó por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La **indicación N° 66**, del Presidente de la República, propone suprimir el tercer inciso.

Se fundamenta en que la referencia general a la ley es innecesaria, y la específica, al decreto ley N° 1.208, de 1975, es errónea.

**- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

Las **indicaciones N° 67**, del Honorable Senador señor Parra, y **N° 68**, formulada por el Honorable Senador señor Ríos, eliminan el inciso cuarto.

**- Fueron rechazadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## INFORME COMISION HACIENDA

La **indicación N° 69**, del Presidente de la República, propone intercalar, en el inciso cuarto, después de la palabra "Ministeriales", la frase "en las materias de su competencia, y de las".

**- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La **indicación N° 70**, del Honorable Senador señor Muñoz Barra, propone sustituir el inciso final, por el siguiente:

"El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda."

**- Fue rechazada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La **indicación N° 71**, del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), propone reemplazar el inciso final, por el siguiente:

"El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de los Directores de los Servicios de Salud, divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además le corresponderá, en su calidad de colaborador del Ministro, coordinar a las Secretarías Regionales Ministeriales en el ámbito de sus competencias."

**- Fue rechazada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La **indicación N° 72**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objeto agregar el siguiente inciso:

"El Subsecretario de Redes Asistenciales subrogará al Ministro de Salud a falta del Subsecretario titular de Salud Pública."

**- La Comisión aprobó la indicación N° 72 por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

Numeral 11)

## INFORME COMISION HACIENDA

La **indicación N° 99**, formulada por el Presidente de la República, propone agregar los siguientes artículos 14 D y 14 E, nuevos:

“Artículo 14 D.- Los recursos financieros que recauden las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud por concepto de las tarifas que cobren por los servicios que presten, cuando corresponda, y por las multas que les corresponda percibir, ingresarán al presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública, la que lo distribuirá entre las referidas Secretarías Regionales.

Artículo 14 E.- Existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señale esta ley y sus reglamentos y las que el Secretario Regional Ministerial le someta a su consideración. Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

El Secretario Regional Ministerial deberá convocar al Consejo en el primer trimestre de cada año y tendrá por objeto informar acerca de la gestión del año anterior y la planificación del año correspondiente. Un reglamento regulará la forma de nombrar a los integrantes, el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento.”.

Al debatir la proposición de incorporar el artículo 14 E, el señor Ministro de Salud indicó que la referida norma es de especial interés debido a que el Consejo Asesor asegura la presencia y participación regional y representa una útil herramienta de apoyo para el Secretario Regional Ministerial de Salud.

- La indicación número 99 fue aprobada por tres votos a favor, uno en contra y una abstención. Se pronunciaron favorablemente los Honorables Senadores señores Boeninger, Foxley y Ominami. Votó en contra la Honorable Senadora señora Matthei. El Honorable Senador señor García se abstuvo.

**Numeral 14)**

Intercala, a continuación del artículo 16, los artículos 16 bis y 16 ter, nuevos.

El artículo 16 ter, en su primer inciso, describe la organización de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud en base a un primer nivel de atención primaria y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley o los reglamentos.

## INFORME COMISION HACIENDA

El inciso segundo impone a los establecimientos de atención primaria la obligación de cubrir la población del territorio del Servicio de Salud respectivo, aplicándose las mismas reglas técnicas a estos establecimientos, públicos o privados, y quedando sujetos a la supervisión y coordinación del Servicio de Salud respectivo.

Enseguida, el inciso tercero dispone que los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada, espontánea y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.

El inciso cuarto agrega que el establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud en relación con el ingreso de datos y los sistemas de información que deberá mantener.

Finalmente, el inciso quinto indica que los beneficiarios de la ley N° 18.469, deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud correspondiente a su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que le prestará las acciones que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento. El beneficiario no podrá cambiar su lugar de inscripción antes de transcurrido un año desde la fecha de inscripción, salvo que comprobara, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distinto al declarado en la inscripción anterior.

Inciden en el presente artículo las indicaciones N°s 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117 y 118.

La **indicación N° 108**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone reemplazar, en el inciso segundo, la frase "deberán cubrir, en el territorio del Servicio respectivo" por "serán responsables de".

**- Fue retirada por su autora, en la Comisión de Salud.**

La **indicación N° 109**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, reemplaza el punto final (.) de su inciso segundo por coma (,), agregando la frase "conforme a las instrucciones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la respectiva Secretaría Regional Ministerial".

## INFORME COMISION HACIENDA

La **indicación N° 110**, del Presidente de la República, tiene como finalidad reemplazar, en el inciso primero, la palabra "sanitarias" por "asistenciales".

La **indicación N° 111**, presentada por el Presidente de la República, persigue reemplazar, en el inciso segundo, la palabra "cubrir" por "atender".

La **indicación N° 112**, también del Presidente de la República, propone suprimir, en el inciso tercero, la palabra "espontánea" y la coma que la precede.

La **indicación N° 113**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone incorporar, al inciso tercero, la siguiente oración: "Estos establecimientos pondrán en práctica planes y programas de salud familiar, conforme a las instrucciones generales del Ministerio de Salud."

La **indicación N° 115**, del Presidente de la República, incide en el inciso final del artículo 16 ter y tiene por objetivo reemplazarlo por otro, del siguiente tenor:

"Los beneficiarios de la ley N° 18.469, deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria, que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que le prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. El beneficiario no podrá cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acredite mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo ubicado en la red asistencial correspondiente a otro Servicio de Salud."

La **indicación N° 116**, formulada por el Honorable Senador señor Ríos, tiene la finalidad de agregar un inciso nuevo, en los siguientes términos:

"Los funcionarios beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán ser atendidos en el establecimiento en que se desempeñan de la misma manera que sus correspondientes cargas, sin perjuicio de lo anterior podrán ser referidos a otros centros de salud."

Las **indicaciones N° 117**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo, **y N° 118** del señor Viera-Gallo, proponen agregar el siguiente inciso:



## INFORME COMISION HACIENDA

“Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios del Ministerio de Salud beneficiarios de la ley N° 18.469 y sus cargas podrán ser atendidos en el mismo establecimiento en que desempeñan sus labores, aún cuando se hubieran inscrito en el establecimiento de su domicilio, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud.”.

El Honorable Senador señor Ominami consideró preferible eliminar la mención a los reglamentos que se hace en el inciso primero del artículo 16 ter, en atención a que considera que la materia debe quedar entregada en su integridad a la ley.

Asimismo, propuso efectuar una enmienda en el inciso segundo, con la finalidad de establecer en el texto que los establecimientos de atención primaria, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros, por tipo de población, servicios brindados y calidad de éstos. **La Comisión aprobó esta enmienda por cuatro votos a favor y una abstención. Votaron favorablemente los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley y Ominami. El Honorable Senador señor García se abstuvo.**

En seguida, adoptó los siguientes acuerdos respecto de las indicaciones números 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117 y 118:

**- Las indicaciones números 110, 111, 112, 115, 116, 117 y 118 fueron aprobadas, las cuatro últimas con enmiendas, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**- Las indicaciones números 109 y 113 fueron rechazadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Numeral 18)**

El numeral 18 introduce modificaciones al artículo 20, norma que consagra las atribuciones de los Directores de los Servicios.

Letra c)

Agrega un párrafo segundo a la letra h) del artículo 20, que señala las atribuciones del Director en el desempeño de sus funciones.

## INFORME COMISION HACIENDA

El párrafo que se agrega es del siguiente tenor:

"Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo en favor del Fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud."

La **indicación N° 128**, del Presidente de la República, con el fin de efectuar una mera adecuación al texto, propone sustituir en su encabezamiento la palabra "segundo", por "tercero".

**- Fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger; Foxley, García y Ominami.**

Letra s)

Es del siguiente tenor:

"s) Elaborar el presupuesto de la Red Asistencial de Salud a su cargo y de los establecimientos que la integran, incluyendo los hospitales autogestionados."

Este literal fue incorporado en el segundo informe de la Comisión de Salud en virtud de la aprobación de la **indicación N° 137**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo, que proponía agregar una nueva letra.

**- La indicación número 137 fue aprobada, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Numeral 21)**

El numeral 21 aprobado en el primer informe, que sustituye el artículo 24, referido al financiamiento de los Servicios de Salud, por otro que regula la misma materia y que especifica las fuentes de los recursos en diversos literales, es del siguiente tenor.

"21) Sustitúyese el artículo 24 por el siguiente:

## INFORME COMISION HACIENDA

"Artículo 24.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:

a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;

b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la ejecución de acciones de salud pública;

c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;

e) Con los bienes que adquieran por donación, herencia o legado;

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios."."

En el literal a) incide la **indicación N° 144**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y que propone agregar la siguiente frase final: "a valores que representen al menos los costos efectivos de las prestaciones".

El literal b) fue objeto de la **indicación N° 145**, del Presidente de la República, que propone sustituir la referencia a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, por otra a la de Salud Pública y al Secretario Regional Ministerial.

A la letra e) se formuló la **indicación N° 146**, del Presidente de la República, que propone su reemplazo por el siguiente:

"e) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de

## INFORME COMISION HACIENDA

inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación.”.

Los representantes del Ejecutivo hicieron presente que la norma aprobada en el segundo informe de la Comisión de Salud en virtud de la indicación número 144, que establece que los Servicios se financiarán, entre otros recursos, con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los usuarios de la ley N° 18.469, “a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones limita las facultades del FONASA, porque no existe una forma clara de establecer los costos esperados.

El Honorable Senador señor Ominami señaló estar de acuerdo en eliminar la frase en esta iniciativa, en el entendido de que la discusión sobre el fondo del asunto se postergaba para el momento en que se debatiera el proyecto del AUGE.

**- Sometida a votación la indicación número 144, se registraron dos votos a favor, dos en contra y una abstención. Votaron a favor los Honorables Senadores señora Matthei y señor García. En contra lo hicieron los Honorables Senadores señores Foxley y Ominami. El Honorable Senador señor Boeninger se abstuvo. Repetida la votación en atención a que el asunto quedaba sin resolver, por incidir la abstención en el resultado, el Honorable Senador señor Boeninger cambió su voto por el de rechazo, resultando en definitiva rechazada la indicación por tres votos contra dos.**

**- Las indicaciones números 145 y 146 fueron aprobadas, sin enmiendas, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Numeral 22)**

El numeral 22 intercala, a continuación del artículo 25, los Títulos IV y V, nuevos.

## Artículo 25 A

El Título IV, denominado “De los Establecimientos de Autogestión en Red”, se desglosa en dos párrafos y el primero de ellos, “De la Creación y Funciones, se inicia con el artículo 25A.

## INFORME COMISION HACIENDA

Esta disposición, en su inciso primero, reconoce la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red" a aquellos establecimientos asistenciales que, cumpliendo con los restantes requisitos que imponga el reglamento pertinente, dependan de los Servicios de Salud y tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones.

En dicho primer inciso recae la **indicación N° 147**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, que propone suprimir la frase "que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones,".

El inciso segundo del artículo 25 A entrega a un reglamento, que deberá ser suscrito por los Ministros de Salud y Hacienda, la regulación de las siguientes materias, entre otras: el sistema de obtención de la calidad de establecimiento de autogestión en red; el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos para obtener dicha calidad; los mecanismos de evaluación y control de gestión, y el registro que deberá mantener el Ministerio de Salud con el fin de identificar los establecimientos.

En el inciso en comento inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 148 a 153.

La **indicación N° 148**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, reemplaza la frase "también suscrito por el Ministro de Hacienda" por "suscrito por el Ministro de Salud", y suprime la frase "y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos".

La **indicación N° 149**, de los mismos señores Senadores, propone sustituir el punto que precede a la última oración del inciso segundo por una coma, reemplazando la expresión "Los requisitos", que la sigue, por "los que".

Las **indicaciones N°s 150 y 151**, de los Honorables Senadores señores Romero y Ruiz-Esquide, respectivamente, proponen el reemplazo de la oración final del inciso segundo por la siguiente:

"Los requisitos deberán estar referidos al menos a gestión financiera, gestión de personal, gestión del cuidado, indicadores y estándares fijados en convenios y normas.".

## INFORME COMISION HACIENDA

En el mismo sentido, el Presidente de la República formuló la **indicación N° 152**, que tiene por finalidad intercalar, en la oración final del inciso segundo, a continuación de "gestión de personal", la frase "gestión del cuidado".

La **indicación N° 153**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, en la oración final del inciso segundo, a continuación de la expresión "al menos," la frase "al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios,".

La **indicación N° 154**, del Honorable Senador señor Frei, tiene por objetivo intercalar, a continuación del inciso segundo, el siguiente, nuevo:

"Estos establecimientos deben tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de la satisfacción de los usuarios. Asimismo, estarán facultados para comprar y vender servicios a prestadores o usuarios privados."

Las **indicaciones N°s 155 y 156**, del Honorable Senador señor Muñoz Barra y de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, proponen suprimirlo.

**- Ambas indicaciones fueron retiradas en la Comisión de Salud.**

La **indicación N° 157**, del Presidente de la República, propone reemplazar el inciso final del artículo 25 A por otro, del siguiente tenor:

"Los Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que les corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley."

Las **indicaciones N°s 158 y 159**, de los Honorables Senadores señor Romero y señores Matthei y Viera-Gallo, respectivamente, proponen agregar el siguiente inciso nuevo:

"Un Reglamento deberá establecer los términos de la gestión de cuidados, los cuales no podrán ser de menor alcance a lo señalado en el artículo 113, inciso cuarto del Código Sanitario."

## INFORME COMISION HACIENDA

Vuestra Comisión de Hacienda acordó efectuar una enmienda al texto despachado por la Comisión de Salud en su segundo informe, modificando el inciso segundo propuesto para el artículo 25 A, en el sentido de que el reglamento al que allí se alude debe ser suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda.

**En virtud de lo expuesto, la Comisión, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami, adoptó los siguientes acuerdos respecto de las indicaciones que se formularon al precepto:**

**Las indicaciones números 149, 150, 151, 152 y 153 fueron aprobadas, sin modificaciones.**

**Las indicaciones números 148 y 154 fueron aprobadas, con enmiendas.**

**Las indicaciones números 147, 158 y 159 fueron rechazadas.**

## Artículo 25 D

Su inciso primero crea el Consejo Consultivo de los Usuarios, organismo integrado por cinco representantes de la comunidad usuaria y dos representantes de los trabajadores del Establecimiento.

Los incisos segundo y tercero señalan sus funciones.

El inciso cuarto entrega al reglamento la determinación de las funciones, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo.

El inciso quinto establece el Consejo Técnico, organismo asesor del director, cuyo objeto es colaborar en los aspectos de gestión en que el director requiera su opinión y propender a la mejor coordinación de las actividades del Establecimiento.

El inciso sexto alude a la integración del Consejo y entrega al reglamento las demás funciones y procedimientos que correspondan.

Finalmente, el inciso séptimo y final agrega que el Consejo contará con la asesoría de comités sobre asuntos específicos, integrados por los funcionarios designados por el Director del Establecimiento.

## INFORME COMISION HACIENDA

Inciden en el presente artículo las indicaciones individualizadas en los N°s 180, 181, 182, 183 y 184.

Las **indicaciones N°s 180 y 181**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, respectivamente, coinciden en proponer la supresión de los incisos primero a cuarto.

Las **indicaciones N°s 182 y 183**, de los Honorables Senadores señor Ríos y señor Ruiz-Esquide, respectivamente y que proponen sustituir, en el inciso primero, la expresión "2 representantes" por "3 representantes".

La **indicación N° 184**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone suprimir, en el inciso quinto, la palabra "también".

**La Comisión acordó reponer, con enmiendas formales, el texto de los incisos aprobados en general por el Senado para los cuatro primeros incisos del artículo 25 D, manteniendo, sin embargo, el texto despachado por la Comisión de Salud en lo relativo a la regulación del Consejo Técnico. Este acuerdo fue adoptado por tres votos a favor, uno en contra y una abstención. Se pronunciaron a favor de esta reposición los Honorables Senadores señores Boeninger, Foxley y Ominami. La Honorable Senadora señora Matthei votó en contra. El Honorable Senador señor García se abstuvo.**

**En virtud de lo anterior la Comisión, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Bboeninger, Foxley, García y Ominami, tuvo por aprobada la indicación número 184 y rechazó las indicaciones números 180, 181, 182 y 183.**

## Artículo 25 F

El artículo 25 F aprobado en general es del siguiente tenor:

"Artículo 25 F.- En el director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:

a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento.



## INFORME COMISION HACIENDA

- b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento.
- c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y la demás normativa vigente.
- d) Elaborar y presentar al Subsecretario de Redes Asistenciales, el proyecto de presupuesto del establecimiento, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones, conforme a las necesidades de reposición del equipamiento de éste y a las políticas del Ministerio de Salud. Para estos efectos se requerirá un informe del Servicio de Salud respectivo.

El Subsecretario de Redes Asistenciales, dentro de los primeros quince días del mes de Diciembre de cada año, mediante resolución aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos.

En cada uno de los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto.

- e) Ejecutar el presupuesto y el plan anual en el marco presupuestario del Establecimiento, de acuerdo con las normas relativas a la administración financiera del Estado.

Las modificaciones a los presupuestos y a los montos determinados en sus glosas deberán ser autorizadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo a las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Copia de la resolución deberá ser remitida a la Dirección de Presupuestos.

- f) Ejercer las funciones de administración del personal destinado al establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el Reglamento.

Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios, el Director del establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio descentralizado.

## INFORME COMISION HACIENDA

Un Reglamento, emitido a través del Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, establecerá las normas necesarias para ejercer las funciones de que trata el presente literal.

g) Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aún cuando sean propias o habituales del Establecimiento.

El gasto por los contratos señalados en esta letra no podrá exceder el 20% del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.

h) Celebrar contratos regidos por la ley N° 18.803.

i) Ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorpóreas que hayan sido asignadas o afectadas al establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.

Las transacciones a que se refiere el párrafo anterior deberán ser aprobadas por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas de los decretos leyes N°1.056 de 1975, o N°1.939, de 1977.

Asimismo, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra s), podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas.

j) Celebrar convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 36, del Ministerio de Salud, de 1980.

k) Celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud, y con entidades administradoras de salud primaria, en los que se podrán proveer todos los recursos necesarios para la ejecución del convenio, mediante la destinación de funcionarios a prestar colaboración en éste, el traspaso de fondos presupuestarios u otras modalidades adecuadas a su naturaleza. En particular, podrá estipularse el aporte de medicamentos, insumos y otros bienes fungibles

## INFORME COMISION HACIENDA

de propiedad del establecimiento. Los bienes inmuebles, equipos e instrumentos podrán cederse en comodato o a otro título no traslativo de dominio, y serán restituidos a su terminación.

l) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objeto de otorgar prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos el Ministerio de Salud y de Hacienda.

Los convenios con las Instituciones de Salud Previsional deberán considerar el pago directo e íntegro a los Establecimientos del valor total de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios. Dichas entidades podrán repetir en contra del afiliado correspondiente el monto que exceda de los que les corresponda pagar conforme el plan de salud convenido.

En todo caso, la atención de las personas a que se refiere esta letra no podrá significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios.

m) Celebrar convenios con profesionales que sean funcionarios del establecimiento, que cumplan jornadas de a lo menos 11 horas semanales, para que atiendan en el establecimiento a sus pacientes particulares, fuera del horario de su jornada de trabajo.

Los convenios deberán ajustarse al Reglamento y a las instrucciones que se impartan, actos administrativos que se emitirán conjuntamente por los Ministerios de Salud y Hacienda, y no podrán significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales.

n) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue el Establecimiento a los beneficiarios de la ley N°18.469 en la Modalidad de Atención Institucional. En el caso de la Modalidad de Libre Elección se aplicarán las normas generales de la ley N°18.469.

Con el exclusivo objeto de verificar que los convenios cumplan con el artículo 25 B, el respectivo director de Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, deberá aprobarlos previamente.

La resolución de las controversias que se originen por la aplicación de esta letra, será resuelta por el Ministro de Salud.

## INFORME COMISION HACIENDA

- o) Celebrar convenios con los Servicios de Salud, para otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N°18.469.
- p) Celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial de Salud correspondiente, para la ejecución de acciones de salud pública.
- q) Establecer en forma autónoma un arancel para la atención de personas no beneficiarias de la ley N°18.469, el cual en ningún caso podrá ser inferior al Arancel a que se refiere el artículo 28 de dicha ley.
- r) Realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización expresa del Ministerio de Hacienda.
- s) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso y dar de baja los bienes muebles del Establecimiento, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación.
- t) Delegar, bajo su responsabilidad, y de conformidad con lo establecido en la ley 18.575, atribuciones y facultades en los funcionarios de su dependencia.
- u) Conferir mandatos en asuntos determinados.
- v) Desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y reglamentos.

Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo.”.

Respecto del artículo 25 F se formularon las indicaciones N°s 188 a 240.

En el literal d) recayeron las indicaciones individualizadas con los N°s 188 a 200.

El literal d), en su párrafo primero, otorga al Director la potestad de elaborar y presentar, al Subsecretario de Redes Asistenciales, el proyecto de presupuesto del establecimiento, el plan anual de actividades asociado al mismo y el plan de inversiones, conforme a las necesidades de reposición del equipamiento del establecimiento y a las políticas del Ministerio de Salud.

## INFORME COMISION HACIENDA

La **indicación N° 188**, formulada por el Presidente de la República, propone sustituir la frase "elaborar y presentar al Subsecretario de Redes Asistenciales", por "elaborar y presentar al director del Servicio de Salud correspondiente, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales con un informe", y suprimir la oración final que señala: "Para estos efectos se requerirá un informe del Servicio de Salud respectivo."

En el mismo sentido, la **indicación N° 189**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objetivo reemplazar la expresión "Subsecretario de Redes Asistenciales" por "Director del Servicio de Salud correspondiente".

**- Fue retirada en la Comisión de Salud.**

La **indicación N° 190**, presentada por el Honorable Senador señor Muñoz Barra, propone sustituir la frase "al Subsecretario de Redes Asistenciales" por "al Director del Servicio, quien a su vez lo presentará al Subsecretario de Redes Asistenciales".

La **indicación N° 191**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone intercalar, a continuación de la expresión "conforme a las necesidades", la frase "de ampliación o reparación de la infraestructura,".

La **indicación N° 192**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, coincide parcialmente con la indicación N° 188 del Presidente de la República, para suprimir la oración final del párrafo primero.

La **indicación N° 193**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone agregar las siguientes oraciones al primer párrafo: "El Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas. Asimismo, deberá justificar financieramente y mediante un estudio de rentabilidad social, la priorización propuesta. El presupuesto deberá indicar detalladamente el estado de cobro de prestaciones otorgadas a personas no beneficiarias legales, de los seguros obligatorios de accidentes del tránsito, y de cada uno de los convenios suscritos".

El segundo párrafo del literal d) aprobado en general, que pasa a ser párrafo tercero conforme a la decisión previamente adoptada, continúa señalando que el Subsecretario de Redes Asistenciales aprobará los presupuestos de los establecimientos autogestionados y el del Servicio durante la primera quincena de diciembre de cada año. La aprobación deberá ser visada por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y se efectuará en base al presupuesto otorgado al Servicio de Salud correspondiente y a las instrucciones de la mencionada Dirección de Presupuestos.

## INFORME COMISION HACIENDA

La **indicación N° 194**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone suprimir en este párrafo la oración "sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos".

La **indicación N° 195**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone reemplazar la frase "dentro de los primeros quince días del mes de diciembre de cada año" por "antes del 15 de diciembre de cada año o, si este día fuere inhábil, antes del primer día siguiente hábil".

La **indicación N° 196**, presentada por el Honorable Senador señor Ríos, persigue la supresión de la última oración, que exige la visación de la resolución dictada por el Subsecretario de Redes Asistenciales por parte de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

La **indicación N° 197**, propuesta por la Honorable Senadora señora Matthei, establece un efecto jurídico específico en la hipótesis de silencio administrativo que indica. Con este fin, agrega lo siguiente: "Si llegado último día hábil de diciembre el Subsecretario no hubiere dictado la resolución o la Dirección de Presupuesto no hubiere efectuado la autorización señalada, el presupuesto presentado por el director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley."

La **indicación N° 198**, también formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone agregar además el siguiente texto:

"El presupuesto aprobado deberá ir acompañado por un informe financiero que señale al menos lo siguiente: producción realizada por cada unidad del Servicio, valorada a precios reales; presupuesto asignado el año anterior; déficit o superávit básico del año anterior; esfuerzo realizado por la unidad para conseguir recursos extras; déficit o superávit real del año anterior; subsidios cruzados entre distintos establecimientos hospitalarios; listas de espera para cada establecimiento, por especialidad; principales carencias, en cuanto a equipos y recursos humanos para cada establecimiento; estudio de rentabilidad social que justifique la manutención de los establecimientos deficitarios, considerando su localización, la población que atiende, su tamaño y los servicios que provee."

**-Fue retirada por su autora, en la Comisión de Salud.**

La **indicación N° 199**, del Honorable Senador señor Ríos, propone el reemplazo del inciso tercero por el siguiente:

## INFORME COMISION HACIENDA

“En cada uno de los presupuestos de los Servicios de Salud se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley N° 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto de las direcciones de servicio, hospitales autogestionados, hospitales de mejor complejidad, CDT, CRS y consultorios.”.

**- La indicación fue retirada por su autor.**

La **indicación N° 200**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone agregar al texto del párrafo tercero, las siguientes oraciones:

“Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el Director del Hospital, el Subsecretario deberá indicar los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que recomienda reducir para ajustarse al presupuesto aprobado, y por qué. El Subsecretario podrá, asimismo, modificar fundamentalmente la priorización propuesta por el Director del Hospital Autogestionado en Red.”.

Las indicaciones individualizadas con los N°s 201 y 202 inciden en la letra e).

La **indicación N° 201**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone suprimir, en el párrafo primero, la frase “en el marco presupuestario”.

La **indicación N° 202**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, tiene como finalidad reemplazar, en el párrafo segundo, las frases “autorizadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo a las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Copia de la resolución deberá ser remitida a la Dirección de Presupuestos”, por la siguiente: “informadas al Subsecretario de Redes Asistenciales y a la Dirección de Presupuestos, con un detalle de las causas de las modificaciones. Las modificaciones no podrán significar un déficit mayor en el resultado financiero final del establecimiento”.

En el literal f) inciden las indicaciones N°s 203, 204 y 205.

## INFORME COMISION HACIENDA

La **indicación N° 203**, presentada por el Presidente de la República, propone intercalar, en el inciso primero, después de las palabras "reconocimiento de remuneraciones", la frase "incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director de Servicio,".

La **indicación N° 204**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, persigue sustituir, en el inciso segundo, la frase "Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios" por "Respecto del personal a contrata y al personal que de acuerdo a sus funciones pueda ser contratado sobre la base de honorarios".

**- Fue retirada por su autora, en la Comisión de Salud.**

La **indicación N° 205**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone suprimir, en el párrafo segundo de la letra f), la palabra "descentralizado".

Las **indicaciones N°s 206, 207, 208, 209 y 210**, presentadas por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo; Parra; Ríos; Ruiz-Esquide, y Muñoz Barra, respectivamente, recaen en la letra g), y reemplazan, en el párrafo segundo, la expresión "20%" por "10%".

En el literal i) inciden las **indicaciones N°s 212 y 213**, formuladas por los Honorables Senadores señores Parra, y Muñoz Barra, respectivamente, las que proponen reemplazar, en el segundo inciso, la expresión "cinco mil unidades de fomento" por "tres mil unidades de fomento".

Letra k)

A la letra k) se formularon las indicaciones N°s 215 a 220.

La **indicación N° 215**, del Honorable Senador señor Ríos, propone cambiar la oración "con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud" por: "Celebrar convenios con entidades administradoras de salud primaria".

**- La indicación fue retirada por su autor, en la Comisión de Salud.**



## INFORME COMISION HACIENDA

La **indicación N° 216**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objeto suprimir la frase "con el Servicio de Salud respectivo,".

**- Fue retirada en la Comisión de Salud.**

La **indicación N° 217**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone intercalar, a continuación de la expresión "respectivo,", la frase "con otros Servicios de Salud,".

La **indicación N° 218**, propuesta por la Honorable Senadora señora Matthei, tiene por objeto sustituir la frase "creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud," por "con establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad,".

Enseguida, la **indicación N° 219**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, a continuación de "salud primaria,", la frase "pertenecientes a su territorio".

La **indicación N° 220**, del Honorable Senador señor Parra, intercala, a continuación de la expresión "salud primaria,", la frase "que formen parte de la red asistencial del Servicio de Salud respectivo,".

En el literal l) inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 221 a 224.

La **indicación N° 221**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone suprimir, en el párrafo primero, la expresión "y de Hacienda".

La **indicación N° 211**, del Presidente de la República, propone agregar al párrafo primero la siguiente oración: "Los convenios que regula este párrafo no podrán superar el 25% de la totalidad de las camas disponibles en el establecimiento.".

La **indicación N° 214**, presentada por el Honorable Senador señor Muñoz Barra, propone intercalar, a continuación del inciso segundo, el siguiente, nuevo:

"Estos convenios sólo podrán referirse a la utilización de pensionados, unidades de cuidados intensivos y atención en Servicio de Urgencia.".

## INFORME COMISION HACIENDA

La **indicación N° 222**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, en el inciso segundo, a continuación de la palabra "beneficiarios", la frase "en pensionados especialmente habilitados para estos efectos".

La **indicación N° 223**, del Honorable Senador señor Boeninger, tiene como finalidad agregar al párrafo segundo, la siguiente oración:

"Sólo un 20% del total de camas de los establecimientos de autogestión en red del Servicio de Salud respectivo pueden ser destinados para este efecto, para lo cual el director del Servicio determinará el total que cada establecimiento pueda destinar a este objeto, conforme las disponibilidades existentes."

La **indicación N° 224**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone sustituir, en el párrafo tercero de la letra l), la frase "la atención de las personas" por "los convenios".

En la letra m) recaen las **indicaciones N°s 225 y 226**, de los Honorables Senadores señores Parra y Muñoz Barra, respectivamente, que proponen sustituir, en el inciso primero, la expresión "11 horas" por "22 horas".

En la letra n (que pasa a ser m) inciden las indicaciones N°s 227, 228, 229 y 230.

La **indicación N° 227**, formulada por el Honorable Senador señor Muñoz Barra, tiene como finalidad reemplazar el párrafo segundo por el siguiente:

"Con el exclusivo objeto de verificar que los convenios cumplan con lo dispuesto en el artículo 25 B y se resguarde la facultad de coordinación que corresponde, el respectivo Director de Servicio de Salud en el caso de los Establecimientos de Autogestión en Red de mayor complejidad o el Subsecretario de Redes Asistenciales para los de Alta Especialidad, deberá aprobarlos previamente."

La **indicación N° 228**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el párrafo segundo de la letra n), la expresión "según corresponda" por la oración "en el caso de los establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad".

La **indicación N° 229**, presentada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone agregar, al párrafo segundo, las frases

## INFORME COMISION HACIENDA

“dentro de los quince días hábiles siguientes a su recepción. Después de este plazo, si no se han hecho objeciones fundadas, los convenios se entenderán aprobados”.

La **indicación N° 230**, formulada por el Presidente de la República, tiene por objeto sustituir, en el párrafo tercero, la frase “la aplicación de esta letra” por “el párrafo precedente”.

En el literal o) (que pasa a ser n)), inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 231 y 232.

La **indicación N° 231**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone su supresión.

**- Fue retirada en la Comisión de Salud.**

La **indicación N° 232**, del Honorable Senador señor Ríos, propone reemplazarla por la siguiente:

“o) Otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469.”.

En relación con el literal p) (que pasa a ser ñ)) se formularon las indicaciones individualizadas con los N°s 233, 234 y 235.

La **indicación N° 233**, presentada por el Honorable Senador señor Ríos, propone sustituirlo por el siguiente:

“p) Ejecutar acciones de salud pública.”.

La **indicación N° 234**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objeto reemplazar la expresión “Celebrar convenios” por “Colaborar”.

La **indicación N° 235**, formulada por el Presidente de la República, propone intercalar, a continuación de la palabra “correspondiente”, los términos “y el Subsecretario de Salud Pública”.

En la letra r), que pasó a ser p), recayó la **indicación N° 236**, del Honorable Senador señor Ríos, propone sustituir el literal r) por el siguiente:

“r) Invertir excedentes estacionales de caja en el mejoramiento del propio establecimiento.”.

## INFORME COMISION HACIENDA

A la letra u), que pasó a ser s) se presentó la **indicación N° 237**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, que propone su supresión.

En el literal v), que pasó a ser t), recae la **indicación N° 238**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, la cual agrega el siguiente inciso nuevo:

“Las inversiones que superen las mil unidades tributarias mensuales, deberán contar con la autorización del Director del Servicio de Salud respectivo.”.

- - -

La **indicación N° 239**, presentada por el Presidente de la República, propone consultar la siguiente letra nueva:

“... ) Condonar, total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, la diferencia de cargo del afiliado de la ley N° 18.469, de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud.”.

- - -

La **indicación N° 240**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone agregar, al inciso final del artículo 25 F, la frase “, siempre que el asunto en cuestión no exceda la suma referida en el inciso precedente”.

El pronunciamiento respecto de la indicaciones formuladas a este artículo 25 F, fue el siguiente:

Se aprobaron simplemente las indicaciones signadas con los números 188, 191, 192, 194, 201, 203, 205, 224, 228, 229 y 230.

Se aprobaron con enmiendas las indicaciones números 190, 193, 195, 197, 200, 202, 217, 218, 219, 220, 225, 226, 227, 232, 233, 235, 238, 239 y 240.

Fueron rechazadas las signadas con los números 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 221, 222, 223, 236 y 237.

## INFORME COMISION HACIENDA

**La resolución respecto de las indicaciones enumeradas precedentemente se adoptó por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami, salvo en el caso de la indicación N° 200, la que fue aprobada con el voto en contra del Honorable Senador señor Ominami.**

Además, y por la misma unanimidad, la Comisión acordó efectuar las concordancias necesarias en el decreto ley N° 2.763, en orden a reemplazar la palabra "transacciones", por "contrato de transacción", para precisar el término jurídico al cual se alude.

## Artículo 25 L

El artículo 25 L del número 22) del ARTÍCULO 1º aprobado en el primer informe es del siguiente tenor:

"Artículo 25 L.- El establecimiento, para el desarrollo de sus funciones, contará con los siguientes recursos:

- a) Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorga a los beneficiarios de la ley N°18.469;
- b) Con aquellos pagos que le efectúe el Servicio de Salud respectivo por las prestaciones que otorga a los beneficiarios de la ley N°18.469;
- c) Con aquellos pagos que le efectúe el Secretario Regional Ministerial por la ejecución de acciones de salud pública;
- d) Con los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;
- e) Con los frutos que produzcan los bienes destinados a su funcionamiento y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes;
- f) Con los bienes que adquiera por donación, herencia o legado;
- g) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones y otros recursos que le corresponda percibir;
- h) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios; e

## INFORME COMISION HACIENDA

i) Con los aportes, transferencias, subvenciones que reciba de personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras y los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.”.

La **indicación N° 255**, formulada por el Presidente de la República, incide en el literal c) y propone intercalar, después de la palabra “efectúe”, la frase “el Subsecretario de Salud Pública o”.

**- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

En el literal f) incide la **indicación N° 256**, presentada por el Presidente de la República, que propone reemplazarlo por el siguiente:

“f) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación.”.

**- Fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

En la letra i) incide la **indicación N° 257**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y que persigue intercalar, a continuación de la expresión “que reciba de”, la frase “la ley de Presupuestos del Sector Público, de”, y sustituir los términos “y los empréstitos” por “y con los empréstitos”.

**- La indicación fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo 25 M**

Concede al Establecimiento el uso, goce y disposición exclusivos de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios,

## INFORME COMISION HACIENDA

administrativos, de bienestar de su personal u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de "Establecimiento de Autogestión en Red", y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título.

El inciso segundo concede un plazo de un año, contado de la fecha señalada en el inciso anterior, para individualizar los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Servicio de Salud que se destinen al funcionamiento del establecimiento.

Finalmente, el inciso tercero declara inembargables los bienes señalados en este artículo, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios y administrativos.

En esta disposición incide la **indicación N° 258**, presentada por el Presidente de la República, que propone suprimir, en el inciso primero, la frase "de bienestar de su personal".

**- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## Artículo 25 Ñ

Este precepto dispone que los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, de menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, otorgándoles las atribuciones de este título, en cuanto cumplan los requisitos que se determinen conforme al artículo 25 P.

La **indicación N° 259**, del Honorable Senador señor Ríos, que propone reemplazar la frase "que tengan menor complejidad técnica" por "que tengan mediana y baja complejidad técnica".

El inciso segundo encomienda a un reglamento, también suscrito por el Ministro de Hacienda, la regulación del sistema de obtención de las atribuciones y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos, los mecanismos de evaluación y control de su gestión y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos, entre otras materias. Agrega, además, las materias que podrán ser reguladas por dicho reglamento.

**Fue rechazada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## INFORME COMISION HACIENDA

En este inciso inciden las indicaciones N°s 260, 261, 262 y 263.

La **indicación N° 260**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esqüide y Viera-Gallo, propone reemplazar la frase "también suscrito por el Ministro de Hacienda" por "suscrito por el Ministro de Salud", y suprimir la frase "y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos".

**Fue aprobada, con enmiendas, de la forma que se señalará en su oportunidad, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La **indicación N° 261**, del Presidente de la República, propone agregar la siguiente frase final: "entre los que se deberá contemplar gestión de personal y gestión del cuidado".

Las **indicaciones N°s 262 y 263**, de los Honorables Senadores señores Romero y Ruiz-Esqüide, proponen agregar, al inciso segundo, la siguiente oración: "Los requisitos deberán estar referidos al menos a gestión de personal y gestión de cuidado.".

**Las indicaciones N°s 261, 262 y 263 fueron aprobadas, con modificaciones, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud.**

El inciso tercero del artículo 25 Ñ dispone que los establecimientos que cumplan los estándares señalados, serán reconocidos a través de una resolución fundada, dictada en forma conjunta por los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Inciden en este inciso las indicaciones N°s 264, 265 y 266.

La **indicación N° 264**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esqüide y Viera-Gallo, propone sustituir la frase "conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda" por "del Ministerio de Salud".



## INFORME COMISION HACIENDA

**La Comisión la aprobó, con enmiendas, de la forma que se consignará en su oportunidad, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

Las **indicaciones N°s 265 y 266**, presentadas por los Honorables Senadores señores Matthei y Viera-Gallo, y señor Romero, respectivamente, las que coinciden en agregar el siguiente inciso nuevo:

“Un reglamento deberá establecer los términos de la gestión de cuidados, los cuales no podrán ser de menor alcance a lo señalado en el artículo 113, inciso tercero del Código Sanitario.”.

**- La indicación N° 265 fue retirada en la Comisión de Salud, y la indicación N° 266 fue rechazada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo 25 O**

Dispone que al Director del Establecimiento le corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades del mismo, para que se desarrollen de modo regular y eficiente. El inciso primero estipula, además, que para el logro de este propósito, tendrá las atribuciones que señala.

En este artículo incide la **indicación N° 267**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruíz-Esquide y Viera-Gallo, que propone reemplazar la frase “actividades del establecimiento” por “actividades de éste”.

**- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**La Comisión acordó, con idéntica unanimidad, introducir una enmienda en el literal f) del artículo 25 O, de la forma que se consignará en su oportunidad.**

## Artículo 25 P

## INFORME COMISION HACIENDA

Dispone que un reglamento, suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda, regulará los requisitos que deberá cumplir el Establecimiento, los que al menos se referirán a ciertas materias que indica.

Respecto del presente artículo se formuló la **indicación N° 268**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, que propone eliminar la participación del Ministro de Hacienda en la dictación del referido reglamento, entregándolo exclusivamente al Ministerio de Salud.

**La Comisión rechazó la indicación N° 268 por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami. Con idéntica unanimidad introdujo una enmienda, encaminada a perfeccionar la norma, en el encabezamiento del artículo 25 P, la que se consignará en su oportunidad.**

**Número 33)**

Efectúa, en dos literales, sendas modificaciones en el Capítulo VI. La letra a) intercala, entre el epígrafe del capítulo y el artículo 56, otro epígrafe denominado "TÍTULO I Normas Generales", y la letra b) intercala, a continuación del artículo 60, los siguientes Títulos II, III, IV, V, VI, VII y VIII, nuevos, pasando los actuales artículos 61 y 62 a ser 84 y 85, respectivamente.

**"TÍTULO II**

De la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo

Artículo 61.- Establécese, para el personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos, sea de planta o a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente base y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

## INFORME COMISION HACIENDA

Artículo 62.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente base ascenderá al 5,5% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente variable será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

En este artículo recayeron las **indicaciones números 275 y 276**, ambas del Honorable Senador señor Ominami, que fueron declaradas inadmisibles por la señora Presidenta de la Comisión de Salud.

Artículo 63.- Para efectos de otorgar el componente variable de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo señalada en los artículos precedentes, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- El Ministerio de Salud fijará, antes del 10 de septiembre de cada año, las metas sanitarias nacionales para el año siguiente y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de cada uno de los Servicios de Salud.

2.- Conforme al marco señalado en el número anterior, el Director de cada Servicio de Salud determinará para cada uno de sus establecimientos, incluida la Dirección del Servicio, las metas específicas y los indicadores de actividad.

3.- Para efectos de la determinación de las metas, el respectivo Director de Servicio deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo, presidido por dicha autoridad e integrado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud, por los Directores de establecimientos de salud del Servicio, por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de técnicos tenga mayor representación y por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de administrativos y auxiliares tenga, en su conjunto, mayor representación, en el respectivo Servicio de Salud; sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

4.- En relación con dichas metas específicas, se evaluará el desempeño de cada establecimiento.

## INFORME COMISION HACIENDA

5.- La evaluación del nivel de cumplimiento de las metas fijadas a cada establecimiento se efectuará por el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, en el plazo que señale el reglamento, a partir de la información proporcionada por los Servicios de Salud y por los propios establecimientos, la que deberá ser entregada por dichas entidades a la señalada autoridad, a más tardar, el 31 de enero de cada año. La resolución que dicte el Secretario Regional Ministerial de Salud será apelable ante el Ministro de Salud en el plazo de diez días, contado desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la resolución por carta certificada dirigida al domicilio del Servicio de Salud correspondiente.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los procedimientos destinados a la definición y evaluación del grado de cumplimiento de las metas anuales, los plazos que deberán cumplirse durante el proceso de evaluación, el mecanismo para determinar las asociaciones de funcionarios con mayor representatividad y sus representantes, y las demás disposiciones necesarias para el otorgamiento de esta asignación.

## TÍTULO III

## De la Asignación de Acreditación Individual y Estímulo al Desempeño Colectivo

Artículo 64.- Establécese, para el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de planta o a contrata, de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, y para el personal de la planta de directivos de carrera ubicados entre los grados 17º y 11º, ambos inclusive, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 65.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2º de la ley N° 19.699.

## INFORME COMISION HACIENDA

El componente de acreditación individual ascenderá a un máximo de 5,5%, conforme a los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 66.- Para efectos de otorgar el componente de acreditación individual, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- Los profesionales deberán participar en el proceso de acreditación cada tres años, el que consistirá en la evaluación de las actividades de capacitación que sean pertinentes al mejoramiento de la gestión de los organismos y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios. Para estos efectos, el respectivo Servicio de Salud deberá disponer, al menos una vez al año, para quienes cumplan el respectivo período, de todas las medidas necesarias para implementar dicho proceso.

2.- Accederán al beneficio los funcionarios que hubieren aprobado el proceso de acreditación.

3.- El monto del componente de acreditación individual dependerá de los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, según la siguiente tabla:

Hasta 3 años	3%
Más de 3 años hasta 6 años	5%
Más de 6 años hasta 9 años	5,5%

4.- Para los funcionarios que tengan más de nueve años de servicio, la asignación pasará a ser permanente, con un porcentaje igual al de la última acreditación que hayan aprobado.

5.- En caso de que un funcionario no apruebe uno de los procesos de acreditación, no accederá al incremento del componente, pero mantendrá el porcentaje obtenido por las acreditaciones anteriores.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo, la periodicidad y las demás disposiciones necesarias para la implementación del procedimiento de acreditación y el otorgamiento del componente de acreditación individual.

## INFORME COMISION HACIENDA

Artículo 67.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, de la asignación señalada en el artículo 64, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63, efecto para el cual las asociaciones de funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán un solo representante.

A este artículo se formuló la **indicación número 277**, de S.E. el Presidente de la República, que reemplaza la frase "efecto para el cual las asociaciones de funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán un solo representante" por "para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación."

**- Fue aprobada con enmiendas, en la forma que se señalará en su oportunidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## TÍTULO IV

## De la Asignación de Estímulo a la Función Directiva

Artículo 68.- Establécese, para el personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de estímulo que se regirá por las siguientes normas:

1.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud que, conforme a lo señalado en el artículo 21 A de la presente ley, pueden optar a la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente a la obtención por parte del establecimiento de la categoría mencionada.

2.- Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a dos factores: la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia, y el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso primero, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de

## INFORME COMISION HACIENDA

la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

La **indicación N° 278**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazar, en el N° 1 del artículo 68, la referencia al "artículo 21 A", por otra al "Capítulo II, Título IV", y la palabra "categoría" por "calidad", las dos veces que aparece.

**- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

- - -

La **indicación N° 279**, propuesta por el Presidente de la República, tiene por objeto intercalar, a continuación del N° 1 del artículo 68, el siguiente número, nuevo:

"...- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud de menor complejidad, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título V de la presente ley, esta asignación estará asociada íntegramente al cumplimiento de los requisitos que establece el artículo 25 P."

**- Fue aprobada con modificaciones, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

En el número 2, que pasó a ser 3, inciden las indicaciones N°s 280 y 281.

La **indicación N° 280**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazar las palabras "dos" y "categoría", por "tres" y "calidad", respectivamente.

La proposición adecúa la redacción a la incorporación de un factor adicional al cual se debe asociar el pago de la asignación e intenta uniformar la terminología utilizada.

**- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La **indicación N° 281**, presentada por el Presidente de la República, propone la antes mencionada incorporación del "cumplimiento

## INFORME COMISION HACIENDA

de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad" como nuevo factor al cual se debe asociar el pago de la asignación.

**- La indicación N° 281 fue aprobada, sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxñey, García y Ominami.**

## Artículo 69

Regula la forma de cálculo del monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la Planta Directiva por concepto de asignación de estímulo, lo que se hará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185 y, cuando corresponda, más la asignación de responsabilidad superior otorgada por el decreto ley N° 1.770, de 1977, y la asignación del artículo 2° de la ley N° 19.699.

El inciso segundo agrega que esta asignación será de 11% sobre la base indicada por el inciso anterior, para funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la clasificación en la categoría de Establecimiento de Autogestión en Red.

El inciso tercero, finalmente, dispone que, para el personal directivo que se desempeñe en la Dirección de los Servicios de Salud, la asignación será de 11% de la base de cálculo señalada en el inciso primero, conforme a la distribución que indica.

En el inciso segundo del presente artículo inciden las indicaciones N°s 282 y 283.

La **indicación N° 282**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazar la palabra "categoría" por "calidad".

**- Fue aprobada, con una enmienda formal, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

A continuación, la **indicación N° 283**, también formulada por el Presidente de la República, propone que los funcionarios de la planta directiva de los establecimientos de menor complejidad, que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 25 P de esta ley, perciban también el 11% sobre la base señalada en el inciso primero.



## INFORME COMISION HACIENDA

**- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

Letra a)

El literal a), que indica la forma de distribuir la asignación, señala que hasta un 8% se pagará por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia y señala la forma de calcular el porcentaje a pagar en cada establecimiento.

En este literal incide la **indicación N° 284**, formulada por el Presidente de la República, para reemplazarlo por el siguiente:

"a) Hasta 8% por la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación y que hayan cumplido los requisitos referidos, según el caso, por el total de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio; y."

O sea, agrega una condición para obtener este componente, cual es el cumplimiento de los requisitos exigidos para establecimientos de menor complejidad.

**- Fue aprobada, sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

Artículo 70

Prescribe que un reglamento, dictado por el Ministerio de Salud, y suscrito, además, por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo y las demás disposiciones necesarias para otorgar el componente por obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", de la asignación señalada en el artículo 68.

La **indicación número 285**, de S.E. el Presidente de la República, propone suprimir la frase "el componente por obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red, de".

## INFORME COMISION HACIENDA

**- Fue aprobada, sin enmiendas, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## Artículo 71

Es del siguiente tenor:

“Las asignaciones señaladas en los artículos 61, 64 y 68, se pagarán en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto por pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos precedentemente.

Estas asignaciones tendrán carácter de imponibles para fines de previsión y salud. Para determinar las imposiciones e impuestos a que se encuentren afectas, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cuocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las imposiciones se deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de imponibilidad.”.

**Artículo 72**

El inciso primero establece una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud que indica, en cuanto trabajen en forma efectiva y permanente en puestos de trabajo que requieran atención durante las 24 horas del día y durante todo el año y laboren en un sistema de turno de tres o cuatro funcionarios que lo cubren en forma alternada, con turnos rotativos y en jornadas de hasta doce horas.

El inciso segundo agrega que el objetivo de la asignación será la retribución pecuniaria por el cumplimiento de jornadas de trabajo de duración especial debido a las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

Finalmente, el inciso tercero agrega que la Ley de Presupuestos expresará, respecto de cada Servicio de Salud, el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y tres funcionarios, separadamente.

**Los artículos 71 y 72 fueron aprobados en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## INFORME COMISION HACIENDA

**Artículo 73**

Indica que la asignación de turno será imponible sólo para efectos de pensiones y de salud y que será incompatible con la de horas extraordinarias establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

Asimismo, establece una prohibición para el personal que labora en el sistema de turnos de que trata este Título, el cual no podrá desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto, motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el Director del establecimiento respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 60 de la ley N° 18.834, que ordena compensar los trabajos extraordinarios, en primer lugar, con descanso complementario.

El Honorable Senador señor Ominami formuló la **indicación N° 286**, que recae en este artículo y propone agregar al mismo los siguientes incisos nuevos:

“Cada Servicio de Salud, expresará anualmente el número de funcionarios afectos al Sistema de Turno integrado por cuatro y tres funcionarios separadamente, de acuerdo a lo requerido por los establecimientos dependientes, lo que se expresará anualmente en la Ley de Presupuesto.

El personal que sufra modificación en su actual sistema de turno pasando de tercero a cuarto turno mantendrá la diferencia que hoy percibe por concepto de horas extraordinarias en el tercer turno a través de la planilla.”.

**- La indicación fue declarada inadmisibles por la señora Presidenta de la Comisión de Salud.**

**Artículo 74**

El artículo 74 establece los requisitos necesarios para tener derecho a percibir la asignación de turno.

La **indicación N° 287**, formulada por el Honorable Senador señor Ominami, propone que esta asignación sea imponible exclusivamente para efectos de previsión y de salud.

## INFORME COMISION HACIENDA

**- Fue declarada inadmisibile por la señora Presidenta de la Comisión de Salud.**

## Artículo 75

Establece que las horas extraordinarias que, en virtud de lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, puedan percibir los funcionarios de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, cualquiera que sea el motivo de su origen, no constituirán remuneración permanente para ningún efecto legal. Añade que, en consecuencia, no se percibirán durante los feriados, licencias y permisos con goce de remuneraciones.

**Fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## Artículo 76

El artículo 76 establece una asignación de responsabilidad para los profesionales de planta y a contrata de los Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que tengan contratos de 44 horas y desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

El inciso segundo agrega que esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público.

Finalmente, el inciso tercero establece que, durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de Jefe Directo para los efectos previstos en el Párrafo 3 del Título II de la ley N° 18.834, esto es, para calificar al delegado de personal.

Inciden en el presente artículo las indicaciones individualizadas con los N°s 288, 289 y 290.

La **indicación N° 288**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso primero, la palabra "contratos" por "jornadas".

## INFORME COMISION HACIENDA

**- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami**

La **indicación N° 289**, formulada igualmente por el Presidente de la República, propone agregar al inciso segundo la siguiente oración:

“Asimismo, no se considerará base de cálculo de ninguna otra remuneración y será incompatible con la percepción de la asignación por desempeño de funciones críticas establecida en el ARTICULO SEPTUAGÉSIMO TERCERO de la ley N° 19.882.”.

**- Puesta en votación, la indicación fue aprobada, con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La **indicación N° 290**, del Presidente de la República, propone intercalar, a continuación del inciso segundo del artículo 76, el siguiente, nuevo:

“Mientras el profesional perciba la asignación de responsabilidad, y la autoridad decida concederle la asignación por desempeño de funciones críticas, el funcionario deberá optar en forma expresa por solo una de ellas.”.

**- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo 77**

El artículo 77, en su inciso primero, prescribe una serie de reglas para el otorgamiento de la asignación de responsabilidad.

El inciso segundo entrega a un reglamento, dictado por el Ministerio de Salud y suscrito también por el de Hacienda, la determinación de las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación, así como las restantes normas necesarias para la aplicación del beneficio.

La **indicación N° 291**, del Presidente de la República, incide en este artículo y propone incorporar, al inciso final, la siguiente oración: “Asimismo clasificará los establecimientos de salud, cuyos funcionarios tengan

## INFORME COMISION HACIENDA

derecho a concursar a esta asignación, acorde al nivel de complejidad señalado en el artículo siguiente.”.

**- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## Artículo 78

El artículo 78 establece el monto máximo anual por establecimiento de la asignación de responsabilidad y regula su distribución y reajustabilidad. Además, el inciso primero fija límites mínimo y máximo a la asignación individual y prohíbe que el establecimiento exceda el monto máximo anual asignado o el número de cupos establecidos.

A continuación, se comprende la tabla que asocia tipos de establecimiento; cupos máximos por establecimiento, y monto anual por persona.

Tipo de Establecimiento	Cupos Máximos por Establecimiento	Máximo Anual por Establecimiento.	Monto Anual por Persona
Alta Complejidad	12	6.960.000	\$580.000
Hospital Media Complejidad	9	366.000	\$374.000
Hospital Baja Complejidad	2	424.000	\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales	1	212.000	\$212.000

En seguida, la disposición señala que la asignación otorgada a cada funcionario se pagará en cuotas mensuales iguales. La primera de ellas se pagará el día primero del mes siguiente al de la total tramitación del acto administrativo que la conceda.

Finalmente, agrega que el número total de cupos a nivel nacional será de 1.259 asignaciones al año, con un costo anual máximo de \$515 millones, reajutable en la forma señalada en el inciso primero.

La **indicación N° 292**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazarlo por el siguiente:

## INFORME COMISION HACIENDA

“Artículo 78.- Para efecto de la concesión de la asignación de responsabilidad, el número total de cupos a nivel nacional será de 1.259, con un costo anual máximo de \$ 515 millones. La Ley de Presupuestos fijará, para cada Servicio de Salud, el número máximo de beneficiarios y los recursos que se pueden destinar para su pago.

Los cupos máximos por tipo de establecimiento y el valor individual anual de la asignación será el señalado en la tabla siguiente. No obstante, el monto indicado para cada caso, podrá ser aumentado o disminuido hasta un 10%.

Tipo de Establecimiento	Cupos Máximos por Establecimiento	Monto Anual por Persona
Alta Complejidad	13	\$580.000
Hospital Media Complejidad	9	\$374.000
Hospital Baja Complejidad	2	\$212.000
Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS)	2	\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales	1	\$212.000

La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre del 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.

La asignación otorgada se pagará en cuotas mensuales e iguales, la primera de las cuales el primer día hábil del mes siguiente al de la total tramitación de la resolución que la conceda.”.

**- La indicación N° 292 fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foixley, García y Ominami.**

## INFORME COMISION HACIENDA

El artículo 79 dispone que lo señalado en la oración final de la letra h) del artículo 1° de la ley N° 19.490 será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68, 72 y 76 de esta ley.

Cabe señalar que dicho artículo de la ley N° 19.490 establece una asignación de estímulo por experiencia y desempeño funcionario, para el personal del sector salud. La letra h) regula el pago en cuatro cuotas de la misma y dispone que perderá el derecho a la cuota el funcionario que tenga ausencias injustificadas en el trimestre anterior.

Inciden en este artículo las indicaciones N°s 293 y 294.

La **indicación N° 293**, formulada por el Presidente de la República, propone suprimir el guarismo "72".

**- La indicación fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La **indicación N° 294**, del Presidente de la República, que propone agregar al artículo 79 el siguiente inciso nuevo:

"A los funcionarios que perciban la asignación de turno establecida en el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, y que hayan tenido ausencias injustificadas conforme al artículo 66 de la ley N° 18.834, se les descontará el monto correspondiente de acuerdo a lo indicado en dicho artículo."

**- La indicación se aprobó, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo 82**

El artículo 82 aprobado en el primer informe de la Comisión de Salud establece que hasta el 50% de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, se expresará, para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Prescribe que los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas, por lo que los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas podrán reducir su jornada



## INFORME COMISION HACIENDA

a empleos de 22 horas, facultando al Servicio para contratar profesionales, haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Se dispone que los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir, en un porcentaje proporcional del 50%, los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales.

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, efecto para el cual se considerarán todos los nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Asimismo, los funcionarios contratados por 22 horas no podrán desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno de que trata el Título V de este Capítulo.

Las **indicaciones N°s 304 y 305**, presentadas por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo tienen por objeto reemplazar, en el inciso primero, el guarismo "50%" por "15%".

**- Ambas indicaciones fueron aprobadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La **indicación N° 306**, propuesta por el Honorable Senador señor Ruiz-Eskude, tiene por objeto sustituir, en el inciso primero, el guarismo "50%", por "20%".

**- Fue retirada por su autor en la Comisión de Salud.**

**ARTÍCULO 3º**

Esta disposición modifica la ley Nº 19.490, que establece asignaciones y bonificaciones para el personal del sector salud.

El Presidente de la República formuló la **indicación N° 314**, que incide en el encabezamiento de este artículo y propone consultar, como N° 1, el siguiente, nuevo:

"1.- Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 3º, la expresión "la Subsecretaría" por "las Subsecretarías"."

## INFORME COMISION HACIENDA

## N° 2

Este numeral modifica el inciso segundo del artículo 3° del citado cuerpo legal, que regula la bonificación de estímulo por desempeño funcionario, y precisa que aquélla se regulará por lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 19.479. Este último precepto fija en 12% del sueldo base para el tercio mejor calificado de cada planta, y en 6% para el tercio vigente.

La modificación consiste en fijar otros montos para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974. La bonificación será de 15,5% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 7,75% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar 66%. Para el personal de planta y a contrata del Fondo Nacional de Salud, esta bonificación será de 10% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 5% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar el 66%.

La **indicación N° 315**, presentada por el Presidente de la República, sustituye en este número la expresión "la Subsecretaría de Salud;" por "las Subsecretarías del Ministerio de Salud;".

## N° 3

El N° 3 modifica el artículo 4°, que regula el programa de mejoramiento de gestión y las metas de cada Servicio de la ley N° 19.490.

La **indicación N° 316**, formulada por el Presidente de la República, propone consultar como letra a), nueva, la siguiente:

"a) Sustitúyese en el inciso primero, el término "El Subsecretario de Salud", por "Los Subsecretarios del Ministerio de Salud".".

## Letra b)

Agrega, en el inciso cuarto del artículo 4° de la ley N° 19.490, una oración que eleva de 10% a 15,5% el límite máximo de la bonificación por desempeño institucional que podrá percibir el personal de planta y a contrata de las Subsecretarías de Salud y de Redes Asistenciales; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del

## INFORME COMISION HACIENDA

Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974.

La **indicación N° 317**, presentada por el Presidente de la República, propone reemplazar la expresión "Subsecretarías de Salud y de Redes Asistenciales", por la expresión "Subsecretarías del Ministerio de Salud".

**- Las indicaciones números 314, 315, 316 y 317 fueron aprobadas, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud.**

**ARTÍCULO 4°**

Sustituye, en el inciso tercero del artículo 4° de la ley N° 19.086, el párrafo relativo a la planta de profesionales, por el siguiente: "PLANTA DE PROFESIONALES: De grado 18° al grado 5°."

**- La Comisión lo aprobó por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**ARTÍCULO 5°**

Dispone que, desde la fecha de publicación de este proyecto como ley, los funcionarios que tengan la calidad de Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos podrán acceder, entre los grados 18° al 5°, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones o a los empleos a contrata asimilados a los referidos grados.

La **indicación N° 320**, presentada por el Presidente de la República, propone intercalar, a continuación del término "Fonoaudiólogos,", el vocablo "también".

**- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**ARTÍCULO 6°**

## INFORME COMISION HACIENDA

Crea la Superintendencia de Salud y fija su ley orgánica, la que consta de 27 artículos agrupados en seis títulos.

## Artículo 1º

Crea la Superintendencia de Salud, organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonios propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Fija su domicilio en la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las oficinas regionales que establezca el Superintendente en otras ciudades del país.

Dispone que estará afecta al Sistema de Alta Dirección Pública establecido en la ley N° 19.882.

**- La Comisión lo aprobó por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## Artículo 2º

El artículo 2º aprobado por la Comisión de salud en su segundo informe establece, en su primer inciso, la misión de la Superintendencia de Salud, señalando al efecto que le corresponderá la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen el Régimen de Garantía en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.

El inciso segundo señala que, asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en el Régimen de Garantías en Salud y la modalidad de libre elección.

El Honorable Senador señor Ominami manifestó su disconformidad con la redacción que se dio a este precepto en el segundo informe, por cuanto al fijarse el campo de competencia de la Superintendencia de Salud no se puede, a su juicio, efectuar una remisión a las obligaciones que impone un Régimen de Garantías en Salud que es materia de un proyecto de ley que aún se encuentra en tramitación.

## INFORME COMISION HACIENDA

La Honorable Senadora señora Matthei enfatizó que la Comisión de Salud había tenido especial cuidado en dar a la Superintendencia competencia para fiscalizar en todo aquello en que le corresponden labores de fiscalización a dicha entidad.

Para salvar la situación planteada por el Honorable Senador señor Ominami, la Comisión acordó dar una nueva redacción a los incisos primero y segundo del artículo 2º, de la forma que se consigna en el Capítulo de Modificaciones de este informe.

**- La nueva redacción del artículo 2º fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

La Comisión, a solicitud del Honorable Senador señor Ominami, dejó constancia de que la norma del inciso final del texto que se propone para este artículo 2º no altera la naturaleza jurídica del FONASA.

## Artículo 10

Regula lo relativo a la apelación ante el Superintendente de Salud, de las resoluciones del Intendente de Seguros Previsionales de Salud.

El último inciso señala que "Contra lo resuelto por el Superintendente sólo procederá el recurso de queja ante la Corte Suprema".

Los representantes del Ejecutivo hicieron presente que esta norma final no necesita ser consagrada en forma expresa, pues se ajusta a las normas generales existentes en la materia.

**- La Comisión aprobó el artículo 10 por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami, suprimiendo el inciso final del precepto.**

## Artículo 11

Dispone que, sin perjuicio de la facultad del Intendente de Seguros Previsionales de Salud para resolver las controversias que se susciten, las partes pueden convenir en someterlas previamente a mediación, y establece normas al respecto.

## INFORME COMISION HACIENDA

Los representantes del Ejecutivo señalaron que el inciso final de este precepto es innecesario, por cuanto la situación que contempla, esto es, la posibilidad de recurrir a la justicia ordinaria o someter la controversia a la decisión del Intendente de Seguros Previsionales de Salud es procedente de acuerdo a las normas generales existentes.

**- La Comisión, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami, suprimió el inciso final del artículo 11.**

## Artículo 12

Consagra las funciones y atribuciones de la Superintendencia, las que dicen relación con la fiscalización de los prestadores de salud, públicos y privados, en cuanto al otorgamiento de prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, y la ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Instituciones de Salud Previsional.

El mismo inciso agrega que dichas funciones y atribuciones serán ejercidas a través de la Intendencia de Prestadores de Salud.

Para no limitar el campo de acción de la Superintendencia, la Comisión, a solicitud del Ejecutivo, eliminó la oración "en el otorgamiento de prestaciones a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933".

**- El acuerdo fue adoptado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## 1.-

El numeral 1 señala entre las atribuciones de la Superintendencia el ejercicio de las funciones vinculadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud. Corresponde al Intendente dictar la resolución que sancione la evaluación que realice la entidad acreditadora.

En este numeral recaen las **indicaciones N°s 339 y 340**, presentadas por el Presidente de la República y por la Honorable

## INFORME COMISION HACIENDA

Senadora señora Matthei, quienes coinciden en proponer la supresión de su oración final.

**- Ambas indicaciones fueron aprobadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

2.-

Se refiere a la función de autorizar a las personas jurídicas que actúen como acreditadoras de los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento, y designar en forma aleatoria a la entidad que desarrollará el proceso.

La **indicación N° 341**, presentada por el Presidente de la República, incide en el numeral en comento y propone suprimir la frase final y la coma que la precede.

El señor Superintendente de Salud fundó la indicación señalando que se desea evitar que, por efecto de la aleatoriedad, sean siempre designadas las mismas entidades.

La Comisión adoptó la decisión de rechazar la indicación, por unanimidad, por considerar que la designación aleatoria de la entidad acreditadora es básica para el correcto diseño del sistema.

**- Fue rechazada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

6.-

Consagra como función de la Intendencia la mantención de un registro nacional y regional actualizado de los prestadores individuales certificados en sus especialidades y subespecialidades, y de las entidades certificadoras, conforme al reglamento correspondiente.

La **indicación N° 343**, formulada por el Presidente de la República, recae en este numeral y propone intercalar, a continuación de "prestadores individuales", la frase "de salud, estén o no".

La Comisión acordó aprobar la presente indicación, con modificaciones, redactando este número en los siguientes términos:

"6.- Mantener registros nacionales y regionales actualizados de los prestadores individuales de salud, de sus especialidades y

## INFORME COMISION HACIENDA

subespecialidades, si las tuvieran, y de las entidades certificadoras, todo ello conforme al reglamento correspondiente.”.

**- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## Artículo 14

Dispone que tratándose de infracciones cometidas por las entidades acreditadoras, el Intendente de Prestadores de Salud podrá aplicar a la entidad diversas sanciones, de acuerdo a la gravedad de la falta o su reiteración.

El número 2 consagra como una de las sanciones la multa de hasta 1.000 unidades de fomento. Señala que en el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado.

**- La Comisión lo aprobó, sin enmiendas, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## Artículo 23

(Pasa a ser artículo 21)

Señala que la Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de institución fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.

Hace aplicables a la Superintendencia, los artículos 17 de la ley N° 18.091 y 5° de la ley N° 19.528, para lo cual el Superintendente deberá informar anualmente al Ministro de Hacienda.

**- La Comisión lo aprobó sin modificaciones, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## Artículo 26

(Pasa a ser artículo 24)



## INFORME COMISION HACIENDA

Se refiere al patrimonio de la Superintendencia, y es del siguiente tenor:

“Artículo 26.- El patrimonio de la Superintendencia estará formado por:

- 1.- El aporte que se contemple anualmente en la Ley de Presupuestos;
- 2.- Los recursos otorgados por leyes especiales;
- 3.- Los bienes muebles e inmuebles, corporales e incorporales que se le transfieran o adquiriera a cualquier título.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objetivo de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren; en el caso de los bienes inmuebles, la resolución se reducirá a escritura pública y el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente;

- 4.- Los frutos de sus bienes;
- 5.- Las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;
- 6.- Los ingresos que perciba por los servicios que preste, y
- 7.- Los aportes de la cooperación internacional que reciba a cualquier título.

Las multas que aplique la Superintendencia serán a beneficio fiscal.”.

**- La Comisión lo aprobó, sin modificaciones, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## INFORME COMISION HACIENDA

Artículo 27  
(Pasa a ser artículo 25)

Deroga, a contar de la fecha de creación de la Superintendencia de Salud, diversas normas de la ley N° 18.933, que creó la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

**- Fue aprobado, con una enmienda de concordancia con la supresión del Título V, de la que se dio cuenta anteriormente, y en la forma que se consignará en su oportunidad, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**ARTÍCULO 7º**

Este artículo, incorporado en el segundo informe de la Comisión de Salud a raíz de la aprobación de la **indicación número 352**, de S.E. el Presidente de la República, es del siguiente tenor:

"ARTÍCULO 7º.- La bonificación por retiro establecida en el Título II de la ley N° 19.882 no será aplicable al personal perteneciente a los establecimientos de salud de carácter experimental. Estos personales quedarán adscritos a la normativa establecida en el artículo primero transitorio de la presente ley."

**- La Comisión lo aprobó por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**ARTÍCULO 8º**

El precepto, incorporado en el segundo informe de la Comisión de Salud en virtud de la aprobación de la **indicación número 353**, del Honorable Senador señor Viera-Gallo, dispone textualmente:

"ARTÍCULO 8º.- Modifícase la ley N° 19.378, de la siguiente forma:

a.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 49, entre la frase "Servicios de Salud" y la palabra "correspondientes" la frase "y por intermedio de las municipalidades".

## INFORME COMISION HACIENDA

b.- Incorpórase el siguiente artículo 55 bis, nuevo:

"Artículo 55 bis.- Toda transferencia de recursos públicos dirigida a las entidades administradoras se hará por intermedio de la municipalidad respectiva."."

**- La Comisión aprobó este artículo, con una enmienda, destinada a precisar que las transferencias deben quedar reflejadas en el presupuesto respectivo y constar en el balance a que se refiere el artículo 50. El acuerdo fue adoptado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**DISPOSICIONES TRANSITORIAS****Artículo primero**

Establece un programa de incentivo al retiro para aquellos funcionarios que se desempeñen los Servicios de Salud, en las Subsecretarías del Ministerio de Salud, en el ISP y en la CENABAST y cumplan ciertos requisitos de edad. Si ejercen la opción dentro del plazo que al efecto se fija tendrán derecho a percibir una indemnización, no imponible ni constitutiva de renta para ningún efecto legal, de un mes del promedio de las últimas doce remuneraciones imponibles, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses, con un tope de ocho mensualidades.

El inciso segundo agrega que este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$ 270.000 mensuales, y en un mes para aquellos que, a la fecha de publicación de la ley, cumplan requisitos de edad más elevados. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

La disposición continúa regulando los cupos anuales para este beneficio y especifica que un reglamento, dictado por el Ministerio de Salud y suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará los calendarios de postulación y pago, los mecanismos para el otorgamiento y las demás disposiciones necesarias para la implementación del mismo.

Finalmente, se dispone que los funcionarios que se acojan a este beneficio no podrán ser nombrados ni contratados asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos señalados en el inciso primero, durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a

## INFORME COMISION HACIENDA

menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido, con reajustes e intereses.

En este artículo inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 355 a 361.

La **indicación N° 355**, presentada por el Honorable Senador señor Ominami, propone sustituir su inciso primero por el siguiente:

“Artículo primero.- Los funcionarios de planta y a contrata regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que se desempeñen en alguno de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 del decreto ley N° 2.763, de 1979, en la Subsecretaría del Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mayores de 60 años de edad de servicio, si son mujeres y de 65 años de edad si son hombres, después de los noventa días posteriores a la publicación de esta Ley y hasta el 31 de diciembre de 2004, presenten su renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones imponibles, actualizadas según el índice de precios al consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses prestados a alguno de los organismos señalados, con una tope de 8 meses de dicha remuneración.

Podrán acogerse a este beneficio los funcionarios a quienes se les halla declarado salud incompatible por el organismo competente, durante el período 2002 – 2004.”.

**- Fue declarada inadmisibile por la señora Presidenta de la Comisión de Salud.**

La **indicación N° 356**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso primero, las expresiones “la Subsecretaría” y “31 de diciembre de 2004”, por las expresiones “las Subsecretarías” y “30 de junio del 2005”, respectivamente.

La **indicación N° 357**, propuesta por el Presidente de la República intercala, en el inciso primero, a continuación de “Sistema Nacional de Servicios de Salud” la siguiente frase: “así como los funcionarios de los establecimientos de salud de carácter experimental, creados por los decretos con fuerza de ley del Ministerio de Salud N°s 29, 30 y 31 todos del 2000”.

La **indicación N° 358**, presentada por el Honorable Senador señor Ominami, propone sustituir el inciso segundo, por el siguiente:

## INFORME COMISION HACIENDA

“El monto de este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$291.728 mensuales y en un mes para aquéllos que tengan, a la fecha de publicación de la ley más de 63 años si son mujeres y más de 68 años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.”.

**La indicación N° 359**, del Presidente de la República, reemplaza, en el inciso segundo, el valor “\$270.000” por \$291.728”.

**La indicación N° 360**, formulada por el Presidente de la República propone sustituir el inciso tercero por el siguiente:

“Para poder acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Entre dicha data y el 31 de diciembre del 2004, podrán acceder a este beneficio 2.494 funcionarios, privilegiándose aquéllos de menores rentas y mayor edad. Durante el primer semestre del año 2005, podrán acogerse otros 1.700 funcionarios. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio antes del 31 de diciembre del 2004, podrán hacerlo durante el primer semestre del año 2005. Los cupos que no fueren utilizados en el primer periodo de concesión del beneficio, serán acumulables para el período siguiente.”.

**La indicación N° 361**, formulada por el Presidente de la República reemplaza, en el inciso sexto, la expresión “inciso primero” por “este artículo”.

**- Las indicaciones números 356, 357, 358, 359, 360 y 361 fueron aprobadas, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo Segundo**

Este artículo regula el otorgamiento gradual de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, establecida en el artículo 61 del decreto ley N° 2.763, de 1979, e incluye el cronograma correspondiente.

## INFORME COMISION HACIENDA

En este artículo recayó la **indicación N° 362**, formulada por el Presidente de la República para agregarle el siguiente inciso, nuevo:

“Durante el año 2004, por concepto del componente variable, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.”.

**- Fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo Tercero**

Dispone que el componente por acreditación individual, al que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, se implementará gradualmente entre el año 2003 y el 2006, según una tabla de progresión que el mismo precepto determina.

El inciso segundo agrega que el proceso de acreditación comenzará a operar el año 2005.

Finalmente, el inciso tercero señala que en los años 2003 y 2004, el componente será pagado a todos los funcionarios señalados en el artículo 64 del referido decreto ley, sin necesidad de acreditarse, conforme a la tabla del inciso primero.

En este artículo recayó la **indicación N° 363**, presentada por el Presidente de la República para agregar al inciso segundo la siguiente oración: “No obstante, los funcionarios que tengan 9 o más años de servicio a la fecha de entrada de publicación de esta ley, dicho proceso se entenderá aprobado por el solo ministerio de esta ley.”.

**- La Comisión la aprobó, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo Cuarto**

## INFORME COMISION HACIENDA

Establece que el componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, a que se refieren los artículos 64, 65 y 67 del decreto ley N° 2.763, se otorgará durante los años 2003 al 2006 según la tabla que incluye.

En este artículo recayó la **indicación N° 364**, presentada por el Presidente de la República con el propósito de agregarle el siguiente inciso, nuevo:

“Durante el año 2004, por concepto del componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.”.

**- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo Quinto**

Se refiere a la asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, y dispone que la misma se otorgará a los funcionarios señalados en el número 1 del mismo artículo, en forma gradual, durante un período de tres años, conforme al cronograma allí dispuesto.

En este artículo recayó la **indicación N° 365**, presentada por el Presidente de la República, para sustituir, en el inciso primero, la expresión “el número 1” por “los números 1 y 2”.

**- La Comisión la aprobó por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo Sexto**

Dispone un cronograma gradual de tres años para el otorgamiento de la asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68.

Se formularon dos indicaciones que inciden en este artículo.

## INFORME COMISION HACIENDA

En primer término, el Presidente de la República formuló la **indicación N° 366** con el fin de reemplazar, en el inciso primero, la expresión "número 2" por "número 3".

A continuación, la **indicación N° 367**, también formulada por el Presidente de la República, persigue sustituir, en las letras a) y b), la palabra "categoría" por "calidad", e intercalar, a continuación de "establecimientos dependientes", la frase "y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad".

**- Fueron aprobadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo Séptimo**

Establece un cronograma por un período de cuatro años, para el otorgamiento de los beneficios consultados en las modificaciones a la ley N° 19.490 contenidas en los numerales 1), con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y 2), letra a), del artículo 4° de la presente ley.

La **indicación N° 368**, formulada por el Presidente de la República, reemplaza, en el inciso primero, el guarismo "1)" por "2)", y la expresión "2), letra a)" por "3), letra b)".

**- Fue aprobada por unanimidad, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo Octavo**

Establece, respecto del personal que integre el sistema de turnos rotativos, la entrada en vigencia de la asignación de turno y la bonificación compensatoria a que se refieren los artículos 72, 73 y 74 del decreto ley N° 2.763 y decimotercero transitorio de esta ley.

Además, dispone un cronograma para la entrega de la asignación de turno y bonificación compensatoria para los funcionarios que integren el sistema de turnos rotativos cubiertos por tres funcionarios.

En este artículo recayó la **indicación N° 369**, formulada por el Presidente de la República con el fin de reemplazar, en el



## INFORME COMISION HACIENDA

inciso primero y en el número 2 del inciso segundo, la expresión "letra I)" por "letra d)".

Enseguida, la **indicación N° 370**, presentada igualmente por el Presidente de la República, propone agregar el siguiente inciso nuevo:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, a contar de la fecha de publicación de esta ley, y mientras la asignación de turno a que se refiere este artículo no se aplique en todos sus términos, el tercer y cuarto turnos se continuará pagando de acuerdo a lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, no aplicándose a su respecto lo señalado en los artículos 73 inciso segundo y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979."

**- La Comisión aprobó ambas indicaciones por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo Noveno**

Regula la entrada en vigencia del artículo 76, que establece la asignación de responsabilidad.

En este artículo inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 371 y 372.

La **indicación N° 371**, fue formulada por el Presidente de la República y propone intercalar, en el encabezamiento, a continuación de "a nivel nacional", la frase "y el monto anual por establecimiento".

La **indicación N° 372**, fue propuesta por el Presidente de la República, con el fin de agregar el siguiente inciso nuevo:

"La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre del 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público."

**- Fueron aprobadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

## INFORME COMISION HACIENDA

**Artículo Decimotercero**

Es del siguiente tenor:

“Artículo decimotercero - El personal a que se aplica el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se encuentre en funciones a la fecha de publicación de la presente ley, tendrá derecho a una bonificación no imponible destinada a compensar las deducciones por concepto de cotizaciones para pensiones y salud a que esté afecta la asignación de turno, cuyo monto será el que resulte de aplicar los siguientes porcentajes sobre el valor de dicha asignación, según sea el sistema o régimen previsional de afiliación del trabajador:

a) 20,5% para los afiliados al sistema del decreto ley N° 3.500, de 1980.

b) 25,62% para los afiliados al régimen general de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Sección Empleados Públicos.

c) 21,62% para los afiliados al régimen previsional de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, con rebaja de imposiciones de la letra a) del artículo 14 del decreto con fuerza de ley N° 1.340 bis, de 1930.

Para el personal afiliado a un sistema o régimen previsional diferente de los señalados, tal bonificación será equivalente a la suma de las cotizaciones para salud y pensiones que, con respecto a la referida asignación, le corresponda efectuar al trabajador.

Esta bonificación compensatoria se calculará conforme a los límites de imponibilidad establecidos por la legislación vigente.”.

**- La Comisión lo aprobó, sin enmiendas, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo Decimocuarto**

Concede, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63, pagadera en una sola cuota, la

## INFORME COMISION HACIENDA

que beneficiará a los funcionarios que se encuentren entre los grados 19 y 28 de la Escala Única de Remuneraciones.

El inciso segundo adiciona a la base de cálculo de esta asignación, en el caso de los funcionarios a los que se aplica este artículo decimocuarto transitorio, la bonificación compensatoria del artículo 21 de la ley N° 19.429.

En este artículo inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 375, 376 y 377.

**La indicación N° 375**, presentada por el Honorable Senador señor Ominami, propone reemplazarlo por el siguiente:

"Artículo decimocuarto.- Procede la cancelación de un bono para el personal de las plantas técnica administrativa y auxiliares ubicadas entre los grados 19 y 28 entre la escala única en conformidad al acuerdo suscrito con fecha 05 de septiembre de 2002 y ratificado en el protocolo sobre nueva política de remuneraciones de fecha 12 de julio de 2002 y que demandará un costo máximo de \$2.700 millones."

**- La indicación fue declarada inadmisibles por la señora Presidenta de la Comisión de Salud.**

Enseguida, la **indicación N° 376**, formulada por el Presidente de la República, propone agregar al encabezamiento de este artículo transitorio, lo siguiente: "a continuación. Este anticipo no será imputable al incremento de renta que se produzca por efecto de lo dispuesto en el artículo segundo transitorio de esta ley."

Esta indicación implica que el anticipo, que se otorga por una sola vez, no será descontado de incrementos de remuneraciones que se produzcan por la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo.

La **indicación N° 377**, presentada por el Presidente de la República, agrega el siguiente inciso nuevo:

"El beneficio establecido en el inciso anterior también se aplicará, por una sola vez, al personal señalado en el artículo cuarto, numeral 3, letra b), de esta ley, en las mismas condiciones, plazos, atributos, grados y porcentajes que se establecen en este artículo."

En otros términos, la norma amplía la base de cálculo de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo para los

## INFORME COMISION HACIENDA

funcionarios de las Subsecretarías del Ministerio de Salud, del Instituto de Salud Pública y de la CENABAST.

**- Fueron aprobadas por unanimidad, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo Decimoquinto**

Establece un listado de los establecimientos que tendrán la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red" cuando cumplan los requisitos que establezca el reglamento que señala el artículo 25 A del decreto ley N° 2.763.

La parte final del segundo inciso del precepto dispone que el personal directivo de estos establecimientos tendrá derecho a los beneficios remuneracionales establecidos en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, asociados al cumplimiento de los estándares establecidos en el artículo 25 G del mismo, que dependen de la gestión del establecimiento, cuando éste cumpla dichos estándares.

**- La Comisión aprobó este artículo, con una enmienda, consistente en eliminar la parte de la norma que se refiere al cumplimiento de los estándares "que dependen de la gestión del establecimiento". El acuerdo fue adoptado por cuatro votos a favor y una abstención. Se pronunciaron favorablemente los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley y García. El Honorable Senador señor Ominami se abstuvo.**

**Artículo Decimosexto**

Dispone que el mayor gasto resultante de la aplicación de esta ley será financiado con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud. Sin perjuicio de lo cual, la parte del gasto que no pueda financiarse con cargo a estos recursos será provista por el Ministerio de Hacienda, con cargo a la asignación 50-01-03-25-33.104, "Provisión para Financiamientos Comprometidos", correspondiente a la Partida 50, relativa al Tesoro Público.

En este artículo incide la **indicación N° 378**, propuesta por el Presidente de la República con el propósito de agregar el siguiente inciso, nuevo:

## INFORME COMISION HACIENDA

“En todo caso, el beneficio establecido en el inciso tercero del artículo décimo cuarto transitorio, se financiará mediante reasignaciones internas de los presupuestos de las instituciones correspondientes.”.

**- Fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Hgonorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo Decimonoveno**

Establece, en su inciso primero, que el Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministro de Hacienda, conformará el primer presupuesto de la Superintendencia de Salud.

En su inciso segundo señala que el gasto que se derive de las nuevas plantas que se fijen, del encasillamiento que se practique y del traspaso de personal desde otras instituciones que se disponga, no podrá exceder de la suma de las remuneraciones que se estén pagando al personal de la Superintendencia de ISAPRES más las del personal traspasado correspondientes al nuevo régimen de remuneraciones a que estarán afectos con motivo de dicho traspaso, cualesquiera sea la calidad jurídica de estos personales, todo ello considerando su efecto año completo.

**- Fue aprobado, sin enmiendas, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo vigesimosegundo**

Este precepto, incorporado en el segundo informe de la Comisión de Salud, es del siguiente tenor:

“Artículo vigesimosegundo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias:

a) Fijar la planta de personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El encasillamiento en esta planta incluirá sólo a personal proveniente de la Subsecretaría de Salud.

## INFORME COMISION HACIENDA

b) Fijar la planta de personal de la Superintendencia de Salud. El encasillamiento en esta planta podrá incluir personal proveniente de la Subsecretaría de Salud, de los Servicios de Salud y de la Superintendencia de Isapres. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de esta última institución.

c) Fijar la planta de la Subsecretaría de Salud Pública. El encasillamiento en esta planta incluirá personal proveniente de la Subsecretaría de Salud y de los Servicios de Salud. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de la Subsecretaría de Salud.

La Subsecretaría de Salud Pública será la continuadora legal de la Subsecretaría de Salud, para todos los efectos legales.

d) Las plantas de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública contendrán, a lo menos, dos cargos de jefe de división cada una.

e) Las áreas funcionales que competarán al Ministerio de Salud a través de las estructuras internas de sus Subsecretarías, estarán asociadas, a lo menos, a redes asistenciales, recursos humanos, planificación y presupuesto, prevención y control de enfermedades, políticas públicas en salud y administración y servicio interno.

f) Para ordenar el traspaso de funcionarios titulares de planta y a contrata entre las instituciones señaladas en las letras a), b) y c) precedentes, sin alterar la calidad jurídica de la designación y sin solución de continuidad, y el traspaso de los recursos que se liberen por este hecho. El traspaso del personal titular de planta, y de los cargos que sirven, se efectuará en el mismo grado que tenían a la fecha del traspaso, salvo que se produzca entre instituciones adscritas a diferentes escalas de sueldos base, caso en el cual se realizará en el grado más cercano al total de remuneraciones que perciba el funcionario traspasado. A contar de esa misma fecha, el cargo del que era titular el funcionario traspasado se entenderá suprimido de pleno derecho en la planta de la institución de origen.

g) Modificar las plantas de los Servicios de Salud que se verán reducidas por el traspaso del personal que cumpla funciones de autoridad sanitaria, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refieren las letras b), c) y f) de este artículo.

h) Establecer las normas complementarias al artículo 13 bis de la ley N° 18.834, respecto de los encasillamientos derivados de las plantas que fije de conformidad con las atribuciones establecidas en este

## INFORME COMISION HACIENDA

artículo. Asimismo, en el ejercicio de ellas, podrá establecer los requisitos para el desempeño de los cargos, sus denominaciones, los niveles jerárquicos para efectos de la aplicación de la ley N° 19.882, las fechas de vigencia de las plantas, las dotaciones máximas de personal y todas las normas necesarias para la adecuada estructuración y operación de las plantas que fije.

i) El uso de las facultades señaladas en este artículo quedará sujeto a las siguientes restricciones, respecto del personal al que afecte:

-No podrá tener como consecuencia ni podrán ser considerados como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral del personal traspasado y del que no se traspase.

-No podrá significar pérdida del empleo, disminución de remuneraciones, modificación de los derechos estatutarios y previsionales del personal traspasado y del que no se traspase. Tampoco podrá importar cambio de la residencia habitual de los funcionarios fuera de la Región en que estén prestando servicios, salvo con su consentimiento.

-Cualquier diferencia de remuneraciones deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que se absorberá por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Dicha planilla mantendrá la misma imponibilidad que aquella de las remuneraciones que compensa.

-Los funcionarios encasillados conservarán la asignación de antigüedad que tengan reconocida, como también el tiempo computable para dicho reconocimiento.

-No se podrá modificar la suma de las dotaciones máximas de personal que tienen a la fecha de publicación de esta ley el Ministerio de Salud y las Instituciones y Servicios dependientes o relacionados con éste, sin perjuicio de la creación de los cargos de Subsecretario de Redes Asistenciales, Intendente de Seguros Previsionales de Salud e Intendente de Prestadores de Salud.

j) Establecer el procedimiento para la determinación del monto que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por tres y

## INFORME COMISION HACIENDA

cuatro personas respectivamente, durante el primer año presupuestario de vigencia.

k) Determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, la que en ningún caso podrá exceder de dos años a contar de la fecha de publicación de esta ley, establecer el destino de sus recursos y el traspaso de su personal, el que deberá efectuarse al Ministerio de Salud. En tanto no se suprima dicho Servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios primero, séptimo y undécimo de esta ley. Asimismo, dichos funcionarios tendrán derecho a los incrementos pecuniarios dispuestos en los artículos transitorios séptimo y decimocuarto de esta ley.”.

**- La Comisión aprobó este artículo, con las enmiendas que se consignan en su oportunidad, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

**Artículo vigesimotercero**

La disposición, incorporada por la Comisión de Salud en su segundo informe, señala lo siguiente:

“Artículo vigesimotercero.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministerio de Hacienda, conformará el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública, los Servicios de Salud y la Superintendencia de Salud, y traspasará a ellos los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítemes y glosas presupuestarias que sean pertinentes.”.

**- Fue aprobado, sin enmiendas, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.**

- - -

**FINANCIAMIENTO**



---

**INFORME COMISION HACIENDA**

El informe financiero emanado de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, de fecha 12 de enero de 2004, señala que esta iniciativa legal genera diversos beneficios al personal de los Servicios de Salud y sus establecimientos hospitalarios como la creación de incentivos al cumplimiento de metas sanitarias por centro hospitalario, la creación de una asignación de turno, un plan de incentivo al retiro entre otras medidas que mejorarán la gestión hospitalaria.

Agrega que "Lo anterior conlleva a un mayor gasto fiscal para el período 2004 a 2006. El costo total para el año 2004 es de \$ 23.959 millones y de \$ 23.422 millones para el año 2005 y el costo total anual para el año 2006 y en régimen es de \$ 26.766 millones. Las cifras corresponden a incrementos respecto del gasto del año 2003 y están expresadas en millones de pesos del año 2004."

En consecuencia, las normas del proyecto no producirán desequilibrios presupuestarios, ni incidirán negativamente en la economía del país.

- - -

**MODIFICACIONES**

En mérito de los acuerdos precedentemente expuestos, vuestra Comisión de Hacienda tiene el honor de proponeros la aprobación del proyecto de ley en informe, con las siguientes modificaciones:

**ARTÍCULO 1º****Numeral 1)**

Modificar el número 3 del artículo 4º propuesto, en la siguiente forma:

1.- En su párrafo segundo colocar en femenino la palabra "complementarios".

2.- Reemplazar el párrafo final por el siguiente:

"La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias

## INFORME COMISION HACIENDA

que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo dispuesto en la ley N° 19.886, debiendo cumplir la entidad, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, las bases de la licitación deberán considerar esta condición con un mayor factor de ponderación.”.

**(Aprobado por unanimidad 5 x 0)**

**Numeral 2)**

Reemplazar el inciso primero del artículo 4° bis propuesto en este numeral, por el siguiente:

“Artículo 4° bis.- Para el cumplimiento de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud deberá convocar la formación de Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales y representantes de personas jurídicas, del sector público y del privado, de acuerdo a las materias a tratar.”.

**(Aprobado por mayoría, 3 a favor x 1 en contra x 1 abstención).**

**Numeral 6)**

Suprimir, en el segundo inciso que se propone para el artículo 8°, la oración final que dice “Le corresponderá, asimismo, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud en todo lo relativo a las redes asistenciales de salud.”.

**(Aprobado unanimidad 5 x 0).**

**Numeral 11)**

- Reemplazar el encabezado del numeral 11) por el siguiente:

“11) Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D y 14 E, nuevos:”

- Agregar, a continuación del artículo 14 D propuesto, el siguiente artículo 14 E, nuevo:

“Artículo 14 E.- Existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señale esta ley y sus reglamentos y las que el Secretario

## INFORME COMISION HACIENDA

Regional Ministerial le someta a su consideración. Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

El Secretario Regional Ministerial deberá convocar al Consejo en el primer trimestre de cada año con el objetivo de informar acerca de la gestión del año anterior y la planificación del año correspondiente. Un reglamento regulará la forma de nombrar a los integrantes, el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento.”.

**(Aprobado por mayoría 3 x 1 en contra x 1 abstención).**

**Numeral 14)**

Efectuar las siguientes enmiendas en el artículo 16 ter:

- Reemplazar el inciso segundo, por el siguiente:

“Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios, sean dependientes de municipios, de Servicios de Salud o tengan convenios con éstos, deberán atender, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos, y serán supervisados y coordinados por el Servicio de Salud respectivo.”.

**(Aprobado por mayoría, 4 x 1 abstención).**

- Suprimir la oración final del inciso tercero : “Estos establecimientos pondrán en práctica planes y programas de salud familiar, conforme a las instrucciones generales del Ministerio de Salud.”.

**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

**Numeral 18)**

Sustituir la letra c), por la siguiente:

“c) Modificase la letra h) de la siguiente manera:

- Reemplázase en el párrafo segundo las palabras “Las transacciones a que se refiere el inciso anterior” por “Los contratos de transacción”

## INFORME COMISION HACIENDA

- Agrégase el siguiente párrafo tercero: "Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, solo a favor del fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud"  
**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

**Numeral 21)**

Suprimir, en la letra a) del artículo 24 que se propone, la parte que dice ",a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos aprobados".  
**(Aprobado mayoría 3 x 2).**

**Numeral 22)**

- En el inciso segundo del artículo 25 A que contiene, reemplazar la frase "suscrito por el Ministro de Salud", por "suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda".  
**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

- Sustituir el artículo 25 D propuesto en este numeral, por el siguiente:

"Artículo 25 D.- Existirá un Consejo Consultivo de los Usuarios, el que estará compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del Establecimiento.

El Consejo Consultivo tendrá la función de asesorar al Director del Establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.

Asimismo, en el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por el Establecimiento durante el año, así como la cuenta pública anual del mismo.

Un Reglamento determinará las materias, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo.

El Director contará también con la asesoría de un Consejo Técnico, el que tendrá por objetivo colaborar en los aspectos de gestión en que el Director requiera su opinión, así como propender a la mejor coordinación de todas las actividades del Establecimiento.

## INFORME COMISION HACIENDA

El Consejo será presidido por el Director y estará constituido por representantes de las distintas jefaturas del Establecimiento, conforme lo establezca el reglamento.”.

**(Aprobado por mayoría, 3 x 1 abstención x 1 en contra).**

- En el artículo 25 F contenido en el numeral 22:

a) Reemplazar el párrafo segundo, que se propone para la letra d), por el siguiente:

“Sin perjuicio de las instrucciones generales que imparta la Dirección de Presupuestos para estos efectos, el Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas y justificando la priorización propuesta. El presupuesto indicará detalladamente el estado del cobro de las prestaciones otorgadas y devengadas.”.

**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

b) Sustituir el párrafo tercero de la citada letra d), por el siguiente:

“El Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante resolución, aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio, a más tardar el 15 de diciembre de cada año, o el siguiente día hábil, si el 15 fuera feriado, sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos. Si vencido el plazo el Subsecretario no hubiera dictado la resolución, el presupuesto presentado por el Director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley.”.

**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

c) Reemplazar el párrafo cuarto de la letra d), por el siguiente:

“En cada uno de los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley N° 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto, todo ello conforme a las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos para la elaboración del proyecto de Ley de Presupuestos. Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el Director del Establecimiento, el Subsecretario deberá indicar los componentes

## INFORME COMISION HACIENDA

del plan anual de actividades y del plan de inversiones que deberán reducirse para ajustarse al presupuesto aprobado.”.

**(Aprobado por unanimidad 5 x 0 y por mayoría 4 x 1).**

d) - Sustituir el párrafo segundo de la letra i), por el siguiente:

“Los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.”.

- Sustituir, en el párrafo final de esta letra i) la referencia a la letra “q)” por otra a la letra “r)”.

**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

e) Reemplazar la letra l), por la siguiente:

“l) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objetivo de que el establecimiento otorgue prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Las personas o instituciones que celebren dichos convenios estarán obligadas al pago íntegro de la prestación otorgada. El incumplimiento de las obligaciones por parte del beneficiario de la prestación o acción de salud no afectará a la obligación contraída con el establecimiento por parte de las personas o instituciones celebrantes del convenio.

Los convenios con las Instituciones de Salud Previsional estarán sujetos a lo dispuesto en los artículos 22 y 33 de la ley N° 18.933 en relación con el uso de camas.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 25 H deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.

La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 116 de la ley N° 18.834.”.

## INFORME COMISION HACIENDA

**(Aprobado por unanimidad 5 x 0, salvo en lo referente al párrafo tercero, que fue aprobado por mayoría 3 x 2).**

f) Intercalar la siguiente letra m), nueva:

"m) Celebrar convenios con profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales cuando tengan por objeto atender a sus pacientes particulares en el establecimiento. En estos casos, dicha atención deberá realizarse fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada se podrá autorizar convenios con profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales o con profesionales que no sean funcionarios del Sistema, previa aprobación del Director del Servicio de Salud. Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente, deberán ajustarse al Reglamento y a las instrucciones que impartan conjuntamente los Ministerios de Salud y de Hacienda y, en virtud de ellos, se podrán destinar a hospitalización los pensionados.

El paciente particular deberá garantizar debidamente el pago de todas las obligaciones que para éste se generan con el Establecimiento por la ejecución del convenio, conforme a las instrucciones de los Ministerios de Salud y de Hacienda.

En todo caso, se dará prioridad al pago de los gastos en que haya incurrido el Establecimiento, y éste no será responsable de los daños que se produzcan como consecuencia de dichas prestaciones o acciones de salud, con excepción de los perjuicios causados directamente por negligencia del establecimiento.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 25 H deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.

La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 116 de la ley N° 18.834."

**((Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

g) Las letras m), n), ñ), o), p), q), r), s), t) y u) pasan a ser letras n), ñ), o), p), q), r), s), t), u) y v), respectivamente, sin enmiendas.

## INFORME COMISION HACIENDA

- En el artículo 25 Ñ:

a) Sustituir, en el inciso segundo, las palabras "suscrito por el Ministro de Salud" por "suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda".

b) Reemplazar, en el inciso tercero, los vocablos "del Ministerio de Salud" por las palabras "de los Ministerios de Salud y de Hacienda".

**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

- En el artículo 25 O:

Eliminar, en la letra f), la oración "con excepción de las presentadas por funcionarios de la exclusiva confianza del Presidente de la República" y la coma que la precede.

(Aprobado por unanimidad 5 x0).

- En el artículo 25 P:

Reemplazar, en su encabezamiento, la frase: "que será suscrito por el Ministro de Salud," por "suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda,".

**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

- - -

Agregar el siguiente numeral 23 bis), nuevo:

"23 bis) Sustitúyese, en el párrafo segundo de la letra g) del artículo 30, las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción".

**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

- - -

**Numeral 27)**

Agregar una nueva letra a), del siguiente tenor, pasando las actuales letras a), b) y c) a ser b), c) y d), respectivamente, sin otra enmienda:



## INFORME COMISION HACIENDA

"a) Reemplázase en el párrafo segundo de la letra d) las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción".

**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

**Numeral 30)**

Agregar una letra a) nueva, con el siguiente texto, pasando las actuales letras a) y b) a ser b) y c), respectivamente, sin otra modificación:

"a) Reemplázase en el párrafo segundo de la letra b) las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción"

**Numeral 33)**

- Sustituir en el artículo 67 propuesto en el literal b), la oración final "para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación.", por la siguiente: "para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a que un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación integre el comité señalado en el referido artículo 63."

**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

- Sustituir en el número 3 del artículo 68, las palabras "y/o" por "y".

**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

- Reemplazar, en la letra b) del artículo 69, las palabras "y/o" por "o", la primera vez que aparece en el texto, y por "y" las otras dos veces que se utiliza.

**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

## INFORME COMISION HACIENDA

- Intercalar, en el inciso primero del artículo 82, una coma (,) después de la palabra "expresará".  
**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

**ARTÍCULO 6º**

## Título I

## Artículo 2º

Reemplazar los incisos primero y segundo del artículo 2º, por los siguientes:

"Artículo 2º.- Corresponderá a la Superintendencia supervigilar y controlar a las Instituciones de Salud Previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.

**Asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Régimen de Garantías en Salud."**  
**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

## Artículo 4º

Reemplazar, en el número 7, el vocablo "esta" por el artículo "la".  
**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

## Título II

## INFORME COMISION HACIENDA

## Artículo 10

Suprimir el inciso final del artículo 10 propuesto.  
**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

## Artículo 11

Eliminar el inciso final del artículo 11 propuesto.  
**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

## Artículo 12

Reemplazar su encabezado por el siguiente:

"Artículo 12.- Le corresponderán a la Superintendencia, para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:".  
**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

## Título IV

## Artículo 19

Sustituir las palabras finales "Título V", por los vocablos "la ley".  
**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

## Título V

Suprimirlo.  
**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

## Título VI

- Pasa a ser Título V.
- Los artículos 23, 24, 25 y 26 pasan a ser artículos 21, 22, 23 y 24, respectivamente, sin enmiendas.
- El artículo 27 pasa a ser artículo 25, eliminándose la referencia a los artículos 6º y 7º en él contenida.  
**(Unanimidad 5 x 0).**

## INFORME COMISION HACIENDA

**ARTÍCULO 8°**

Agregar al artículo 55 bis, nuevo, propuesto en la letra b), la siguiente oración final, precedida de una coma (,):

“debiendo quedar reflejada en el presupuesto respectivo y constar en el balance a que se hace referencia en el artículo 50.”.  
**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

**DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

## Artículo decimoquinto

Reemplazar la frase final: “del mismo que dependan de la gestión del Establecimiento, cuando éste cumpla dichos estándares”, por la siguiente: “cuando el Establecimiento cumpla dichos estándares.”, precedida de una coma (,).  
**(Aprobado mayoría 4 x 1 abstención).**

## Artículo vigesimosegundo

- Intercalar la siguiente letra f), nueva:

“f) Modificar la planta del Fondo Nacional de Salud que se verá aumentada por el traspaso de personal que cumpla funciones de autorización y pago de subsidios de incapacidad laboral en los Servicios de Salud, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refiere la letra g) de este artículo.”.

- Las letras f), g), h), i), j) y k) pasan a ser letras g), h), i), j), k) y l), respectivamente.

- Reemplazar, en la letra f), que pasa a ser g), las palabras “letras a), b) y c)” por los vocablos “letras a), b), c) y f)”.

- Sustituir, en la letra g), que pasa a ser h), la referencia a las letras “b), c) y f)” por otra a las letras “b), c), f) y g)”.  
**(Aprobado por unanimidad 5 x 0).**

## INFORME COMISION HACIENDA

Como consecuencia de las modificaciones anteriores, el proyecto de ley queda como sigue:

## PROYECTO DE LEY:

"ARTÍCULO 1º.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:

1) Sustitúyese el artículo 4º por el siguiente:

"Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones:

1.- Ejercer la rectoría del sector salud, **la cual** comprende, entre otras materias:

a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.

b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.

c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.

d) La coordinación y cooperación internacional en salud.

e) La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas **a la provisión de acciones de salud**, de acuerdo con las políticas fijadas.

2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de **prevención, promoción, fomento**, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.

3.- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud.

## INFORME COMISION HACIENDA

**La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarias y la sanción a su infracción cuando proceda**, en materias tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, será efectuada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.

**La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo dispuesto en la ley N° 19.886, debiendo cumplir la entidad, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, las bases de la licitación deberán considerar esta condición con un mayor factor de ponderación.**

4.- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.

**5.- Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud.** Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628 **y sobre secreto profesional.**

6.- Formular el presupuesto sectorial.

7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGE", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, **conformado** por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.

## INFORME COMISION HACIENDA

**9.-** Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

**10.-** Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

**11.- Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.**

**Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.**

**12.- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones.**

**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; los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.**

**La acreditación deberá aplicar iguales estándares a los establecimientos públicos y privados de salud.**

## INFORME COMISION HACIENDA

**13.- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.**

Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual se reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencias relevantes en un determinado ámbito del trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.

Mediante un reglamento de los Ministerios de Salud y Educación, se determinarán las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades, como asimismo las condiciones generales que aquéllas deberán cumplir con el objetivo de recibir la autorización para ello. El reglamento establecerá, asimismo, las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema y la forma en que las entidades certificadoras deberán dar a conocer lo siguiente: los requisitos mínimos de conocimiento y experiencia que exigirán para cada especialidad o subespecialidad, los procedimientos de examen o verificación de antecedentes que emplearán para otorgar la certificación, los antecedentes respecto del cuerpo de evaluadores que utilizarán, los antecedentes que deberán mantener respecto del proceso de certificación de cada postulante y las características del registro público nacional y regional de los prestadores certificados, que deberá mantener la Superintendencia de Salud.

Las universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras respecto de los alumnos que hayan cumplido con un programa de formación y entrenamiento ofrecido por ellas mismas, si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente.

**14.- Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.**

**15.- Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el**



## INFORME COMISION HACIENDA

otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes. Los sistemas podrán contemplar la intervención de entidades públicas y privadas que cumplan con condiciones técnicas de idoneidad.

**16.- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.**

**17.-** Las demás que le confieran las leyes y reglamentos.”.

**2) Intercálase, a continuación del artículo 4º, el siguiente artículo 4º bis, nuevo:**

**“Artículo 4º bis.- Para el cumplimiento de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud deberá convocar la formación de Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales y representantes de personas jurídicas, del sector público y del privado, de acuerdo a las materias a tratar.**

**La resolución que disponga la creación del Consejo respectivo señalará el plazo de duración en el cargo de los integrantes, el quórum para sesionar y las demás normas necesarias para su funcionamiento.”.**

3) Sustitúyese el artículo 5º por el siguiente:

“Artículo 5º.- El Ministerio de Salud estará integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales.

El Ministerio estará organizado en Divisiones, Departamentos, Secciones y Oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.”.

4) Derógase el inciso final del artículo 6º.

5) Derógase el artículo 7º.

6) En el artículo 8º:

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo por los siguientes:

## INFORME COMISION HACIENDA

"Artículo 8°.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema **para la atención integral de las personas** y la regulación de la prestación de **acciones** de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para **distintos tipos de prestaciones** y los estándares de calidad que serán exigibles.

**Para ello, el Subsecretario de Redes propondrá al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema.**

El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, **en las materias de su competencia, y de las** divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda."

b) Modifícase el inciso tercero, que ha pasado a ser **cuarto**, del siguiente modo:

i.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto (.), la conjunción "y".

ii.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción "y" con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).

iii.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.

c) Elimínase el inciso final.

**d) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:**

**"El Subsecretario de Redes Asistenciales subrogará al Ministro de Salud en ausencia del Subsecretario titular de Salud Pública."**

7) Sustitúyese el artículo 9° por el siguiente:

"Artículo 9°.- El Subsecretario de Salud Pública subrogará al Ministro en primer orden, tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la

## INFORME COMISION HACIENDA

salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.

En relación con las materias señaladas en el inciso anterior, le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y el Instituto de Salud Pública, e impartirles instrucciones.

Asimismo, administrará el financiamiento previsto para las acciones de salud pública, correspondientes a las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional y aquellas que la ley obligue que sean financiadas por el Estado, independientemente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie, **pudiendo ejecutar dichas acciones directamente, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, de las entidades que integran el Sistema, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.**

**El Subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además, como colaborador del Ministro, coordinará las mencionadas Secretarías Regionales."**

8) Derógase el artículo 10.

9) Deróganse los artículos 11 a 13.

10) En el artículo 14:

a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con la frase "el que deberá" y termina con la palabra "siguientes:", por "sin perjuicio de las oficinas provinciales que pudieran requerirse."

b) Suprímense los literales desde la a) a la j).

**11) Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D y 14 E, nuevos:**

"Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

## INFORME COMISION HACIENDA

El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades certificadas en el ámbito de la salud pública.

Artículo 14 B.- Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud:

**1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad. Asimismo, adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región, dentro del marco fijado para ello por las autoridades nacionales.**

2.- Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones sobre la materia, para lo cual se encontrará dotado de todas las facultades y atribuciones que el Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias sanitarioambientales le confieren, de conformidad con lo previsto en el Artículo 14 C.

3.- Adoptar las medidas sanitarias que correspondan según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias y elaborar informes en materias sanitarias. Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, serán homogéneos para los establecimientos públicos y privados.

**4.- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada Servicio de Salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.**

**En el ejercicio de estas funciones, coordinará aquellas acciones de promoción y prevención cuya ejecución recaiga en los Servicios de Salud.**

5.- Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

## INFORME COMISION HACIENDA

6.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

**7.- Cumplir las acciones de fiscalización y acreditación que señalen la ley y los reglamentos y aquéllas que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.**

8.- Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, conforme a lo dispuesto en el artículo 4º de la ley N° 19.813.

9.- Organizar bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

10.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Artículo 14 C.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, todas aquellas materias que corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas **de carácter asistencial en salud, sin perjuicio de la ejecución de acciones de salud pública conforme al número 4 del artículo anterior.**

En relación a las materias que trata este artículo, los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud deberán ajustarse a las normas técnicas y administrativas de carácter general que imparta el Ministerio de Salud, ya sea a nivel nacional o regional.

**Artículo 14 D.- Los recursos financieros que recauden las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud por concepto de tarifas que cobren por los servicios que presten, cuando corresponda, y por las multas que les corresponda percibir, ingresarán al presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública, la que lo distribuirá entre las referidas Secretarías Regionales.**

**Artículo 14 E.- Existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter**

## INFORME COMISION HACIENDA

**consultivo respecto de las materias que señale esta ley y sus reglamentos y las que el Secretario Regional Ministerial le someta a su consideración. Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.**

**El Secretario Regional Ministerial deberá convocar al Consejo en el primer trimestre de cada año con el objetivo de informar acerca de la gestión del año anterior y la planificación del año correspondiente. Un reglamento regulará la forma de nombrar a los integrantes, el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento.”.**

12) Derógase el artículo 15.

13) En el artículo 16:

**a) En el encabezamiento, sustitúyese la frase “la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas”, por la siguiente: “la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas”.**

**b) Sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: “Siete en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente y Servicio de Salud del Ambiente.” por el siguiente: “Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente.”.**

14) Intercálanse, a continuación del artículo 16, los siguientes artículos 16 bis y 16 ter, nuevos:

“Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

## INFORME COMISION HACIENDA

Artículo 16 ter.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones **asistenciales** en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

**Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios, sean dependientes de municipios, de Servicios de Salud o tengan convenios con éstos, deberán atender, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos, y serán supervisados y coordinados por el Servicio de Salud respectivo.**

**Los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.**

El establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud con relación a la recolección y tratamiento de datos y a los sistemas de información que deberá mantener.

**Los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que les prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. Los beneficiarios no podrán cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acrediten, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distintos.**

**Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios públicos del sector salud que sean beneficiarios de la ley N° 18.469, y sus cargas, podrán ser atendidos en el mismo establecimiento asistencial en que desempeñan sus labores, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud.”.**

## INFORME COMISION HACIENDA

15) Deróganse los incisos segundo y tercero del artículo 17.

16) Sustitúyese el artículo 18 por el siguiente:

"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director seleccionado, designado y evaluado conforme **al Título VI de la ley N° 19.882.**".

17) Intercálase, a continuación del artículo 18, el siguiente artículo 18 bis, nuevo:

"Artículo 18 bis.- Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención.

Con este objetivo, conforme a la ley N° 19.813, determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria. Sobre esta base se evaluará el desempeño de cada entidad administradora. Para efectos de la determinación de dichas metas, deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo presidido por el Director e integrado por el Director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad, todo ello sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

**El Director deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red."**

18) En el artículo 20:

a) Reemplázase el encabezamiento del artículo 20 por el siguiente:



## INFORME COMISION HACIENDA

“Sin perjuicio de lo dispuesto en los Títulos IV y V de este Capítulo, para el desempeño de sus funciones el Director tendrá, entre otras, las siguientes atribuciones:”.

b) Sustitúyese la letra a) por la siguiente:

“a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como, asimismo, coordinar, asesorar y controlar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos del Servicio.

**Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los hospitales autogestionados y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la Red, en los términos del artículo 25 B.”.**

c) Modificase la letra h) de la siguiente manera:

- Reemplázase en el párrafo segundo las palabras “Las transacciones a que se refiere el inciso anterior” por “Los contratos de transacción”

- Agrégase el siguiente párrafo tercero: “Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, solo a favor del fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud”

**d) Sustitúyese la letra m) por la siguiente:**

“m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;”.

e) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción “y” y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

f) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o), p), q), **r) y s)**, nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser letra **t)**:

“o) Declarar la exclusión, **declaración de estar** fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación;

p) Disponer, mediante resolución fundada, la comisión de servicios de los funcionarios de su dependencia **y que no formen parte del personal del Establecimiento de Autogestión en Red, conforme al artículo 25 K**, en cualquiera de los establecimientos públicos de

## INFORME COMISION HACIENDA

la Red Asistencial, siempre que dicho establecimiento esté situado en la misma ciudad en que éste se **desempeñe. La comisión de servicio podrá tener lugar en una ciudad diferente, siempre que el funcionario consienta en ello.**

En caso alguno estas comisiones podrán significar el desempeño de funciones de inferior jerarquía a las del cargo o ajenas a los conocimientos que éste requiere, ni podrán importar menoscabo para el funcionario.

Podrá disponerse que dicha comisión sea cumplida en jornadas totales o parciales, así como en días determinados de la semana.

Los funcionarios no podrán ser designados en comisión de servicios durante más de dos años. No obstante, a petición del funcionario y de común acuerdo podrá prorrogarse la comisión por el plazo que convengan las partes.

Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren.

El funcionario respecto de quien se disponga la comisión de servicios, que estimare que ésta le produce menoscabo podrá solicitar la reposición de la resolución ante el Director. La resolución del Director podrá ser apelada ante el Secretario Regional Ministerial de Salud dentro del término de diez días hábiles contado desde la fecha en que se le comunique dicha resolución o la que deseche la reposición.

Sin perjuicio de lo dispuesto en esta letra, el Director podrá designar en comisión de servicios a los funcionarios conforme a las normas que establece la ley N° 18.834, Estatuto Administrativo;

q) Celebrar convenios de gestión con las respectivas entidades administradoras de salud municipal, **o con establecimientos de atención primaria**, que tengan por objetivo, entre otros, asignar recursos asociados al cumplimiento de metas sanitarias, aumento de la resolutividad de sus establecimientos y mejoramiento de los niveles de satisfacción del usuario. Los referidos convenios deberán contemplar, en general, los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores, medios de verificación y las medidas que se adoptarán en caso de incumplimiento de las obligaciones contraídas.

**Los convenios de gestión deberán aprobarse por resolución fundada del Director del Servicio, en la que se consignarán los antecedentes que justifiquen su celebración y los criterios**

## INFORME COMISION HACIENDA

utilizados para elegir a los establecimientos participantes. Los convenios podrán extenderse a otros establecimientos municipales de atención primaria que lo soliciten, siempre que exista disponibilidad presupuestaria para esos fines y que se presenten antecedentes que lo justifiquen desde los puntos de vista económico y sanitario;

r) Evaluar el cumplimiento de las normas técnicas, planes y programas que imparta el Ministerio de Salud a los establecimientos de atención primaria de salud, y el cumplimiento de las metas fijadas a dichos establecimientos en virtud de los convenios celebrados conforme a la letra anterior y al artículo 57 de la ley N° 19.378. Si el Director del Servicio verificara un incumplimiento grave de las obligaciones señaladas anteriormente, podrá representar tal circunstancia al alcalde respectivo. Asimismo, dicha comunicación será remitida al intendente regional, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 9° de la ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;

s) Elaborar el presupuesto de la Red Asistencial de Salud a su cargo y formular las consideraciones y observaciones que le merezcan los presupuestos de los hospitales autogestionados, y”.

19) Intercálanse, a continuación del artículo 21, los siguientes artículos 21 A y 21 B, nuevos:

“Artículo 21 A.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial, en adelante el Consejo de Integración, de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los Hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

El Consejo estará constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

Artículo 21 B.- El nombre de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud será determinado mediante decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud, a

## INFORME COMISION HACIENDA

**proposición del respectivo Director del Servicio de Salud, quien deberá acompañar, para estos efectos, la opinión del Consejo Regional correspondiente."**

20) Sustitúyese, en el artículo 23, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

21) Sustitúyese el artículo 24 por el siguiente:

"Artículo 24.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:

a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;

b) Con los fondos que ponga a su disposición la **Subsecretaría de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial** para la ejecución de acciones de salud pública;

c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;

**e) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;**

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios."

22) Intercálanse, a continuación del artículo 25, los siguientes Títulos IV y V, nuevos:

## INFORME COMISION HACIENDA

"TITULO IV  
DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTION EN RED

Párrafo I

DE LA CREACION Y FUNCIONES

Artículo 25 A.- Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala este título, si cumplen los requisitos que se determinen en el reglamento a que se refiere el inciso siguiente.

**Un reglamento, que será suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de dicha calidad y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir,** los que deberán estar referidos, al menos, al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios, a gestión financiera, gestión de personal, gestión del cuidado e indicadores y estándares fijados en convenios y normas.

Estos establecimientos deberán tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios.

Mediante resolución fundada conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerá la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" a aquellos que cumplan los requisitos señalados en **el** reglamento, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme al inciso primero.

Los establecimientos que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N° 18.575 y a las normas de la presente ley.

No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 25 L y 25 M.

## INFORME COMISION HACIENDA

**Los Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley.**

**Artículo 25 B.- El Establecimiento, como parte integrante de la Red Asistencial, deberá a lo menos:**

1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio de Salud respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red Asistencial;
2. Atender beneficiarios de la ley N° 18.469 y la ley N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de **la ley y** los convenios correspondientes;
3. Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales;
4. Entregar información estadística y de atención de pacientes que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud, la Superintendencia de Salud, **los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.**

**Los Establecimientos de Autogestión en Red que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, formarán parte de una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional coordinada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, conforme a un reglamento del Ministerio de Salud. Para los efectos de lo dispuesto en los números 1 y 2 del inciso primero, deberán sujetarse exclusivamente a las normas que imparta dicho Subsecretario.**

Artículo 25 C.- El Establecimiento estará a cargo de un Director, el que corresponderá al segundo nivel jerárquico del Servicio de Salud para los efectos del ARTÍCULO TRIGESIMO SEPTIMO de la ley N° 19.882. Tendrá las atribuciones a que se refieren los artículos 25 E y 25 F.

## INFORME COMISION HACIENDA

El cargo de Director de Establecimiento deberá ser servido en jornada completa de 44 horas semanales y remunerado conforme al sistema del decreto ley N° 249, de 1974, y sus normas complementarias, según el grado de la escala en que se encuentre ubicado el cargo en la respectiva planta de personal. **Deberá ser un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión en salud.**

Los mecanismos y procedimientos de coordinación y relación entre el Director del Establecimiento y el Director del Servicio de Salud correspondiente se regirán **por lo establecido en la ley y** por los convenios de desempeño que se celebren de conformidad con **ella**.

**El convenio de desempeño deberá establecer especialmente directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la Red, como asimismo metas de desempeño presupuestario.**

**Sin perjuicio de lo establecido en los artículos QUINCUAGESIMO SEPTIMO Y QUINCUAGESIMO OCTAVO de la ley N° 19.882, el Director del Establecimiento será removido por el Director del Servicio de Salud de comprobarse el incumplimiento del convenio de desempeño o falta grave a sus deberes funcionarios. En los casos de remoción se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud, salvo en las situaciones previstas en el inciso cuarto del artículo 25 I.**

**Artículo 25 D.- Existirá un Consejo Consultivo de los Usuarios, el que estará compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del Establecimiento.**

**El Consejo Consultivo tendrá la función de asesorar al Director del Establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.**

**Asimismo, en el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por el Establecimiento durante el año, así como la cuenta pública anual del mismo.**

**Un Reglamento determinará las materias, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo.**

**El Director contará también con la asesoría de un Consejo Técnico, el que tendrá por objetivo colaborar en los aspectos de**

## INFORME COMISION HACIENDA

**gestión en que el Director requiera su opinión, así como propender a la mejor coordinación de todas las actividades del Establecimiento.**

**El Consejo será presidido por el Director y estará constituido por representantes de las distintas jefaturas del Establecimiento, conforme lo establezca el reglamento.**

**Artículo 25 E.- La administración superior y control del Establecimiento corresponderán al Director. El Director del Servicio de Salud no podrá interferir en el ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título al Director del Establecimiento, ni alterar sus decisiones. Con todo, podrá solicitar al Director del Establecimiento la información necesaria para el cabal ejercicio de las funciones de éste.**

Artículo 25 F.- En el Director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente Establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento.
- b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento.
- c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y la demás normativa vigente.
- d) Elaborar y presentar **al Director del Servicio de Salud correspondiente, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales con un informe**, el proyecto de presupuesto del Establecimiento, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones, conforme a las necesidades **de ampliación y reparación de la infraestructura**, de reposición del equipamiento de éste y a las políticas del Ministerio de Salud.

**Sin perjuicio de las instrucciones generales que imparta la Dirección de Presupuestos para estos efectos, el Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas y justificando la priorización propuesta. El presupuesto indicará detalladamente el estado del cobro de las prestaciones otorgadas y devengadas.**

**El Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante resolución, aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio, a más tardar el 15 de diciembre de cada año, o el siguiente día hábil, si el 15 fuera**



## INFORME COMISION HACIENDA

**feriado, sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos. Si vencido el plazo el Subsecretario no hubiera dictado la resolución, el presupuesto presentado por el Director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley.**

**En cada uno de los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley N° 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto, todo ello conforme a las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos para la elaboración del proyecto de Ley de Presupuestos. Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el Director del Establecimiento, el Subsecretario deberá indicar los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que deberán reducirse para ajustarse al presupuesto aprobado.**

e) Ejecutar el presupuesto y el plan anual del Establecimiento, de acuerdo con las normas relativas a la Administración Financiera del Estado.

**El Director podrá modificar el presupuesto y los montos determinados en sus glosas.**

**Dichas modificaciones podrán ser rechazadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo con las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Si el Subsecretario no se pronuncia en el plazo de quince días, contados desde la recepción de la solicitud, ésta se entenderá aceptada.**

**Copia de todos los actos relativos a las modificaciones presupuestarias deberán ser remitidas al Servicio de Salud correspondiente y a la Dirección de Presupuestos.**

f) Ejercer las funciones de administración del personal destinado al Establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones **incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director del Servicio**, feriados, permisos, licencias

## INFORME COMISION HACIENDA

médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el reglamento.

Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios, el Director del Establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio.

Un reglamento, emitido a través del Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, establecerá las normas necesarias para ejercer las funciones de que trata el presente literal.

g) Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aún cuando sean propias o habituales del Establecimiento.

El gasto por los contratos señalados en esta letra no podrá exceder el 20% del total del presupuesto asignado al Establecimiento respectivo.

h) Celebrar contratos regidos por la ley N° 18.803.

i) Ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporales que hayan sido asignadas o afectadas al Establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.

**Los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.**

Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas de los decretos leyes N° 1.056, de 1975, o N° 1.939, de 1977. **La enajenación de bienes muebles que exceda de siete mil unidades tributarias mensuales requerirá la autorización previa del Director del Servicio de Salud respectivo.**

Asimismo, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra **r)**, podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas.

j) Celebrar convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 36, del Ministerio de Salud, de 1980.

## INFORME COMISION HACIENDA

k) Celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental y con entidades administradoras de salud primaria **pertenecientes a su territorio**, en los que se podrán proveer todos los recursos necesarios para la ejecución del convenio, mediante la destinación de funcionarios a prestar colaboración en éste, el traspaso de fondos presupuestarios u otras modalidades adecuadas a su naturaleza. En particular, podrá estipularse el aporte de medicamentos, insumos y otros bienes fungibles de propiedad del Establecimiento. Los bienes inmuebles, equipos e instrumentos podrán cederse en comodato o a otro título no traslativo de dominio, y serán restituidos a su terminación.

**Los convenios con entidades que no sean parte de su Red Asistencial deberán contar con la aprobación del Director del Servicio.**

**l) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objetivo de que el establecimiento otorgue prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos los Ministerios de Salud y de Hacienda.**

**Las personas o instituciones que celebren dichos convenios estarán obligadas al pago íntegro de la prestación otorgada. El incumplimiento de las obligaciones por parte del beneficiario de la prestación o acción de salud no afectará a la obligación contraída con el establecimiento por parte de las personas o instituciones celebrantes del convenio.**

**Los convenios con las Instituciones de Salud Previsional estarán sujetos a lo dispuesto en los artículos 22 y 33 de la ley N° 18.933 en relación con el uso de camas.**

**Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 25 H deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.**

**La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las**

## INFORME COMISION HACIENDA

**medidas disciplinarias que establece el artículo 116 de la ley N° 18.834.**

**m) Celebrar convenios con profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales cuando tengan por objeto atender a sus pacientes particulares en el establecimiento. En estos casos, dicha atención deberá realizarse fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada se podrá autorizar convenios con profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales o con profesionales que no sean funcionarios del Sistema, previa aprobación del Director del Servicio de Salud. Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente, deberán ajustarse al Reglamento y a las instrucciones que impartan conjuntamente los Ministerios de Salud y de Hacienda y, en virtud de ellos, se podrán destinar a hospitalización los pensionados.**

**El paciente particular deberá garantizar debidamente el pago de todas las obligaciones que para éste se generan con el Establecimiento por la ejecución del convenio, conforme a las instrucciones de los Ministerios de Salud y de Hacienda.**

**En todo caso, se dará prioridad al pago de los gastos en que haya incurrido el Establecimiento, y éste no será responsable de los daños que se produzcan como consecuencia de dichas prestaciones o acciones de salud, con excepción de los perjuicios causados directamente por negligencia del establecimiento.**

**Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 25 H deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.**

**La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 116 de la ley N° 18.834.**

**n) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud y con el Servicio de Salud correspondiente por las prestaciones que otorgue el Establecimiento a los beneficiarios de la ley N° 18.469 en la Modalidad de Atención Institucional.**

## INFORME COMISION HACIENDA

En el caso de la Modalidad de Libre Elección, se aplicarán las normas generales de la ley N° 18.469.

**Con el exclusivo objetivo de verificar que los convenios cumplan con el artículo 25 B, el respectivo Director del Servicio de Salud, o el Subsecretario de Redes Asistenciales en el caso de los establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad, deberá aprobarlos previamente, dentro de los quince días siguientes a su recepción. Después de ese plazo, si no se han hecho objeciones fundadas, los convenios se entenderán aprobados.**

**Las controversias que se originen por el párrafo precedente serán resueltas por el Ministro de Salud.**

**ñ) Otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con los Servicios de Salud, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.**

**o) Ejecutar acciones de salud pública, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial y el Subsecretario de Salud Pública, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.**

**p) Establecer en forma autónoma un Arancel para la atención de personas no beneficiarias de la ley N° 18.469, el cual en ningún caso podrá ser inferior al Arancel a que se refiere el artículo 28 de dicha ley.**

**q) Realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización expresa del Ministerio de Hacienda.**

**r) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso y dar de baja los bienes muebles del Establecimiento, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación.**

**s) Delegar, bajo su responsabilidad, y de conformidad con lo establecido en la ley N° 18.575, atribuciones y facultades en los funcionarios de su dependencia.**

**t) Conferir mandatos en asuntos determinados.**

**u) Desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y reglamentos.**

## INFORME COMISION HACIENDA

v) **Condonar, total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, con acuerdo del Director del Servicio de Salud respectivo, la diferencia de cargo del afiliado de la ley N° 18.469, de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud.**

**Las inversiones que se financien con recursos propios y que superen las diez mil unidades tributarias mensuales, deberán contar con la autorización del Director del Servicio de Salud respectivo.**

Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo. **Notificada la demanda, deberá ponerla, en el plazo de 48 horas, en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, quien deberá adoptar las medidas administrativas que procedieran y podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio.**

**Artículo 25 G.- El Establecimiento estará sujeto a una evaluación anual del Subsecretario de Redes Asistenciales, para verificar el cumplimiento de los estándares determinados por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que incluirán a lo menos las siguientes materias:**

- a) **Cumplir las obligaciones que establece el artículo 25 B, para lo que se requerirá un informe del Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad;**
- b) **Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;**
- c) **Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de cuenta pública a la comunidad, entre otras;**
- d) **Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días;**

## INFORME COMISION HACIENDA

- e) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios;
- f) Lograr una articulación adecuada **dentro de** la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe **del Director del Servicio** de Salud correspondiente, **salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad**, y
- g) Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieran convenido con el Director del Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, para lo que se requerirá un informe **del Director del Servicio** de Salud correspondiente, **salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad**.

Artículo 25 H.- El Establecimiento deberá efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Sin perjuicio de lo anterior y de las respectivas normas de contabilidad gubernamental, el Establecimiento deberá elaborar estados financieros trimestrales en la forma que defina el reglamento.

**Se enviará copia de los informes y estados financieros al Subsecretario de Redes y al Director del Servicio de Salud respectivo.**

Artículo 25 I.- Detectado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud respectivo o el Superintendente de Salud el incumplimiento de los estándares señalados en el artículo 25 G, el Subsecretario representará al Director del Establecimiento la situación y le otorgará un plazo de 15 días hábiles, el que podrá ser prorrogado por una sola vez, para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia.

La Subsecretaría, conjuntamente con la Dirección de Presupuestos, dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia, ya sea aprobándolo o rechazándolo.

Si la Subsecretaría aprueba el Plan presentado, éste deberá ejecutarse en el plazo que acuerden, el que no podrá exceder de ciento veinte días. Al cabo de este plazo, deberá evaluarse si se subsanaron los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación.

## INFORME COMISION HACIENDA

La no presentación del Plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento el cual, en estos casos, cesará en sus funciones **de Director** por el solo ministerio de la ley. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo Establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley.

Artículo 25 J.- Mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, se regulará la forma en que la población usuaria del Establecimiento podrá manifestar sus peticiones, críticas y sugerencias.

## Párrafo II

## NORMAS ESPECIALES DE PERSONAL

Artículo 25 K.- Los funcionarios de planta o a contrata que se desempeñen en el Establecimiento a la fecha de otorgamiento de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" permanecerán destinados a éste. Sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del Establecimiento, podrá ponerse término a la destinación en el Establecimiento de determinados funcionarios, quienes quedarán a disposición del Servicio de Salud correspondiente.

Los contratos a honorarios vigentes a la fecha indicada continuarán surtiendo sus efectos conforme a las disposiciones contenidas en ellos.

## Párrafo III

## DE LOS RECURSOS Y BIENES DEL ESTABLECIMIENTO

Artículo 25 L.- El Establecimiento, para el desarrollo de sus funciones, contará con los siguientes recursos:

- a) Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N° 18.469;
- b) Con aquellos pagos que le efectúe el Servicio de Salud respectivo por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N° 18.469;
- c) Con aquellos pagos que le efectúe **el Subsecretario de Salud Pública** o el Secretario Regional Ministerial por la ejecución de acciones de salud pública;



## INFORME COMISION HACIENDA

- d) Con los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijados en aranceles, convenios u otras fuentes;
- e) Con los frutos que produzcan los bienes destinados a su funcionamiento y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes;
- f) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;**
- g) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones y otros recursos que le corresponda percibir;
- h) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios; e
- i) Con los aportes, transferencias, subvenciones que reciba de **la ley de Presupuestos del Sector Público, de** personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras y **con** los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.

Artículo 25 M.- El Establecimiento tendrá el uso, goce y disposición exclusivos de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, que se encuentren destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de "Establecimiento de Autogestión en Red", y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título.

En el plazo de un año, contado de la fecha señalada en el inciso anterior, mediante una o más resoluciones del Subsecretario de Redes Asistenciales, se individualizarán los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Servicio de Salud que se destinen al funcionamiento del Establecimiento.

Los bienes señalados en este artículo, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios y administrativos, gozan de inembargabilidad.

## Párrafo IV

## DE LAS CONTIENDAS DE COMPETENCIA

## INFORME COMISION HACIENDA

Artículo 25 N.- Las contiendas de competencia que surjan entre los Directores de los Servicios de Salud y los Directores de los "Establecimientos de Autogestión en Red", serán resueltas por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

## TITULO V

## DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MENOR COMPLEJIDAD

Artículo 25 Ñ.- Los Establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, tendrán las atribuciones que señala este título si cumplen los requisitos que se determinen conforme al artículo 25 P.

**Un reglamento, que será suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de las atribuciones y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir, entre los que se deberá contemplar la gestión del personal y la gestión del cuidado.**

Mediante resolución fundada **de los Ministerios de Salud y de Hacienda**, se reconocerán los Establecimientos que cumplan los estándares señalados, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme al inciso primero.

**Artículo 25 O.- Al Director del Establecimiento corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades de éste para que ellas se desarrollen de modo regular y eficiente, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones:**

- a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento;
- b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento;
- c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y la demás normativa vigente;

## INFORME COMISION HACIENDA

d) Presentar anualmente al Director del Servicio el proyecto de presupuesto del Establecimiento y ejecutarlo una vez aprobado, de acuerdo a las normas vigentes sobre la materia;

e) Estudiar y presentar al Director del Servicio, iniciativas y proyectos con sus respectivos análisis y antecedentes, que tiendan a ampliar o mejorar las acciones de salud, indicando sus fuentes de financiamiento;

f) En materias de personal, el Director podrá:

- designar suplentes;
- contratar personal, siempre que no implique aumento de la dotación del Establecimiento;
- **aceptar renunciaciones voluntarias;**
- designar funcionarios en comisiones de servicios y cometidos funcionales;
- destinar funcionarios dentro del mismo Establecimiento o a otros dependientes del Servicio;
- autorizar, conceder o reconocer feriados; permisos con o sin goce de remuneraciones dentro del país; licencias por enfermedad, reposos preventivos o maternales; y reconocer, prorrogar y poner término a asignaciones familiares y prenatales;
- ordenar la instrucción de investigaciones sumarias y sumarios administrativos; aplicar medidas disciplinarias, inclusive la suspensión de funciones; absolver, sobreseer y resolver sobre todas las materias relacionadas con esos procedimientos;
- declarar accidentes en actos de servicio, y

g) Desempeñar las demás funciones y atribuciones específicas que le deleguen o encomienden el Director del Servicio y el reglamento.

Artículo 25 P.- Un reglamento **suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda, regulará** los requisitos que deberá cumplir el Establecimiento, los que se referirán a las siguientes materias, a lo menos:

a) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;

**b) Administrar eficientemente los recursos asignados;**

c) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios, y

d) Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial.

## INFORME COMISION HACIENDA

Artículo 25 Q.- El Establecimiento será evaluado anualmente por el Director del Servicio de Salud respectivo, en la mantención del cumplimiento de los estándares señalados en el artículo anterior. En caso de que no fuere satisfactoria, se deberá remover **de su función o cargo, según corresponda**, al Director del Establecimiento. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo Establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley."

23) En el inciso primero del artículo 27:

a) Agrégase, en la letra a), a continuación de la palabra "ley" y antes del punto y coma (;), la siguiente frase: "y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo".

b) Suprímese, en la letra d), la conjunción "y", con que finaliza.

c) Intercálanse, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):

"e) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley;

**f) Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuera necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628, y".**

**23 bis) Sustitúyese, en el párrafo segundo de la letra g) del artículo 30, las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción".**

24) Sustitúyese, en el inciso segundo del artículo 31, el numeral "28" por el numeral "31".

**25) Agrégase, en el inciso tercero del artículo 35, a continuación de la palabra "farmacología", los términos "imagenología, radioterapia, bancos de sangre".**

## INFORME COMISION HACIENDA

**26)** En el artículo 37, incorpórase la siguiente letra g), nueva:

"g) Fiscalizar el cumplimiento de normas de calidad y acreditación de los laboratorios señalados en la letra a) precedente, conforme al reglamento a que se refiere el número **12** del artículo 4º, y las que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio."

**27)** En el artículo 39:

a) Reemplázase en el párrafo segundo de la letra d) las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción".

b) Sustitúyese, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".

c) Sustitúyese la letra l) por la siguiente:

"l) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575."

d) Agrégase la siguiente letra m), nueva, pasando las actuales letras m) y n) a ser letras n) y ñ), respectivamente:

"m) Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;"

**28)** Sustitúyese, en el artículo 40, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

**29)** Sustitúyese el artículo 42 por el siguiente:

"Artículo 42.- La estructura y organización interna del Instituto se determinarán conforme a lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes."

**30)** En el artículo 50:

a) Reemplázase en el párrafo segundo de la letra b) las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción"

## INFORME COMISION HACIENDA

b) Sustitúyese, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".

c) Reemplázase la letra f) por la siguiente:

"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575."

**31)** Sustitúyese el artículo 51 por el siguiente:

"Artículo 51.- La estructura y organización interna de la Central se determinarán conforme a lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes."

**32)** Sustitúyense, en el inciso segundo del artículo 52, las letras a) y b) por las siguientes:

"a) El Subsecretario de Redes Asistenciales, o su representante, quien la presidirá;

b) Un representante del Ministro de Salud;"

**33)** En el capítulo VI:

a) Intercálase, entre el epígrafe del capítulo y el artículo 56, lo siguiente:

## "TÍTULO I

### Normas Generales"

b) Intercálanse, a continuación del artículo 60, los siguientes Títulos II, III, IV, V, VI, VII y VIII, nuevos, pasando los actuales artículos 61 y 62 a ser 84 y 85, respectivamente:

## "TÍTULO II

### De la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo

Artículo 61.- Establécese, para el personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos, sea de planta o a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, la que

## INFORME COMISION HACIENDA

contendrá un componente base y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 62.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente base ascenderá al 5,5% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente variable será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 63.- Para efectos de otorgar el componente variable de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo señalada en los artículos precedentes, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- El Ministerio de Salud fijará, antes del 10 de septiembre de cada año, las metas sanitarias nacionales para el año siguiente y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de cada uno de los Servicios de Salud.

2.- Conforme al marco señalado en el número anterior, el Director de cada Servicio de Salud determinará para cada uno de sus Establecimientos, incluida la Dirección del Servicio, las metas específicas y los indicadores de actividad.

3.- Para efectos de la determinación de las metas, el respectivo Director de Servicio deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo, presidido por dicha autoridad e integrado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud, por los Directores de Establecimientos de salud del Servicio, por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de técnicos tenga mayor representación y por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de administrativos y auxiliares tenga, en su conjunto, mayor representación, en el respectivo Servicio de

## INFORME COMISION HACIENDA

Salud; sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

4.- En relación con dichas metas específicas, se evaluará el desempeño de cada Establecimiento.

5.- La evaluación del nivel de cumplimiento de las metas fijadas a cada Establecimiento se efectuará por el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, en el plazo que señale el reglamento, a partir de la información proporcionada por los Servicios de Salud y por los propios Establecimientos, la que deberá ser entregada por dichas entidades a la señalada autoridad, a más tardar, el 31 de enero de cada año. La resolución que dicte el Secretario Regional Ministerial de Salud será apelable ante el Ministro de Salud en el plazo de diez días, contado desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la resolución por carta certificada dirigida al domicilio del Servicio de Salud correspondiente.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los procedimientos destinados a la definición y evaluación del grado de cumplimiento de las metas anuales, los plazos que deberán cumplirse durante el proceso de evaluación, el mecanismo para determinar las asociaciones de funcionarios con mayor representatividad y sus representantes, y las demás disposiciones necesarias para el otorgamiento de esta asignación.

## TÍTULO III

## De la Asignación de Acreditación Individual y Estímulo al Desempeño Colectivo

Artículo 64.- Establécese, para el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de planta o a contrata, de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, y para el personal de la planta de directivos de carrera ubicados entre los grados 17º y 11º, ambos inclusive, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de



## INFORME COMISION HACIENDA

la evaluación del cumplimiento de metas fijadas y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 65.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente de acreditación individual ascenderá a un máximo de 5,5%, conforme a los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 66.- Para efectos de otorgar el componente de acreditación individual, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- **El personal a que se refiere el artículo 64 deberá** participar en el proceso de acreditación cada tres años, el que consistirá en la evaluación de las actividades de capacitación que sean pertinentes al mejoramiento de la gestión de los organismos y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios. Para estos efectos, el respectivo Servicio de Salud deberá disponer, al menos una vez al año, para quienes cumplan el respectivo período, de todas las medidas necesarias para implementar dicho proceso.

2.- Accederán al beneficio los funcionarios que hubieren aprobado el proceso de acreditación.

3.- El monto del componente de acreditación individual dependerá de los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, según la siguiente tabla:

Hasta 3 años	3%
Más de 3 años y hasta 6 años	5%
Más de 6 años y hasta 9 años	5,5%

4.- Para los funcionarios que tengan más de nueve años de servicio, la asignación pasará a ser permanente, con un porcentaje igual al de la última acreditación que hayan aprobado.

## INFORME COMISION HACIENDA

5.- En caso de que un funcionario no apruebe uno de los procesos de acreditación, no accederá al incremento del componente, pero mantendrá el porcentaje obtenido por las acreditaciones anteriores.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo, la periodicidad y las demás disposiciones necesarias para la implementación del procedimiento de acreditación y el otorgamiento del componente de acreditación individual.

Artículo 67.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, de la asignación señalada en el artículo 64, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63, **para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a que un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación integre el comité señalado en el referido artículo 63.**

## TÍTULO IV

## De la Asignación de Estímulo a la Función Directiva

Artículo 68.- Establécese, para el personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de estímulo que se regirá por las siguientes normas:

1.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud que, conforme a lo señalado en el **Capítulo II, Título IV** de la presente ley, pueden optar a la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente a la obtención por parte del Establecimiento de la **calidad** mencionada.

**2.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud de menor complejidad, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título V de la presente ley, esta asignación estará asociada al cumplimiento de los requisitos que establece el artículo 25 P.**

**3.-** Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a **tres** factores: la obtención de la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia, **el cumplimiento de los**

## INFORME COMISION HACIENDA

**requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad** y el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso primero, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 69.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la Planta Directiva por concepto de asignación de estímulo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185 y, cuando corresponda, la asignación de responsabilidad superior otorgada por el decreto ley N° 1.770, de 1977, y la asignación del artículo 2° de la ley N° 19.699.

Esta asignación será de 11% sobre la base señalada en el inciso primero, para aquellos funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red". **El mismo porcentaje será percibido por los funcionarios de la planta directiva de los establecimientos de menor complejidad que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 25 P de esta ley.**

Para el personal directivo que se desempeñe en la Dirección de los Servicios de Salud, la asignación corresponderá a 11% de la base de cálculo señalada en el inciso primero, conforme a la siguiente distribución:

**a) Hasta 8% por la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación y que hayan cumplido los requisitos referidos, según el caso, por el total de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio; y**

b) Hasta 3% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N°

## INFORME COMISION HACIENDA

19.813. En este caso, el porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 3% por el cociente resultante de dividir el número de entidades **y** establecimientos que efectivamente hayan cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, por el total de entidades administradoras **y** sus establecimientos, ubicados en el territorio jurisdiccional del Servicio.

Artículo 70.- Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo y las demás disposiciones necesarias para otorgar la asignación señalada en el artículo 68.

Artículo 71.- Las asignaciones señaladas en los artículos 61, 64 y 68, se pagarán en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto por pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos precedentemente.

Estas asignaciones tendrán carácter de imponibles para fines de previsión y salud. Para determinar las imposiciones e impuestos a que se encuentren afectas, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las imposiciones se deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de imponibilidad.

## TÍTULO V

## De la Asignación de Turno

Artículo 72.- Establécese una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta doce horas, mediante turnos rotativos. Estos turnos podrán comprender un número de horas superior a la jornada ordinaria de trabajo del funcionario.

Dicha asignación estará destinada a retribuir pecuniariamente al referido personal el desempeño de jornadas de trabajo en horarios total o parcialmente diferentes de la jornada ordinaria establecida en el artículo 59 de la ley N° 18.834, incluso en horario nocturno y en días sábados, domingos y festivos, acorde con las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

## INFORME COMISION HACIENDA

La Ley de Presupuestos, respecto de cada Servicio de Salud, expresará el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y por tres funcionarios, separadamente. **Para estos efectos, se considerará la información sobre la dotación de personal, la carga de trabajo y la complejidad en la atención prestada por los establecimientos de salud.**

Artículo 73.- Esta asignación será imponible sólo para efectos de pensiones y de salud y será incompatible con la asignación establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

El personal que labora en el sistema de turno de que trata este Título no podrá desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el Director del Establecimiento respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 60 de la ley N° 18.834.

Artículo 74.- Para tener derecho a la asignación de turno, los funcionarios deberán estar formalmente destinados a prestar servicios en los puestos de trabajo cuya jornada sea ininterrumpida, a través de resoluciones anuales del Director del Establecimiento de salud correspondiente.

Esta asignación se percibirá mientras el trabajador se encuentre en funciones en los puestos de trabajo mencionados, e integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro o tres funcionarios, manteniendo el derecho a percibirla durante los períodos de ausencia con goce de remuneraciones originados por permisos, licencias y feriado legal. Asimismo, será considerada como estipendio de carácter general y permanente, para efectos del inciso tercero del artículo 21 de la ley N° 19.429.

Artículo 75.- Las horas extraordinarias que, en virtud de lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, puedan percibir los funcionarios de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, cualquiera que sea el motivo de su origen, no constituirán remuneración permanente para ningún efecto legal. En consecuencia, no se percibirán durante los feriados, licencias y permisos con goce de remuneraciones.

## TÍTULO VI

## De la Asignación de Responsabilidad

## INFORME COMISION HACIENDA

Artículo 76.- Establécese una asignación de responsabilidad para el personal de la planta de profesionales, de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, con **jornadas** de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

Esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público. **Asimismo, no se considerará base de cálculo de ninguna otra remuneración.**

Durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de Jefe Directo para los efectos previstos en el Párrafo 3 del Título II de la ley N° 18.834.

Artículo 77.- Esta asignación se otorgará conforme a las reglas siguientes:

1.- El número de cupos por Establecimiento es el determinado en el artículo siguiente.

2.- Para los efectos de realizar el o los concursos correspondientes, se constituirá en el Establecimiento respectivo un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

3.- En el o los concursos para acceder a esta asignación, se considerarán los siguientes factores y con la ponderación indicada en cada caso:

FACTORES	PONDERACIÓN
Capacitación pertinente	30%
Evaluación de Desempeño	20%
Experiencia Calificada	20%
Aptitud para el cargo (entrevista)	30%

4.- El o los cupos disponibles se asignarán en orden de prelación al funcionario o funcionarios que logren el mayor puntaje en el

---

 INFORME COMISION HACIENDA
 

---

proceso de concurso y sólo en la medida en que cumplan con los requisitos mínimos para su asignación.

5.- Se otorgará por un período máximo de tres años, siempre que se desempeñe efectivamente la función de responsabilidad de gestión en el Establecimiento en el que fue otorgada. En todo caso, el funcionario podrá concursar nuevamente por la asignación, en la medida en que cumpla los requisitos para ello.

6.- Se deberá realizar concurso cada vez que uno o más de los cupos asignados al Establecimiento queden disponibles.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación y todas las otras normas necesarias para la aplicación de este beneficio. **Asimismo, clasificará los Establecimientos de salud cuyos funcionarios tengan derecho a concursar a esta asignación, acorde al nivel de complejidad señalado en el artículo siguiente.**

**Artículo 78.- Para efecto de la concesión de la asignación de responsabilidad, el número total de cupos a nivel nacional será de 1.259, con un costo anual máximo de \$ 515 millones. La Ley de Presupuestos fijará, para cada Servicio de Salud, el número máximo de beneficiarios y los recursos que se pueden destinar para su pago.**

**Los cupos máximos por tipo de Establecimiento y el valor individual anual de la asignación será el señalado en la tabla siguiente. No obstante, el monto indicado para cada caso, podrá ser aumentado o disminuido hasta un 10%.**

<b>Tipo de Establecimiento</b>	<b>Cupos Máximos por Establecimiento</b>	<b>Monto Anual por Persona</b>
<b>Alta Complejidad;</b>	<b>13</b>	<b>\$ 580.000</b>
<b>Hospital Media Complejidad;</b>	<b>9</b>	<b>\$ 374.000</b>
<b>Hospital Baja Complejidad;</b>	<b>2</b>	<b>\$ 212.000</b>
<b>Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS);</b>	<b>2</b>	<b>\$ 212.000</b>
<b>Consultorios Generales Urbanos y Rurales;</b>	<b>1</b>	<b>\$ 212.000</b>

**La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponde a valores vigentes al 30 de noviembre de 2002, y**

## INFORME COMISION HACIENDA

**se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.**

**La asignación otorgada se pagará en cuotas mensuales e iguales, la primera de las cuales el primer día hábil del mes siguiente al de la total tramitación de la resolución que la conceda.**

Artículo 79.- Lo dispuesto en **la oración final** de la letra h) del artículo 1° de la ley N° 19.490 será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68 y 76 de esta ley.

**A los funcionarios que perciban la asignación de turno establecida en el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, y que hayan tenido ausencias injustificadas conforme al artículo 66 de la ley N° 18.834, se les descontará el monto correspondiente de acuerdo a lo indicado en dicho artículo.**

## TÍTULO VII

## De la Promoción en la Carrera Funcionaria

Artículo 80.- La promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de **las Subsecretarías del Ministerio de Salud**, del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación, **con una ponderación de 33%, 33% y 34%, respectivamente.**

Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirvan.

Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso, disponiendo a los funcionarios de cada grado de la respectiva planta en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.

Producida una vacante, será promovido el funcionario que se encuentre en el primer lugar del referido escalafón. En caso de



## INFORME COMISION HACIENDA

producirse un empate, operarán los criterios de desempate establecidos en el artículo 46 de la ley N° 18.834.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, fijará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas para cada planta y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento del sistema de acreditación, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación de la competencia e idoneidad de los funcionarios. **Asimismo, establecerá las disposiciones necesarias para que los funcionarios dispongan de información oportuna sobre la capacitación a que se refiere este artículo y de los procedimientos para acceder a ella.**

Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo y en el siguiente, será aplicable a los funcionarios lo dispuesto en el artículo 45 de la ley N° 18.834.

**Respecto del personal señalado en este artículo y en el siguiente, no será aplicable lo dispuesto en el artículo 48 de la ley N° 18.834.**

Artículo 81.- Para todos los efectos legales, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales de **las Subsecretarías del Ministerio de Salud**; del Instituto de Salud Pública de Chile; de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se hará por concursos internos.

Las bases de los concursos internos considerarán cuatro factores, a saber: capacitación pertinente, evaluación del desempeño, experiencia calificada y aptitud para el cargo. Cada uno de estos factores tendrá una ponderación de 25%.

Para estos efectos, existirá un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel nacional, regional o local, según corresponda.

En los concursos será promovido al cargo vacante el funcionario que obtenga el mayor puntaje y en ellos podrán participar los

## INFORME COMISION HACIENDA

funcionarios profesionales de la planta que se ubiquen en los grados inferiores según la siguiente tabla:

GRADO VACANTE	GRADOS QUE PUEDEN PARTICIPAR
5º	6º - 10º
6º	7º - 10º
7º	8º - 10º
8º	9º - 11º
9º	10º - 12º
10º	11º - 13º
11º	12º - 14º
12º	13º - 15º
13º	14º - 16º
14º	15º - 17º
15º	16º - 17º
16º	17º - 18º
17º	18º

Los concursos se sujetarán a las siguientes reglas:

1.- Los funcionarios, en un solo acto, deberán postular a una o más de las plantas respecto de las cuales cumplan con los requisitos legales, sin especificar cargos o grados determinados dentro de ellas.

2.- La provisión de los cargos vacantes de cada planta se efectuará, en cada grado, en orden decreciente, conforme al puntaje obtenido por los postulantes.

3.- Las vacantes que se produzcan por efecto de la provisión de los cargos, conforme al numeral anterior, se proveerán en acto seguido, como parte del mismo concurso y siguiendo iguales reglas.

4.- En caso de producirse empate, los funcionarios serán designados conforme al resultado de la última calificación obtenida y, en el evento de mantenerse esta igualdad, decidirá el respectivo Jefe de Servicio.

## TÍTULO VIII

### De la Dotación

Artículo 82.- Establécese que hasta el **15%** de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, se expresará, para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el

## INFORME COMISION HACIENDA

decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas.

Conforme a lo señalado en el inciso precedente, los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas asimilados a los grados de la planta de profesionales, podrán voluntariamente y previa aprobación del respectivo Director de Servicio de Salud, reducir su jornada a empleos de 22 horas. En tal caso, el Servicio podrá contratar profesionales haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir en un porcentaje proporcional del 50% los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales, cualquiera que sea la regulación específica de cada uno de ellos.

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, efecto para el cual se considerarán todos los nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Los funcionarios contratados por 22 horas no podrán desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno de que trata el Título V de este Capítulo.

Artículo 83.- La Junta Calificadora que existirá en cada uno de los hospitales que integran los Servicios de Salud, conforme a lo establecido en el inciso sexto del artículo 30 de la ley N° 18.834, estará integrada por los tres funcionarios de más alto nivel jerárquico, a excepción del Director del hospital, y por un representante del personal elegido por ellos. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios que corresponda a la planta a calificar que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

El Director del hospital conocerá del recurso de apelación que puede interponer el funcionario ante la resolución de la Junta Calificadora o de la del jefe directo en el caso del delegado del personal, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la ley N° 18.834."

ARTÍCULO 2°.- Sustitúyese el artículo 5° del Código Sanitario por el siguiente:

## INFORME COMISION HACIENDA

"Artículo 5º.- Cada vez que el presente Código, la ley o el reglamento aluda a la autoridad sanitaria, deberá entenderse por ella al Ministro de Salud, en las materias que son de competencia de dicha Secretaría de Estado; a los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud, como sucesores legales de los Servicios de Salud y del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, respecto de las atribuciones y funciones que este Código, la ley o el reglamento radica en dichas autoridades y que ejercerá dentro del territorio regional de que se trate; y al Director del Instituto de Salud Pública, en relación con las facultades que legalmente le corresponden respecto de las materias sanitarias que este Código, la ley o el reglamento regulan, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado válidamente sus atribuciones."

ARTÍCULO 3º.- Modifícase la ley N° 19.490, del siguiente modo:

**1.- Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 3º, la expresión "la Subsecretaría" por "las Subsecretarías".**

**2.-** Sustitúyese el inciso segundo del artículo 3º por el siguiente:

"Dicha bonificación se regulará por lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 19.479, a excepción de los valores establecidos en la letra c) del inciso primero de esa misma norma. Para el personal de planta y a contrata de **las Subsecretarías del Ministerio de Salud**, del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, esta bonificación será de 15,5% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 7,75% para el 33% que le siga en orden descendente de evaluación, hasta completar 66%. Para el personal de planta y a contrata del Fondo Nacional de Salud, esta bonificación será de 10% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 5% para el 33% que le siga en orden descendente de evaluación, hasta completar el 66%."

**3.-** En el artículo 4º:

**a) Sustitúyense, en el inciso primero, los términos "El Subsecretario de Salud" por "Los Subsecretarios del Ministerio de Salud".**

**b)** Agrégase, en el inciso cuarto, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser seguido, lo siguiente: "No obstante lo señalado precedentemente, para el personal de planta y a contrata de las **Subsecretarías del Ministerio de Salud**, del Instituto de Salud Pública de

## INFORME COMISION HACIENDA

Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, la bonificación por desempeño institucional será de hasta el 15,5%."

**c)** Agrégase el siguiente nuevo inciso octavo, pasando los actuales incisos octavo y noveno a ser noveno y décimo, respectivamente:

"Con independencia de la calificación que se obtenga, la bonificación de que trata este artículo será percibida por el 100% de los funcionarios de cada planta y los funcionarios a contrata asimilados a éstas."

**ARTÍCULO 4°.-** Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 4° de la ley N° 19.086, el párrafo relativo a la planta de profesionales, por el siguiente: "PLANTA DE PROFESIONALES: De grado 18° al grado 5°."

**ARTÍCULO 5°.-** Déjase establecido que, a contar de la fecha de publicación de esta ley, los funcionarios de las profesiones de asistentes sociales, enfermeras, kinesiólogos, matronas, nutricionistas, tecnólogos médicos, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos, **también** podrán acceder, entre los grados 18° al 5°, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones, o a los empleos a contrata asimilados a los mismos grados.

**ARTÍCULO 6°.-** Créase la Superintendencia de Salud y fíjase como su ley orgánica la siguiente:

## "TÍTULO I

## NORMAS GENERALES

## Párrafo 1°

## De la naturaleza y objeto

Artículo 1°.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

## INFORME COMISION HACIENDA

Su domicilio será la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las oficinas regionales que establezca el Superintendente en otras ciudades del país.

La Superintendencia estará afecta al Sistema de Alta Dirección Pública establecido en la ley N° 19.882.

**Artículo 2º.- Corresponderá a la Superintendencia supervigilar y controlar a las Instituciones de Salud Previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.**

Asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Régimen de Garantías en Salud.

Igualmente, concernirá a la Superintendencia la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, **así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.**

Para los efectos de esta ley, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán considerados Seguros Previsionales de Salud.

Párrafo 2º

De la organización y estructura

Artículo 3º.- La Superintendencia se estructurará orgánica y funcionalmente en la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud.

Los funcionarios que ejerzan los cargos de Intendentes corresponden al segundo nivel jerárquico de la Superintendencia, para los efectos del ARTÍCULO TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N° 19.882.

Artículo 4º.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República **en conformidad a lo establecido en la ley N°**

## INFORME COMISION HACIENDA

**19.882**, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Corresponderá al Superintendente, especialmente:

1.- Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar el funcionamiento de la Superintendencia y ejercer, respecto de su personal, las atribuciones propias de su calidad de Jefe Superior de Servicio;

2.- Establecer oficinas regionales **o provinciales** cuando las necesidades del Servicio así lo exijan y existan las disponibilidades presupuestarias;

3.- Celebrar las convenciones y ejecutar los actos necesarios para el cumplimiento de los fines de la Superintendencia;

4.- Delegar atribuciones o facultades específicas en funcionarios de la Superintendencia;

5.- Encomendar a las distintas unidades de la Superintendencia las funciones que estime necesarias;

6.- Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;

7.- Conocer y fallar los recursos que **la** ley establece;

8.- Rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el objetivo de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta, y

9.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Sin perjuicio de la facultad del Ministerio de Salud para dictar las normas sobre acreditación y certificación de los prestadores de salud y de calidad de las atenciones de salud, el Superintendente podrá someter a la consideración de dicho Ministerio las que estime convenientes.

## TÍTULO II

## De la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud

## INFORME COMISION HACIENDA

## Párrafo 1°

De la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional **y del Fondo Nacional de Salud**

Artículo 5°.- La supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional que le corresponde a la Superintendencia, la ejercerá a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud, en los términos que señala esta ley, la ley N° 18.933 y demás disposiciones que le sean aplicables.

La Superintendencia ejercerá la supervigilancia y el control del Fondo Nacional de Salud a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud. En relación con la modalidad de libre elección, corresponderá a dicho Intendente velar porque las contribuciones que deban hacer los afiliados para financiar el valor de las prestaciones se ajusten a la ley, al reglamento y demás normas e instrucciones, y por el correcto otorgamiento de los préstamos de salud, teniendo para ello las facultades que establecen los Párrafos 2° y 3° de este Título.

## Párrafo 2°

## De la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 6°.- Le corresponderán a la Superintendencia las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud, respecto de la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud:

1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen, impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;

2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;

3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud y los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones de Salud



## INFORME COMISION HACIENDA

Previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objetivo de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar porque éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;

5.- Difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que impone el referido Régimen de Garantías e informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud;

6.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas. La Superintendencia deberá adoptar las medidas que sean necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica;

7.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento del Régimen sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos;

8.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud;

9.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud;

10.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;

11.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley, y

12.- Las demás que contemplen las leyes.

## INFORME COMISION HACIENDA

Artículo 7º.- El Fondo Nacional de Salud **y las Instituciones de Salud Previsional devolverán** lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, según lo determine la Superintendencia mediante resolución, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

Dichas resoluciones y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

## Párrafo 3º

De las controversias entre los beneficiarios y los Seguros Previsionales de Salud

Artículo 8º.- La Superintendencia, a través del Intendente de Seguros Previsionales de Salud, quien actuará en calidad de árbitro arbitrador, resolverá las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la instancia a la que se refiere el artículo 11 o a la justicia ordinaria. 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 de Seguros Previsionales de Salud, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, por sí o por un funcionario que designe, podrá citar al afectado y a un representante del Fondo Nacional de Salud o de las Instituciones de Salud Previsional 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.

## INFORME COMISION HACIENDA

Artículo 9º.- En contra de lo resuelto por el Intendente de Seguros Previsionales 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 10 días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la sentencia arbitral.

El referido 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 de Seguros Previsionales de Salud deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

Artículo 10.- Resuelto por el Intendente de Seguros Previsionales de Salud el recurso de reposición, el afectado podrá apelar ante el Superintendente, dentro de los 10 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 30 días hábiles.

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

Artículo 11.- Sin perjuicio de la facultad del Intendente de Seguros Previsionales de Salud para resolver las controversias que se susciten, en los términos de esta ley, las partes podrán convenir en que dicha dificultad sea sometida previamente a mediación.

Para el efecto anterior, la Superintendencia deberá llevar un registro especial de mediadores a los que las partes podrán acudir.

Corresponderá a la Superintendencia fijar, mediante normas de general aplicación, los requisitos que deberán cumplir los mediadores a que se refiere este precepto, así como las normas generales de procedimiento a las que deberán sujetarse y las sanciones que podrá aplicar por su inobservancia. Dichas sanciones serán amonestación, multa de hasta 1.000 unidades de fomento, suspensión hasta por 180 días o cancelación del registro.

## INFORME COMISION HACIENDA

Cada parte asumirá el costo de la mediación.

## TÍTULO III

## De la Intendencia de Prestadores de Salud

Artículo 12.- **Le corresponderán a la Superintendencia, para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:**

1. Ejercer, de acuerdo a las normas que para tales efectos determinen el reglamento y el Ministerio de Salud, las funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud.
2. Autorizar a las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento, y designar aleatoriamente la entidad que desarrollará el proceso.
3. Fiscalizar el debido cumplimiento por parte de la entidad acreditadora de los procesos y estándares de acreditación de los prestadores institucionales de salud.
4. Fiscalizar a los prestadores institucionales acreditados en la mantención del cumplimiento de los estándares de acreditación.
5. Mantener un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras, conforme al reglamento correspondiente.
- 6. 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.**
7. Efectuar estudios, índices y estadísticas 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. Requerir de los organismos acreditadores y certificadores y de los prestadores de salud, institucionales e individuales, toda la información que sea necesaria para el cumplimiento de su función.

## INFORME COMISION HACIENDA

9. 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 esta ley le asigna.

10. Conocer los reclamos que presenten los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, 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.

11. Imponer las sanciones que corresponda, en conformidad a la ley, y

12. 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.

Artículo 13.- El Intendente de Prestadores de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá solicitar una nueva evaluación de un prestador institucional si verificare que éste no ha mantenido el cumplimiento de los estándares de acreditación, pudiendo convenir previamente un Plan de ajuste y corrección.

**El Intendente podrá hacer observaciones al Director del Establecimiento sobre faltas graves en el cumplimiento de las tareas esenciales del organismo, informando al respecto al Director del Servicio de Salud y al Subsecretario de Redes.**

Asimismo, en casos graves el Superintendente deberá hacer presente al Secretario Regional Ministerial, en su calidad de autoridad sanitaria regional, de la necesidad de que aplique las medidas de clausura o cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.

Artículo 14.- Tratándose de infracciones cometidas por las entidades acreditadoras, el Intendente de Prestadores de Salud podrá aplicar a la entidad las siguientes sanciones, de acuerdo a la gravedad de la falta o su reiteración:

1.- Amonestación;

2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce

## INFORME COMISION HACIENDA

meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado;

3.- Cancelación de la inscripción en el registro de entidades acreditadoras, y

4.- Las demás que autoricen las leyes y reglamentos.

La multa que se determine será compatible con cualquiera otra sanción.

Artículo 15.- Sin perjuicio de las atribuciones **de los Ministerios** de Salud y Educación establecidas en el numeral **13** del artículo 4° del decreto ley N° 2.763, de 1979, la Superintendencia podrá proponer fundadamente al Ministerio de Salud la incorporación o la revocación del reconocimiento otorgado a una entidad certificadora de especialidades.

## TÍTULO IV

De las normas comunes a ambas Intendencias

**Artículo 16.- En caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud por causa imputable a un funcionario, la Superintendencia deberá requerir al Director del Fondo Nacional de Salud para que instruya el correspondiente sumario administrativo, sin perjuicio de las obligaciones que sobre esta materia poseen dicho Director y la Contraloría General de la República.**

Asimismo, 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 dieran 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 hasta 500 unidades de fomento, la que podrá elevarse hasta 1.000 unidades de fomento si hubiera reiteración dentro del plazo de un año. En este último caso, la Superintendencia deberá publicar dicha sanción.**

Artículo 17.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece esta ley y las demás que le encomienden las leyes y reglamentos, la Superintendencia podrá, a través de la respectiva Intendencia, inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, que obren en poder de los organismos o

## INFORME COMISION HACIENDA

establecimientos fiscalizados, y requerir de ellos o de sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de su actividad.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.

Finalmente, podrá pedir a las Instituciones de Salud Previsional la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.

Artículo 18.- Los afiliados y beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 sólo podrán deducir reclamos administrativos ante la Intendencia respectiva en contra del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional o los prestadores de salud, una vez que dichos reclamos hayan sido conocidos y resueltos **por la entidad que corresponda, fundadamente y por escrito o por medios electrónicos, a menos que su naturaleza exija o permita otra forma más adecuada de expresión y constancia.** Si la Intendencia de que se trate recibe un reclamo sin que se haya dado cumplimiento a lo señalado precedentemente, ésta procederá a enviar el reclamo a quien corresponda.

La Superintendencia fijará, a través de normas de general aplicación, el procedimiento que se seguirá en los casos señalados en el inciso anterior.

Artículo 19.- La Superintendencia, para la aplicación de las sanciones que procedan, deberá sujetarse a las siguientes reglas:

- 1.- El procedimiento podrá iniciarse de oficio o a petición de parte.
- 2.- Deberá solicitarse un informe al afectado, el que dispondrá de diez días hábiles para formular sus descargos, contados desde su notificación.

## INFORME COMISION HACIENDA

3.- Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente respectivo dictará una resolución fundada resolviendo la materia.

4.- En contra de lo resuelto por el Intendente respectivo, procederán los recursos contemplados en **la ley**.

Artículo 20.- Las notificaciones que efectúe la Superintendencia se efectuarán conforme a las normas establecidas en la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.

Asimismo, en los procedimientos arbitrales o administrativos y en la dictación de instrucciones generales o específicas, se podrá considerar la utilización de medios electrónicos, caso en el cual se sujetarán a las normas de las leyes N° 19.799 y N° 19.880, en lo que corresponda.

## TÍTULO V

## Disposiciones Finales

Artículo 21.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de Institución Fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.

En materia de remuneraciones, le serán aplicables a la Superintendencia los artículos 17 de la ley N° 18.091 y 5° de la ley N° 19.528. Para este efecto, el Superintendente deberá informar anualmente al Ministro de Hacienda.

Artículo 22.- El personal de la Superintendencia se regirá por el Estatuto Administrativo y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.

**El personal a contrata de la Superintendencia podrá desempeñar funciones de carácter directivo o de jefatura, las que serán asignadas, en cada caso, por el Superintendente. El personal que se asigne a tales funciones no podrá exceder del 5% del personal a contrata de la institución.**

Artículo 23.- La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y



## INFORME COMISION HACIENDA

demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

Artículo **24.-** El patrimonio de la Superintendencia estará formado por:

- 1.- El aporte que se contemple anualmente en la Ley de Presupuestos;
- 2.- Los recursos otorgados por leyes especiales;
- 3.- Los bienes muebles e inmuebles, corporales e incorporales que se le transfieran o adquiera a cualquier título.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objetivo de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren; en el caso de los bienes inmuebles, la resolución se reducirá a escritura pública y el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente;

- 4.- Los frutos de sus bienes;
- 5.- Las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;
- 6.- Los ingresos que perciba por los servicios que preste, y
- 7.- Los aportes de la cooperación internacional que reciba a cualquier título.

Las multas que aplique la Superintendencia serán a beneficio fiscal.

Artículo **25.-** Deróganse, a contar de la fecha de creación de la Superintendencia de Salud, las siguientes normas legales: el artículo 1º, el numeral 5 del artículo 3º y los artículos 8º, 9º, 10, 15, 15 bis y 16 de la ley N° 18.933.

**ARTÍCULO 7º.- La bonificación por retiro establecida en el Título II de la ley N° 19.882 no será aplicable al**

## INFORME COMISION HACIENDA

**personal perteneciente a los establecimientos de salud de carácter experimental. Estos personales quedarán adscritos a la normativa establecida en el artículo primero transitorio de la presente ley.**

**ARTÍCULO 8º.- Modifícase la ley N° 19.378, de la siguiente forma:**

**a.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 49, entre la frase "Servicios de Salud" y la palabra "correspondientes" la frase "y por intermedio de las municipalidades".**

**b.- Incorpórase el siguiente artículo 55 bis, nuevo:**

**"Artículo 55 bis.- Toda transferencia de recursos públicos dirigida a las entidades administradoras se hará por intermedio de la municipalidad respectiva, debiendo quedar reflejada en el presupuesto respectivo y constar en el balance a que se hace referencia en el artículo 50."**

## DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- Los funcionarios de planta y a contrata regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que se desempeñen en alguno de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 del decreto ley N° 2.763, de 1979; en **las Subsecretarías** del Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud; **así como los funcionarios de los establecimientos de salud de carácter experimental**, mayores de sesenta años de edad, si son mujeres, y de sesenta y cinco años, si son hombres, que, después de los noventa días posteriores a la publicación de esta ley y hasta el **30 de septiembre de 2005**, presenten su renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones imponibles, actualizadas según el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses prestados a alguno de los organismos señalados, con un tope de ocho meses de dicha remuneración.

El monto de este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a **\$ 291.728** mensuales y en un mes para aquellos que tengan, a la fecha de publicación de la ley, más de sesenta y tres años si son mujeres y más de sesenta y ocho años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán

## INFORME COMISION HACIENDA

derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

**Para acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Entre dicha data y el 31 de diciembre de 2004, podrán acceder a este beneficio 2.494 funcionarios, privilegiándose aquellos de menores rentas y mayor edad. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio antes del 31 de diciembre de 2004, podrán hacerlo hasta el 30 de septiembre de 2005. Los cupos que no fueran utilizados en el primer periodo de concesión del beneficio, serán acumulables para el periodo siguiente.**

**Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, también podrán acogerse a este beneficio aquellos funcionarios que, excediendo los cupos antes señalados, cumplan con los requisitos o condiciones establecidos en los incisos anteriores y se encuentren inscritos al 30 de septiembre de 2005 en el registro que al efecto establecerá el reglamento. Estos funcionarios accederán a la indemnización entre dicha data y el 31 de diciembre del mismo año.**

Esta indemnización no será imponible ni constituirá renta para ningún efecto legal.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará los calendarios de postulación y pago, los mecanismos para el otorgamiento y las demás disposiciones necesarias para la implementación de este beneficio.

Los funcionarios que cesen en sus empleos por aplicación de lo dispuesto en este artículo, no podrán ser nombrados ni contratados asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos señalados en **este artículo**, durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido, expresado en unidades de fomento, más el interés corriente para operaciones reajustables.

Artículo segundo.- La asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en el artículo 61 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará conforme al siguiente cronograma:

- |                            |                       |    |
|----------------------------|-----------------------|----|
| a) <b>Por el</b> año 2003: | - componente base     |    |
| 2,75%                      | - componente variable | 0% |

## INFORME COMISION HACIENDA

- b) **Por el** año 2004: - componente base  
3,85%
- c) **Por el** año 2005: - componente variable, hasta 1,65%  
4,95% - componente base
- d) **Desde el** año 2006: - componente variable, hasta 3,3%  
- componente base 5,5%  
- componente variable, hasta 5,5%.

**Durante el año 2004, por concepto del componente variable, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.**

Artículo tercero.- El componente por acreditación individual a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se implementará gradualmente entre el año 2003 y el 2006, según la siguiente tabla de progresividad:

Años de servicio del funcionario	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Hasta 3 años: 3%	2,75%	3%		3%
Más de 3 años y hasta 6 años:	2,75%	3,75%	4%	5%
Más de 6 años y hasta 9 años:	2,75%	3,80%	4,75%	5,5%
Más de 9 años:	2,75%	3,85%	4,95%	5,5%.

El proceso de acreditación a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar el año 2005. **No obstante, en el caso de los funcionarios que tengan nueve o más años de servicio a la fecha de publicación de esta ley, dicho proceso se entenderá aprobado por el solo ministerio de esta ley.**

En los años 2003 y 2004, el componente será pagado a todos los funcionarios señalados en el artículo 64 del referido decreto ley, sin necesidad de acreditarse, conforme a la tabla anterior.

## INFORME COMISION HACIENDA

Artículo cuarto.- El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios a que se refieren los artículos 64, 65 y 67 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará durante los años 2003 al 2006 según la siguiente tabla:

Porcentaje de cumplimiento:	2003	2004	2005	2006
90% o más:	0%	1,65%	3,3%	5,5%.
Entre 75% y menos de 90%:	0%	0,83%	1,65%	2,75%.

**Durante el año 2004, por concepto del componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.**

Artículo quinto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en **los números 1 y 2** del mismo artículo, en forma gradual durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

- año 2004: hasta 5,5%
- año 2005: hasta 8,25%
- año 2006: hasta 11%.

Artículo sexto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el **número 3** del mismo artículo, en forma gradual, durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

a) Año 2004: hasta el 5,5%, según la siguiente distribución: hasta el 4% por la obtención de la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes **y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad**; y de hasta 1,5% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje a pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

## INFORME COMISION HACIENDA

b) Año 2005: hasta el 8,25%, según la siguiente distribución: hasta el 6% por la obtención de la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes **y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad**; y hasta el 2,25% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos, cuando corresponda. El porcentaje por pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

c) Año 2006: hasta el 11%, conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

Artículo séptimo.- Las modificaciones a la ley N° 19.490, contenidas en los numerales **2)**, con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y **3), letra b)**, del artículo **3°** de la presente ley, se otorgarán en forma gradual, durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

1) Bonificación de estímulo por desempeño funcionario:

a) Para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados:

- i) año 2003 : 12,75%
- ii) año 2004 : 13,85%
- iii) año 2005: 14,95%
- iv) año 2006: 15,5%.

b) Para los funcionarios que sigan en orden descendente de evaluación, hasta completar el 66% mejor evaluado respecto de cada planta:

- i) año 2003 : 6,38%
- ii) año 2004 : 6,93%
- iii) año 2005: 7,48%
- iv) año 2006: 7,75%.

2) Bonificación por desempeño institucional: El cumplimiento de las metas del año precedente dará derecho a los funcionarios:

- a) año 2003 : hasta el 12,75%
- b) año 2004 : hasta el 13,85%
- c) año 2005 : hasta el 14,95%
- d) año 2006 : hasta el 15,5%.

Artículo octavo.- La asignación de turno y la bonificación compensatoria a que se refieren los artículos 72, 73 y 74,

## INFORME COMISION HACIENDA

respectivamente, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, y decimotercero transitorio de esta ley, respectivamente, comenzarán a regir a contar del día primero del mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del decreto con fuerza de ley a que se refiere **la letra j) del Artículo vigesimosegundo transitorio** de esta ley, respecto del personal que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios.

Para los funcionarios que integren el sistema de turnos rotativos cubiertos por tres funcionarios, las correspondientes asignación de turno y bonificación compensatoria, comenzarán a regir conforme al siguiente cronograma:

1. A partir del segundo semestre de 2004, se pagarán, por concepto de asignación de turno y bonificación compensatoria, los mismos montos que a esa fecha tenga asignados el personal de igual grado y planta que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios. La diferencia correspondiente al mayor número de horas trabajadas será considerada como trabajo extraordinario y pagado de acuerdo con la normativa vigente, no aplicándose, en este caso, lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.

2. A partir del segundo semestre de 2005, se pagarán los montos que, para esa fecha, haya determinado el decreto con fuerza de ley a que se refiere **la letra j) del Artículo vigesimosegundo transitorio** de la presente ley, para la asignación en que el turno esté integrado por tres funcionarios, pasando a ser plenamente aplicable lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979. La correspondiente bonificación compensatoria se pagará conforme a la normativa contenida en el artículo decimotercero transitorio de este cuerpo legal.

**Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, a contar de la fecha de publicación de esta ley, y mientras la asignación de turno a que se refiere este artículo no se aplique en todos sus términos, el tercero y cuarto turnos se continuarán pagando de acuerdo a lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, no aplicándose a su respecto lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.**

Artículo noveno.- El artículo 76 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a regir a contar del primer día del mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento respectivo. Para el primer año, los cupos totales a nivel nacional **y el monto anual por Establecimiento** serán asignados de acuerdo con la clasificación de complejidad de los establecimientos vigente al momento de publicarse la presente ley, conforme a la siguiente tabla:

## INFORME COMISION HACIENDA

Tipo de establecimiento	Cupos máximos por establecimiento	Monto máximo anual por establecimiento	Monto promedio anual por persona
HOSPITAL TIPO 1	13	\$ 7.540.000	\$ 580.000
HOSPITAL TIPO 2	12	\$ 5.460.000	\$ 455.000
HOSPITAL TIPO 3	9	\$ 3.366.000	\$ 374.000
HOSPITAL TIPO 4	2	\$ 424.000	\$ 212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales	1	\$ 212.000	\$ 212.000
Centros de Referencia de Salud (CRS)	1	\$ 212.000	\$ 212.000
Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT)	1	\$ 212.000	\$ 212.000.

**La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre de 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.**

Artículo décimo.- El sistema de promoción mediante concurso interno a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar **ciento veinte días después de publicada la presente ley**, respecto de todos los cargos vacantes existentes a esa fecha, salvo el grado de inicio de cada planta, el que seguirá regulado conforme a las normas generales.

**Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el cumplimiento del plazo que en él se establece, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882.**

**Artículo undécimo.- El proceso de acreditación de competencias a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar a contar de ciento ochenta días después de publicada esta ley. Con el resultado de este proceso, que evaluará los factores de experiencia calificada, calificación ponderada y capacitación,**



## INFORME COMISION HACIENDA

**se confeccionará el escalafón de mérito que regirá durante el año siguiente.**

**Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el 1º de enero de 2005, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882.**

Artículo duodécimo.- Los reglamentos a que se refieren el inciso segundo del artículo 63, el inciso segundo del artículo 66, el artículo 70 y el inciso segundo del artículo 77, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, deberán dictarse dentro de los ciento ochenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley.

Artículo decimotercero - El personal a que se aplica el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se encuentre en funciones a la fecha de publicación de la presente ley, tendrá derecho a una bonificación no imponible destinada a compensar las deducciones por concepto de cotizaciones para pensiones y salud a que esté afecta la asignación de turno, cuyo monto será el que resulte de aplicar los siguientes porcentajes sobre el valor de dicha asignación, según sea el sistema o régimen previsional de afiliación del trabajador:

a) 20,5% para los afiliados al sistema del decreto ley N° 3.500, de 1980.

b) 25,62% para los afiliados al régimen general de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Sección Empleados Públicos.

c) 21,62% para los afiliados al régimen previsional de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, con rebaja de imposiciones de la letra a) del artículo 14 del decreto con fuerza de ley N° 1.340 bis, de 1930.

Para el personal afiliado a un sistema o régimen previsional diferente de los señalados, tal bonificación será equivalente a la suma de las cotizaciones para salud y pensiones que, con respecto a la referida asignación, le corresponda efectuar al trabajador.

Esta bonificación compensatoria se calculará conforme a los límites de imponibilidad establecidos por la legislación vigente.

## INFORME COMISION HACIENDA

Artículo decimocuarto.- Concédese, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se pagará en una sola cuota en el curso del mes siguiente al de la publicación de la presente ley, el que beneficiará a los funcionarios que dichas disposiciones señalan que se encuentren ubicados entre los grados 19° y 28° de la Escala Única, ambos inclusive, y cuyos montos serán equivalentes a la aplicación de los porcentajes que se indican **a continuación. Este anticipo no será imputable al incremento de renta que se produzca por efecto de lo dispuesto en el artículo segundo transitorio de esta ley.**

- Grados 19° al 22°: 2,38%
- Grados 23° al 28°: 3,81%.

Los porcentajes antedichos se aplicarán sobre los valores vigentes al mes anterior a la publicación de la presente ley de las remuneraciones anualizadas que sirven de base de cálculo a esta asignación, de conformidad con lo establecido en el artículo 62 del decreto ley N° 2.763, de 1979, más la bonificación otorgada por el artículo 21 de la ley N° 19.429, cuando corresponda.

**El beneficio establecido en el inciso anterior también se aplicará, por una sola vez, al personal señalado en el artículo 3°, numeral 3, letra b), de esta ley, en las mismas condiciones, plazos, atributos, grados y porcentajes que se establecen en este artículo.**

**Artículo decimoquinto.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 25 A del decreto ley N° 2.763, de 1979, los siguientes establecimientos tendrán la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala el Título IV del decreto ley N° 2.763, de 1979, cuando cumplan los requisitos que establezca el reglamento señalado en el mencionado artículo:**

N°	COMUNA	ESTABLECIMIENTO
1	ANGOL	HOSPITAL ANGOL
2	ANTOFAGASTA	HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

## INFORME COMISION HACIENDA

		<i>DOCTOR LEONARDO GUZMAN</i>
3	ARICA	<i>HOSPITAL DOCTOR JUAN NOE CREVANI</i>
4	CASTRO	<i>HOSPITAL CASTRO</i>
5	CHILLAN	<i>HOSPITAL HERMINDA MARTIN</i>
6	CONCEPCION	<i>HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE</i>
7	COQUIMBO	<i>HOSPITAL COQUIMBO</i>
8	CORONEL	<i>HOSPITAL CORONEL</i>
9	COYHAIQUE	<i>HOSPITAL COYHAIQUE</i>
10	CURICO	<i>HOSPITAL CURICO</i>
11	INDEPENDENCIA	<i>HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO</i>
12	INDEPENDENCIA	<i>INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER</i>
13	INDEPENDENCIA	<i>HOSPITAL SAN JOSE</i>
14	IQUIQUE	<i>HOSPITAL DOCTOR ERNESTO TORRES GILDAMES</i>
15	LA SERENA	<i>HOSPITAL LA SERENA</i>
16	LINARES	<i>HOSPITAL LINARES</i>
17	LOS ANDES	<i>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LOS ANDES</i>
18	LOS ANGELES	<i>HOSPITAL VICTOR RIOS RUIZ</i>
19	LOTA	<i>HOSPITAL LOTA</i>
20	MELIPILA	<i>HOSPITAL MELIPILLA</i>
21	OSORNO	<i>HOSPITAL BASE DE OSORNO</i>
22	OVALLE	<i>HOSPITAL OVALLE</i>
23	PEÑALOEN	<i>HOSPITAL DOCTOR LUIS TISNÉ BROUSSE</i>
24	PROVIDENCIA	<i>INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA</i>
25	PROVIDENCIA	<i>HOSPITAL DEL SALVADOR</i>
26	PROVIDENCIA	<i>HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA</i>
27	PROVIDENCIA	<i>INSTITUTO DE GERIATRIA PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA</i>
28	PROVIDENCIA	<i>INSTITUTO PEDRO AGUIRRE CERDA</i>
29	PROVIDENCIA	<i>INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX</i>
30	PUENTE ALTO	<i>HOSPITAL DOCTOR SOTERO DEL RIO GUNDIAN</i>
31	PUERTO MONTT	<i>HOSPITAL PUERTO MONTT</i>
32	PUNTA ARENAS	<i>HOSPITAL REGIONAL DOCTOR LAUTARO NAVARRO AVARIA</i>
33	QUILLOTA	<i>HOSPITAL SAN MARTÍN</i>
34	QUILPUE	<i>HOSPITAL QUILPUE</i>
35	QUINTA NORMAL	<i>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS</i>
36	QUINTA NORMAL	<i>HOSPITAL FELIX BULNES</i>
37	RANCAGUA	<i>HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA</i>
38	RECOLETA	<i>INSTITUTO PSIQUIATRICO DOCTOR JOSE HORWITZ BARAK</i>
39	SAN ANTONIO	<i>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</i>

## INFORME COMISION HACIENDA

40	SAN CARLOS	HOSPITAL SAN CARLOS
41	SAN FELIPE	HOSPITAL SAN CAMILO
42	SAN FERNANDO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN FERNANDO
43	SAN MIGUEL	HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU
44	SAN MIGUEL	HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES
45	SANTIAGO	HOSPITAL ASISTENCIA PUBLICA
46	SANTIAGO	HOSPITAL PAULA JARA QUEMADA
47	SANTIAGO	INSTITUTO TRAUMATOLÓGICO DOCTOR TEODORO GEBAUER
48	TALCA	HOSPITAL TALCA
49	TALCAHUANO	HOSPITAL LAS HIGUERAS
50	TEMUCO	HOSPITAL TEMUCO
51	TOMÉ	HOSPITAL TOME
52	VALDIVIA	HOSPITAL VALDIVIA
53	VALPARAISO	HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
54	VALPARAISO	HOSPITAL VALPARAISO
55	VICTORIA	HOSPITAL VICTORIA
56	VIÑA DEL MAR	HOSPITAL GUSTAVO FRICKE

Los Establecimientos señalados en este artículo que no hayan sido calificados como "Establecimiento de Autogestión en Red" al 1 de enero del año 2009, pasarán a tener dicha calidad a contar **de esa fecha**, por el solo ministerio de la ley, y se encontrarán regidos por las normas establecidas en el mencionado Título. El personal directivo de estos Establecimientos tendrá derecho a los beneficios remuneracionales establecidos en el artículo 68 **del decreto ley N° 2.763, de 1979**, asociados al cumplimiento de los estándares establecidos en el artículo 25 G, **cuando el Establecimiento cumpla dichos estándares.**

**Artículo decimosexto.-** El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo al ítem 50-01-03-25-33.104 de la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere financiar con esos recursos.

**En todo caso, el beneficio establecido en el inciso tercero del artículo decimocuarto transitorio se financiará mediante reasignaciones internas de los presupuestos de las instituciones correspondientes.**

**Artículo decimoséptimo.-** Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año, contado desde la fecha

## INFORME COMISION HACIENDA

de publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, el que deberá ser también suscrito por el Ministro de Hacienda, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado de **las leyes N° 18.469 y N° 18.933**.

**Artículo decimoctavo.- Las normas de la presente ley entrarán en vigencia el 1 de enero del año 2005, salvo lo dispuesto en el numeral 33) del artículo 1°, en los artículos 3°, 4°, 5° y 7°, y en las disposiciones transitorias.**

**Artículo decimonoveno.-** El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministro de Hacienda, conformará el primer presupuesto de la Superintendencia de Salud.

El gasto que se derive de las nuevas plantas que se fijen, del encasillamiento que se practique y del traspaso de personal desde otras instituciones que se disponga, no podrá exceder de la suma de las remuneraciones que se estén pagando al personal de la Superintendencia de ISAPRES más las del personal traspasado correspondientes al nuevo régimen de remuneraciones a que estarán afectos con motivo de dicho traspaso, cualesquiera sea la calidad jurídica de estos personales, todo ello considerando su efecto año completo.

**Artículo vigésimo.-** Lo dispuesto en el inciso final del número **13** del artículo 4° del decreto ley N° 2.763, de 1979, no se aplicará mientras no entren en vigencia las normas relativas a la acreditación de los programas correspondientes.

**Artículo vigesimoprimer.-** Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, del año 1979.

**Artículo vigesimosegundo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias:**

## INFORME COMISION HACIENDA

a) Fijar la planta de personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El encasillamiento en esta planta incluirá sólo a personal proveniente de la Subsecretaría de Salud.

b) Fijar la planta de personal de la Superintendencia de Salud. El encasillamiento en esta planta podrá incluir personal proveniente de la Subsecretaría de Salud, de los Servicios de Salud y de la Superintendencia de Isapres. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de esta última institución.

c) Fijar la planta de la Subsecretaría de Salud Pública. El encasillamiento en esta planta incluirá personal proveniente de la Subsecretaría de Salud y de los Servicios de Salud. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de la Subsecretaría de Salud.

La Subsecretaría de Salud Pública será la continuadora legal de la Subsecretaría de Salud, para todos los efectos legales.

d) Las plantas de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública contendrán, a lo menos, dos cargos de jefe de división cada una.

e) Las áreas funcionales que competarán al Ministerio de Salud a través de las estructuras internas de sus Subsecretarías, estarán asociadas, a lo menos, a redes asistenciales, recursos humanos, planificación y presupuesto, prevención y control de enfermedades, políticas públicas en salud y administración y servicio interno.

f) Modificar la planta del Fondo Nacional de Salud que se verá aumentada por el traspaso de personal que cumpla funciones de autorización y pago de subsidios de incapacidad laboral en los Servicios de Salud, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refiere la letra g) de este artículo.

g) Para ordenar el traspaso de funcionarios titulares de planta y a contrata entre las instituciones señaladas en las letras a), b), c) y f) precedentes, sin alterar la calidad jurídica de la designación y sin solución de continuidad, y el traspaso de los recursos que se liberen por este hecho. El traspaso del personal titular de planta, y de los cargos que sirven, se efectuará en el mismo grado que tenían a la fecha del traspaso, salvo que se produzca entre instituciones adscritas a diferentes escalas de sueldos base, caso en el

## INFORME COMISION HACIENDA

**cual se realizará en el grado más cercano al total de remuneraciones que perciba el funcionario traspasado. A contar de esa misma fecha, el cargo del que era titular el funcionario traspasado se entenderá suprimido de pleno derecho en la planta de la institución de origen.**

**h) Modificar las plantas de los Servicios de Salud que se verán reducidas por el traspaso del personal que cumpla funciones de autoridad sanitaria, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refieren las letras b), c), f) y g) de este artículo.**

**i) Establecer las normas complementarias al artículo 13 bis de la ley N° 18.834, respecto de los encasillamientos derivados de las plantas que fije de conformidad con las atribuciones establecidas en este artículo. Asimismo, en el ejercicio de ellas, podrá establecer los requisitos para el desempeño de los cargos, sus denominaciones, los niveles jerárquicos para efectos de la aplicación de la ley N° 19.882, las fechas de vigencia de las plantas, las dotaciones máximas de personal y todas las normas necesarias para la adecuada estructuración y operación de las plantas que fije.**

**j) El uso de las facultades señaladas en este artículo quedará sujeto a las siguientes restricciones, respecto del personal al que afecte:**

**-No podrá tener como consecuencia ni podrán ser considerados como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral del personal traspasado y del que no se traspase.**

**-No podrá significar pérdida del empleo, disminución de remuneraciones, modificación de los derechos estatutarios y previsionales del personal traspasado y del que no se traspase. Tampoco podrá importar cambio de la residencia habitual de los funcionarios fuera de la Región en que estén prestando servicios, salvo con su consentimiento.**

**-Cualquier diferencia de remuneraciones deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que se absorberá por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Dicha planilla mantendrá la misma impositibilidad que aquélla de las remuneraciones que compensa.**

## INFORME COMISION HACIENDA

**-Los funcionarios encasillados conservarán la asignación de antigüedad que tengan reconocida, como también el tiempo computable para dicho reconocimiento.**

**-No se podrá modificar la suma de las dotaciones máximas de personal que tienen a la fecha de publicación de esta ley el Ministerio de Salud y las Instituciones y Servicios dependientes o relacionados con éste, sin perjuicio de la creación de los cargos de Subsecretario de Redes Asistenciales, Intendente de Seguros Previsionales de Salud e Intendente de Prestadores de Salud.**

**k) Establecer el procedimiento para la determinación del monto que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por tres y cuatro personas respectivamente, durante el primer año presupuestario de vigencia.**

**l) Determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, la que en ningún caso podrá exceder de dos años a contar de la fecha de publicación de esta ley, establecer el destino de sus recursos y el traspaso de su personal, el que deberá efectuarse al Ministerio de Salud. En tanto no se suprima dicho Servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios primero, séptimo y undécimo de esta ley. Asimismo, dichos funcionarios tendrán derecho a los incrementos pecuniarios dispuestos en los artículos transitorios séptimo y decimocuarto de esta ley.**

**Artículo vigesimotercero.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministerio de Hacienda, conformará el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública, los Servicios de Salud y la Superintendencia de Salud, y traspasará a ellos los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítemes y glosas presupuestarias que sean pertinentes.”.**

- - -



INFORME COMISION HACIENDA

Acordado en sesiones de fecha 7, 9, 12 y 13 de enero 2004, con asistencia de los Honorables Senadores señor Alejandro Foxley Rioseco (Presidente), señora Evelyn Matthei Fornet y señores Edgardo Boeninger Kausel, José García Ruminot y Carlos Ominami Pascual.

Valparaíso, 14 de enero de 2004.

ROBERTO BUSTOS LATORRE  
Secretario

**RESUMEN EJECUTIVO****INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA, RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRAMITE CONSTITUCIONAL, QUE MODIFICA EL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979, CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER UNA NUEVA CONCEPCION DE LA AUTORIDAD SANITARIA, INSTAURAR DISTINTAS MODALIDADES DE GESTION Y FORTALECER LA PARTICIPACION CIUDADANA.****(BOLETIN N° 2.980-11)****I. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISION:**

- 1) Separar claramente las funciones de rectoría, regulación y fiscalización, de las de administración de las acciones y prestaciones de salud. Las primeras corresponden al Ministerio, a la Subsecretaría de Salud Pública, al Instituto de Salud Pública (ISP) y a la Superintendencia de Salud. Las segundas, al sistema de provisión de prestaciones de salud, que incluye la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud, los establecimientos autogestionados en red, los municipales de atención primaria, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST).
- 2) Fortalecer las Redes Asistenciales en el territorio de cada Servicio de Salud, a las que se integrarán los establecimientos dependientes del Servicio respectivo, los de atención primaria municipal y los privados que suscriban el respectivo convenio. La puerta de ingreso al sistema será la atención primaria de salud.
- 3) Crear la categoría de Establecimientos de Autogestión en Red, como órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, que podrán generar ingresos propios, y celebrar convenios y contratos con FONASA y con terceros, para obtener y otorgar prestaciones de y a terceros.
- 4) Proporcionar canales de participación a la ciudadanía, estableciendo Consejos asesores en los diversos niveles del sistema.
- 5) Otorgar incentivos remuneratorios, modernizar la carrera funcionaria e impulsar una nueva política de recursos humanos, a través de la incorporación de normas relativas a los trabajadores de la salud.

## INFORME COMISION HACIENDA

**II. ACUERDOS:**

Indicación N° 10: Aprobada  
Indicación N° 11: Aprobada  
Indicación N° 12: Rechazada  
Indicación N° 13: Rechazada  
Indicación N° 49: Rechazada  
Indicación N° 50: Aprobada  
Indicación N° 51: Aprobada  
Indicación N° 52: Aprobada  
Indicación N° 53: Rechazada  
Indicación N° 54: Rechazada  
Indicación N° 55: Aprobada  
Indicación N° 60: Rechazada  
Indicación N° 61: Aprobada  
Indicación N° 62: Aprobada  
Indicación N° 63: Aprobada  
Indicación N° 64: Rechazada  
Indicación N° 65: Rechazada  
Indicación N° 66: Aprobada  
Indicación N° 67: Rechazada  
Indicación N° 68: Rechazada  
Indicación N° 69: Aprobada  
Indicación N° 70: Rechazada  
Indicación N° 71: Rechazada  
Indicación N° 72: Aprobada  
Indicación N° 99: Aprobada  
Indicación N° 109: Rechazada  
Indicación N° 110: Aprobada  
Indicación N° 111: Aprobada  
Indicación N° 112: Aprobada  
Indicación N° 113: Rechazada  
Indicación N° 115: Aprobada  
Indicación N° 116: Aprobada  
Indicación N° 117: Aprobada  
Indicación N° 118: Aprobada  
Indicación N° 128: Aprobada  
Indicación N° 137: Aprobada  
Indicación N° 144: Rechazada  
Indicación N° 145: Aprobada  
Indicación N° 146: Aprobada  
Indicación N° 147: Rechazada  
Indicación N° 148: Aprobada  
Indicación N° 149: Aprobada  
Indicación N° 150: Aprobada  
Indicación N° 151: Aprobada

## INFORME COMISION HACIENDA

Indicación N° 152: Aprobada  
Indicación N° 153: Aprobada  
Indicación N° 154: Aprobada  
Indicación N° 158: Rechazada  
Indicación N° 159: Rechazada  
Indicación N° 180: Rechazada  
Indicación N° 181: Rechazada  
Indicación N° 182: Rechazada  
Indicación N° 183: Rechazada  
Indicación N° 184: Aprobada  
Indicación N° 188: Aprobada  
Indicación N° 190: Aprobada  
Indicación N° 191: Aprobada  
Indicación N° 192: Aprobada  
Indicación N° 193: Aprobada  
Indicación N° 194: Aprobada  
Indicación N° 195: Aprobada  
Indicación N° 197: Aprobada  
Indicación N° 200: Aprobada  
Indicación N° 201: Aprobada  
Indicación N° 202: Aprobada  
Indicación N° 203: Aprobada  
Indicación N° 205: Aprobada  
Indicación N° 206: Rechazada  
Indicación N° 207: Rechazada  
Indicación N° 208: Rechazada  
Indicación N° 209: Rechazada  
Indicación N° 210: Rechazada  
Indicación N° 211: Rechazada  
Indicación N° 212: Rechazada  
Indicación N° 213: Rechazada  
Indicación N° 214: Rechazada  
Indicación N° 217: Aprobada  
Indicación N° 218: Aprobada  
Indicación N° 219: Aprobada  
Indicación N° 220: Aprobada  
Indicación N° 221: Rechazada  
Indicación N° 222: Rechazada  
Indicación N° 223: Rechazada  
Indicación N° 224: Aprobada  
Indicación N° 225: Aprobada  
Indicación N° 226: Aprobada  
Indicación N° 227: Aprobada  
Indicación N° 228: Aprobada  
Indicación N° 229: Aprobada  
Indicación N° 230: Aprobada

## INFORME COMISION HACIENDA

Indicación N° 232: Aprobada  
Indicación N° 233: Aprobada  
Indicación N° 235: Aprobada  
Indicación N° 236: Rechazada  
Indicación N° 237: Rechazada  
Indicación N° 238: Aprobada  
Indicación N° 239: Aprobada  
Indicación N° 240: Aprobada  
Indicación N° 255: Aprobada  
Indicación N° 256: Aprobada  
Indicación N° 257: Aprobada  
Indicación N° 258: Aprobada  
Indicación N° 259: Rechazada  
Indicación N° 260: Aprobada  
Indicación N° 261: Aprobada  
Indicación N° 262: Aprobada  
Indicación N° 263: Aprobada  
Indicación N° 264: Aprobada  
Indicación N° 266: Rechazada  
Indicación N° 267: Aprobada  
Indicación N° 268: Rechazada  
Indicación N° 277: Aprobada  
Indicación N° 278: Aprobada  
Indicación N° 279: Aprobada  
Indicación N° 280: Aprobada  
Indicación N° 281: Aprobada  
Indicación N° 282: Aprobada  
Indicación N° 283: Aprobada  
Indicación N° 284: Aprobada  
Indicación N° 285: Aprobada  
Indicación N° 288: Aprobada  
Indicación N° 289: Aprobada  
Indicación N° 290: Rechazada  
Indicación N° 291: Aprobada  
Indicación N° 292: Aprobada  
Indicación N° 293: Aprobada  
Indicación N° 294: Aprobada  
Indicación N° 304: Aprobada  
Indicación N° 305: Aprobada  
Indicación N° 314: Aprobada  
Indicación N° 315: Aprobada  
Indicación N° 316: Aprobada  
Indicación N° 317: Aprobada  
Indicación N° 320: Aprobada  
Indicación N° 339: Aprobada  
Indicación N° 340: Aprobada

## INFORME COMISION HACIENDA

Indicación N° 341: Rechazada  
Indicación N° 343: Aprobada  
Indicación N° 352: Aprobada  
Indicación N° 353: Aprobada  
Indicación N° 356: Aprobada  
Indicación N° 357: Aprobada  
Indicación N° 358: Aprobada  
Indicación N° 359: Aprobada  
Indicación N° 360: Aprobada  
Indicación N° 361: Aprobada  
Indicación N° 362: Aprobada  
Indicación N° 363: Aprobada  
Indicación N° 364: Aprobada  
Indicación N° 365: Aprobada  
Indicación N° 366: Aprobada  
Indicación N° 367: Aprobada  
Indicación N° 368: Aprobada  
Indicación N° 369: Aprobada  
Indicación N° 370: Aprobada  
Indicación N° 371: Aprobada  
Indicación N° 372: Aprobada  
Indicación N° 376: Aprobada  
Indicación N° 377: Aprobada  
Indicación N° 378: Aprobada

Los acuerdos fueron adoptados por unanimidad 5 x 0, salvo en lo referente a las indicaciones N°s 99, 144 y 200, que se aprobaron de la siguiente forma:

Indicación N° 99: mayoría 3 x 1 en contra x 1 abstención  
Indicación N° 144: mayoría 3 x 2.  
Indicación N° 200: mayoría 4 x 1.

**III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN:** 8 artículos permanentes y 23 transitorios.

**IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL:** no hay.

**VI. URGENCIA:** "simple".

**VI. ORIGEN INICIATIVA:** Mensaje del Presidente de la República, iniciado en la Cámara de Diputados.

**VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL:** segundo.

**VIII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS:** en sesión de fecha 8 de octubre de 2002, con 58 votos a favor y 43 abstenciones.

**IX. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO:** 3 de diciembre de 2002.

**X. TRÁMITE REGLAMENTARIO:** informe de la Comisión de Hacienda.

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

- 31.D.L. N° 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- 32.Ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.
- 33.Ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapre
- 34.D.F.L. N° 725, de 1968, Código Sanitario, artículo 5º, sobre interpretación de la expresión autoridad sanitaria.
- 35.Ley N° 19.378, Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal.
- 36.Ley N° 19.607, que modifica el Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal.
- 37.Ley N° 19.490, que establece asignaciones y bonificaciones para el personal del sector salud.
- 38.Ley N° 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas de personal del sector salud.
- 39.Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.
- 40.D.L. N° 249, de 1974, Escala Unica de Remuneraciones.
- 41.D.F.L. N°s. 29,30 y 31, del Ministerio de Salud, de 2000, que crean los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental Hospital Padre Alberto Hurtado, Centro de Referencia de Salud (CRS) de Peñalolén Cordillera Oriente y CRS de Maipú.
- 42.D.L. N° 1.953, de 1977 y ley N° 18.091, que establece normas de carácter presupuestario y financieras.
- 43.Leyes N° 19.185 y N° 19.429, sobre reajuste de remuneraciones del sector público.
- 44.D.S. N° 320, del Ministerio de Salud, de 2003, que determina el aporte estatal a las entidades administradoras de salud municipal (per cápita) para el año en curso.

## INFORME COMISION HACIENDA

- 45.Ley N° 19.886, de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestacion de servicios.
- 46.Ley N° 19.628, sobre proteccion de la vida privada.
- 47.Ley N° 18.695, organica constitucional de municipalidades.
- 48.Ley N° 18.575, orgánica constitucional de Bases Generales de la Administracion del Estado.
- 49.Ley N° 16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- 50.Ley N° 19.882, que regula nueva política de personal a los funcionarios públicos.
- 51.Ley N° 19.664, que establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud y modifica la ley N° 15.076.
- 52.Ley N° 18.803, que autoriza a los servicios públicos para externalizar acciones de apoyo a funciones que no correspondan a potestades.
- 53.Ley N° 19.699, que otorga compensaciones y otros beneficios que indica a funcionarios públicos estudiantes de carreras técnicas de nivel superior.
- 54.Ley N° 19.799, sobre documentos electrónicos, firma electrónica y servicios de certificación de dicha firma.
- 55.Ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del estado.
- 56.D.L. N° 1.939, 1977, sobre adquisición, administración y disposición de bienes del Estado.
- 57.D.L. N° 3.500, de 1980, que establece nuevo sistema de pensiones.
- 58.D.L. N° 3.551, 1981, sobre remuneraciones y personal del sector publico.
- 59.D.F.L. N° 36, del Ministerio de Salud, de 1980, sobre normas para los convenios que celebren los servicios de salud.
- 60.D.F.L. N° 1.340 bis, del Ministerio de Bienestar Social, de 1930, Estatuto de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas.

Valparaíso, 14 de enero de 2004.

ROBERTO BUSTOS LATORRE  
Secretario de la Comisión



## DISCUSION SALA

**2.6. Discusión en Sala**

Legislatura 350, Sesión 29, de 15 enero de 2004. Discusión particular queda pendiente.

**IV. ORDEN DEL DÍA****MODIFICACIÓN DE DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979, SOBRE ESTABLECIMIENTO DE NUEVA CONCEPCIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria y distintas modalidades de gestión, y de fortalecer la participación ciudadana, con segundos informes de las Comisiones de Salud y de Hacienda, y con urgencia calificada de "simple".

**--Los antecedentes sobre el proyecto (2980-11) figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:**

**Proyecto de ley:**

**En segundo trámite, sesión 16ª, en 3 de diciembre de 2002.**

**Informes de Comisión:**

**Salud, sesión 27ª, en 26 de agosto de 2003.**

**Salud (segundo), sesión 28ª, en 14 de enero de 2004.**

**Hacienda, sesión 28ª, en 14 de enero de 2004.**

**Discusión:**

**Sesión 29ª, en 27 de agosto de 2003 (se aprueba en general).**

-----

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Solicito la autorización del Senado para que ingrese a la Sala el señor Andrés Romero, abogado asesor del Ministerio de Salud.

**--Se accede.**

-----

## DISCUSION SALA

El señor HOFFMANN (Secretario).- El proyecto fue aprobado en general en sesión del 27 de agosto del año pasado.

Las Comisiones de Salud y de Hacienda dejan constancia, para los efectos reglamentarios, que no fueron objeto de indicaciones ni de modificaciones los artículos 2º y 5º (que pasó a ser 4º), y los artículos duodécimo, decimotercero y vigésimo transitorios. En consecuencia, deben darse por aprobados, conforme a lo establecido en el inciso primero del artículo 124 del Reglamento.

**--Se aprueban reglamentariamente.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- Las modificaciones efectuadas por la Comisión de Salud al proyecto aprobado en general se consignan en su segundo informe y fueron acordadas por unanimidad, con excepción de 22 enmiendas que se proponen por mayoría, las cuales no voy a citar para no extender la relación y se irán describiendo a medida que se avance en la discusión del proyecto.

Por su parte, las modificaciones efectuadas por la Comisión de Hacienda, conociendo de los artículos del proyecto que son de su competencia, se consignan en su informe y también fueron acordadas por unanimidad, con excepción de nueve, que tendrán el mismo tratamiento que las de la Comisión de Salud.

Cabe tener presente que las modificaciones acordadas por unanimidad deben ser votadas sin debate, conforme a lo dispuesto en el inciso sexto del artículo 133 del Reglamento, salvo que algún señor Senador, antes del inicio de la discusión particular, solicite debatir la proposición de la Comisión respecto de alguna de ellas o que haya indicaciones renovadas, lo cual hasta este momento no ha ocurrido.

La Comisión de Hacienda, luego de analizar el informe financiero, señala que las normas del proyecto no producirán desequilibrios presupuestarios ni incidirán negativamente en la economía del país.

Cabe hacer presente que las normas que la Comisión de Salud consideraba como de rango orgánico constitucional en su segundo informe, fueron suprimidas por la Comisión de Hacienda.

Sus Señorías tienen a la vista un boletín comparado dividido en cinco columnas. La primera contiene los textos legales atinentes a la iniciativa en discusión; la segunda transcribe el texto aprobado en general por el Senado; la tercera consigna las modificaciones efectuadas por la Comisión de Salud; la cuarta, las enmiendas que propone la de Hacienda, y la última contiene el texto final que se propone aprobar.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Habría acuerdo para dar por aprobadas todas las modificaciones que fueron objeto de acuerdos unánimes?

Ha llegado una sola indicación para votar una de ellas por separado.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite, señor Presidente?

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Sí, señor Senador.

El señor VIERA-GALLO.- Hay dos indicaciones -no renovadas, sino planteadas con las firmas de los Honorables señora Matthei y señores Espina, Boeninger, Parra, Ominami, Ruiz-Esquide y del Senador que habla-, que pueden incidir en las normas a que se hace referencia.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En su momento lo tendré presente,...

El señor VIERA-GALLO.- Se hallan en poder de la Secretaría.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ... para hacer la excepción respectiva.

Si no hay inconvenientes, el resto de las disposiciones se darán por aprobadas.

**--Se aprueban.**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión particular.

El señor HOFFMANN (Secretario).- En cuanto a las enmiendas al decreto ley N° 2.763, de 1979, y a la sustitución de su artículo 4° dispuesta por el número 1) del artículo 1° de la Comisión de Salud recomienda reemplazar el primer párrafo del número 3 por el siguiente:

"3.- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud."

Ello fue acordado por cuatro votos a favor y uno en contra.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Ofrezco la palabra.

Si le parece a la Sala, se aprobará la proposición.

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, se sugiere sustituir la oración inicial del segundo párrafo del número 3, "La fiscalización de las normas contenidas en el Código Sanitario y demás leyes complementarias", por "La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarios y la sanción a su infracción cuando proceda".

Lo anterior se resolvió también por cuatro votos a favor y uno en contra.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra la Senadora señora Matthei.

La señora MATTHEI.- La explicación es obvia, señor Presidente. Sencillamente, se amplió el texto y no se incluye solamente la referencia al Código Sanitario y demás leyes complementarias, sino que se agregan los reglamentos y normas complementarias, a fin de dar una mayor claridad.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Efectivamente. Constituye una precisión de redacción.

Si le parece a la Sala, se aprobará.

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- Se plantea reemplazar el tercer párrafo del mismo número 3 por el siguiente:

## DISCUSION SALA

“La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo dispuesto en la ley N° 19.886, debiendo cumplir la entidad privada, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, el concurso deberá llamarlas en primer orden.”.

Ello fue aprobado por dos votos a favor y uno en contra.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra la Senadora señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, la verdad es que la disposición fue objeto de un larguísimo debate en la Comisión. Por una parte, tenemos la mejor idea de los fiscalizadores dependientes del Ministerio de Salud que se ocupan en el cumplimiento del Código Sanitario. Por la otra, esa Secretaría de Estado aseguró que las cuestiones fiscalizables están creciendo, producto, entre otros motivos, de los tratados de libre comercio suscritos por Chile en los últimos tiempos, y que en ciertas épocas o en relación con ciertos aspectos realmente falta personal idóneo.

Conversamos largamente con la directiva de esos funcionarios e intentamos contemplar normas que aseguren la seriedad de dicha labor. Lo que se quiere evitar es que finalmente actúen privados que reciban algún pago y finalmente no la efectúen. Ése es el temor. Y llegamos a un acuerdo con ellos en cuanto a propender a la mayor responsabilidad posible en ese ámbito, por lo cual se dispuso que la actividad mencionada podrá cederse a terceros solamente en casos calificados, cuando falte personal idóneo, y que cuando la fiscalización pueda ser ejercida por universidades se preferirá a esos planteles de enseñanza superior si se hallan en igualdad de condiciones con particulares. Ése es el fundamento de la proposición.

Debo señalar que ello no dejó plenamente satisfecha a la directiva. Sus integrantes demostraron una tremenda madurez y responsabilidad en todos sus planteamientos, pero creemos estar proponiendo algo razonable, dado que se necesita, por un lado, alguna flexibilidad, pero, por el otro, constituyen aspectos muy sensibles, que deben ser bien fiscalizados.

Gracias.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Silva.

El señor SILVA.- Señor Presidente, en primer lugar, debo empezar lamentando la extremada urgencia que se asigna a una discusión tan compleja, respecto de un proyecto de tanta trascendencia.

## DISCUSION SALA

Y debo destacar que la magnitud de la normativa en estudio prácticamente nos ha impedido leer siquiera los informes, que fueron distribuidos...

**--(Aplausos en tribunas).**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Advierto al público que no se aceptan manifestaciones, y le pido respeto. Los asistentes son profesionales que conocen el tema en análisis, pero la discusión se lleva a cabo en el Senado. Se encuentran autorizados para concurrir, pero no tienen derecho a participar ni con esas expresiones ni con ninguna otra.

Por lo tanto, advierto que a la próxima demostración de esa naturaleza me veré en la obligación de hacer desocupar la tribuna, en virtud de una norma reglamentaria.

Puede proseguir el Honorable señor Silva.

El señor SILVA.- Señor Presidente, usted sabe que no es mi ánimo provocar este tipo de dificultades. Estoy simplemente observando un hecho que no deja de ser sorprendente, pero que no es la primera vez que se registra. Nos enfrentamos a la posibilidad de abordar sin el debido estudio un proyecto de la envergadura del que se ha sometido a nuestra consideración, por la sencilla razón de que los informes no llegaron a nuestro poder sino anoche. Y son textos que en forma alguna se podrían despachar con un relativo estudio de veinte o diez minutos, o menos.

Deseo precisar que la fiscalización, a la cual se hace referencia en general -y, por lo tanto, no se especifica si es de carácter técnico, médico o lo que sea-, ha sido establecida en Chile ya a nivel constitucional. No puedo dejar de recordar que el artículo 87 de la Carta específicamente dice relación a ella.

He escuchado con singular interés lo hecho presente por la Senadora señora Matthei, quien me merece siempre mucho respeto en el orden de las explicaciones que formula.

La señora MATTHEI.- ¿Me concede una interrupción, Su Señoría?

El señor SILVA.- Con todo agrado.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, si se mira la última columna de la página 2 del boletín comparado, se verá que el número 3 del artículo 4º se refiere a "La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarios y la sanción a su infracción cuando proceda, en materias tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias".

Entonces, de eso hablamos. No hay ninguna fiscalización médica, ni a los hospitales ni a los que dan acciones de salud, sino más bien se trata de normas de higiene ambiental.

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Recupera el uso de la palabra el Senador señor Silva.

El señor SILVA.- Señor Presidente, la verdad es que es muy poco lo que se aclara con lo que acabamos de escuchar.

En Chile la fiscalización se establece en general a nivel constitucional o a nivel legal. Esto de que la fiscalización se transfiera a entidades particulares es una tendencia que se observa desde hace muy poco tiempo a esta parte y que, en el fondo, conduce a algo que muchos personeros de partidos políticos hemos rechazado.

Pretender que la fiscalización simplemente se encomiende a entidades particulares significa ni más ni menos que traspasar por la vía reglamentaria parte de la función pública, la que puede ser de administración activa, fiscalizadora u otra.

No pretendo dar clases aquí, pero me sorprende que se aboque al Senado a discutir cuestiones de esta relevancia poco menos que en ayunas.

No quisiera pedir segunda discusión para una materia de esta trascendencia. Además, tengo dudas acerca de si reglamentariamente procede pedirla ahora. Si ello no fuera factible, me voy a abstener, dejando constancia de que, a mi juicio, la forma como se legisla no es aceptable.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Hago presente a Su Señoría que éste fue un acuerdo unánime de todos los Comités, incluido el de su partido. Y se estima que al adoptar una resolución de ese tipo cada Senador asume su propia responsabilidad para estudiar el proyecto y conocer cada uno de los artículos de que trata. De modo que espero que así lo hagan Sus Señorías.

Por lo demás, cuando votamos aquí, en el Senado, lo hacemos con pleno conocimiento de los temas. Y el que no crea tener ese pleno conocimiento está en su derecho de abstenerse o, sencillamente, de rechazarlos.

El señor SILVA.- No sé si corresponde solicitar segunda discusión, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Dada la urgencia con que viene calificado el proyecto, me parece que no estaríamos en condiciones de aceptarla.

Tiene la palabra el Senador señor Boeninger.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, sólo quiero corroborar el alcance del término "fiscalización" dado por la Senadora señora Matthei, lo cual debiera despejar las objeciones respecto de este artículo.

Por otro lado, tengo una duda en cuanto a la redacción de la última frase. No sé si escuché mal cuando la leyó el señor Secretario. Según lo aprobado por la Comisión de Salud, la última frase del número 3 del artículo 4º dice: "En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, el concurso deberá llamarlas en primer orden.".

## DISCUSION SALA

En la Comisión de Hacienda se estimó que eso podría introducir un elemento discriminatorio o arbitrario. En realidad, el texto aprobado expresa que se deberán considerar los contratos con un mayor factor de ponderación, con lo cual se salva esa discriminación.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene razón, señor Senador. En efecto, debemos pronunciarnos en definitiva respecto del último informe,...

El señor BOENINGER.- Lo relativo a esta última frase.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).-...que es el de la Comisión de Hacienda, que lo acogió en forma unánime.

El señor BOENINGER.- Así es.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Espina.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite plantear un asunto reglamentario, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si el Senador señor Espina está de acuerdo, no tendría objeción.

El señor ESPINA.- Por supuesto, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, puede ocurrir que respecto de varias normas haya discrepancia de concepto o de redacción entre el texto aprobado por la Comisión de Salud y el despachado por el de la de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se votará lo propuesto por la Comisión de Hacienda.

El señor VIERA-GALLO.- En ese caso, quienes quisiéramos votar por el texto de la Comisión de Salud tendríamos que pronunciarnos en contra de lo sugerido por la de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En cada oportunidad se indicará cómo debe votarse, porque -como se dijo- existe discrepancia entre lo aprobado por una y otra Comisión.

Tiene la palabra el Honorable señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, en primer lugar, me hago cargo de lo señalado por el Senador señor Silva, desde dos perspectivas distintas.

El artículo que nos ocupa es igual al que se aprobó cuando se discutió en general el proyecto hace ya varios meses.

Además, esta iniciativa lleva un año de tramitación en el Senado.

Pero no quisiera que se argumentara con posterioridad que los Senadores no tuvieron tiempo para leer y analizar el proyecto.

Por consiguiente, si el Honorable señor Silva cree que necesita más tiempo para estudiarlo, los Senadores de Renovación Nacional nos allanamos absolutamente a esa posibilidad.

Respecto de un proyecto de esta importancia, en el que algunos hemos trabajado intensamente durante un año, quiero decir

## DISCUSION SALA

que se ha permitido la asistencia permanente a quienes han querido participar en las sesiones. La Comisión de Salud del Senado nunca cerró las puertas a nadie. ¡Nunca! Y lo saben todas las personas con interés en esta materia.

Sin embargo, reitero que si el Senador señor Silva argumenta que necesita más tiempo para su análisis, porque el informe le fue entregado ayer, solicito segunda discusión, señor Presidente. Le pido porque no quiero que al Senado se le acuse -soy Senador y respeto mi trabajo- de aprobar una normativa entre gallos y medianoche.

Entonces, como se trata de una iniciativa compleja, habrá ocasión de estudiarla mañana y el fin de semana y, en la sesión siguiente, de despacharla íntegramente. Y esto debe ocurrir, en todo caso, en el transcurso de este mes.

Por lo tanto, estoy llano, sin ningún inconveniente, a que, si el Honorable señor Silva estima que el texto debe estudiarse más exhaustivamente, así se haga, con el objeto votarlo en particular en los días siguientes.

Ésta es la posición de Renovación Nacional.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Senador Ominami.

El señor OMINAMI.- Señor Presidente, respecto de esta controversia, deseo decir que nuestra tarea como Senado es sacar adelante buenas leyes y no hacerlo de manera rápida.

En la Comisión de Hacienda destinamos cuatro sesiones a la discusión de este proyecto. Nos reunimos un miércoles, un viernes, un lunes y el martes siguiente. Eso representa más o menos 14 horas de trabajo.

Desde este punto de vista, yo respondo por la Comisión de Hacienda en su conjunto, ya que hizo su trabajo y revisó uno a uno los distintos artículos de la iniciativa.

Quienes integramos dicha Comisión, conocemos bastante bien los alcances de las distintas normas propuestas.

El señor BOENINGER.- ¿Me permite, Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Parra.

El señor PARRA.- Señor Presidente, no está en el ánimo del Honorable señor Silva -y así me lo ha hecho saber en este minuto- provocar que la iniciativa tenga segunda discusión, ni ningún entorpecimiento a su despacho, máxime si se considera que ha sido largamente esperada por la ciudadanía y su trascendencia para el futuro del país.

Estamos haciendo dos tipos de reservas.

La primera se refiere a que nadie en la Sala puede dejar de compartir que, desgraciadamente, el despacho de esta normativa se está efectuando en condiciones no óptimas para el trabajo que corresponde a cada uno. El informe de la Comisión de Hacienda fue



## DISCUSION SALA

distribuido recién ayer en la tarde. En cuanto al comparado, lo hemos recibido al comenzar esta sesión. Ciertamente, una materia de esta naturaleza hacía deseable que hubiéramos contado con un tiempo más extenso para conocer las enmiendas introducidas.

En segundo término, junto con el Honorable señor Silva -a pesar de que la disposición en debate se aprobó unánimemente por la Comisión de Hacienda, pedimos formalmente votarla en forma separada.

Y, atendida la trascendencia de traspasar la fiscalización a instituciones privadas, con lo cual no estamos de acuerdo, no obstante el carácter marcadamente excepcional que se le da en el texto, desde ya anunciamos que nos abstendremos.

El señor ROMERO.- Señor Presidente, pido la palabra.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se ha originado un debate sobre un tema que creo que hay que cerrar. Voy a dar la palabra a dos Senadores: los Honorables señores Núñez y Romero.

El señor ROMERO.- ¡Pero cómo!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Me habían pedido la palabra...

El señor ROMERO.- Pero en el orden en que la pidan los Senadores. Y la había pedido yo.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- La solicitó primero el Honorable señor Núñez.

El señor ROMERO.- ¡No señor!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Núñez y después el Senador señor Romero.

El señor ROMERO.- Reclamo, señor Presidente,...

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Muy bien. Dejo constancia del reclamo.

El señor ROMERO.-...porque le consta a la Sala que estamos pidiendo la palabra desde hace ya un instante.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Yo le digo que primero me la pidió el Honorable señor Núñez.

Tiene la palabra el Senador señor Núñez.

El señor ROMERO.- Es una mala costumbre de la Presidencia.

El señor NÚÑEZ.- No hay ningún interés...

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¡No es mala costumbre, Senador! ¡Le pido por favor respeto a la Presidencia!

El señor ROMERO.- ¡Le estoy pidiendo respetar a los Senadores!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Usted tiene que respetar la Presidencia.

El señor ROMERO.- ¡No señor!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¡Por favor!

Tiene la palabra el Senador señor Núñez.

El señor ROMERO.- ¡Es la tercera vez esta semana!

El señor NÚÑEZ.- Al parecer estamos...

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¡Respete a la Presidencia, señor!

## DISCUSION SALA

El señor ROMERO.- ¡Es la tercera vez esta semana!

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, al parecer éste es un día particularmente agitado.

No corresponde a la tradición del Senado que nos disputemos el uso de la palabra. Yo no tengo ningún problema en que primero haga uso de ella el Senador señor Romero.

Solamente quiero manifestar, en nombre del Comité Socialista, que, dadas las críticas y observaciones que acaba de señalar el Honorable señor Silva, lo consecuente y lo realista es pedir segunda discusión.

Por lo tanto, a pesar de que reglamentariamente no procede, solicito a la Mesa que de todas maneras haga uso de su facultad.

Estamos de acuerdo con la segunda discusión; somos partidarios de analizar con detención el proyecto; no queremos que nuevamente se acuse al Senado y a sus Comisiones de que no han trabajado bien.

Tengo la más absoluta certeza de que las Comisiones de Salud y de Hacienda han cumplido su labor correctamente, como asimismo otras que han tratado proyectos de ley particularmente complejos sobre los cuales también se ha dicho que no los hemos leído ni estudiado oportunamente.

Dadas esa situación y la complejidad de la iniciativa, en nombre de nuestro Comité, solicito segunda discusión.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Romero.

El señor ROMERO.- Señor Presidente, deseo reafirmar lo expresado por el señor Senador que me precedió en el uso de la palabra y por el Honorable señor Espina, quienes han sido extraordinariamente claros en destacar que el Senado no está dispuesto a debatir una materia sobre la cual algunos Senadores estiman que no ha habido el tiempo suficiente para analizarlo.

Espero que de una vez por todas se entienda que el Senado de la República es una corporación seria y responsable, y que no estamos dispuestos a pagar el precio de poner en debate la normativa y después se diga que no hubo espíritu para acoger la solicitud de segunda discusión. Creo que aquí cada uno debe asumir su responsabilidad.

Por lo tanto, formalmente pido segunda discusión.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Boeninger.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, el Senador señor Parra señaló que no era el ánimo del Honorable señor Silva, quien inició este debate, solicitar segunda discusión.

## DISCUSION SALA

Creo que los itinerarios son estrechos, que la discusión ha sido larga y exhaustiva, y personalmente no me parece adecuado prolongar los plazos.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, en primer lugar, consulto a la Mesa si va a acceder a lo que reglamentariamente corresponde.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si Su Señoría me lo pregunta, creo que debemos buscar una salida reglamentaria al punto.

Hubo un acuerdo unánime adoptado por todos los Comités. Pero, por supuesto, es revocable por otro equivalente.

Por lo tanto, si los Comités -espero que todos sus representantes se encuentren en la Sala- dan su asentimiento unánime, automáticamente puedo dejar sin efecto lo resuelto con anterioridad.

Ésa sería la única fórmula reglamentaria aplicable.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, le hice la pregunta porque, independientemente de su respuesta, pienso que estamos frente a tres elementos.

El primero se refiere al derecho natural, evidente y consagrado entre nosotros de que cualquier Senador que estime no haber estudiado un proyecto con la suficiente profundidad tiene derecho a pedir segunda discusión. Y en esta bancada vamos a respetar esa prerrogativa, porque forma parte de la tradición del Senado. Por lo tanto, en ese sentido no hay ninguna objeción.

Segundo, se ha señalado que habría que pedir segunda discusión porque el proyecto no ha sido suficientemente conocido. No comparto esa aseveración. Debo mencionar, con franqueza, que he tenido complicaciones con mi permanencia en la Comisión de Salud y, también, con la forma como hemos tramitado el proyecto. Pero eso es muy distinto que afirmar que el proyecto no ha tenido la tramitación adecuada ni el conocimiento respectivo ni una permanente discusión intra y extra parlamentaria, incluso realizada públicamente.

Algunos Senadores tienen una posición respecto de la iniciativa; otros, una distinta. Ésa es otra materia. Pero, para conocimiento de los señores Senadores que no han participado en la Comisión, la verdad es que el proyecto ha sido discutido hasta la saciedad.

Ha surgido la información de que diversos sectores gremiales -y lo digo con mucha claridad- estiman que no han sido considerados en la discusión. Ése es un tema ajeno al trabajo del Senado. El Senado estudió la materia con la suficiente latitud como para estar tranquilos, sin perjuicio del derecho que asiste a los Senadores y que destaqué en primer lugar.

Tercero, si enviamos nuevamente el proyecto a la Comisión, porque ése el efecto de pedir segunda discusión...

## DISCUSION SALA

El señor ESPINA.- ¡No es eso, señor Senador!

El señor NÚÑEZ.- ¡No!

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Muy bien, entonces la segunda discusión se hará durante la próxima semana o mañana, según corresponda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Señor Senador, reglamentariamente sólo cabe el aplazamiento de la votación y no la segunda discusión porque tendríamos que terminar la primera. Ésa es la sugerencia concreta y precisa de acuerdo con el Reglamento.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Quiero aclarar mis dichos. Yo entiendo que la segunda discusión es aquella que se hace después de la primera. Sin embargo, en términos generales, en el Senado siempre se ha entendido que la segunda discusión se pide porque no se quiere hacer la primera.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Efectivamente. Habría que terminar la primera discusión y después comenzar la segunda.

¿Pero para qué seguimos discutiendo semánticamente si la solución consiste en aplazar la discusión?

Tiene la palabra el Senador señor Arancibia; después el Honorable señor Novoa.

El señor ARANCIBIA.- Señor Presidente, como representante del Comité Unión Demócrata Independiente, quiero señalar que estamos absolutamente abiertos a la proposición formulada y que no tenemos ningún apuro frente al tema. Creemos que la materia nos debiera demandar mayor tiempo de análisis y revisión.

No concuerdo con el Senador señor Ruiz-Esquide, en cuanto al nivel de información que manejamos los Senadores que no hemos participado en el debate de las Comisiones.

El informe de la Comisión de Hacienda, que hemos recibido hoy y sobre el cual no tengo ninguna duda de que es estupendo, fue emitido con fecha 14 de enero de 2004. Es imposible haberlo leído entre ayer y hoy.

En consecuencia, como Comité UDI no solamente concordamos con el aplazamiento de la discusión, sino que lo consideramos absolutamente necesario para dar la seriedad y el respaldo que se merece a una iniciativa como ésta.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Novoa.

El señor NOVOA.- Señor Presidente, deseo precisar que el acuerdo de los Comités obedeció a que, tanto la Comisión de Hacienda como la de Salud, solicitaron que el proyecto fuera despachado en una sesión, porque su debate había sido largo, y su aprobación, prácticamente unánime.

Obviamente, no tenemos ningún inconveniente en cambiar esa resolución, de manera que todos los Senadores tengan la posibilidad de leer la iniciativa consignada en el informe de la Comisión.

## DISCUSION SALA

Sin embargo, quiero dejar constancia de que la decisión de los Comités no fue inconsulta, sino que respondió a la petición de dos Comisiones. Esto es, diez Senadores; o sea, prácticamente la cuarta parte del Senado.

Si un Senador -no es necesario que sea más de uno-, plantea la necesidad de leer y analizar en detalle el proyecto, nosotros debemos acceder a esa petición y dejar sin efecto el acuerdo de los Comités.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Conforme al artículo 131 del Reglamento, lo que procede es aplazar la discusión del asunto, entendiendo que los Comités han dado su acuerdo unánime para revocar la resolución anterior.

Por lo tanto, si no hay oposición, así se procederá.

Acordado.

Según lo dispuesto por el Reglamento, corresponde fijar fecha para el tratamiento del proyecto. De acuerdo con sus facultades, la Mesa había citado a sesión extraordinaria para el martes 20 del mes en curso de 12 a 14 horas. Por lo tanto, adelantaré la hora de su de inicio a las 10:30, con el objeto de discutirlo y despacharlo en los términos acordados.

Si le parece a la Sala, se procederá en esa forma.

El señor NÚÑEZ.- Siempre y cuando puedan funcionar las Comisiones citadas para ese día.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No habría problema. El proyecto sobre autoridad sanitaria no contiene normas cuya aprobación requiera quórum especial, de manera que los Senadores podrían parearse.

La señora MATTHEI.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Diga, señora Senadora.

La señora MATTHEI.- Me llama un poco la atención que la solicitud recién formulada provenga de uno de los señores Senadores que pidieron aplazar la discusión.

Si el proyecto es tan importante que algunos quieren leerlo entero, no veo el sentido de que lo hagan si después no van a estar en la Sala cuando se voten sus disposiciones.

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, ...

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Evitemos discusiones de orden personal.

El señor NÚÑEZ.- La Mesa llamará a los Senadores como normalmente lo hace. Pero nosotros hemos leído el proyecto, lo conocemos y lo vamos a votar.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No habrá problema.

Eso sí, espero que exista el quórum necesario para adoptar acuerdos.

Bien.

Resuelto el tema, pasamos al siguiente punto de la citación.

## DISCUSION SALA

**NUEVA LEY DE MATRIMONIO CIVIL**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Corresponde continuar con la discusión particular del proyecto que establece una nueva Ley de Matrimonio Civil, con segundo informe de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento.

**--Los antecedentes sobre el proyecto (1759-18) figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:**

**Proyecto de ley:**

**En segundo trámite, sesión 34ª, en 10 de septiembre de 1997.**

**Informes de Comisión:**

**Constitución, sesión 11ª, en 9 de julio de 2003.**

**Constitución (segundo), sesión 19ª, en 16 de diciembre de 2003.**

**Discusión:**

**Sesiones 12ª, 16ª y 17ª en 15 y 30 de julio; 18ª, 19ª, 20ª, 21ª, 23ª, 24ª y 25ª, en 5, 6, 12 y 13 de agosto de 2003 (queda pendiente su discusión general); 26ª, en 13 de agosto de 2003 (se aprueba en general); 22ª; 24ª; 27ª y 28ª, en 6, 7, 13 y 14 de enero de 2004 (queda pendiente su discusión particular).**

El señor HOFFMANN (Secretario).- Los Senadores señores Gazmuri, Núñez, Pizarro, Viera-Gallo, Cordero, Carmen Frei, Páez, Ominami, Parra, Boeninger, Flores, Zurita, Ávila, Lavandero, Silva y Muñoz Barra han renovado la indicación N° 90, que tiene por objeto agregar tres nuevos incisos al artículo 24 de la nueva Ley de Matrimonio Civil, que dicen:

"En el caso del inciso precedente, el cese de convivencia tendrá fecha cierta a partir de la notificación de la demanda.

"Si no mediare acuerdo, cualquiera de los cónyuges podrá dejar constancia del cese de la convivencia en cualquiera de los instrumentos señalados en las letras a) y b) del artículo 23. Asimismo, podrá dejarse constancia mediante acta extendida ante Carabineros de Chile.

"La notificación por ministro de fe de cualquiera de estos instrumentos, no objetada dentro de 30 días, otorgará fecha cierta al cese de la convivencia. Habiendo objeción, se procederá conforme a lo previsto en los artículos 27 y siguiente, recayendo el peso de la prueba sobre quien solicitó la notificación."

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión la indicación renovada.

Tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, en los incisos propuestos se plantean dos ideas. La primera se refiere a la constancia en

## DISCUSION SALA

Carabineros del hecho de la separación. Y la segunda corresponde a la objeción de la notificación por parte de quien sea notificado.

Voy a pedir votación separada con respecto a esto último, porque considero que abrir un litigio para determinar si una pareja está separada o no es judicializar un problema que sólo se resolverá a propósito del juicio a que dé origen la demanda de separación judicial o de divorcio.

Por lo tanto, pido votar aparte la segunda idea contenida en la indicación. Soy partidario de que se pueda dejar constancia del cese de la convivencia en Carabineros, pero estimo un error levantar todo un juicio sobre esta materia.

Además, el asunto aparece resuelto en el inciso segundo del artículo 26, respecto del cual, junto a los Senadores señores Chadwick y Espina, también he presentado solicitud para votar separadamente la frase "y los cónyuges no tuvieren hijos", con el objeto de eliminarla. Según dicho precepto, en caso de que no mediara acuerdo entre los cónyuges, la notificación operaría como fecha cierta, pero sin dar la posibilidad de iniciar un litigio sobre el particular.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Boeninger.

El señor BOENINGER.- Sólo deseo confirmar lo que acaba de decir el Senador señor Viera-Gallo.

En realidad, habría que retirar el tercero de los incisos propuestos en la indicación, pues el tema que allí se plantea está mejor resuelto en el artículo 26. Si eso no se puede hacer, no quedaría otra alternativa que votarlo separadamente, con el fin de rechazarlo, y resolver el asunto de la notificación y la constancia en Carabineros.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Fernández.

El señor FERNÁNDEZ.- Señor Presidente, independientemente de las razones que hayan motivado la indicación, no considero que sea procedente dejar constancia en Carabineros de un hecho familiar o relacionado con el matrimonio. No me parece un sistema adecuado. Aquí no se trata de delitos, ni de accidentes del tránsito, ni de ninguna cosa de ese tipo. No creo que la mejor forma de acreditar una separación sea la de una constancia ante una institución que, además, ya tiene suficiente trabajo y responsabilidades como para estar recibiendo más cargas u obligaciones. Carabineros debe preocuparse de la seguridad, que es uno de los problemas más importantes en el país.

El señor BOENINGER.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador, para hacer una aclaración?

El señor FERNÁNDEZ.- Con la venia de la Mesa, no tengo inconveniente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Boeninger.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, la constancia en Carabineros se plantea pensando en los grandes sectores de la población, los más

## DISCUSION SALA

modestos y de menores recursos, que tradicionalmente realizan sus denuncias a través de ese medio. Para que la norma sea eficaz respecto de esas personas, pienso que la notificación y el acta extendida por la policía uniformada pueden ser una buena solución.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Recupera la palabra el Honorable señor Fernández.

El señor FERNÁNDEZ.- Yo considero que Carabineros cumple otro rol, otras funciones. No corresponde dejar constancia de asuntos familiares ante sus dependencias. Los problemas de seguridad, como digo, son bastante más importantes. De lo contrario, el funcionario policial tendrá que destinar un tiempo precioso para otorgar documentos, de los cuales luego se pedirán copias, etcétera.

No me parece que ése sea el procedimiento adecuado para resolver una situación de esta naturaleza. Sería mejor buscar otro tipo de mecanismos o pensar en funcionarios distintos para ese efecto, pero en ningún caso en Carabineros. La falta de seguridad que estamos viviendo no hace recomendable agregarle más funciones u obligaciones, ni recargar a esa institución con tareas que, como en este caso, pueden ser muy frecuentes.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Moreno.

El señor MORENO.- Señor Presidente, esta materia la discutimos en la Comisión, donde no se estimó conveniente por algunas de las razones que aquí se han entregado.

Sin embargo, quiero agregar nuevos antecedentes que surgieron ayer en el debate de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento.

Se estaba discutiendo el proyecto sobre tribunales de familia, donde hay un capítulo completo dedicado a violencia intrafamiliar, y precisamente en ese tema quedó establecido el tipo de constancia de estos hechos ante Carabineros y el modo de llevarla a cabo, con el objeto de que forme parte de un eventual proceso judicial.

Tenemos conciencia de que en la aplicación de la reforma procesal penal existe un problema de procedimiento en Carabineros. He recibido información respecto de que, en muchos lugares, los agentes policiales ya no reciben instrucciones del oficial superior directo -el teniente o el capitán-, sino del fiscal, debiendo realizar acciones, como sacar una fotocopia, de su propio peculio, situación bastante curiosa y anómala, y que ocurre en la actualidad.

Por lo tanto, es complicado entregar a Carabineros esta función.

Si se produce un hecho de violencia intrafamiliar -un golpe, por ejemplo-, lo primero que hará la persona afectada es efectuar la denuncia en la comisaría más cercana. Entonces, se le preguntará a qué va: si se trata del cese de la convivencia, de una separación de hecho, de un golpe o de qué. Con esto vamos a entrar



## DISCUSION SALA

en una discusión que -como éste efectivamente será un documento de prueba- desaconsejo absolutamente y me declaro partidario de separar estas instancias.

El problema de seguridad es uno y el de violencia intrafamiliar, otro. Pero una constancia que da cuenta del término de una convivencia -por ejemplo, los cónyuges separaron habitación- se puede hacer en el Registro Civil. Cabe recordar que este organismo está habilitado para operar en línea prácticamente en todas las comunas y, también, en las localidades pequeñas.

En consecuencia, estimo que esta indicación renovada no es conveniente.

He dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, en primer lugar, esta indicación -salvo que me haya confundido en el cambio entre el proyecto de salud anterior y éste- no tiene que ver con el contenido del artículo 24.

Consulto a la Mesa si estamos viendo la indicación número 90, que se refiere a este artículo.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Así es.

El señor ESPINA.- Entonces, siento que ella debiera estar vinculada al artículo 26, que alude al punto en discusión, al disponer que "El cese de la convivencia tendrá también fecha cierta a partir de la notificación de la demanda, en el caso del artículo 24."

Este último, en cambio, dice: "A falta de acuerdo, cualquiera de los cónyuges podrá solicitar que el procedimiento judicial que se sustancie", etcétera.

Por lo tanto, desde ya considero que esta indicación debe rechazarse por su mala ubicación.

En segundo término, el artículo 26, al que yo creo que debería hacer referencia la indicación, está bien, pero queda mejor con la corrección que planteó, con toda razón, el Honorable señor Viera-Gallo, en la indicación N° 93. Ésta no sólo establece como fecha cierta la que consta en algunos de los documentos del artículo 23 (escritura pública, acta extendida ante Oficial del Registro Civil), sino también la de notificación de la demanda. Ello, para exigir las prestaciones (tuición de los hijos, pensión de alimento) que emanen del conflicto. Porque, si no, una persona perfectamente podría recurrir a un notario y pedir que notifique la demanda, dando cuenta del cese de la convivencia, decisión que también debiera protocolizarse.

Por ello, esta indicación, que comparto, es correcta.

En conclusión, señor Presidente, soy partidario de rechazar la indicación renovada que nos ocupa y acoger la relativa al artículo 26.

Por otra parte, me parece absolutamente injustificado encomendar a Carabineros la labor señalada, pues la Institución no está para que todos los días se vaya a dejar constancia de cualquier

## DISCUSION SALA

cosa. Más aún, si luego tendrá que entrar a la discusión de si efectivamente se hizo o no lo consignado en tal o cual oportunidad.

Lo correcto es que esto se haga ante un ministro de fe, que puede ser un notario o un receptor judicial, y que la resolución emanada se lleve a la notaría respectiva para que se protocolice, tal como se hace con otros documentos. Ese acto le da fecha cierta y se acaba la discusión.

Finalmente, respecto de lo que ocurriría si una persona denuncia que efectivamente alguien se fue de la casa, sinceramente pido que se resuelva en el tercer trámite o en la Comisión Mixta, porque a este proyecto todavía le queda mucho tiempo de debate. De manera que no me agotaría con esta alternativa, que sé que ha preocupado mucho al Senador señor Boeninger.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra Honorable señor Cordero.

El señor CORDERO.- Señor Presidente, seré muy breve.

Quiero colaborar en la discusión sobre la conveniencia de dejar la constancia en Carabineros.

Lo primero que deseo recordar es que hay cuarteles policiales en todos los pueblos de Chile, lo que constituye una facilidad para la gente.

En segundo lugar, una constancia tan pequeña como ésta en nada perjudica el actuar policial.

Por último -y es lo más importante-, existe seriedad en el procedimiento. El sistema que utiliza la Institución es de tal naturaleza inviolable que otorga seguridad al acto de dejar constancia, pues después no es posible cambiar ni la fecha ni el lugar registrados.

Si queremos dar facilidades a la gente, esta constancia debe hacerse en Carabineros.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Salvo que la Sala permita hacer la corrección pertinente, la Mesa estima que la indicación está mal formulada.

El señor OMINAMI.- Señor Presidente, la solución es muy simple. Efectivamente la indicación debe referirse al artículo 26 y no al 24. De eso se trata y habría que asumirlo así, ya que dicho precepto alude a las formas de constancia y del establecimiento de la fecha cierta.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Habría acuerdo de la Sala para aceptar esa corrección?

El señor LARRAÍN.- Es sólo una cuestión formal.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra, señor Senador.

El señor VIERA-GALLO.- Todo sería más claro si nos pronunciamos acerca de dejar o no la constancia en Carabineros, y después el señor Secretario ubica la norma donde corresponda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Ya veremos cómo lo resolvemos.

## DISCUSION SALA

¿Habría acuerdo, entonces, en referir la indicación N° 90 al artículo 26?

**--Aprobado.**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Como sugirió uno de los señores Senadores que suscribió la indicación, queda retirada de la misma el inciso tercero.

Restaría resolver sobre los dos primeros incisos, que tratan sobre la constancia ante Carabineros.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, hay involucrada una cuestión de coherencia.

La lógica sobre la cual discurre el proyecto es que se notifique a la persona. Si se deja constancia en Carabineros, ¿qué se va a notificar?

Esto significa que el artículo está absolutamente incompleto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Por eso lo vamos a votar, señor Senador.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, parece que no me he explicado bien.

El fundamento de esta norma radica en la existencia de una notificación. Entonces, quiero saber por qué vamos a aprobarla. ¿Significa que Carabineros notificará a quien corresponda? ¡No! Por lo tanto, la indicación está incompleta. Si se aprueba, tendremos a los funcionarios policiales notificando la constancia.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Hago presente que, además de la indicación que estamos discutiendo, están las signadas con los números 91 y 92, las que fueron renovadas por varios señores Senadores que también firmaron la número 90.

Esas dos indicaciones se refieren al mismo tema, y tienen por objeto sustituir el inciso segundo del artículo 26 por el siguiente: "Asimismo, hará fecha cierta del cese de la convivencia, la constancia de la separación de hecho efectuada por uno de los cónyuges ante la unidad de Carabineros de Chile correspondiente al domicilio común."

Por lo tanto, el resultado de la votación respecto a si se deja o no constancia en Carabineros determinará la suerte de estas tres indicaciones (N°s 90, 91 y 92).

Tiene la palabra el Senador señor Frei.

El señor FREI (don Eduardo).- Señor Presidente, en la Comisión Especial de Seguridad Ciudadana estamos trabajando, entre otras materias, para quitarle funciones a Carabineros, a fin de que se dedique a la seguridad pública y no a otras cosas. En consecuencia, creo que aquí estamos metiendo a la Institución en un lío mayor.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Quienes estén en contra por esa razón, votan que no.

Tiene la palabra el Honorable señor Zurita.

El señor ZURITA.- Señor Presidente, se habla de notificar la constancia, pero eso es un error.

## DISCUSION SALA

¿En qué consiste la constancia? Es el elemento sustancial de la futura demanda de divorcio. Se trata de que alguien hace una prueba preconstituida. La esposa o el marido concurre a la comisaría y dice: "Ayer abandonó el hogar fulano o fulana a tal hora". Y esa constancia queda ahí.

El día que se inicie el juicio de divorcio, se invoca este registro como prueba. No es necesario notificar a nadie que se fue el marido. No se notifica. Es sólo una causal de divorcio.

Y algunos señores Senadores se han ido por las ramas, llegando a la interpretación de "querer notificar la constancia" con el fin de plantear que ésta es muy difícil y que va en contra de las normas de seguridad de Carabineros, en circunstancias de que el oficial de guardia recibe a la persona y consigna en el libro lo siguiente: "A tal hora compareció fulano de tal y dijo tal cosa". ¡Listo! Y eso no se altera.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Para qué discutir más si todos sabemos cuál es el alcance de la norma y cada uno tiene su criterio?

El señor OMINAMI.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría.

El señor OMINAMI.- A mi juicio, no está totalmente claro el alcance. Comprendo la preocupación de algunos señores Senadores por liberar a Carabineros de responsabilidades. Pero creo que es muy importante elaborar una ley que sea práctica, para que la gente más modesta tenga también la posibilidad de acceder a ella.

Evidentemente, efectuar el trámite ante Carabineros hace mucho más expedito el funcionamiento de la normativa, en lugar de que las personas concurren a un número muy limitado de instituciones -como el Registro Civil- a dejar constancia.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Me parece que se ha argumentado bastante sobre el particular. Por lo tanto, cada señor Senador debería tener la convicción de lo que votará.

¿Habría acuerdo para realizar votación económica?

El señor OMINAMI.- ¡No, señor Presidente, que sea nominal!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Entonces, se procederá a votar las indicaciones números 91 y 92, porque en éstas se encuentra subsumida la número 90.

El objetivo de ellas es sustituir el inciso segundo del artículo 26 por el siguiente: "Asimismo, hará fecha cierta del cese de la convivencia, la constancia de la separación de hecho efectuada por uno de los cónyuges ante la unidad de Carabineros de Chile correspondiente al domicilio común."

El señor HOFFMANN (Secretario).- En consecuencia, quedaría retirada la número 90.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En votación.

**--(Durante la votación).**

## DISCUSION SALA

El señor HOFFMANN (Secretario).- Acabo de consignar la votación negativa del Senador señor Adolfo Zaldívar, y tengo entendido, salvo error, que está pareado con el Honorable señor Horvath.

El señor ZALDÍVAR (don Adolfo).- Si él dice que estoy pareado...

El señor HOFFMANN (Secretario).- Es un pareo registrado en Secretaría, señor Senador.

El señor ZALDÍVAR (don Adolfo).- No lo sabía.

El señor ROMERO.- Ha sido levantado el pareo, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Por otro lado, el Honorable señor Bombal ha aclarado a la Mesa que estaba pareado con el Senador señor Foxley. Sin embargo, ello no tiene incidencia en el resultado de la votación.

El señor HOFFMANN (Secretario).- ¿Algún señor Senador no ha emitido su voto?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Terminada la votación.

**--Se rechazan las indicaciones (19 votos contra 11, una abstención y un pareo)**

**Votaron por la negativa** los señores Arancibia, Bombal, Canessa, Cantero, Coloma, Chadwick, Espina, Fernández, Frei (doña Carmen), Frei (don Eduardo), Larraín, Martínez, Matthei, Moreno, Novoa, Orpis, Romero, Sabag y Vega.

**Votaron por la afirmativa** los señores Boeninger, Cordero, Flores, Gazmuri, Ominami, Parra, Silva, Stange, Viera-Gallo, Zaldívar (don Andrés) y Zurita.

**Se abstuvo** el señor García.

**No votó, por estar pareado,** el señor Zaldívar (don Adolfo).

El señor HOFFMANN (Secretario).- En seguida, corresponde ocuparse en el artículo 26, que dice:

"El cese de la convivencia tendrá también fecha cierta a partir de la notificación de la demanda, en el caso del artículo 24.

"Asimismo, habrá fecha cierta, si no mediare acuerdo y los cónyuges no tuvieren hijos, desde que se notifique por ministro de fe aquel de los instrumentos señalados en las letras a) y b) del artículo 23 en el cual se hubiere dejado la constancia del cese de la convivencia."

El Honorable señor Viera-Gallo ha solicitado votar separadamente la frase "y los cónyuges no tuvieren hijos".

El señor VIERA-GALLO.- Lo hice junto con los Senadores señores Espina y Chadwick.

La explicación de la indicación es muy simple, señor Presidente: cuando no hay acuerdo respecto de la fecha cierta, no es posible discriminar en la norma si hay o no hay hijos. Se trata sencillamente de dejar consignada la fecha cierta.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Habría acuerdo para eliminar la mencionada frase?

El señor MARTÍNEZ.- ¿Me permite hacer una consulta, señor Presidente?

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Sí.

El señor MARTÍNEZ.- ¿Cuál fue la idea original al plantear la frase "y los cónyuges no tuvieren hijos"? A lo mejor, existe una confusión en tal sentido.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Chadwick.

El señor CHADWICK.- Señor Presidente, la idea original se estructura sobre la base de que se desea vincular la fecha cierta a la existencia de un acuerdo, para los efectos de regular las materias relacionadas con los hijos, como pensión alimenticia y otras.

Por lo tanto, hay dos caminos: o surge un acuerdo, y eso determina la fecha cierta; o se demanda, lo que también la fija.

Pero, ¿qué puede ocurrir? Que haya parejas que decidan voluntariamente resolver sus problemas sin necesidad de recurrir a la justicia. Entonces, si la determinación de la fecha sólo se puede hacer por la vía de la demanda o ésta constituye una de las dos opciones, ¿para qué exigir la judicialización si algunas personas están de acuerdo en establecer la fecha cierta a través de un instrumento?

Ése es el objetivo que se persigue.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Zurita.

El señor ZURITA.- Señor Presidente, creo que nos encontramos ante el "divorcio por común acuerdo". ¿En qué sentido habría acuerdo? ¿En la fecha de separación? Siendo así, el marido podría ponerse de acuerdo con su mujer y declarar que la separación tiene cuatro años de existencia.

El señor CHADWICK.- No, porque el trámite se hace ante el oficial del Registro Civil, que es ministro de fe.

El señor ZURITA.- Pero la disposición dice claramente: "Asimismo, habrá fecha cierta, si no mediare acuerdo...". A contrario sensu, eso significa que habrá fecha cierta cuando exista acuerdo.

Me gustaría que fuera explicado ese punto.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, el artículo 23 dispone que el acuerdo debe constar por escrito. ¿Acuerdo en cuanto a qué? A que ha cesado la convivencia; que se ha producido la separación.

Si no hay acuerdo respecto de ese punto -o sea, cuando la declaración de separación es unilateral y sólo uno de los cónyuges da a conocer haberse separado y el otro niega el hecho, alegando que lo visita, que hay convivencia circunstancial-, en tal caso, puede haber demanda, o dejarse una constancia unilateral por escritura pública o acta protocolizada ante notario o el oficial del Registro Civil. Ello bastará para fijar la fecha cierta.

## DISCUSION SALA

Ocurre que hay discriminación entre las parejas con hijos y las que no los tienen. Como sostuvo el Senador señor Chadwick, se pretende resolver el problema de ambos casos. Pero hay situaciones en que las personas se separan aunque tengan hijos, y que arreglan sus dificultades sin necesidad de demanda. Si un hombre abandona la casa, paga los alimentos de sus hijos y los visita con regularidad, ¿de qué lo va a demandar su mujer? En tal caso, bastaría que dejase la constancia.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, en mi concepto, podemos estar cometiendo un error no en la indicación, sino en lo siguiente -pido que analicemos bien la situación-: el artículo 23 se pone en la hipótesis de que existe acuerdo. Señala que éste puede constar por escritura pública o por acta protocolizada ante notario pública; por acta extendida ante un oficial del Registro Civil, y por transacción aprobada judicialmente. Ello se enmarca en la lógica de un acuerdo. De modo que existen tres hipótesis.

Por su parte, el artículo 26 se refiere a los casos en que no hay acuerdo. El inciso primero dice que cuando así sucede y se quiere dejar fecha cierta, ésta corresponde al momento de notificarse la demanda. Ahí se entiende que existe fecha cierta.

La duda del Senador señor Viera-Gallo consiste en qué ocurre si una persona no tiene acuerdo y no quiere demandar. Porque hay mucha gente que no desea hacerlo, pero quiere dejar constancia de su fecha cierta. Por eso, suprimimos la expresión "y no tuvieron hijos", ya que parecía arbitrario hacer esa distinción. Sólo se podía notificar cuando no había hijos y no cuando los había. Por lo tanto, propusimos suprimir tal expresión.

El problema es que el inciso segundo del artículo 26 quedaría del siguiente tenor: "Asimismo, habrá fecha cierta, si no mediare acuerdo, desde que se notifique por ministro de fe aquel de los instrumentos señalados en las letras a) y b) del artículo 23". Pero tales documentos parten del supuesto que hubo acuerdo. Entonces, ¿cómo se va a notificar la demanda en tal caso?

Estamos frente a la hipótesis de que no hay acuerdo. Por lo tanto, los documentos citados en las letras a) y b) no existirían.

El señor NOVOA.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

El señor ESPINA.- Con mucho gusto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Con la venia de la Mesa, tiene la palabra Su Señoría.

El señor NOVOA.- Señor Presidente, la voluntad unilateral se manifiesta a través de un instrumento referido, que es escritura pública o constancia ante un oficial del Registro Civil. Y eso se notifica.

El señor CHADWICK.- Sin el encabezado.

El señor NOVOA.- Creo que figura así.

## DISCUSION SALA

El señor ESPINA.- Ésa es la interpretación.

El señor NOVOA.- Uno de los cónyuges puede expresar su voluntad a través de cualquiera de los instrumentos.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, tiene razón el Honorable señor Novoa. Por lo tanto, es preciso dejar constancia de ello en la Versión Taquigráfica, porque ésa es la interpretación correcta.

En esa hipótesis, los instrumentos de las letras a) y b) ya no son elaborados de común acuerdo. En el fondo, una persona concurre a una notaría y declara que se ha separado de hecho. Se toma ese documento y se notifica al otro cónyuge.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Me parece que es correcta la explicación dada por el Senador señor Novoa.

¿Habría acuerdo en suprimir en el inciso segundo del artículo 26 la frase "y los cónyuges no tuvieron hijo"?

**--Acordado.**

-----

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el señor Secretario.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Ha llegado a la Mesa una solicitud de cambio en el trámite dado al proyecto sobre reintegro parcial de peaje en las vías concesionadas. En efecto, se acordó en sesión anterior enviarlo a la Comisión de Obras Públicas, pero correspondería remitirlo a la de Transportes y Telecomunicaciones.

**--Se accede a lo solicitado.**

-----

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Novoa.

El señor NOVOA.- Señor Presidente, ¿se aprobó la indicación 93 del Senador señor Viera-Gallo?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No. El señor Senador sólo pidió votación separada del inciso segundo.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Esa indicación fue retirada, señor Senador.

El señor NOVOA.- Señor Presidente, el problema planteado por el Honorable señor Espina subsiste, porque el inciso quedaría así: "Asimismo, habrá fecha cierta, si no mediare acuerdo, desde que se notifique por ministro de fe aquel de los instrumentos señalados".

Por consiguiente, es necesario corregir la redacción, porque en la indicación del Senador señor Viera-Gallo estaba claramente establecido que se notificara la manifestación de voluntad hecha a través de algunos de los instrumentos señalados.



## DISCUSION SALA

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, aquí hay dos posibilidades, y una de ellas es aprobar la indicación 93. Y quizás sería lo mejor, porque es más clara.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Correspondería, entonces, discutir la indicación 93.

El señor VIERA-GALLO.- Es la misma idea y ya fue votada, señor Presidente.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Esa indicación fue retirada.

El señor NOVOA.- Aprobemos esto con el texto de la indicación 93.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- El señor Secretario le dará lectura.

El señor HOFFMANN (Secretario).- La indicación 93 dice. "Asimismo, habrá fecha cierta si no mediare acuerdo ni demanda entre los cónyuges, cuando, habiendo uno de ellos expresado su voluntad de poner fin a la convivencia a través de cualquiera de los instrumentos señalados en las letras a) y b) del artículo 23 o dejado constancia de dicha intención ante el Juzgado correspondiente, se notifique al otro cónyuge. En tales casos, se tratará de una gestión voluntaria y se podrá comparecer personalmente. La notificación se practicará según las reglas generales."

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Si le parece a la Sala, se aprobaríamos sustituir el inciso segundo del artículo 26 por la redacción propuesta en la indicación 93, pues coincide con el espíritu de lo aprobado anteriormente?

**--Así se aprueba.**

El señor BOMBAL.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra, Su Señoría.

El señor BOMBAL.- Señor Presidente, aun cuando no incida en la votación nominal anterior, quiero dejar expresa constancia de que estoy pareado con el Senador señor Foxley. De modo que, si es necesario, pido que se rectifique aquella votación.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Fue proclamado el resultado.

El señor BOMBAL.- Hago presente esta situación, porque ayer, cuando el Honorable señor Foxley me lo solicitó, el pareo quedó registrado.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si hubiera acuerdo unánime en la Sala, dejaré constancia del retiro de su voto.

**--Se acuerda.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, en el N° 3, "De los efectos", el artículo 33 establece lo siguiente: "La separación judicial produce sus efectos desde la fecha en que queda ejecutoriada la sentencia que la decreta.

"Sin perjuicio de ello, la sentencia ejecutoriada en que se declare la separación judicial deberá subinscribirse al margen de la respectiva inscripción matrimonial. Efectuada la subinscripción, la sentencia será oponible a terceros y los cónyuges adquirirán el estado civil de separados, que no los habilita para volver a contraer matrimonio."

## DISCUSION SALA

Se ha presentado la indicación renovada N° 103 para reemplazar, en el inciso segundo, la expresión "el estado civil de separados" por "la calidad de separados".

También se ha renovado la indicación 109 que propone agregar un inciso nuevo al artículo 33.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Ofrezco la palabra sobre la indicación 103.

El señor CHADWICK.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra, Su Señoría.

El señor CHADWICK.- Señor Presidente, ésta es una indicación absolutamente de técnica jurídica.

Sólo corresponde un estado civil a cada persona. Y la separación judicial no disuelve el vínculo matrimonial. Entonces, de no aprobarse la indicación, un individuo podría tener dos estados civiles al mismo tiempo: casado y separado, lo cual, desde el punto de vista de técnica jurídica, no procede, porque -repito- sólo corresponde un estado civil a cada persona. Ése es el alcance de la indicación.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- ¿Habría acuerdo para aprobarla?

El señor MORENO.- No, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Moreno.

El señor MORENO.- Entiendo muy bien el lenguaje que usa el Senador señor Chadwick. El estar separado podrá no ser un estado civil, pero hoy en día constituye una expresión prácticamente incorporada. Incluso, en el último censo se preguntó a los ciudadanos si eran casados, viudos o separados. Prefiero mantenerla como tal.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Jurídicamente no corresponde, señor Senador.

El señor MORENO.- De acuerdo, pero voto en contra.

El señor GAZMURI.- Yo también, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Si le parece a la Sala, se aprobará la indicación renovada, con el voto en contra de los Honorables señores Moreno y Gazmuri.

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- Seguidamente, hay una indicación renovada al artículo 43, el cual establece:

"El matrimonio termina:

"1° por la muerte de uno de los cónyuges;

"2° por la muerte presunta, cumplidos que sean los plazos señalados en el artículo siguiente;

"3° por sentencia firme de nulidad, y

"4° por sentencia firme de divorcio."

Los Honorables señores Coloma, Orpis, Stange, Bombal, Cariola, Larraín, Romero, Novoa, Fernández y Martínez proponen agregarle el siguiente inciso nuevo:

"Tratándose de matrimonios acogidos a un régimen alternativo de estabilidad convenida", etcétera.

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Se da por retirada la indicación, porque es contradictoria con lo que ya aprobamos.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Los Senadores señora Carmen Frei y señores Ominami, Cordero, Gazmuri, Muñoz Barra, Parra, Flores, Páez, Boeninger, Ávila, Zurita, Pizarro, Silva y Lavandero han renovado las indicaciones números 115 y 116, tendientes a suprimir la letra c) del artículo 45, relativo a las causales de nulidad del matrimonio.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría

El señor VIERA-GALLO.- Hay que entender que la indicación ya ha sido aprobada, porque terminamos con la simulación. Entonces, no tiene sentido mantener la letra c).

El señor CHADWICK.- Tiene razón. Es un problema de coherencia.

El señor VIERA-GALLO.- Hay que darla por aprobada.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Efectivamente.

Si le parece a la Sala, se aprobará.

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- Se ha renovado también una indicación al artículo 52, que dice: "El matrimonio nulo que ha sido celebrado o ratificado ante el Oficial del Registro Civil", etcétera..

El señor VIERA-GALLO.- Excúseme, señor Secretario. Es lo mismo. Debe entenderse rechazada, porque se aprobó el artículo 21. O sea, hay matrimonio ratificado.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Habría que entenderla aprobada, señor Senador.

El señor VIERA-GALLO.- Rechazada, porque lo que pide es que se borre la expresión "o ratificado", ¿no es cierto?

El señor HOFFMANN (Secretario).- Así es.

El señor ESPINA.- ¿Cuál es la indicación?

El señor HOFFMANN (Secretario).- Son las números 130 y 131, que proponen suprimir la expresión "o ratificado".

El señor VIERA-GALLO.- Pero, como se aprobó el artículo 21, hay matrimonio ratificado.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Si le parece a la Sala, se rechazará la indicación renovada.

**--Se rechaza.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, debemos dirigirnos al artículo 56. Éste dice: "Sin perjuicio de lo anterior, el divorcio será decretado por el juez si ambos cónyuges lo solicitan de común acuerdo y acreditan que ha cesado su convivencia durante un lapso mayor de tres años.", etcétera.

Los Senadores señora Carmen Frei y señores Pizarro, Lavandero, Ominami, Boeninger, Ruiz-Esquide, Parra, Silva, Gazmuri, Flores, Zurita, Núñez, Páez, Muñoz Barra, Cordero y Ávila, proponen sustituir las palabras "tres años" por "un año".

## DISCUSION SALA

Además, se ha renovado la indicación 143, que propone agregar la siguiente oración, al final del inciso que he leído: "Si no hubiere hijos no regirá este plazo, siendo suficiente la prueba del cese de convivencia."

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, también se ha renovado otra indicación, que dice que el plazo será menor en caso de que no hubiere hijos.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Nos pronunciaremos primero por las indicaciones que se han enunciado.

El señor ESPINA.- ¿Cuál es el número?

El señor HOFFMANN (Secretario).- En primer lugar se halla la Nº 137.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- En discusión las indicaciones renovadas.

Ofrezco la palabra.

Tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, aquí hay un tema bien de fondo y creo que vale la pena centrarse en él más que en cada indicación en particular. El proyecto nació con los plazos que señala este artículo. O sea, no es que el Senado le haya fijado plazos más largos al texto que aprobó la Cámara de Diputados. ¿Por qué nació con esos plazos? Porque el espectro de fuerzas políticas que impulsamos la moción era muy amplio: iba desde un Parlamentario de la UDI y algunos de Renovación Nacional hasta representantes de la Democracia Cristiana y del mundo PS, PPD y Partido Radical. Entonces, concordamos en esos plazos, pero la verdad es que cada una de esas fuerzas o personas tenía ideas distintas en esta materia.

A mi juicio, hay dos concepciones básicas al respecto. Una es la de que no exista -como planteó el Senador señor Boeninger- plazo alguno respecto de determinada situación. Eso ocurre en muy pocos países: en algunos Estados de Estados Unidos, en Nicaragua - que yo sepa- y no sé si en otra nación. Ahora, si partimos de la idea de que hay plazo siempre, ¿cuál fijar? La última ley francesa, que es la más avanzada, entre comillas, en este ámbito, establece que cuando hay común acuerdo el plazo es de seis meses. Las otras legislaciones europeas fijan para este mismo caso lapsos de dos años, y de tres años para cuando no existe el común acuerdo. Ahora, esto es bastante arbitrario. ¿Por qué dos años? ¿Por qué tres? ¿Por qué cinco? Depende mucho de la cultura del país que aprueba la legislación.

Señor Presidente, termino señalando que cuando nosotros formulamos esta moción nadie cuestionó los plazos de tres y cinco años, porque al ambiente cultural del país ya le parecía suficientemente rupturista plantear una ley que introdujera el divorcio. Hoy día, después de nueve años de tramitación de la iniciativa, la mayoría de la gente piensa que esos plazos son excesivos, porque la cultura del país cambió. Para muchos, lo que no criticaban ayer hoy día les parece conservador. Por eso, al menos desde mi punto de vista y desde el de varios Senadores, parecería lógico disminuir los plazos. ¿Cómo? Una

## DISCUSION SALA

indicación podría consistir en fijar, en vez de tres y cinco años, por ejemplo, tres y uno. Otra posibilidad es introducir como factor la existencia o inexistencia de hijos, o bien –ésta es una tercera alternativa- si hay hijos mayores o no. En fin, el problema es muy amplio. Yo solamente he querido plantearlo.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, en primer lugar, quiero recordar, particularmente al señor Senador que me antecedió en el uso de la palabra, que hemos establecido tres tipos de divorcio distintos. Uno de ellos es el divorcio que se solicita invocando una causal. Esa causal es genérica y permite a uno de los cónyuges iniciar la acción de divorcio en contra del otro, señalando simplemente que ha existido un grave incumplimiento de las obligaciones conyugales o de los deberes para con los hijos.

Esa acción de divorcio, que en Chile no tiene plazo, puede interponerla un cónyuge al día siguiente de haber contraído matrimonio, y se denomina divorcio por culpa.

Como bien lo ha dicho el Honorable señor Viera-Gallo, el texto de la Cámara de Diputados es exactamente igual al proyecto del Senado en esta materia.

En seguida, viene lo que se llama el divorcio unilateral, en que transcurrido el plazo de cinco años, sin invocar causa alguna, se puede iniciar la acción de divorcio. En Francia, que posee la legislación más avanzada del mundo al respecto, el plazo fijado para tal efecto – tengo el texto en mi poder por si algún señor Senador desea consultarlo- es de seis años.

El señor OMINAMI.- ¿Me permite una interrupción, Su Señoría?

El señor ESPINA.- Sí, con la venia de la Mesa.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ominami.

El señor OMINAMI.- Señor Presidente, debo informar que hace dos semanas se votó en el Parlamento francés una modificación que recortó los plazos a los cuales ha aludido el Senador señor Viera-Gallo.

Cabe hacer presente que esta enmienda fue planteada no por un Gobierno de Izquierda, sino por uno de Derecha y Conservador, que ha entendido que hay que simplificar y masificar la ley.

El señor ESPINA.- Tiene razón el Honorable señor Ominami. Para lo único que no se modificó fue para el divorcio unilateral, que se mantuvo en seis años. ¿Por qué? Porque ésta es una situación respecto de la cual – digamos las cosas como son- muchas mujeres presentan serios reparos. Especialmente aludo a ellas, porque la regla general es que la acción sea entablada por el hombre contra la mujer.

¿Qué se dice, con alguna razón? En este caso, se trata de una mujer casada que es abandonada por su marido, que, sin invocar causal, deja de cumplir con los deberes conyugales y con los que le competen respecto a los hijos, que simplemente deja transcurrir el

## DISCUSION SALA

plazo y posteriormente deduce una acción judicial. Es decir, no asume responsabilidad alguna y finalmente la deja abandonada.

El divorcio unilateral es el más cuestionado en el mundo. Muchos países no lo contemplan, porque no se necesita invocar ninguna causal. Y, además, porque se presta para una enorme injusticia, pues la mujer abandonada debe hacerse cargo de los niños y correr con los gastos de su alimentación. Por su parte, el cónyuge no asume ninguna responsabilidad y transcurrido un tiempo lisa y llanamente interpone una acción de divorcio y se olvida de todos sus compromisos y obligaciones con su familia. Ésta es una causal extraordinariamente controvertida.

Por lo tanto, fijamos el mismo plazo que estableció la Cámara de Diputados, que es lo suficientemente largo y necesario como para que quien ejerza dicha acción lo haga después de terminada la relación y, a su vez, no le resulte tan fácil abandonar a la mujer con los niños y posteriormente no asumir ninguna de las responsabilidades inherentes al matrimonio. Porque cuando una persona se divorcia se eliminan todas las obligaciones emanadas de la separación. Este plazo lo veremos más adelante.

En cuanto al divorcio por mutuo acuerdo, la Cámara de Diputados fijó tres años. Por eso, no deja de sorprenderme que algunos distinguidos señores Senadores hayan dicho que nosotros hemos endurecido el proyecto.

Los Honorables colegas que votaron por los mismos plazos que nosotros nos pronunciamos ahora dicen que éstos se han aumentado, que el proyecto se encuentra lleno de colgajos y que es mucho más conservador. Sin embargo, votaron en forma unánime esta iniciativa con los mismos plazos.

Con respecto al plazo de tres años, existen dos tipos de legislaciones. Las que disponen plazos menores a tres años fijan, con posterioridad a la sentencia que declara el divorcio, lo que se llama un período de reflexión. En los Estados Unidos, por ejemplo, hay muchos Estados que lo contemplan y tiene una duración de uno o dos años. Por lo tanto, se acorta el plazo inicial, pero se extiende para los efectos del divorcio, exigiéndose un período de reflexión, que a veces es de uno, dos o tres años.

Ésta es una cuestión opinable. Pero, a mi juicio, parece absolutamente razonable que exista un plazo cierto para estimar que un matrimonio carece de toda opción de reconstruirse.

Por lo tanto, el criterio con que se fijó busca un equilibrio entre las tres alternativas. Cuando hay una causal genérica, no existe plazo, puede iniciarse la acción al día siguiente del matrimonio; tratándose del divorcio unilateral, por lo que expliqué anteriormente, son cinco años (menos que en Francia), y si se solicita de común acuerdo, se establece un plazo intermedio.

## DISCUSION SALA

Ahora, la realidad es que alguien podría decir: ¿Por qué tres años? ¿Por qué no dos? ¿Por qué no cuatro? Simplemente, porque se trata de fijar un plazo lo suficientemente convincente y juicioso de que ese matrimonio irremediamente no va a funcionar.

Por último, imaginemos que alguien desee disponer de un plazo menor. Basta con que deduzca la acción de divorcio y la otra parte se allane, o que recurra al tribunal –porque la ley distingue aquí el hecho de que no se ha invocado causal, o sea, es un contrato que se resuelve sin esta última- y señale que el otro cónyuge no ha cumplido con los deberes del matrimonio para que desde ese instante se le aplique la norma que no establece plazo.

En consecuencia, los tres criterios que hemos fijado concuerdan perfectamente. Si alguien quiere menos de tres años, basta que se allane a la acción de divorcio en que se le imputa el incumplimiento de sus obligaciones conyugales o con sus hijos. Si no se allana, entonces, debe esperar de común acuerdo los tres años.

En mi opinión, los criterios que se han convenido son correctos. Por lo tanto, voy a mantener la norma tal como la aprobó la Cámara de Diputados y lo ratificó el Senado en el primer informe.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Boeninger.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, sin perjuicio de tratar después las indicaciones una a una, es preferible analizar más el concepto general del problema de los plazos.

Concuerdo con lo señalado por el Honorable señor Espina, en el sentido de que es necesario establecer plazos que se estimen prudentiales. Porque ningún plazo tiene en sí mismo un valor mágico. O sea, deben ser suficientes como para dar cabida a todas las instancias de reflexión, de recomposición, de meditación, etcétera, y, al mismo tiempo, no excesivos para las situaciones en que se ha producido una ruptura.

Ahora bien, uno de los puntos que me preocupa en relación con los plazos –como lo manifesté en el debate en general-, y que tiene que ver con el motivo de la indicación, se manifiesta cuando hay una situación de ruptura irreparable, que es la que conduce al divorcio. Porque si se debe esperar un largo plazo para invocar y presentar algunas de las demandas, puede resultar un incentivo –que yo calificaría de perverso- para recurrir, sin razón real, a determinadas causales de nulidad subjetivas que se han aprobado o para apelar al divorcio por culpa, que, en mi opinión, está bien consignado, porque nadie puede negar a una persona el derecho a culpar a un tercero, en este caso, al cónyuge o a la cónyuge.

En consecuencia, creo que una ley equilibrada debe tratar de evitar que, frente a situaciones que se van violentando y donde las instancias de recomposición no surten efectos, las personas acudan, por no esperar los plazos excesivamente largos, a fórmulas de solución

## DISCUSION SALA

que no corresponden a la realidad, o que, como es el caso de la culpa, generen situaciones conflictivas al interior de las familias, en la relación de estima entre hijos y padres, etcétera, al hacerse imputaciones que pueden ser extremadamente graves. Y, aunque fueran ciertas, es preferible, desde el punto de vista de la subsistencia de las relaciones familiares entre cónyuges incluso divorciados, que éstas sean lo más constructivas posibles, como criterio general, para favorecer también a los hijos.

Ésa es la primera razón por la cual me parece que los plazos son excesivamente largos.

En segundo lugar, estoy de acuerdo en retirar la indicación, de la cual soy coautor, tendiente a no establecer plazo alguno en el evento de que exista común acuerdo y no haya hijos. Porque el plazo cero, en términos de imagen, puede parecer excesivo para la gente.

Sin embargo, también es cierto que cuando uno habla de uno o dos años, está refiriéndose a más tiempo. Porque con anterioridad al inicio de la demanda de divorcio, hay un proceso -absolutamente necesario y con el que todos concordamos- en el cual debe llegarse a un acuerdo para regular en forma completa y suficiente sus relaciones mutuas y las materias que tienen que ver con los hijos.

En tercer término, la propia normativa establece mecanismos -la audiencia de conciliación y el proceso de mediación- que implican un tiempo adicional y las pausas necesarias para la reflexión o la meditación.

El problema de los plazos debe considerarse en el contexto global del proyecto -así, al menos, pienso yo-, y sería conveniente reducirlos de 5 a 3 años en el caso de cese efectivo de la convivencia, y de 3 a 2 en el del divorcio de común acuerdo. Desgraciadamente, no se formuló indicación en este sentido, pero podría aprobarse por la Sala si hubiera unanimidad.

Lo expuesto constituye para mí la justificación del tema.

Señor Presidente, en el tiempo que me resta, concedo una interrupción al Senador señor Espina.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Le quedan 30 segundos, Su Señoría.

Puede usar de la interrupción el Honorable señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, deseo aclarar que el plazo no se cuenta desde la interposición de la demanda, sino desde que cesa la convivencia. El Senador señor Boeninger, quizás en forma involuntaria, ha señalado gestiones que se hacían antes.

Lo que ocurre es que el plazo se empieza a contar -y ya hemos perfeccionado la norma- desde el instante en que se materializa la separación de hecho. Por lo tanto, si la acción se deduce dos años después, no habría ningún inconveniente porque ya habrán transcurrido dos años.



## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Moreno.

El señor MORENO.- Señor Presidente, deseo reiterar lo manifestado por el Senador señor Espina.

Efectivamente, acabamos de aprobar la forma de acreditar la separación de hecho y la separación legal. Y en algunos casos, cuando haya un conflicto serio, ocurrirá lo indicado: el plazo de cese de la convivencia comenzará mucho antes de que se haya tomado la determinación de pedir el divorcio, es decir, cuando el conflicto obligó a una de las dos partes a dejar legalmente constituido que había puesto término a la vida en común.

Con relación al término de los plazos, es necesario introducir otro concepto.

Cuando se habla de que un matrimonio está en crisis y hay separación, la ley en proyecto no establece las causales de ésta; pero en múltiples ocasiones se llega a ella debido al alcoholismo, a la drogadicción o a situaciones distintas de aquella en que normalmente se piensa: la figura de una tercera persona. ¡No! Ha sucedido por otro fenómeno.

Gran parte de los fenómenos que han dado origen a una separación efectiva de la pareja -y ahora con un plazo legal-, tendrán un proceso de recomposición que irá más allá de lo contemplado en la iniciativa y que incluye la posibilidad de tratamiento, de recuperación. De manera que ciertas decisiones tomadas bajo la presión de un problema de drogadicción o, incluso, de violencia familiar, producto de esas causas, dentro del matrimonio, pueden revertirse y posibilitar la recomposición.

Quienes hemos tenido acceso al conocimiento de conflictos entre parejas, hemos oído que el primer año de separación es el de mayor sufrimiento -algunos lo llaman "el año del infierno"-: ambos se agreden psicológica y económicamente o con otras medidas, como negar a la otra parte la posibilidad de ver a los niños, caso en el cual la réplica es no dar dinero para el sustento. Y mientras eso no se arregla -quedará resuelto a través de la separación legal, porque el juez deberá regular el punto-, ni siquiera hay un diálogo entre ellos. Son situaciones de enorme tensión. Pero cuando ello se soluciona, baja el clima de beligerancia y comienza una nueva etapa. Quien adopta la determinación de solicitar el divorcio o la nulidad, lo hará teniendo en cuenta esos plazos.

Al Senador señor Viera-Gallo le consta que cuando discutimos esta materia en la Comisión, partimos de la base -como muy bien lo dijo él en su intervención- de que se había aprobado unánimemente en la Cámara de Diputados. Y algunos Senadores que tenemos y teníamos aprensiones respecto de la causal unilateral, planteamos que se fijaran plazos razonables y prudentes para que esa causal pudiera operar. De lo contrario, habríamos votado en otra

## DISCUSION SALA

forma. Lo digo sinceramente y lo saben quienes participan en ese órgano técnico.

Respeto el derecho de los Honorables colegas a decir: "Mire, el plazo es muy largo". Al respecto, reitero lo que ya se ha dicho aquí: cuando hay una causal grave -y están detalladas en el artículo 55 de modo bastante explícito-, no corre plazo alguno. ¡No hay plazo!

La importancia de ese plazo radica en la influencia que él tiene en la posibilidad de reconstitución del matrimonio.

Cuando el divorcio se solicite de común acuerdo, el término de tres años se contará desde el cese de la convivencia.

En consecuencia, anuncio que rechazaré la indicación renovada.

El señor BOENINGER.- ¿Me permite una interrupción, Honorable colega?

El señor MORENO.- Con todo gusto, con la venia de la Mesa.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Boeninger..

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, el Senador señor Moreno ha señalado que el artículo 55 no establece plazo alguno. Así es. Se refiere a las causales de culpa. Y justamente parte de mi argumentación se fundamenta en que dicho precepto no fija plazo. En mi opinión, los plazos largos para acudir al divorcio implican un incentivo desafortunado, inconveniente, e incluso perverso, para acudir a la culpa.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, al leer las indicaciones renovadas números 137 y 143, me he percatado de que hay en ellas algo bastante rescatable: en los plazos para el divorcio debería distinguirse entre los matrimonios con hijos y los que no los tienen.

Discrepo de la indicación 143, que plantea cero plazo. Pero sí estaría de acuerdo -quizás podría pedirse la unanimidad de la Sala para ello- en que, cuando el divorcio se solicite de común acuerdo y no haya hijos, el plazo se reduzca a un año.

El no poner plazo podría llevar a situaciones como la que conocimos en los últimos días, en que una actriz se casó una mañana y se divorció dos días después. No tiene sentido convertir el matrimonio en una chacota como ésa.

Sin embargo, soy partidaria del plazo de tres años en el caso de divorcio de común acuerdo cuando hay hijos; y de reducirlo a un año cuando no los hay.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite, señora Senadora?

La señora MATTHEI.- Sí, con la venia del señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría.

El señor VIERA-GALLO.- Esa idea fue recogida en la indicación N° 158.

La señora MATTHEI.- Excúseme, señor Senador, no la había visto.

Está perfecto.

## DISCUSION SALA

El señor ESPINA.- ¿Me permite, señora Senadora?

La señora MATTHEI.- Bien.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Con la venia de la Mesa, tiene la palabra Su Señoría.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, en el ánimo de construir un acuerdo, pienso que la única modificación que debería introducirse es que en el caso de matrimonios en que no hubiere hijos, el plazo será de un año en vez de tres.

Debo expresar, con mucha lealtad, que algunos Senadores aprobamos el divorcio unilateral y otras disposiciones porque entendíamos que en asunto de plazos no había ningún convenio por escrito ni nada formalizado. Concordábamos con los aprobados por la Cámara de Diputados, especialmente con el del divorcio unilateral y queríamos que se mantuvieran. Porque -insisto- éste es el caso que más puede perjudicar a una mujer.

En resumen, en materia de plazos, sugiero: mantener el del divorcio unilateral; mantener el del divorcio de común acuerdo en tres años, si hubiere hijos, y reducirlo a un año si no los hay; no fijar plazo alguno cuando se invoca una causal genérica.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Para tales efectos necesito la unanimidad de la Sala.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Puedo hacer una observación, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra, Su Señoría.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, junto con eso, ¿no sería conveniente disminuir también el plazo del divorcio unilateral cuando no hubiere hijos comunes?

La señora MATTHEI.- Podría reducirse a tres años.

El señor VIERA-GALLO.- En efecto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Quiero pedir a la Sala que no trabajemos como si estuviéramos en Comisión.

El señor VIERA-GALLO.- ¡No, señor Presidente, si es muy simple!

La señora MATTHEI.- Hay unanimidad. Yo estaría de acuerdo.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, yo le puedo explicar exactamente lo que ha propuesto el Senador, si hay acuerdo al respecto, a fin de no dilatar el despacho de un proyecto que sé que a Su Señoría le interesa que lo resolvamos rápidamente.

En el caso en que se invoca como causal el divorcio por culpa se mantiene como está, porque no hay plazo. En el divorcio de común acuerdo, el plazo es de tres años si hay hijos, y se reduce a uno si no los hay. Y en el divorcio unilateral, si hay hijos, se mantienen los cinco años, si no, se reducen a tres.

Ése es el planteamiento del Senador Viera-Gallo, y creo que nosotros, a lo menos, estamos en condiciones de aprobarlo.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Hay varios Senadores que no están en la Sala, y no pueden participar. Por eso, si queremos adoptar un acuerdo como éste, habría que dejar pendiente el artículo y votarlo

## DISCUSION SALA

el próximo martes y seguir avanzando en el resto del proyecto. De otra manera, cualesquiera de los señores Senadores que no se encuentran presentes en este momento, y siendo ésta una norma muy determinante del proyecto, van a sentirse en cierto modo burlados. Debemos considerar, además, las circunstancias excepcionales en que estamos trabajando, porque diversos Senadores no sabían que hoy día en la mañana íbamos a tratar la Ley de Divorcio y todos estábamos convencidos de que nos ocuparíamos en el proyecto de ley sobre autoridad sanitaria.

Les pido que dejemos pendiente esta materia hasta el próximo martes y continuamos con las materias que no tienen tanta importancia.

El señor ESPINA.- ¿Sabe lo que pasa, señor Presidente? En este proyecto todas las cosas tienen repercusiones.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Hay muchas cosas que quiero dar por aprobadas porque lo fueron por unanimidad.

El señor ESPINA.- Entonces, voy a pedir segunda discusión, señor Presidente, porque este proyecto tiene enorme importancia. No tengo inconveniente en despacharlo lo antes posible, pero también, con la misma lógica, los artículos que vienen a continuación -los he leído- no tratan de cosas menores. Entonces, con toda franqueza, prefiero que se suspenda su tratamiento y despacharlo en la sesión de la tarde el próximo martes. En la mañana nos ocuparíamos del referente a la autoridad sanitaria.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite una interrupción, señor Presidente?

A pesar de lo dicho por el Senador señor Espina, hay otras cosas que son menos conflictivas y perfectamente podríamos aprovechar el tiempo en su tratamiento.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Larraín.

El señor LARRAÍN.- Señor Presidente, pienso que si queremos hacer las cosas seriamente debemos estudiar el proyecto en la forma como viene, o suspendemos su tramitación, pero no podemos hacer una mezcla de ambas cosas. No tengo ningún inconveniente en seguir avanzando e ir votando las indicaciones.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Pero suspendiendo el análisis de esta materia.

El señor LARRAÍN.- ¿Por qué, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si se formula una indicación en tal sentido, podríamos por mayoría aplazar su discusión.

El señor LARRAÍN.- Correcto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No habría discusión, y continuaríamos con los otros asuntos.

El señor LARRAÍN.- Hay que proceder formalmente, señor Presidente.

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Reglamentariamente procedería -y lo propongo concretamente- postergar la discusión relacionada con los plazos. Es todo el artículo 56.

¿Habría acuerdo en aplazarlo para la próxima sesión del martes?

Aprobado.

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, correspondería tratar el Capítulo VII, "De las reglas comunes a ciertos casos de separación, nulidad y divorcio"; "De la compensación económica".

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Hay indicación al respecto.

El señor VIERA-GALLO.- Más adelante hay muchos puntos sobre los cuales hubo unanimidad.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Sí, pero respecto de éste hay indicación.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Hay indicaciones al que acabo de mencionar, y las hay al artículo 57. En la página 22, se dice: "La acción de divorcio pertenece exclusivamente a los cónyuges", y se agrega un inciso segundo: "Cualquiera de ellos podrá demandarlo, salvo cuando se invoque la causal contemplada en el artículo 55, en cuyo caso la acción corresponde sólo al cónyuge que no hubiere dado lugar a aquélla."

Respecto de este inciso, se ha renovado la indicación 169, por la Senadora señora Matthei y los Honorables señores Bombal, Canessa, Chadwick, Romero, Fernández, Stange, Orpis, Coloma, Larraín, y Arancibia, para sustituir el inciso segundo al que acabo de dar lectura, por el siguiente: "Cualquiera de ellos podrá demandarlo, salvo cuando se invoque la causal contemplada en el artículo 55, o en el artículo 56, inciso tercero, en cuyo caso la acción corresponde al cónyuge que no hubiere dado lugar a la causal, o cese efectivo de la convivencia, según corresponda".

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No podría tratarse si acaso está aplazada la indicación del artículo 56. O sea, el 57 también quedaría aplazado.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Exacto.

Entonces habría que ir al Capítulo VII, sobre compensación económica, que la Comisión aprobó por unanimidad, y que dice:

"Si, como consecuencia de haberse dedicado al cuidado de los hijos o a las labores propias del hogar común, uno de los cónyuges no pudo desarrollar una actividad remunerada o lucrativa durante el matrimonio, o lo hizo en menor medida de lo que podía y quería, tendrá derecho a que cuando se produzca el divorcio o se declare la nulidad del matrimonio se le compense el menoscabo económico sufrido por esta causa".

Los Honorables señores Bombal, Chadwick, Canessa, Coloma, Stange, Orpis, Fernández, Arancibia, Larraín y Cariola

## DISCUSION SALA

proponen agregar a esta norma, que está aprobada por unanimidad, el siguiente inciso:

"En ningún caso tendrá derecho a esta compensación el cónyuge que demanda el divorcio fundado en el inciso tercero del artículo 56, o contra el cual se obtiene el divorcio por alguna de las causales previstas en el artículo 55".

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, ¿me permite?

Yo creo que hay que ponerse en el caso que señalaba denantes el Senador señor Espina. ¿Qué es lo que puede ocurrir? Que haya una mujer a la que se le haga imposible la vida en su casa, por maltrato familiar, por lo que sea, y se va del hogar después de muchos años de matrimonio. Ella sufre un menoscabo económico muy fuerte. Y resulta que, si se aprobara esta indicación, no podría pedir la compensación, porque ella demanda de nulidad o de divorcio; y, sin embargo, como es ella la que demanda, no podría invocar la compensación, lo que es absurdo.

Considero que no se pueden mezclar causales de nulidad o de divorcio con compensación económica. Ésta constituye un factor muy importante que se introdujo en el Senado justamente para beneficiar en especial el caso de una mujer que ha convivido en el matrimonio durante muchos años y que, por ello, se ve impedida posteriormente de realizarse profesionalmente, o en su trabajo; y que, al producirse el divorcio o la nulidad, pierde los alimentos. Ése es el problema.

¿Por qué hoy día se dice de las mujeres en Chile que "No le da la nulidad al marido?" No es por venganza. Muchas veces es porque le puede cobrar alimentos. Entonces, para evitar el cese del pago de alimentos, que es lo que produce la nulidad o el divorcio, se introdujo la compensación.

Si nosotros mezclamos compensación económica al menoscabo, con causales, estamos creando una dificultad seria, especialmente a las mujeres.

Gracias.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Pero quiero hacer presente que tampoco se puede tratar este punto porque se refiere al artículo 56.

El señor BOENINGER.- ¡Se está probando en el camino, señor Presidente, que no se puede tratar nada...!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Me da la impresión de que tendríamos que suspender.

El señor ESPINA.- No es tan así que tenga relación, porque nadie está eliminando el divorcio unilateral. Lo que dejamos pendiente es cuál va a ser el plazo de éste.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No, porque hay una indicación al artículo 56 para eliminar el inciso tercero...

El señor ESPINA.- Entonces, señor Presidente, le pido que suspenda este debate.

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Hay que suspenderlo, porque si no, no podremos seguir.

El señor ESPINA.- Así es. Además, dependerá de cómo se voten los artículos que están pendientes.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Por eso, no podemos votar la indicación.

Por lo tanto, si hubiera acuerdo en la Sala, se levantaría la sesión y continuaríamos el próximo martes. Aquí se ha hecho una proposición: en el sentido de tratar en esa ocasión el proyecto hasta despacharlo.

¿Habría acuerdo?

El señor LARRAÍN.- Señor Presidente, pienso que no podemos asegurar el despacho, porque si el debate...

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Estoy dando a conocer la propuesta que se me ha planteado.

El señor MORENO.- No hay acuerdo.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Hay oposición.

El señor LARRAÍN .- Mejor así.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Mi obligación reglamentaria es dar a conocer las proposiciones.

El señor CORDERO.- ¿Qué sugieren los que no están de acuerdo?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se levanta la sesión.

**--Se levantó a las 12:50.**

Oswaldo Palominos Tolosa,  
*Jefe de la Redacción subrogante*

## DISCUSION SALA

## 2.7. Discusión en Sala

Legislatura 350, Sesión 30, de 20 de enero de 2004. Discusión particular queda pendiente.

### V. ORDEN DEL DÍA

#### **MODIFICACIÓN DE DECRETO LEY N° 2763, DE 1979, SOBRE ESTABLECIMIENTO DE NUEVA CONCEPCIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Corresponde continuar la discusión particular del proyecto de ley de la Honorable Cámara de Diputados que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana, con segundos informes de las Comisiones de Salud y de Hacienda.

**--Los antecedentes sobre el proyecto (2980-11) figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:**

**Proyecto de ley:**

**En segundo trámite, sesión 16ª, en 3 de diciembre de 2002.**

**Informes de Comisión:**

**Salud, sesión 27ª, en 26 de agosto de 2003.**

**Salud (segundo), sesión 28ª, en 14 de enero de 2004.**

**Hacienda, sesión 28ª, en 14 de enero de 2004.**

**Discusión:**

**Sesiones 29ª, en 27 de agosto de 2003 (se aprueba en general); 29ª, en 15 de enero de 2004 (se aplaza su discusión).**

El señor HOFFMANN (Secretario).- Respecto del número 1) del artículo 1º del proyecto, en la sesión anterior, cuando se suspendió el tratamiento de esta materia, se solicitó votar separadamente, en relación con el tercer párrafo del número 3 del artículo 4º del decreto ley N° 2.763, de 1979, las proposiciones de las Comisiones de Salud y de Hacienda.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, la diferencia sustancial que se desprende de dichas proposiciones estriba en el grado de preferencia que se otorgará a las universidades cuando se entregue a terceros la función de inspección o verificación, pero teniendo presente que la



## DISCUSION SALA

facultad administrativa de fiscalización siempre quedará en manos del Ministerio.

Mientras la Comisión de Salud dice: "En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, el concurso deberá llamarlas en primer orden" -o sea, entiendo que las prefiere-, la de Hacienda señala simplemente que ello será un mayor factor de ponderación.

En consecuencia, la Comisión de Salud es más drástica en preferir a las universidades.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Ofrezco la palabra.

El señor BOENINGER.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Boeninger.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, exactamente como dice el Honorable señor Viera-Gallo, a la Comisión de Hacienda le pareció que llamar en primer orden a las universidades implica un elemento de discriminación, porque no se concede una oportunidad a otros organismos. En cambio, la mayor ponderación no conlleva ese factor, pero da una preferencia.

Esa fue la razón del cambio.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite una interrupción, Su Señoría?

El señor BOENINGER.- No tengo inconveniente, señor Senador.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Con la venia de la Mesa, tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, efectivamente, se trata de una discriminación, pero no arbitraria, y es perfectamente factible desde un punto de vista legal.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Parra.

El señor PARRA.- Señor Presidente, cumplo con un especial encargo que me hizo el Honorable señor Silva, cuya opinión jurídica -a la que luego me referiré- comparto absolutamente.

Solicitamos, respecto del número 3 del artículo 4º, que el inciso tercero, que se está reformulando, se vote en forma separada. Porque, al permitirse externalizar las funciones fiscalizadoras del Ministerio, nuestra opinión, desde un punto de vista constitucional, es totalmente discrepante.

Creemos que ello es por completo inconstitucional. Y del trabajo del Senador señor Silva me permitiré leer los párrafos referidos a esa circunstancia, para nosotros manifiesta.

Por la misma razón, anuncio desde ya que votaremos en contra.

Los vicios que contiene esa norma son los siguientes, a nuestro juicio:

1. La Carta Fundamental establece un sistema de regulación pública. En otros términos, prescribe un núcleo público que

## DISCUSION SALA

es indisponible por parte del legislador, no sólo para la Administración del Estado, sino también para todos los órganos y organismos regulados en el texto constitucional.

2. El artículo 24 de este último dispone que al Presidente de la República le corresponden el Gobierno y la Administración, una de cuyas competencias se refiere al orden público en el interior. Esa cuestión se complementa con el contenido y redacción del artículo 38.

3. Una de las competencias elementales del Estado, que forma parte de este núcleo indisponible, es la de fiscalización e inspección. Existe un sinnúmero de bienes jurídicos tutelados por esta función pública, como la seguridad y la salud de las personas, por ejemplo.

4. Las competencias de control, fiscalización e inspección se limitan a constatar el grado de cumplimiento de la normativa correspondiente y, en su caso, a aplicar las medidas previstas para su restablecimiento. Su incidencia sobre los derechos e intereses afectados es una consecuencia directa de la norma, más que una actividad de innovación del ordenamiento, que tuvo lugar antes, en el momento en que se regula determinada actividad. De este modo, este tipo de competencias se desarrolla mediante actuaciones regladas de comprobación que implican el ejercicio de potestades públicas, cuyo único titular está inserto, según la Carta Fundamental, en los órganos del Estado, y no es susceptible de ser ejercido en plenitud por privados, no por una cuestión ideológica, sino por el sistema de distribución de atribuciones, derechos y competencias que dispone el texto constitucional.

5. Éste es, por lo demás, el criterio utilizado recientemente por el propio Tribunal Constitucional. En efecto, ese organismo ha objetado la posibilidad de que un servicio de la Administración pueda constituir personas jurídicas de derecho privado para desempeñar funciones complementarias a las diseñadas legalmente para la precitada institución. El Tribunal sostuvo que un Ministerio o servicio público "forma parte de la Administración, estándole encomendado el realizar la función administrativa que le corresponde al Jefe de Estado, dentro del ámbito de competencias que se le asignan de conformidad a la Carta Fundamental" (...), que facultades como las reseñadas "implica autorizarlos para traspasar el ejercicio de funciones propias de la Administración del Estado, a entidades de derecho privado, lo que no le está permitido sin alterar la competencia que constitucionalmente le está asignada a los órganos que constituyen la Administración". La sentencia respectiva, de 1º de julio de 2003, rol N° 379, considerandos 71 a 76, tiene un precedente igualmente claro en otra dictada en 1988, rol N° 50.

6. Lo anterior se ve ratificado por el propio contenido y redacción de la norma propuesta, pues condiciona la entrega a terceros de las competencias de fiscalización al hecho de que "falte personal

## DISCUSION SALA

para desarrollar esas tareas". En otros términos, el propio legislador reconoce que es una competencia estrictamente pública, pero, por razones ajenas a las jurídicas, "falta de personal", será encomendada a privados.

7. Sin entrar en mayores profundidades, existe otra serie de deficiencias técnicas en la precitada norma, como por ejemplo condicionar la contratación de estos servicios a la ley N° 19.886, como si fuera un simple suministro.

Por razones de tiempo, no puedo dar lectura íntegra al análisis que sobre el particular hizo el Senador señor Silva, pero -reitero- comparto su punto de vista. Y, para nosotros, el inciso tercero es claramente inconstitucional, razón por la cual lo votaremos en contra.

--(Aplausos en tribunas).

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Advierto a quienes se encuentran en las tribunas que están prohibidas las manifestaciones, lo que no obsta a que puedan presenciar el debate. Así que les ruego mantener el orden a objeto de despachar el proyecto en forma razonable.

Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, aquí no se trata de labores de fiscalización propiamente tales, en las que, por ejemplo, se pueden cursar multas, sino de inspección o verificación del cumplimiento de normas.

Tal caso se ha dado en las plantas de revisión técnica. Claro que esa experiencia ha sido negativa. Y el Senador señor Ominami lo sabe perfectamente bien, porque el Gobierno se metió más allá de lo debido, o personas ligadas a él, para manipularlas. Antes no funcionaban mal.

Quería hacer presente que la labor de inspección o verificación se ha entregado en otras instancias a entes que no forman parte de la Administración Pública. Por ejemplo, la verificación del cumplimiento de normas relativas a la instalación de artefactos de gas en edificios se encuentra encomendada a privados. Lo mismo se da en materia de exportaciones, donde la labor de inspección se realiza por particulares, universidades y, a veces, por entidades que cumplen las normas ISO. Otro tanto ocurre en CONAF.

Por eso, creemos que la disposición no es inconstitucional. Así se resolvió en la Comisión de Salud cuando fue discutido el punto, sin perjuicio de que los miembros de ella dejáramos en claro -lo señalamos en varias ocasiones al Ministerio- que preferíamos que esta actividad de control fuese hecha por personal fiscal.

Lo que sucede es que, al parecer, como producto de los diversos tratados de libre comercio que Chile ha celebrado, habrá un aumento de la labor de verificación del cumplimiento de normas que

## DISCUSION SALA

vienen dadas precisamente por los mismos convenios internacionales, por lo cual en realidad no tendría sentido contratar más funcionarios.

El precepto, además, operará en la medida en que no haya personal idóneo y se trate de labores esporádicas, desarrolladas durante uno o dos meses de duración, y que a lo mejor se cumplen en ciertas localidades o áreas geográficas del país, como las que origina la exportación de frutas. No se justifica tener personal permanente para cumplir labores que no tienen ese carácter.

Me da la impresión de que el Senador señor Ávila desea pedir una interrupción.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene que pedirla a la Mesa.

El señor ÁVILA.- Efectivamente, Su Señoría me adivinó el pensamiento.

La señora MATTHEI.- Era su actitud, señor Senador, no su pensamiento.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Evitemos los diálogos.

El señor ÁVILA.- En realidad, preferiría intervenir.

Gracias, de todas maneras.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Continúa con la palabra la Senadora señora Matthei.

La señora MATTHEI.- En resumen, señor Presidente, hay otras instancias donde se realiza tal labor, que no es fiscalización, sino inspección y verificación del cumplimiento, sin facultad de sancionar, la cual, obviamente, es privativa del Estado, que es lo que hace la diferencia.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, el asunto en debate fue largamente analizado por la Comisión de Salud y surgió durante gran parte de la discusión del proyecto.

Al igual que otros señores Senadores -incluso de Oposición, que fueron bastante categóricos al final del examen global de la iniciativa-, creo que la mayoría de las tareas que competen al sector público deben ser llevadas a cabo por el mismo sector público. La "tercerización" o realización de tales labores por entes privados es algo que nunca me ha satisfecho ni me hace muy feliz. Por eso, en principio era contrario a la fórmula planteada.

Sin embargo, luego de una conversación bastante abierta y larga con el Gobierno y con quienes ejercen acciones inspectivas dentro del Ministerio, se llegó a tres conclusiones.

La primera es que la norma en debate sólo se aplicará en la situación que ella misma especifica, por las razones que en su tiempo dio el Gobierno y que fueron reconocidas por los propios fiscalizadores dentro del servicio público.

En segundo lugar, se establecen materias muy específicas. Se habla de "higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias". La disposición no operará en todos los ámbitos.

## DISCUSION SALA

Y, en tercer término, se consagran los requisitos que deberán cumplir las personas o instituciones externas que realicen labores de inspección y las condiciones en que ésta tendrá que efectuarse. Esta materia es naturalmente opinable y sobre ella se puede discutir "aeternum"; pero, en definitiva, se acordó exigir tres condiciones. Primeramente, que se trate de terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento. En seguida, que sólo se autorice para las materias que se indican y siempre que falte personal para desarrollar las labores de que se trate y se señalen razones fundadas. Y tercero, que las entidades cumplan los requisitos que se explicitan en la normativa. Esto, para todos los efectos de la historia de la ley, fue acogido favorablemente por todos los dirigentes gremiales que se acercaron a discutir el asunto.

Evidentemente, se podría llegar al extremo de no aceptar el sistema propuesto; pero, por las razones que se expusieron, parece bastante razonable incluir la posibilidad de la labor inspectiva a cargo de terceros.

Ahora, entre el texto aprobado por la Comisión de Salud y el propuesto por la de Hacienda, me quedo con el primero, conforme al cual, en caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, el concurso deberá llamarlas en primer orden. Y ello, por dos razones. Primero, honestamente, no me parece que sea discriminatorio o arbitrario, pues está dentro de los márgenes que habitualmente existen en normas de este tipo. Y segundo, creo que refleja el espíritu de la Comisión en términos de lograr la mayor calidad posible, partiendo de la base de que las entidades que mejor pueden realizar labores de esta naturaleza son precisamente las universidades. Por eso vamos a apoyar la norma propuesta por la Comisión de Salud.

Finalmente, en cuanto a la constitucionalidad, pese a no ser quién para opinar a fondo en la materia, debo señalar que, sin embargo, después de consultar el punto en reiteradas oportunidades y a distintas personas -funcionarios de Secretaría y otros profesionales-, pienso que la norma no es inconstitucional, por lo que la vamos a votar favorablemente, en el marco que he señalado y conforme al texto planteado por la Comisión de Salud, que consideramos más preciso y que interpreta mejor el espíritu de resguardo con que se desea actuar.

El señor MARTÍNEZ.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador, con la venia de la Mesa?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Espina.

El señor MARTÍNEZ.- Estoy pidiendo una interrupción, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Sí, pero el Senador señor Ruiz-Eskide ya agotó su tiempo. Tendría que pedirla al Honorable señor Espina. La Mesa no tiene inconveniente.

## DISCUSION SALA

El señor ESPINA.- Prefiero intervenir primero, señor Presidente, y posteriormente, si me sobra tiempo, con gusto concederé la interrupción al Senador señor Martínez.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Puede usar de la palabra Su Señoría.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, el Senador señor Parra ha argumentado respecto de una eventual inconstitucionalidad en que se incurriría en el N° 3 del artículo 4°.

Sobre la materia, quiero hacer una distinción entre los antecedentes de hecho y los fundamentos de Derecho que contiene la disposición.

Con relación a lo primero, queda claro que al Ministerio de Salud corresponde la facultad de fiscalización, la cual básicamente es ejercida a través de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarias, como también la de sancionar la infracción a tales disposiciones, cuando proceda.

En segundo lugar, también queda claro que la labor de fiscalización compete a funcionarios públicos. Eso es lo correcto y ése es el criterio general.

En tercer término, queda expresamente establecido que sólo con carácter excepcional, siempre que falte personal para desarrollar las tareas y por razones fundadas, puede delegarse a terceros particulares la labor de fiscalización, sobre la base de los criterios que se señalan en el inciso tercero del N° 3.

Respecto de los fundamentos de Derecho, es necesario distinguir entre la facultad de fiscalizar e inspeccionar y la de sancionar.

No hay inconveniente para delegar a terceros la facultad de inspeccionar y certificar. Lo que no puede delegarse -por constituir una potestad exclusiva del Estado- es la facultad de sancionar. Esta última forma parte de las potestades del Estado y no cabe ni es posible delegarla a particulares.

En consecuencia, la correcta interpretación de la norma es que la externalización o posibilidad de que terceros realicen la fiscalización o inspección, tiene como límite que la aplicación de la sanción no pueda ser ejercida por esos terceros, sino por algún órgano o funcionario del Estado.

De esa forma, a mi juicio, se resuelve lo planteado por el Senador señor Parra, pues la facultad que podría ser cumplida por terceros idóneos debidamente certificados sólo dice relación a la inspección y certificación del cumplimiento de las normas sanitarias. Pero las sanciones deben ser siempre aplicadas por funcionarios del Estado, en virtud de la potestad que a éste le compete de manera exclusiva y excluyente.

Por esas razones, no comparto la reserva de constitucionalidad manifestada por el Senador señor Parra. A mi juicio,

## DISCUSION SALA

el texto es absolutamente coherente con los principios señalados, que son los que ilustran la Constitución Política.

El señor MARTÍNEZ.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

El señor ESPINA.- Por supuesto, con la venia de la Mesa.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra, señor Senador.

El señor MARTÍNEZ.- Muchas gracias, señor Presidente.

Deseo formular una consulta al Senador señor Ruiz-

Esquide: en la referencia que se hace a las universidades, ¿importa si son privadas o estatales?

El señor RUIZ-ESQUIDE.-Sobre ese punto no se estableció diferencia específica.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ávila.

El señor ÁVILA.- Señor Presidente, la importancia del artículo 4º es que permite develar una intencionalidad que se aprecia a lo largo de todo el proyecto: el debilitamiento sistemático del ámbito público en favor de los privados.

Aquí se está vulnerando un principio esencial del sector estatal, pues, si hay algo que es de la naturaleza de la función pública, es la fiscalización. Ésta no puede, bajo ninguna circunstancia ni pretexto, ser transferida a terceros.

Aparentemente y de modo formal, en el número 3 del artículo 4º, la fiscalización aparece separada de la labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas. Pero eso no pasa de ser un juego dialéctico, ya que inspeccionar y verificar ciertamente son acciones de fiscalización. O sea, ésta también se expresa de ese modo. Por tanto, tendremos a privados inmiscuyéndose en actividades propias de la función pública.

Por otra parte, el Tribunal Constitucional se pronunció acerca de aspectos como el que ahora analizamos. Desde luego, objetó la posibilidad de que un servicio de la Administración se constituya en persona jurídica de Derecho Privado, a fin de desempeñar funciones complementarias a las establecidas legalmente para la precitada institución.

Esto forma parte del estudio que realizó el Senador señor Silva, en el cual se consignan temas de inconstitucionalidad respecto del proyecto, planteamientos que, junto con el Honorable señor Parra, apoyaremos en su momento.

En lo concerniente a las patologías AUGE, se aprecia la posibilidad de que éstas se conviertan en el mecanismo de transferencia de cuantiosos fondos hacia el ámbito privado, si se considera el debilitamiento de los servicios sanitarios y de los hospitales.

Entonces, esta disposición y otras dispersas en la iniciativa crean una situación de inestabilidad para el ámbito público e

## DISCUSION SALA

incertidumbre para sus funcionarios. Con tales características y en tal clima, no es admisible asumir los desafíos que aquí mismo se plantean.

A mi juicio, el sector público en materia de salud está pasando por un momento muy difícil, que esta legislación no corrige, sino que, por el contrario, profundiza.

Por ello, anuncio mi voto en contra no sólo del artículo, sino del resto de las disposiciones.

**--(Manifestaciones en tribunas).**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Reitero que no puede haber manifestaciones.

Como Presidente debo aplicar el Reglamento, porque es la única manera para que funcione el Senado. El público asistente a la sesión debe entender esto y colaborar por el buen desarrollo de la misma. En caso contrario, me veré obligado a hacer cumplir el Reglamento.

Por lo tanto, si se produce otra manifestación, la sesión continuará sin público.

Tiene la palabra el Honorable señor Ominami.

El señor OMINAMI.- Señor Presidente, entiendo que estamos iniciando la discusión particular del proyecto, porque ya debatimos la idea de legislar. A pesar de ello, se han hecho juicios generales. En mi opinión es importante reiterar algunos conceptos, en relación con la norma en análisis.

Los Parlamentarios socialistas –hablo de Senadores y Diputados de mi bancada- hemos trabajado arduamente en la iniciativa, que es polémica y controvertida, y vamos a votar favorablemente todas sus disposiciones, porque estamos convencidos de que ellas modernizan y fortalecen el sector público de salud.

En ese entendido hemos actuado. Y me parece muy importante en la discusión particular que quien piense que hay un debilitamiento del sector público lo diga, para discutirlo como corresponde. Pero no estoy de acuerdo con que, a estas alturas, se hagan imputaciones de tipo general, sin referirse al contenido específico de cada uno de los artículos.

Es evidente que las tareas de fiscalización y, particularmente, de sanción corresponden al sector público; en este caso, al Ministerio de Salud. Y eso dice el proyecto. Aquí no hay posibilidad de que un privado fiscalice en un sentido amplio ni menos que sancione, asumiendo facultades que son propias del sector público de salud.

Es esencial dejar esclarecido lo anterior, a fin de que no nos confundamos. Debemos actuar sobre la base de textos precisos y no de nuestros prejuicios o desconfianzas. Siento que tal aclaración es fundamental.

Además, quiero agregar que existen dos maneras de debilitar al sector público: una es sobre la base de restarle atribuciones



## DISCUSION SALA

y privatizar abiertamente sus actividades. No hay nada de eso en esta iniciativa. Y la otra consiste en llenarlo de cargas y tareas, imponiéndole muchos objetivos sin dar los medios para cumplirlos. Ésta es la manera más efectiva, pues es indirecta y sibilina. Estamos llenos de estos casos. Muchas leyes entregan facultades al Estado, pero simplemente son letra muerta.

Por eso, es relevante que, en aquellas situaciones donde no exista el personal correspondiente, el Estado pueda externalizar servicios en áreas muy limitadas para cumplir con su tarea. De eso se trata: cumplir con la función específica de los servicios y no de contentarnos simplemente con dejar establecidas normas que, posteriormente, por falta de medios, de recursos y de personal idóneo, serán letra muerta.

Reitero: nuestra legislación está llena de ejemplos de esto. Y el avance en la modernización y el fortalecimiento del sector público también tiene que ver con esta situación.

Por esta razón, defiendo el acuerdo de la Comisión de Hacienda respecto del tema de las universidades. Hoy día tenemos una gran proliferación de éstas. Si bien hay universidades públicas y privadas muy respetables, hay otras cuyas calidades e idoneidad están puestas en duda.

Por eso, no nos pareció correcto que a una universidad que se presenta a un concurso para externalizar servicios se le asigne la función correspondiente por el hecho de tener la calidad de tal. A mi juicio, es importante que se considere a las universidades, pero también hay que ponderarlas en sus méritos, porque no todas tienen la misma calidad e idoneidad en un sistema donde se ha producido un alto grado de diferenciación.

Mi planteamiento apunta a lo resuelto por la Comisión de Hacienda en cuanto a la participación de aquéllas para acreditarse como terceros idóneos.

Deseo reiterar, señor Presidente, que es muy relevante que el Estado tenga la posibilidad de cumplir en forma efectiva con su cometido. Y para eso debe, naturalmente, fortalecer sus capacidades de fiscalización, que son llevadas a cabo por los trabajadores de la Administración Pública, en este caso, del Ministerio de Salud. Pero, tratándose de otras actividades, es importante que cuente con la facultad de apelar a servicios externos para cumplir con su labor.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No hay ningún otro señor Senador inscrito. Por lo tanto, se da por cerrado el debate y se procederá a la votación.

Como son diferentes los textos de las Comisiones de Salud y de Hacienda, se votará primero la proposición del Senador señor Parra tendiente a suprimir el inciso tercero del número 3 del artículo 1º, y si es rechazada, habrá que optar por uno de los dos textos.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, ¿qué implica votar "Sí" o "No"?

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- "Sí" significa suprimir el inciso tercero y "No" mantenerlo.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Quiénes están por eliminar...

El señor VIERA-GALLO.- En votación económica, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Así lo estoy pidiendo, señor Senador.

El señor HOFFMANN (Secretario).- El señor Presidente somete a votación la indicación que sugiere suprimir el párrafo tercero del número 3 del artículo 1º.

**--Se rechaza (28 votos contra 4 y un pareo).**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En seguida, entre lo propuesto por la Comisión de Salud y la de Hacienda, corresponde pronunciarse sobre el texto de esta última.

La señora MATTHEI.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra, Su Señoría.

La señora MATTHEI.- Creo interpretar a la Comisión de Salud al manifestar que nos satisface la proposición de la de Hacienda.

Por lo tanto, no tengo inconveniente en acogerla.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Habría acuerdo para aprobarla con la misma votación anterior?

El señor RUIZ-ESQUIDE.- ¡No, señor Presidente! Se trata de votaciones distintas y hay razones diferentes.

Votaré a favor de lo propuesto por la Comisión de Salud, porque es consecuencia...

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Pero primero habría que pronunciarse sobre el texto de la Comisión de Hacienda, y si éste es rechazado, se entendería aprobado el de la Comisión de Salud.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Muy bien.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si le parece a la Sala, haremos votación económica.

Acordado.

**--En votación a mano alzada, se aprueba la proposición de la Comisión de Hacienda (22 votos contra 9, 2 abstenciones y un pareo).**

El señor RÍOS.- Señor Presidente, ahora correspondería votar el texto de la Comisión de Salud.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No, señor Senador, porque procedía pronunciarse respecto del último informe, vale decir, por el de Hacienda.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, deseo dejar establecido que voté en contra del artículo propuesto por ella y que he mantenido mi posición en tal sentido.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Su postura fue rechazada en la primera votación, Su Señoría. Hubo 4 votos en contra, uno de los cuales fue el suyo.

El señor RÍOS.- Así es, señor Presidente.

## DISCUSION SALA

Mi idea es dejar en claro la opción que resolví.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Sin duda, señor Senador, y lo podrá ver en la Versión Taquigráfica, donde quedará constancia expresa de su posición.

El señor RÍOS.- Gracias.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el señor Secretario.

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, cabe pronunciarse acerca de la modificación introducida por la Comisión de Salud respecto del número 9 del artículo 1º, que dice: "Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes."

La referida enmienda fue aprobada por mayoría.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

Cerrado el debate.

¿Habría acuerdo para aprobar dicha proposición?

El señor HOFFMANN (Secretario).- La Comisión de Hacienda no propone cambios.

El señor ESPINA.- Su texto es igual al de la de Salud.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Es exactamente el mismo.

**--Se aprueba.**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Hago presente a la Sala que los señores Senadores pueden solicitar votación separada acerca de cualquier artículo que haya sido aprobado por unanimidad.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Han llegado numerosas indicaciones en ese sentido.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Las veremos cuando corresponda.

El señor HOFFMANN (Secretario).- La siguiente proposición de la Comisión de Salud incide en el número 16 del artículo 1º, y dice: "Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena."

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra, Su Señoría.

El señor VIERA-GALLO.- Se trata de una indicación que presentamos en la Comisión y su importancia, a mi juicio, radica en que, además de recoger algunas experiencias positivas existentes en materia de salud intercultural, valora el aporte de los pueblos indígenas en este campo.

Ella fue acogida también por el propio Ministro del ramo.

Así que pediría a la Sala que, ojalá, le diera su voto favorable.

El señor MARTÍNEZ.- Pido la palabra, señor Presidente.

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Puede hacer uso de ella, señor Senador.

El señor MARTÍNEZ.- Señor Presidente, la norma habla de "concentración indígena", en circunstancias de que todos son ciudadanos chilenos. Lo lógico es decir "chilenos de raíz indígena". No veo por qué se hace la diferencia.

En mi opinión, eso colisiona con algunas reformas constitucionales que están pendientes, lo cual nos producirá un problema.

Deseo dejar claramente establecido que en nuestro país no hay indígenas, en los términos a que se refirió el señor Senador que me antecedió, sino que todos son ciudadanos chilenos. Éste es un detalle importantísimo.

El señor GAZMURI.- ¡Existe la Ley Indígena, Su Señoría!

El señor MARTÍNEZ.- Pero no hay poblaciones indígenas, sino chilenos de origen o raíz indígena.

Dicho problema lo entronco con la Constitución.

Es cuanto deseaba plantear.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, estoy en total desacuerdo con el señor Senador que me antecedió. En nuestro país hay poblaciones y etnias originarias, con sus tradiciones, cultura y lengua, que merecen nuestro mayor respeto. A ellas deben dárseles todas las condiciones y facilidades para que se integren a la sociedad, por cuanto representan la diversidad cultural de Chile.

Esa norma me parece extraordinariamente importante, porque hay, sin lugar a dudas, con mucho éxito, en particular en la zona norte de la Novena Región que yo represento, en los hospitales niveles 3 ó 4, en los consultorios e, incluso, en los establecimientos nivel 2, un conjunto de programas que incorporan procedimientos de atención de salud propios de las etnias originarias, en especial, de la mapuche o de la pehuenche o de la lafkenche existentes en nuestra zona, las cuales han tenido mucho éxito en el cumplimiento de sus objetivos. La inclusión de tales métodos ha permitido la integración y la participación de esas comunidades en los hospitales y consultorios con excelentes resultados.

La norma que aprobamos en la Comisión, cuyo tenor me parece correcto, dice: "Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena."

Por lo tanto, soy partidario de votarla favorablemente.

El señor MARTÍNEZ.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Muñoz-Barra.

El señor MARTÍNEZ.- Quiero hacer uso de la palabra, señor Presidente.

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Ya intervino, señor Senador.

El señor MUÑOZ BARRA.- Señor Presidente, coincido absolutamente con lo señalado por mi Honorable colega representante de la Novena Región.

En realidad, me deja un tanto perplejo lo que planteó un señor Senador que me antecedió en el uso de la palabra, en el sentido de que en Chile no existen indígenas. El 6 por ciento de nuestra población pertenece a etnias. En el país hay un millón de indígenas entre pascuenses, aimaras, mapuches, kawashkar. De tal manera que, más que un error, es un lapsus que corregiré Su Señoría.

Esta norma reviste gran trascendencia, ya que, evidentemente, existen organismos ministeriales que realizan programas en mapudungún; como es el caso de la CONADI.

La señora MATTHEI.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

El señor MUÑOZ BARRA.- Con el mayor agrado, Su Señoría.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Con la venia de la Mesa, tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, es importante haber escuchado bien lo que señaló el Senador señor Martínez, pues no está en contra del programa. Su Señoría pide que se diga "personas de origen indígena", porque, en el fondo, todos ellos son chilenos.

Mi impresión es que esa aclaración no es necesaria. Pero tampoco es bueno distorsionar el argumento que ha dado el Senador señor Martínez.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Recupera la palabra el Honorable señor Muñoz Barra.

El señor MUÑOZ BARRA.- Espero que el señor Senador aludido corrija sus dichos en el mismo sentido y orientación en que lo hizo la Honorable señora Matthei.

Cabe agregar que, por ejemplo, en la Novena Región, donde viven cerca de 400 mil indígenas, hay programas de la CONADI y de INDAP en la citada lengua. Y para qué hablar en materias educacionales, pues se sabe que el uso del mapudungún permite que un joven, en los tres primeros años de estudio, aprenda más rápidamente que si se le enseña en castellano.

Asimismo, en todas las dependencias de los hospitales - con esto termino, para no alargar tanto mi intervención-, incluso, en diferentes reparticiones públicas, se han colocado los nombres de las secciones en mapudungún, lo cual permite que las personas pertenecientes a estas etnias se puedan orientar con mayor facilidad. De tal manera que, me parece absolutamente plausible formular políticas que permitan incorporar enfoques de salud interculturales en los programas de salud en las comunas con alta concentración indígena.

Todos estaremos de acuerdo con lo propuesto, si es que la corrección hecha por la Senadora señora Matthei apunta hacia la

## DISCUSION SALA

verdadera intención que tuvo el Honorable señor Martínez, que entonces no capté muy bien.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Martínez, en su segunda intervención, para completar sus comentarios.

El señor MARTÍNEZ.- Señor Presidente, quiero especificar mi planteamiento.

Primero, no es una falta de respeto haber tocado el tema como lo hice. Así que difiero totalmente de lo dicho por el Honorable señor Espina. Segundo, la interpretación de mis palabras coincide con lo expresado por la señora Senadora Matthei.

Por lo tanto, deseo aclarar lo siguiente: esas personas son chilenos de raíz u origen indígena. Todavía no hemos cambiado esa materia en la Constitución. Y esto es sumamente importante, porque estamos haciendo una diferencia expresa, provocada por situaciones socioeconómicas o de otro tipo; pero esas personas son chilenas. Eso es lo que quiero dejar en claro.

El señor RÍOS.- Pido la palabra, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, apoyo la disposición que estamos votando, por las razones que se han dado, en términos de lo que significa su incorporación al proyecto que establece una nueva autoridad sanitaria, porque las experiencias son muchas y positivas.

Ahora, en cuanto al tema de fondo, está subyacente un debate orientado hacia las reformas constitucionales. Y creo que hay un exceso de exquisitez en esta materia. Podríamos entender también que la expresión "concentración indígena" no considera ninguna calidad especial, en el sentido de si son o no chilenos. De modo que esa argumentación me parece una extralimitación.

Asimismo, de manera alguna podemos hablar de personas indígenas o chilenas, porque la condición de persona, desde el punto de vista filosófico, es absolutamente diferente. Por lo tanto, se trata de una discusión excesiva.

Por lo anterior, propongo que aprobemos rápidamente esta enmienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ríos, último orador inscrito, y luego, procederemos a votar.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, fui el único Senador que en la Comisión votó en contra de esta proposición. Y mantendré mi punto de vista, por los siguientes motivos.

Durante todo el debate habido en dicho órgano técnico, sostuvimos que el objetivo de salud en el país era uno –no existen dos o tres finalidades al respecto-, que se halla establecido en las metas de cada programa dispuesto por el Ministerio del ramo. Por tal motivo, la política de salud es también una, aunque pueden existir normas de aplicación distintas, y fórmulas que permitan a las diferentes técnicas

## DISCUSION SALA

obtener mejores resultados en el cumplimiento de las terapias correspondientes.

Como señalé en su oportunidad -y lo reitero-, si queremos autorizar al Ministerio de Salud para que incorpore otros aspectos, que son parte de las normas sobre aplicación de la política de salud, es decir, que recoja elementos distintos de los existentes en el resto del país, entonces, se le debe permitir formular disposiciones que den un enfoque de salud intercultural. Pero al facultar a dicha Secretaría de Estado para llevar a cabo políticas o acciones diferentes de las que se aplican en el resto del país, resulta evidente que estamos quebrando la unidad del trabajo en el sector salud.

No estoy en contra de que una autoridad indígena, producto de su análisis y trabajo sobre la naturaleza, tenga una fórmula distinta en materia de salud. Soy Senador de la provincia de Arauco, y allí existen muchísimas comunidades indígenas donde efectivamente así ocurre. Sin embargo, no se trata de políticas distintas. Sería un error garrafal que el Senado aprobara esa enmienda. Pueden ser normas distintas, pero no políticas distintas.

A lo anterior, cabe agregar otro elemento importante y que constituye el segundo motivo por el cual voté en contra de este precepto en la Comisión.

Cuando enumeramos las excepciones -en este caso, la participación de comunidades indígenas- hice presente que después vendrán las de carácter religioso. En Chile existen entidades religiosas con personalidad jurídica de derecho público que tienen una concepción distinta respecto de ciertas terapias de salud, por ejemplo, no aceptan las transfusiones de sangre, etcétera. Por ello, aprobar esta proposición significará que después aquéllas pedirán también su incorporación en el proyecto como parte de una política de salud distinta, lo cual no corresponde.

Llamo la atención del Senado al respecto. Estimo que debe rechazarse la norma por esos dos motivos. El votar en contra de ella no quiere decir que se marginan las alternativas señaladas por el Senador señor Viera-Gallo. Por lo demás, el hecho de que exista o no esta disposición, no impide que el Ministro de Salud disponga de ellas, pues no se le indica cuáles son las obligaciones técnicas que debe cumplir. Sólo se le entregan las herramientas para que las escoja y vaya normando la acción de la salud mediante las responsabilidades conferidas a través de esta normativa y de la Constitución en términos globales.

Por tal razón, es inconstitucional e, incluso, inadmisibles, permitir que el Ministerio dicte políticas distintas de las que se aplican en el país. Sólo puede dictar normas compatibles con la política que rige en el país.

Voto en contra.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Terminada la discusión.

## DISCUSION SALA

Si le parece a la Sala, se aprobará la enmienda propuesta.

**--Se aprueba, con el voto en contra de los Senadores señores Ríos y Vega.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, corresponde ocuparse en la modificación propuesta por la Comisión de Hacienda, en el numeral 2), para reemplazar el inciso primero del artículo 4º bis.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, nosotros nos manifestamos contrarios a este punto en la Comisión, pero ahora estamos dispuestos a votar a favor.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Por qué da por aprobada la enmienda?

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Si se retira el voto en contra, se entendería que existe unanimidad para aprobar el texto propuesto por la Comisión de Hacienda.

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- En seguida, se propone agregar, a continuación del artículo 14 D, un artículo 14 E. Esta enmienda se aprobó por tres votos contra uno y una abstención.

La norma propuesta es del siguiente tenor: ...

La señora MATTHEI.- Excúseme, señor Presidente, es el mismo tema anterior, de modo que debiera aprobarse la modificación.

El señor VIERA-GALLO.- Así es, señor Presidente, es lo mismo. La Comisión de Hacienda repuso los consejos asesores de carácter consultivo, y en buena hora.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Si le parece a la Sala, se aprobará la modificación propuesta por la Comisión de Hacienda.

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- La Comisión de Hacienda propone reemplazar el inciso segundo del artículo 16 ter, por el siguiente:

“Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios, sean dependientes de municipios, de Servicios de Salud o tengan convenios con éstos, deberán atender, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos, y serán supervisados y coordinados por el Servicio de Salud respectivo.”.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Fue aprobado por cuatro votos y una abstención.

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, ésta es, quizá, una de las normas más importantes del proyecto. El artículo 16, al definir la Red Asistencial de Salud, establece que los consultorios de atención primaria forman parte integrante de aquélla. Esto no venía así en el texto de la Cámara de Diputados. Y se trata de una norma muy significativa, porque, como se especificará después, el Director del



## DISCUSION SALA

Servicio tendrá una serie de atribuciones –ellas se introdujeron en el Senado- para intervenir en el funcionamiento de la salud primaria. El ideal habría sido que la reforma fuera más profunda en el sentido de terminar con la brecha entre salud primaria municipal y salud pública estatal, pero todo lo que se pudo obtener fue avanzar en la disminución de esa brecha. Es por estos consultorios por donde el ciudadano va a entrar a la red asistencial, y será el médico del consultorio quien tendrá que definir al final el curso de la enfermedad según la ficha clínica respectiva, la cual, suponemos, va a estar en red a lo largo de todo el país.

Lo que propone la Comisión de Hacienda es perfectamente aceptable, señor Presidente, por lo cual pido que se apruebe.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor García.

El señor GARCÍA.- Señor Presidente, me abstuve en la Comisión de Hacienda y ahora deseo levantar mi abstención, por el siguiente motivo. Existe un convenio entre el Ministerio de Salud y la Universidad Católica para construir consultorios en la Región Metropolitana, de manera de brindar una mejor atención de salud a sus habitantes. No conocía el convenio. Una vez que me he enterado de su existencia y objetivos, me parece realmente importante. Y, más que eso, creo indispensable que experiencias similares se trasladen a Regiones, donde también tenemos déficit de consultorios, largas listas de espera y rechazo de personas que solicitan atención. Entonces, si la experiencia es exitosa, lo ideal es que pueda ampliarse a todo el territorio nacional y que no sólo quede radicada en la Región Metropolitana.

Señor Presidente, levanto mi abstención.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Habiéndose producido la unanimidad, ¿habría acuerdo para aprobar la disposición propuesta por la Comisión de Hacienda?

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- Seguidamente, en el Numeral 16), hay una enmienda de la Comisión de Salud al artículo 18, que dice: "En el inciso primero del artículo 18 que contiene, sustituir la expresión "a la ley", por "al Título VI de la ley N° 19.882".

El señor VIERA-GALLO.- Es un problema de concordancia, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Así parece. No sé por qué hubo un voto en contra.

¿Habría acuerdo para aprobar la modificación?

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- Seguidamente, la Comisión de Salud propone intercalar, en el primer párrafo del literal p) contenido en la letra f), luego de la expresión "funcionarios de su dependencia", la oración "y que no formen parte del personal del establecimiento de autogestión en red, conforme al artículo 25 K."; agregar la siguiente oración final: "La comisión de servicio podrá tener lugar en una ciudad

## DISCUSION SALA

diferente siempre que el funcionario consienta en ello.", y sustituir la forma verbal "desempeñen" por "desempeñe".

El texto de la letra p) quedaría de la siguiente manera: "Disponer, mediante resolución fundada, la comisión de servicios de los funcionarios de su dependencia" –y esto se agrega- **"y que no formen parte del personal del Establecimiento de Autogestión en Red, conforme al artículo 25 K"**, en cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, siempre que dicho establecimiento esté situado en la misma ciudad en que éste se **desempeñe.**" Antes decía: "se desempeñen". Y se agrega: **"La comisión de servicio podrá tener lugar en una ciudad diferente, siempre que el funcionario consienta en ello."**

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- En discusión.

Ofrezco la palabra.

Tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, esta disposición es bastante significativa, ya que permite al Director del Servicio decretar comisiones de servicio a funcionarios de su dependencia, salvo, obviamente, en el caso de los hospitales autogestionados, porque ahí el personal va a depender, por la definición que hemos dado de ellos, del director del servicio hospitalario.

¿Con qué objeto creará dichas comisiones? Con el de mejorar el servicio de la Red. O sea, quienes estén por el concepto de Red no podrían, en teoría, oponerse a esta norma, que no hace otra cosa que establecer la solidaridad entre los consultorios, los hospitales –en este caso, los hospitales 3 y 4- y el personal de la Dirección de Salud.

Ahora, los propios Establecimientos Autogestionados en Red pueden, a su vez, establecer convenios con los consultorios de su Red para que algunos de sus especialistas, por ejemplo, puedan ir a atender al nivel primario, para reforzar la atención. No advertimos razón alguna, que no sea de índole corporativa –lo cual es legítimo, por cierto, pero no necesariamente de interés público-, para que no se dé al Director de Servicio la facultad de hacer efectiva la solidaridad de la Red.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Muñoz Barra.

El señor MUÑOZ BARRA.- Señor Presidente, simplemente deseo señalar que, a mi juicio, la oración "La comisión de servicio podrá tener lugar en una ciudad diferente, siempre que el funcionario consienta en ello." es absolutamente imperativa. O sea, no puede haber ninguna sanción o determinación que doble la voluntad del funcionario. Quiero que esto quede claramente establecido en la historia de la ley.

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Así se hará, señor Senador.

Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

## DISCUSION SALA

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, en ambas Comisiones estimamos que ésta era una facultad imprescindible para el Director del Servicio a fin de mejorar la atención de las personas. En todo caso, hemos dejado diversas regulaciones en resguardo de los derechos de los trabajadores. Así, por ejemplo, el inciso segundo de esta misma letra p), dice: "En caso alguno estas comisiones podrán significar el desempeño de funciones de inferior jerarquía a las del cargo o ajenas a los conocimientos que éste requiere, ni podrán importar menoscabo para el funcionario."

Por su parte, el inciso sexto, señala: "El funcionario respecto de quien se disponga la comisión de servicios, que estimare que ésta le produce menoscabo podrá solicitar la reposición de la resolución ante el Director. La resolución del Director podrá ser apelada ante el Secretario Regional Ministerial de Salud dentro del término de diez días hábiles", etcétera.

En el fondo, lo que hemos hecho es conceder numerosas garantías con el propósito de que la comisión de servicio sirva para mejorar la gestión y no para deshacerse de personas que no le agradan al director del respectivo servicio de salud.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, esta disposición no hace otra cosa que poner en práctica, con todos los resguardos para proteger a los funcionarios, lo que es la esencia del proyecto: contar, por primera vez en el país, con una red asistencial que involucre desde los consultorios de atención primaria, a los que llegan las personas a atenderse, hasta los hospitales de alta complejidad, que corresponden a los de nivel 1.

La norma en debate establece la posibilidad de que un funcionario pueda ir en comisión de servicio a algún establecimiento de la red, que abarca desde el consultorio de atención primaria hasta los hospitales de mayor complejidad (niveles 2, 3 y 4), culminando en los de nivel 1, que serán autogestionados.

Es evidente que, para construir bien la red asistencial, el director deberá contar con el personal necesario para los efectos de cumplir todas las funciones de carácter resolutivo que le permitan solucionar los problemas de salud y, simultáneamente, distribuir adecuadamente a los funcionarios.

Como podría pensarse que el personal podría salir perjudicado con esta medida, en ambas Comisiones se tomaron las medidas de resguardo pertinentes, que ya esbozó la Honorable señora Matthei, entre las cuales destaco las siguientes:

En primer lugar, que la comisión de servicio se cumplirá en la misma ciudad donde el trabajador se desempeña. Nadie será trasladado a otra -la red asistencial abarca varias- con el objeto preciso de evitar que se menoscabe su situación familiar o personal, salvo que

## DISCUSION SALA

consienta, en cuyo caso no hay dificultad en que pueda ir en comisión de servicio a otro lugar.

En seguida, el funcionario, como ya se señaló, no podrá desarrollar una función jerárquicamente inferior y mantendrá el mismo rango, categoría y remuneración.

Luego, la comisión de servicio durará dos años, no pudiendo prorrogarse por otros dos, a menos que sea, como dice expresamente la norma, a petición del funcionario y de común acuerdo con la dirección. Y, en caso de no estar de acuerdo, aquél dispone del recurso legal de impugnar la resolución.

Por lo tanto, las objeciones que se han hecho a esta propuesta no me parecen correctas, porque los derechos de los funcionarios están absolutamente resguardados. De esa manera, el país va a contar por primera vez con una red asistencial que opere adecuadamente, y no como ocurre hoy, en que la anarquía existente en ella obliga a duplicar los esfuerzos en la atención de salud, particularmente en las zonas más pobladas o con menores niveles de ingreso.

Por estas razones, votaremos a favor de la disposición.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

Cerrado el debate.

En votación.

**--(Durante la votación).**

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, sólo para el establecimiento de la historia fidedigna de la ley, quiero precisar cuatro puntos.

Primero, como ya se señaló, muchos hubiéramos deseado una ligazón en esta materia y terminar con la separación entre los niveles de atención primaria municipal y secundaria estatal, lo cual, por distintas razones, no ha sido posible hasta ahora. De este artículo en su conjunto surge la primera condición que estamos buscando: la existencia de un nexo mucho más estrecho entre los niveles primario y secundario. Sin él, la reforma evidentemente no operará bien.

Segundo, se ratifica en todos los textos que ésta es una red. Ello, fundamentalmente, frente a la demanda, la crítica, la prevención o la preocupación de que esto pudiera ser una cosa separada, en especial con respecto a los hospitales autogestionados, los que eventualmente pudieran romper el sistema de salud, tema que no corresponde a esta disposición.

Tercero, se han tomado todos los resguardos posibles para que ningún funcionario pueda ser atropellado en sus derechos o víctima de algo que no sea el bien general del sistema. Con tal propósito, se vela por sus derechos personales y la carrera funcionaria.

Cuarto, mediante el proyecto se logra un funcionamiento adecuado en la gestión, en especial, cuando se desea llevar funcionarios de determinados niveles hacia el sector privado.

## DISCUSION SALA

Quiero aprovechar esta oportunidad –porque un señor Senador lo señaló- para referirme a una prevención general que se ha hecho, en cuanto a que éste es uno de los tantos artículos que estarían desarmando el sistema público de salud.

Nada de lo que hemos hecho en esta iniciativa de ley va en la línea que se ha acusado aquí. Tanto en los señores Senadores de estas bancas como en los de la Oposición existe respeto por el sistema público de salud. Reconozco que en un momento determinado se plantearon posturas que pudieran ser interpretadas en tal sentido, pero lo cierto es que se dijo de otra manera durante el debate. Y mucho menos existe esa posición en las bancas a las que pertenece el señor Senador que lo expresó.

En concreto, aquí no estamos desarmando el sistema público de salud, para nada. Queremos –y ésta ha sido la discusión en la que personalmente tuve serias dificultades con el Ejecutivo en su oportunidad- que quede claro que el proyecto pretende reforzarlo. Es indispensable mejorar su gestión, porque de otra forma funcionará mal. Si esto ocurre, terminará siendo objeto de crítica y, a la larga, llevará a que muchos digan, con razón, que es necesario terminar con él.

Hemos hecho un esfuerzo en esta línea, y creo que tenemos derecho a reclamar buena fe respecto de lo que estamos señalando.

**--Se aprueba el literal p) del numeral 18).**

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, corresponde pronunciarse sobre el literal q) del numeral 18), cuyo objeto es reemplazar la frase "conforme lo dispuesto en el artículo 57 de la ley N° 19.378" por "o con establecimientos de atención primaria", sustituyendo la coma (,) y la conjunción "y" finales por un punto (.) aparte.

La disposición quedaría en los siguientes términos:

"q) Celebrar convenios de gestión con las respectivas entidades administradoras de salud municipal, **o con establecimientos de atención primaria**, que tengan por objetivo, entre otros, asignar recursos asociados al cumplimiento de metas sanitarias, aumento de la resolutivez de sus establecimientos y mejoramiento de los niveles de satisfacción del usuario.", etcétera.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión.

Tiene la palabra el Honorable señor Boeninger.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, mi voto en contra de esta disposición se debió exclusivamente a que participé de manera ocasional en la Comisión y no tenía certeza de cuál era el criterio del titular sobre la materia. De modo que retiré la prevención y me sumé a la unanimidad.

**--Se aprueba el literal q) del numeral 18).**

El señor HOFFMANN (Secretario).- Seguidamente, cabe resolver respecto del numeral 19).

## DISCUSION SALA

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, se refiere a lo mismo que los dos casos anteriores. Se trata de los Consejos de Integración, que tienen carácter asesor y consultivo. Por lo tanto, se podría aprobar.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Así es, pero en una línea de mayor participación.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión.

Tiene la palabra el Honorable señor Ríos.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, llamo a tomar conciencia del hecho de que, de aprobarse los consejos de que se trata, más los que ya se han ratificado, llegaremos a algo así como 480 consejos consultivos aprobados por ley en los últimos diez años, de los cuales no existen más de dos funcionando. Ello, porque nos "engolosinamos" con la idea de la participación. Mientras tengan carácter consultivo, la verdad es que terminan por aburrir a quienes los integran, e incluso a quien los cita.

En mi opinión, no es necesario establecerlos por ley. Y, si se hace, es porque las actuales autoridades no están consultando las obligaciones que deben cumplir. Entonces, por ley las estamos obligando a que conversen con sus asesores, con los trabajadores, con los profesionales, en fin, con todas las personas involucradas. Pero no lo hacen y de repente toman determinaciones solas y a veces muy partidistas, diciendo: "Con éste no hay que hablar porque es de otro partido". Es decir, obligaremos a los 341 alcaldes y a las autoridades de las 54 provincias del país a formar consejos consultivos, que se agregarán a los cerca de 500 ya constituidos, de los cuales funcionan no más de 2 ó 3.

Aquí estamos incorporando otros 27 consejos consultivos, que sumados a los que corresponden a los hospitales de las 54 provincias, dan un total de aproximadamente 120.

Esperamos que la ley en proyecto obligue, realmente, a quienes tienen la responsabilidad de dirigir, a tomar en cuenta las orientaciones de sus propios trabajadores y a asumir, de una vez por todas, la enorme y fantástica responsabilidad de ser autores de destinos y desarrollos para el cumplimiento de metas y objetivos, todo ello en un ambiente de paz social y tranquilidad.

Entiendo que en la Comisión fui el único que votó en contra. Y mantendré esa posición, porque de los innumerables consejos consultivos que se han creado no funciona prácticamente ninguno.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, pienso que en la primera etapa, sobre todo en la puesta en marcha de la reforma sobre autoridad sanitaria, los consejos consultivos pueden cumplir una función extraordinariamente importante. Nosotros tendíamos a compartir lo expresado por el Senador señor Ríos; pero un análisis más detallado de lo que significa la implementación de la Red Asistencial de Salud -que comprende desde el consultorio hasta el hospital autogestionado nivel

## DISCUSION SALA

1-, nos convenció de la importancia que reviste el que el Director del Servicio cuente con la opinión -como se establece en el inciso final de la disposición- de "representantes de los establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados" -que firmarán convenios- "que integren la Red Asistencial del Servicio". Porque lo peor que puede ocurrir es que el Director del Servicio finalmente no sepa o no quiera darse cuenta de que su red está funcionando mal, o posea una visión distorsionada de las falencias que ésta pueda tener.

Resulta razonable que los dirigentes de cada uno de esos centros de salud tengan la oportunidad de expresar formal e institucionalmente su parecer, a fin de detectar y corregir los errores que se puedan cometer.

Nos allanamos a la existencia de esos consejos, que son ad honorem, fundamentalmente para subsanar, sobre todo durante la primera etapa de funcionamiento del nuevo sistema, las imperfecciones de funcionamiento de la red, que sin duda existirán porque no es lógico suponer que ella operará sin fallas a través de todo el país.

Por las razones expuestas, votaremos a favor, en el entendido de que se trata de un elemento que ayudará a enmendar errores, imperfecciones o deficiencias durante el período de puesta en operación de la red -probablemente tarde varios años en funcionar bien-, para lo cual se requerirá la opinión de los representantes de los distintos establecimientos adheridos a ella.

Aprobamos la norma propuesta por la Comisión.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, en la Comisión de Salud aprobamos el artículo 21 A, que dispone que en cada Servicio de Salud existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial. Hubo un solo voto en contra.

Ese consejo no será meramente consultivo, sino que reunirá a los directores de todos los establecimientos que componen la red para evaluar cómo funciona. Así se desprende del inciso final de ese precepto, que expresa:

"El Consejo estará constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención," - es decir, de los directores de los consultorios de salud primaria, de los hospitales tipo 1, 2, 3 y 4- "y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.". Es decir, de los que hayan firmado algún convenio de atención.

A mi juicio, los consejos de integración son esenciales. Precisamente una de las críticas al actual sistema y también a los hospitales autogestionados es la falta del concepto de red, donde las personas -salvo que se trate de una urgencia- ingresan por el nivel primario. Ha faltado esa instancia de coordinación. Los hospitales se quejan, por ejemplo, de que se les llenan los servicios de urgencia

## DISCUSION SALA

porque la salud primaria no cumple con su cometido y rechaza muchos casos. A su vez, la salud primaria tiene problemas con los hospitales por la tardanza de éstos en conceder hora para especialistas. Etcétera.

Por lo tanto, nos parece que los consejos de integración, formados por personal técnico con labores de dirección, son absolutamente fundamentales.

Con respecto a los consejos propiamente consultivos, nuestra objeción básica, además de la probabilidad de no funcionamiento que dejó en claro el Senador señor Ríos, era el riesgo de captura. Desgraciadamente, en salud no hay recursos para pagar todo -esto es algo en lo que deberemos ir avanzando-, y aunque se ha ido entregando mayor financiamiento, todavía falta mucho. En efecto, el tratamiento de algunas patologías es carísimo y muchos padres, en su desesperación, demandan para sus hijos todo tipo de ellos, incluso algunos de carácter experimental que se realizan en países más ricos. Y se forman, por consiguiente, grupos de padres para exigir al Gobierno, al Estado, que haga frente a tales enfermedades, cuyos tratamientos muchas veces, repito, son experimentales y de altísimo costo, con resultados no claros. En verdad, si uno mira la evidencia, éstos no significan mucha diferencia.

Por lo tanto, nuestra preocupación era que finalmente esos grupos de captura desviarán recursos que la autoridad pensaba destinar a lo que estimaba más conveniente dentro del sector. Ésa era nuestra objeción. Sin embargo, en parte se disipó al especificar la Comisión de Hacienda que los representantes de los usuarios deberán provenir de las organizaciones comunitarias. Como en esa forma el riesgo de captura es menor, cambiamos nuestro voto y decidimos aprobar la norma.

El señor OMINAMI.- Señor Presidente, el que existan malas experiencias en materia de participación no cancela su necesidad. Habrá que interrogarse cómo adoptar medidas que la permitan, y no, simplemente, renunciar a cambiar hábitos, a modificar una cultura profundamente autoritaria que está muy arraigada en los servicios públicos del país.

Yo he insistido bastante en la necesidad de abrir espacios formales de participación, porque estoy convencido de que gran parte de los problemas y desconfianzas que se suscitan tienen que ver con falta de información y ausencia de diálogo.

En ese sentido, un tema tan importante como el de la salud requiere muchos espacios formales de diálogo, donde se expongan las opiniones de los distintos actores. En consecuencia, soy partidario de que existan lugares en donde los trabajadores puedan expresar oficialmente sus puntos de vista. Estoy convencido de que el diálogo ayuda y en ningún caso dificulta el desarrollo del trabajo, particularmente en una área tan compleja como la de la salud.



## DISCUSION SALA

Por eso, con relación a los consejos consultivos, en la Comisión de Hacienda insistí -y ésta fue una diferencia respecto de la de Salud- en que la constitución de ellos no fuera una cuestión puramente facultativa, ya que cuando así ocurre el resultado probable es el contrario: que no se constituyan. Y se resolvió, no que el Ministerio de Salud "podrá", sino que "deberá convocar la formación" de esos consejos. Por lo tanto, si no se forman, si no funcionan, se estará infringiendo la ley. Si fueran puramente facultativos, no habría infracción legal.

Por lo anterior, considero extraordinariamente relevante aprobar la disposición en debate, que también establece campos de participación para los dirigentes de los usuarios, particularmente de los que representan territorios o juntas vecinales. Porque no cabe la menor duda de que se precisa también de mucha comprensión, información y participación de esos sectores para orientar la puesta en práctica de este proceso de reforma, que es complejo y que deberá enfrentar múltiples dificultades. En ese sentido, me parece mucho mejor que las críticas, e incluso que las presiones, se expresen en lugares formales y no en donde no es posible responderlas adecuadamente.

-----

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- A solicitud del señor Ministro de Salud, recabo autorización para que ingrese a la Sala el asesor de esa Secretaría de Estado señor Hernán Sandoval.

**--Se accede.**

-----

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, con relación a este artículo, quisiera referirme a dos aspectos; uno de ellos, general.

Los permanentes planteamientos de algunos señores Senadores en la Comisión respecto a suprimir los consejos sobre la base de su número excesivo o de que no funcionan deberían ser alicientes para comprometernos a que sí funcionen. Es decir, la democracia tiene que ser necesariamente participativa. Y una de las características de la reforma de la salud, como novedad, como alma mater, más allá de las frases o de los consejos o de la Superintendencia o de la Subsecretaría, es algo mucho más serio: que ella sea participativa, además de constituirse en respaldo del sistema sanitario público y en la seguridad de que aquí no hay intentos de privatización, lo que naturalmente los Senadores de esta bancada no vamos en manera alguna a aceptar, de llegarse a proponer. Es decir, que sea la comunidad y los distintos estamentos que forman la

## DISCUSION SALA

pirámide y la red los que vayan diciendo cómo se ejecuta. Ésta no puede ser una reforma autoritaria, menos aún cuando estamos encomendando, con mucha fuerza, ciertas gestiones a determinadas autoridades. Entonces, mayor razón hay para que tengan un contrapeso.

En segundo lugar, en el caso específico de este artículo, hay algo que reitero en razón de su importancia.

En la página 67, línea 7 u 8, del boletín comparado hay una frase que dice "y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los Hospitales y los establecimientos de atención primaria". Creo que esto es importante, en la medida en que, no habiendo conseguido el logro mayor que algunos de nosotros buscábamos, que era la integración plena, se obliga (y en otros artículos también) a que el Servicio de Salud, frente a la atención primaria municipal, que no tiene la coherencia del sistema público estatal, ofrezca también programas de salud coherentes y que no dependan de realidades tan diferentes de comunas como Tirúa, Providencia o Las Condes.

Tercero, también hemos intentado permanentemente -en algunos artículos se logró; en otros, habrá que buscar la manera de hacerlo-, así como el funcionamiento de la red depende de la autoridad, de la comunidad, de los propios pacientes (que son sujetos de la aplicación de esta reforma), y al igual que en educación y a diferencia de otras áreas, la participación de los funcionarios del sistema estatal y municipal, que es esencial para que este sistema funcione.

Ésta fue la razón para aprobar este artículo y para proponer en su oportunidad consejos con participación directa de los funcionarios.

He dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Foxley.

El señor FOXLEY.- Señor Presidente, deseo reiterar muy brevemente algunas de las observaciones ya formuladas.

Creo que, hacia adelante, no sólo en salud sino en general en las políticas sociales, uno de los desafíos principales está constituido por un acercamiento de tales políticas a los usuarios. Las razones son dos: primero, dada la limitación de recursos, que también habrá en el futuro, es muy importante afinar muy bien los hoy disponibles tanto en su dirección como en su eficacia para satisfacer las necesidades de los usuarios, las que naturalmente irán cambiando en el tiempo. Ello plantea la exigencia de mejor rendimiento, de mayor preocupación, por quienes, en distintos sectores sociales, requieren atención.

Lo mismo se ha constatado en el campo de la educación, en donde el rendimiento escolar insuficiente tiene que ver, según se ha determinado, con lo que ocurre en la sala de clases, lo que depende a su vez de la evaluación de los profesores y de la participación de la

## DISCUSION SALA

comunidad educativa (padres y apoderados). Todo ello permite verificar si lo que está aconteciendo es satisfactorio desde el punto de vista de calidad de la enseñanza.

Lo mismo se experimenta en materia de seguridad ciudadana. En numerosas comunas existen Consejos de Seguridad Ciudadana, que en general son bastante exitosos, porque permiten a la policía, al gobierno local y a las juntas de vecinos tomar en sus manos la detección oportuna de los problemas, las formas de corregirlos, los errores que comete la autoridad, etcétera.

Por lo tanto, plantear esto mismo a nivel de salud me parece inevitable y servirá para aplicar un enfoque destinado a lograr mejor rendimiento de los recursos y, sobre todo, una atención mucho más fina de los usuarios, en cuanto a sus reclamos, al grado de oportunidad de la atención, etcétera.

El programa Chile Solidario en cierta medida también corresponde a esa idea de acercarse a las personas para que, en una interrelación con el funcionario, expresen hacia dónde se deben orientar los servicios.

Así es que, tanto el consejo de integración de la red que se propone, como los consejos de participación, me parecen esenciales en el nuevo enfoque de política social que debe imperar en Chile de aquí hacia el futuro.

He dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Parra.

El señor PARRA.- Señor Presidente, intervengo motivado por las palabras del Senador señor Ruiz-Esquide.

Dejo constancia de que, a lo largo de todo este proyecto, como del que hizo referencia, cuyo segundo informe llegará luego a la Sala y que alude a la gestión de los establecimientos educacionales, principalmente del sector municipal, hay una opción respecto a la forma en que se concibe su organización y su administración. Hay una apuesta a la autonomía, al liderazgo de los directores, al otorgamiento a éstos de extensas facultades para que puedan ejercer efectivamente ese liderazgo. Y hay un contrapeso muy débil, muy relativo por lo mismo, con estos consejos que se van creando, los que, como en el caso que discutimos, tienen el carácter de consultivos y de asesores, con facultades generalmente bastante imprecisas.

Creo que este modelo de gestión, que está haciendo escuela entre nosotros, no es, desde luego, participativo, aun cuando existan estos consejos. La apuesta exagerada a los liderazgos personales, omitiendo el involucramiento, el compromiso, la participación real del personal, no es un buen modelo. Ya manifesté mis reservas sobre este particular cuando debatimos aquí el proyecto sobre alta autoridad pública y nuevo trato del personal público.

## DISCUSION SALA

Sin embargo, esto es mejor que nada, y sólo en ese entendido concuro a votar favorablemente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Muñoz Barra.

El señor MUÑOZ BARRA.- Señor Presidente, escuchaba al Honorable señor Ruiz-Esquide, quien al igual que otros ha trabajado intensamente en esta materia, cuando hablaba de los consejos técnicos.

Basado en la experiencia que voy recogiendo en mi contacto con los centros hospitalarios de la Región que represento en este Hemiciclo, puedo decir que me produce una magnífica impresión el hecho de que hoy día médicos y trabajadores de todo el sistema de la salud estén unidos en un mismo frente y postulen principios, desarrollo, perspectivas y horizontes, conformando, diría, un cuerpo colegiado de mucho respeto. Entonces, la rápida conclusión que yo quiero sacar es la mantención en el tiempo del respeto a los consejos técnicos, que existen aun sin esta ley; pero desgraciadamente, he constatado que muchas veces los directores de hospitales públicos tienen un criterio tan autoritario que hacen tabla rasa de las organizaciones de trabajadores.

Entonces -insisto-, deseo rescatar el que, en algunos aspectos de las demandas de democracia, de perfeccionamiento y de eficiencia del sistema, no debemos ser a veces como el padre Gatica, que predicaba mucho y practicaba poco.

Y trabajadores y médicos tienen que entender que los problemas de la salud les son inherentes. El camino que deben avizorar y mantener hacia el futuro es la unidad, para una mejor salud pública.

He dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

Cerrado el debate.

Hago presente que, en virtud del debate realizado, comenzamos discutiendo la letra r) del artículo 20, en el N° 18, y proseguimos con el artículo 21 A), en el número 19, donde están los Consejos de Integración, de carácter consultivo. Por lo tanto, ambas normas serán objeto de votación conjunta.

Si le parece a la Sala, se aprobarán.

**--Se aprueban.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, en cuanto a la letra b) del artículo 24, la Comisión de Salud propone sustituir la expresión "Subsecretaría de Redes Asistenciales" por "Subsecretaría de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial", con lo cual dicho precepto quedaría...

El señor VIERA-GALLO.- Perdón, señor Presidente. En la letra a) hay una discrepancia entre la Comisión de Salud y la de Hacienda. Esta última sugiere eliminar un concepto, respecto al cual a mí, por lo menos, me gustaría que se diera una explicación en la Sala, para la historia de la

## DISCUSION SALA

ley. En principio, no estoy de acuerdo con lo sugerido por la Comisión de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el señor Secretario.

El señor HOFFMANN (Secretario).- El Honorable señor Viera-Gallo alude a la recomendación de la Comisión de Hacienda para suprimir, en la letra a) del artículo 24 que se propone, la parte que hace referencia "a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos aprobados". Con ello, la norma diría que los servicios se financiarán:

"a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;"

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión.

Tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, el objetivo de la parte cuya supresión se plantea dice relación a que una de las grandes críticas de los directores de servicios de salud y de hospitales, a lo largo del país, es que el FONASA no paga el costo real de las prestaciones y que, mientras más se llevan a cabo, en mayor medida aumenta el déficit.

Constituye un tema muy de fondo.

La Comisión de Salud buscó la fórmula -y conste que fue por unanimidad- de poner una referencia en la iniciativa, en cuanto a que el FONASA debe pagar valores que representen costos esperados de las prestaciones, de acuerdo con los presupuestos.

Es decir, no se trata de que dicho Fondo pague lo que estime, y punto, sin posibilidad de reclamo. Porque, sobre todo cuando se crean hospitales autogestionados dentro de la red, se les exige, además de un presupuesto propio, un grado de eficiencia, lo cual no es posible sin otorgarles recursos adecuados.

Reconozco que tal vez la fórmula sugerida unánimemente por la Comisión de Salud no es la mejor, a pesar de que nuestra Presidenta es una buena economista, pero es la que logramos. Sin embargo, no me parece adecuada eliminarla, salvo que se dé una explicación muy de fondo, porque podría dar la impresión de que el FONASA puede pagar lo que se le antoje. Y no hay referencia al costo, ni siquiera al esperado.

Se señaló que la razón para no hablar de costo real era una productividad distinta según cada servicio. Ello es entendible. Y a veces hay prestaciones más caras en determinados servicios debido a una mayor dotación de personal de arrastre. Pero alguna mención debe haber para que los traspasos de recursos correspondan a valores -en el texto se emplea la palabra "esperados"- que permitan realmente que el sistema funcione en forma efectiva.

He dicho.

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ominami.

El señor OMINAMI.- Señor Presidente, la norma tiene que ver con algo fundamental: el financiamiento de la reforma. Y la razón de la Comisión de Hacienda para eliminar la referencia a los costos esperados es que se deben discutir muy a fondo los mecanismos de financiamiento, con el fin de garantizar que el régimen de garantías cuente con uno de ellos, al igual que el conjunto de las prestaciones, no solamente las incluidas en el régimen de garantías explícitas.

De otra forma, se va a plantear un problema que ha generado mucha inquietud y que continúa haciéndolo: la segmentación. Es decir, al haber un conjunto de prestaciones con garantías más sólidas que otras, puede originarse una tendencia muy negativa a que los establecimientos se concentren en un tipo de atención y descuiden aquella con menores niveles de garantías.

Es algo que no se resuelve en este proyecto y que será el corazón del estudio de otro, el del régimen de garantías, donde hay que solucionar los temas de financiamiento y evitar que puedan producirse riesgos de segmentación.

Por ese motivo, se señaló que era mejor diferir el conjunto de la discusión sobre financiamiento al debate sobre el régimen de garantías, porque, entre hacer o no una referencia equívoca, es mejor no hacer ninguna. ¿Qué se entiende por costos esperados? ¿Quién los define? Si pudiera establecerse que todas las prestaciones se reembolsarán sobre la base de costos reales, considerando las productividades correspondientes, uno podría estar tranquilo; pero el concepto de costo esperado es extremadamente ambiguo.

Entonces, entre dejar en el proyecto un concepto sin una adecuada definición y optar por la discusión de los temas de financiamiento en el proyecto del régimen de garantías, la Comisión de Hacienda optó por esta última solución, que me parece la más adecuada, de suerte de no debatir acerca del financiamiento sobre la base de un pie forzado poco o malamente definido en estas normas.

Además, éste también fue el punto de vista del Gobierno en la materia.

Gracias.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, este tema fue largamente debatido en la Comisión de Salud y yo, al menos, voy a votar -como también lo señaló el Senador señor Viera-Gallo- por la incorporación del precepto que señala: "a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos aprobados."

Cuando recibimos al Director del FONASA en la Comisión, nos hizo presente que existen prestaciones valoradas que han aumentado y que son pagadas de acuerdo con el valor real, y admitió

## DISCUSION SALA

que otras no se retribuyen en esa forma. Entonces, no resulta justo pedir a los directores de los hospitales y a los funcionarios de los servicios que administren eficientemente un establecimiento cuando lo que se paga por la prestación es inferior al costo real, porque eso, naturalmente, produce un déficit sin solución.

Luego se planteó que el valor de la prestación no es igual en todos los establecimientos hospitalarios y que está vinculado a la gestión. Así, se nos señaló que una misma prestación tiene un valor equis en un hospital y el equivalente a 50 por ciento en otro servicio público. Ello es causado, entre otras cosas, por el mayor aparato burocrático, por gestiones de operación financiera, en fin.

Pero resulta evidente que la ley debe sentar el principio. Y me parece bien como lo hace la iniciativa, porque lo señala con suficiente amplitud, que permite que el presupuesto se elabore precisamente sobre la base del costo estimado de una prestación.

Creo que el principio que establecimos en la Comisión de Salud es esencial para que el sistema vaya ordenándose. De otra forma, siempre habrá una verdadera contradicción: por un lado, la exigencia de que hospitales y centros funcionen con una adecuada gestión, de que utilicen bien los recursos y de que, en consecuencia, atiendan eficientemente a los usuarios, esto es, a los pacientes, y, por el otro, la insuficiencia –reconocida por el Director del FONASA– de los montos otorgados por cada prestación.

Por tal razón, me parece fundamental incorporar la idea expuesta. Aquí no se fija un criterio único, sino amplio, respecto del presupuesto que exija la realización de una meta sanitaria y de las atenciones fijadas por el Director del Servicio, quien las comunicará a los consultorios y hospitales, cualquiera que sea su complejidad. ¿Cómo podrán materializarlas si el monto que se les está cancelando por prestación, en un promedio que deberá precisar el propio Director del Servicio a través de la red asistencial y las reglas normativas del Ministerio de Salud, no guarda relación con su valor real?

Por lo demás, hago presente al Honorable señor Ominami que precisamente el Director del FONASA nos señaló que la meta que se perseguía es la que se plantea. Nos dijo que ellos aspiraban a que en dos o tres años –la señora Presidenta de la Comisión podrá informar al respecto con más exactitud en su intervención– pudieran pagar todas las prestaciones valoradas, o sea, de acuerdo con el costo real. Y nos detalló la forma como lo irían cumpliendo.

Si el propio Director del FONASA nos expresa que ésa es la meta que han previsto, me parece razonable que la ley indique que cada prestación debe cancelarse conforme a los niveles de costos esperados. Si no es así, estaremos metiendo en un “zapato chino” a los funcionarios de los servicios de Salud.

El señor OMINAMI.- ¿Me permite una interrupción, Honorable colega, con la venia de la Mesa?

## DISCUSION SALA

Lo que se halla planteado no son los costos esperados de las prestaciones, a secas, sino los costos esperados de las prestaciones de acuerdo con los presupuestos aprobados, que es un concepto distinto y bastante más confuso. Creo que todos estaríamos de acuerdo si se tratara de que a los establecimientos se les reembolsara de acuerdo con los costos reales de esas prestaciones. Pero no es lo dicho acá.

Eso es lo que estoy señalando.

El señor ESPINA.- Si el Senador señor Ominami tiene en mente alguna fórmula para perfeccionar la norma, no habría inconveniente alguno en aceptarla, pero el principio inspirador es claro: se aprueba un presupuesto que necesariamente debe contemplar el costo de las prestaciones reales, no ficticias ni teóricas. Si no –repito-, estamos metiendo en un “zapato chino” a los directores y funcionarios de los hospitales, ya que se les va a exigir, por un lado, que cumplan adecuadamente las metas sanitarias, sobre la base de los recursos de que dispongan, pero, por otro, éstos no serían otorgados.

Por lo tanto, votaré a favor de la proposición de la Comisión de Salud.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, ante todo, estamos hablando del financiamiento de los servicios, no de un hospital en particular. ¿Por qué se dice que tiene que ser “de acuerdo a los presupuestos aprobados”? Porque en un determinado servicio puede haber diversos hospitales y los costos de una operación o prestación pueden ser muy distintos en uno y en otro. De modo que, en cuanto al proceso de negociación del presupuesto, hemos dicho que el Director del Servicio tiene que ver con el Subsecretario de Redes Asistenciales -y, obviamente, con Hacienda- cuántas son las prestaciones que se espera que realice ese servicio y cuál es el costo promedio o razonable.

Por ejemplo, si en un determinado servicio el costo de ciertas prestaciones es mucho más alto que en el del lado, se indagará por qué, si es posible disminuirlo o si es preferible, en algunos casos, enviar a los pacientes a este último. Todo esto será considerado en la discusión y negociación del presupuesto, a lo cual hemos dado gran importancia en el proyecto.

Por otra parte, cuando se habla de “costos esperados” es porque no se ha querido hablar de “costos reales”. Y el concepto de “costo esperado” es empleado habitualmente en economía. ¿Cuál es? Si, por ejemplo, se consideran cien o mil operaciones de apendicitis, se puede esperar que, a lo mejor, en dos o tres por ciento de los casos –estoy inventando cifras, porque no soy médico- surjan complicaciones, como septicemias u otros problemas. Por lo tanto, el costo esperado es el costo promedio más el de las posibles complicaciones. Es un



## DISCUSION SALA

concepto perfectamente claro para todos los involucrados en estos temas.

Me parece que la frase de que se trata, introducida por una indicación aprobada en la Comisión de Salud y, desgraciadamente, rechazada en la de Hacienda, donde la voté favorablemente, es absolutamente indispensable. La verdad es que una de las principales quejas de los hospitales es que se les exige mucho y después la plata no llega.

Debo reconocer que el FONASA ha realizado un gran esfuerzo, porque durante mucho tiempo los montos cancelados a los hospitales no tenían nada que ver con el costo real de las prestaciones. Se ha avanzado bastante en el programa de prestaciones valoradas y, en ese sentido, hay quienes se han abocado a analizar cuánto cuesta realmente hacer las cosas, a lo cual corresponde el dinero que se entrega al servicio. Y hago referencia a este último porque a menudo tales recursos no llegan después a los hospitales. Pero ése ya es otro problema, entre el servicio y esos establecimientos.

Como dije, el FONASA se ha esforzado al respecto y se ha ido avanzando en el número de cancelaciones de acuerdo con el sistema de prestaciones valoradas. Sin embargo, creo que si no decimos nada, las cosas seguirán como ahora, en que se exige mucho a los hospitales sin que les lleguen los recursos correspondientes. Como consecuencia, vienen endeudamientos y otros problemas parecidos.

Considero adecuada la proposición de la Comisión de Salud en cuanto a basarse en presupuestos aprobados, lo que supone que serán negociados entre el Servicio de Salud y el Ministerio de Hacienda, con la participación del Subsecretario de Redes Asistenciales.

Asimismo, resulta correcto el costo esperado, porque ésa es la forma moderna de pago, conforme a un valor en el que se contempla la posibilidad de que las cosas se compliquen. Pero no se pasa, en el fondo, lo que cuesta cada operación, sino que se aplica, más bien, el concepto de costo esperado a que se hace referencia, que es la manera más razonable, según las personas del sector Salud, de ir pagando.

Por tales razones, espero que la frase se reponga.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, no abundaré en lo que aquí ya he manifestado sobre la importancia de la norma y permítaseme solamente la siguiente argumentación.

Una de las razones del desfinanciamiento de los servicios es el no pago –especialmente, en el caso de los hospitales- del costo real de las intervenciones o las acciones de salud. Es imposible entender de otra manera un financiamiento adecuado.

## DISCUSION SALA

Se ha introducido otro factor en el tema y ha tenido lugar una larguísima discusión sobre qué es primero. Se dice: "Mire, esto sucede porque existe ineficiencia". Entonces, lo contrario es oponer: "Se registra ineficiencia, entre otras cosas, porque no se paga lo que se hace". Y se puede llegar al absurdo, increíble, de que un hospital afirme: "La mejor manera de financiarme es no hacer nada."

En esas condiciones, en la Comisión de Salud se planteó claramente que la cuestión debía ser resuelta.

Posteriormente, surgió un elemento adicional, que es el hecho de que, cuando se gesta este proyecto, a las autoridades sanitarias, especialmente en los hospitales autogestionados, se les impone una obligación en términos tales que, si no se funciona bien, pueden aplicarse sanciones.

Incluso, en un momento se llegó a la locura de creer que debía mediar un pago del propio directivo del hospital, lo que es una barbaridad. Esta última idea fue desechada, pero igual existe una exigibilidad. Si no se funciona bien, hasta se puede perder la condición de autogestionado.

Tal criterio no se ajusta a lógica alguna. ¿Qué se dijo, entonces? Que hay dos maneras de proceder. Una de ellas es pagar a los hospitales el costo real de la intervención. Se nos dijo que ello es imposible, porque uno es el costo en el hospital A y otro en el hospital B. Se nos dijo que no podía hacerse esa comparación.

Yo insistí mucho en que esto fuera por comuna, por provincias, por servicio, etcétera. Se dijo que era imposible.

Entonces, llegamos a lo aprobado en la Comisión de Salud como una manera de salvar lo que señalaron aquí distintos señores Senadores como fórmula económica de aplicación en salud, que es bastante difícil de precisar.

Con franqueza, debo precisar que la decisión de la Comisión de Hacienda, primero, no tiene posibilidad alguna de que se apruebe como lógica, pues carece absolutamente de ella; segundo, atenta gravemente contra el funcionamiento del sistema que creamos; tercero, será objeto de las peores circunstancias que se van a producir en la aplicación de la reforma, y, cuarto, se aprobó en la Comisión de Salud para evitar otra cuestión planteada con mucha fuerza: que terminara como una suerte de judicialización de los problemas, en la medida en que, por carencia de fondos, se pudiera repetir contra el Estado ante la ineficiencia de los servicios de salud o la no entrega de una atención adecuada.

Por eso, me acerqué al señor Ministro. No quería decirlo públicamente; pero ya que él ha pedido la palabra lo señalaré: en mi opinión, una buena forma de salir de esta diferencia -porque el Ejecutivo respaldó el rechazo a lo aprobado en la Comisión de Salud- es el retiro de la proposición oficial y la aceptación de lo aprobado por

## DISCUSION SALA

la Comisión de Salud. Sería la manera más adecuada de salvar la situación.

Se dice que no es claro; pero me parece que eso se desvirtúa con lo señalado por los propios señores Senadores economistas. De modo que no lo estimo algo irrelevante. Pienso que el texto aprobado da una salida adecuada. De no dejar nada, esto tendría que ser revisado por el Ejecutivo, porque no puede aprobarse la reforma de esta manera.

Pido al Gobierno que, de ser posible, revise el punto, o retire su respaldo a lo aprobado por la Comisión de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor GARCÍA (Ministro de Salud).- Señor Presidente, el Ejecutivo tiene mucho interés en que las prestaciones se paguen de acuerdo con los costos más aproximados a los valores reales.

Sin embargo, en consideración a la dificultad de estas materias, frente a lo planteado por la Senadora señora Matthei respecto al concepto de costos esperados –no son los efectivos-, y después de la evaluación hecha por la Comisión de Hacienda, se vio que esto podía de alguna manera limitar o circunscribir las funciones del FONASA en términos de poder definir adecuadamente la situación en un tiempo oportuno y de la mejor forma en todos los servicios.

La evidencia demuestra lo que señalamos. Nosotros hemos ido disminuyendo progresivamente los presupuestos históricos y favoreciendo los cálculos sobre prestaciones valoradas. Ésta es la tendencia del Ejecutivo. Y, en este instante, toda la presupuestación de las actividades sanitarias apunta a dejarlas más abiertas. Por ello se hizo el planteamiento en la Comisión de Hacienda.

Como señaló el Senador señor Ominami, también quedamos de acuerdo en discutir el fondo del asunto al momento de que se debatiera el proyecto AUGE.

Quiero ser enfático en que lo manifestado por los señores Senadores aquí presentes se ajusta al interés del Ejecutivo, en el sentido de que, en lo posible, las prestaciones se acerquen a la realidad de lo que valen, de acuerdo a un costo esperado. Porque, ciertamente, no ocurre lo mismo en todas las prestaciones. Pero tampoco queríamos una fórmula que implicase dejar muy amarrado al FONASA en su desarrollo futuro.

Por eso se mantendría la propuesta hecha en la Comisión de Hacienda; pero, a la vez, se pretende precisar en forma clarísima en el espíritu de la ley que nos interesa que las prestaciones se ajusten a los presupuestos esperados.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Sabag.

El señor SABAG.- Señor Presidente, coincido en su totalidad con el texto de la Comisión de Salud y fundamentalmente con lo expresado por los

## DISCUSION SALA

Senadores señores Viera-Gallo y Espina, en cuanto a que se trata de una medida esencial para el financiamiento de los hospitales.

Cada vez que visitamos esos centros de salud, nos percatamos del gran déficit económico que los afecta, principalmente por no recibir pago por sus atenciones. Esto se transforma más bien en un incentivo perverso: mientras más atención prestan a la ciudadanía, mayor es su desfinanciamiento.

En consecuencia -como señalaba el Honorable señor Ruiz-Esquide-, se les enviaría una señal para que trabajen menos -ojalá nada- para no tener problemas de financiamiento.

Mediante éste y otros proyectos de ley, queremos que el sistema de Salud en Chile mejore y llegue en forma rápida y efectiva a quienes lo necesitan. Tal es la finalidad de la iniciativa en debate. Pero, naturalmente, necesitamos que cada cual cumpla su función; y, en ese sentido, la parte económica es fundamental.

Por eso corresponde aceptar lo aprobado por la Comisión de Salud, que es el órgano técnico en la materia, pues la de Hacienda estudia solamente la parte económica de todo proyecto. Ése es, al parecer, el criterio unánime manifestado en esta ocasión, con el cual estoy totalmente de acuerdo.

Por tal motivo, anuncio mi voto favorable al texto de la Comisión de Salud.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Boeninger.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, a mi juicio, estamos todos de acuerdo en que el tema de los recursos tiene que vincularse tanto con los costos como con los presupuestos; y que el costo esperado que se vincula al presupuesto debe ponderar el nivel de eficiencia y el avance técnico del momento.

El señor OMINAMI.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

El señor BOENINGER.- Después de terminar, Honorable colega.

En verdad, había votado en contra de la indicación en la Comisión de Hacienda, conforme a lo planteado por Honorable señor Ominami: que este asunto se resolvería en la discusión de las normas referidas al Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). Sin embargo, existe el riesgo de dejar una laguna entre el momento de aprobación de esta iniciativa y la otra.

Por tanto, voy a cambiar mi voto, porque, a pesar de que estoy de acuerdo con arreglar lo que se necesite en el proyecto del AUGE, prefiero no dejar en el aire el tema de los costos.

Entiendo la preocupación por la no llegada de las platas. De manera que aquello que sea necesario precisar en cuanto a la vinculación de costos con presupuestos -qué costos y cómo se determinan-, tendremos que hacerlo en el debate de la normativa referida al AUGE.

## DISCUSION SALA

En consecuencia, voy a votar por el texto del informe de la Comisión de Salud.

Con la venia de la Mesa, concedo una interrupción al Senador señor Ominami.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra, Su Señoría.

El señor OMINAMI.- Señor Presidente, a mi parecer, estamos todos de acuerdo en que esta materia tiene gran significación y que todos queremos que a los establecimientos hospitalarios se les reembolse de acuerdo con los costos reales y efectivos de las prestaciones. No hay discusión en eso. El problema está en saber si esta redacción ayuda o no ayuda a ese fin.

Por la discusión suscitada en la Comisión de Hacienda y dadas las explicaciones de los representantes del Ministerio, tengo la impresión de que no es así, por la siguiente razón fundamental: los costos esperados no pueden ser los que diga el director de un servicio que espera. No es de esa manera. Si ellos se pueden calcular, deberá hacerse sobre la base de la historia de los costos de esos establecimientos. Y si así ocurriese, debería establecerse una restricción sobre la base de la historia pasada como punto de referencia fundamental.

Desde ese punto de vista, no se cumple con el propósito que todos buscamos, en el sentido de que las prestaciones se reembolsen de acuerdo con los costos reales y no con los efectivamente pagados durante la historia anterior.

Por consiguiente, como estamos de acuerdo en lo básico, quizás la solución sería que el Gobierno propusiese una redacción distinta, sin hablar tanto de costos esperados, sino introducir derechamente la noción de costo real o efectivo, de manera que el texto quedase claro y sin ambigüedades.

La señora MATTHEI.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Pido la palabra, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- El Honorable señor Ominami no puede conceder interrupciones, porque está haciendo uso de una.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- ¡Permítame sólo treinta segundos, señor Presidente!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Después de que termine el Senador señor Ominami.

La señora MATTHEI.- ¡Por favor!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No, señora Senadora. Debo aplicar el Reglamento.

Puede hacer uso de la palabra una vez que termine el Senador señor Ominami, siempre que le reste tiempo al Honorable señor Boeninger.

El señor OMINAMI.- Ya concluí, señor Presidente.

El señor BOENINGER.- Doy una interrupción al Senador señor Ruiz-Eskuide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Concedo mi derecho a la Honorable señora Matthei.

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra la Honorable señora Matthei y, después, el Senador señor Ruiz-Esquide.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, desgraciadamente no se puede hablar de costos reales, porque en algunos hospitales son más altos que en otros.

Asimismo, es de interés general que entre los nosocomios los costos sean parejos.

Por lo tanto, no puede hablarse de costos reales.

Por eso, en la Comisión de Hacienda dejamos la expresión "costos esperados".

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, si la opción fuera "costos reales", yo estaría feliz; pero, al parecer, eso no es admisible.

Entonces, ahora que se ha fijado el criterio del Ejecutivo, pido a la Sala que, en el marco de lo que significa la reforma, aprobemos el texto de la Comisión de Salud y rechacemos el de la de Hacienda, para que las cosas funcionen como corresponde.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Ríos.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, aquí estamos nuevamente frente a un artículo que es curioso. Y lo es, porque toda la acción del Estado parte de una norma legal -que todos conocemos, pues participamos en ella- que es la Ley de Presupuestos de la Nación.

En la tramitación de dicho cuerpo legal, surgen dos elementos básicos: primero, el cumplimiento de metas y objetivos públicos establecidos para el ejercicio financiero respectivo y los de los años que siguen; y, segundo, la distribución del conjunto de recursos públicos que se espera recibir y también de las inversiones y gastos del Estado.

Se entiende que para la elaboración de la Ley de Presupuestos, los diversos Ministerios entregan una proposición de gastos, adecuados a las metas y objetivos por cumplir durante el año. Obviamente, sus autoridades deben tener presente la totalidad del gasto y los costos de lo que significará el cumplimiento de dichas metas.

Por tal motivo, en el momento en que los Senadores - imagino que los señores Diputados también-, discutimos el presupuesto de un Ministerio, entendemos que sus necesidades económicas corresponden al conjunto de acciones dispuestas para el cumplimiento de sus objetivos.

Todos los Ministerios -el de Salud también- presentaron un documento -espero que los señores Senadores lo conozcan, porque se envió a todos-, en que se consignan las metas y objetivos desde el año en curso hasta el 2010. En virtud de ellos, se discute este proyecto.

## DISCUSION SALA

¿Qué dice el texto de la Comisión de Salud? Típico de lo que fue el consejo consultivo anterior. ¡No le creemos!

El establecer que el presupuesto se traslada del Ministerio de Salud a los distintos hospitales es porque no le creemos. Ésta es la realidad de las cosas. Señalamos, entonces, que los servicios se financiarán con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469, a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, porque no creemos lo que el Ministerio de Salud ha manifestado, lo cual es algo bastante delicado.

Señor Ministro, no creemos. ¡Fíjese que grave es lo que estoy diciendo!

Ese hecho nos obliga necesariamente a fijar una doctrina en materia legislativa que brevemente quiero analizar.

¿Qué propone la modificación que también aprobé? Dice: "a valores que representen los niveles de los costos esperados de las prestaciones". Hasta ahí la redacción me parece correcta; pero después agrega: "de acuerdo a los presupuestos aprobados". Entonces, ¿qué prima? ¿El valor real o el presupuesto existente? Ambos elementos se hallan en el texto de la Comisión de Salud.

En consecuencia, ¿de qué se trata? De que la Comisión de Hacienda hubiese acogido lo planteado por la de Salud en aquel párrafo que dice "de acuerdo a los presupuestos aprobados".

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite una interrupción para explicar el punto, señor Senador?

El señor RÍOS.- Con la venia de la Mesa, no tengo problema.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra, Su Señoría.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, entiendo que la expresión "costos esperados" es una indicación dirigida a FONASA. O sea, que tal entidad establezca un pago conforme a un costo esperado promedio en el país, que es lo que se denomina prestaciones valoradas.

Y cuando se habla de presupuestos, se hace referencia al del Servicio y al de cada hospital dentro de éste, los cuales, a su vez, han sido discutidos por el sistema que establece el proyecto.

Por lo tanto, la norma fija dos parámetros: el primero es el presupuesto que se aprobó. Es decir, no se puede pagar menos de lo que hay, porque no se trata de un presupuesto genérico, sino de uno elaborado en conformidad a las operaciones que cada hospital y servicio realizan. El segundo obedece a un criterio que se entrega a FONASA.

Me parece más conveniente aprobar la norma en debate ahora -como ha expresado el Senador señor Boeninger-, sin perjuicio de que después la Comisión de Hacienda la mejore, porque lo peor sería quedar sin nada.

Cuando no se establece ningún criterio, no basta dejar constancia en la historia de la ley de la buena voluntad de los

## DISCUSION SALA

Senadores, en el sentido de que a los Servicios de Salud se les pague lo que realmente corresponde.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Puede continuar el Senador señor Ríos.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, el artículo en discusión es, sin duda alguna, el más trascendente de toda la reforma. Sin él, no habría valido la pena discutir las normas que hoy día estamos analizando.

Desde mi punto de vista, observando la gran cantidad de nuevas disposiciones que se dictan, su no aprobación significa que prácticamente 180 páginas del informe comparado estarían de más.

Para la historia de la ley, quiero hacer presente que en el proyecto no está claro cuáles son los presupuestos aprobados. ¿Estamos hablando del presupuesto del Servicio?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Ha finalizado su tiempo, señor Senador.

El señor RÍOS.- Pido sólo un minuto más, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si le parece a la Sala, se concederá.

Acordado.

Puede continuar, Su Señoría.

El señor RÍOS.- ¿Estamos hablando del presupuesto del servicio? ¿Del hospital? ¿Del consultorio? ¿Qué son los presupuestos aprobados?

Señor Presidente, por tratarse de un artículo tan trascendente, solicito que no lo votemos ahora, a fin de lograr una redacción que nos permita conocer definitivamente el alcance de esa expresión. Ésa es mi primera solicitud.

Y la segunda apunta a aclarar hasta dónde llega la acción de los directivos correspondientes que aprueban un presupuesto contrapuesto con el resuelto por una autoridad nacional. Esto, sin duda alguna, puede significar un conflicto de grandes proporciones.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Larraín.

El señor LARRAÍN.- Señor Presidente, el debate a que hemos asistido nos plantea la disyuntiva de cómo se deben financiar los Servicios de Salud.

La Comisión de Hacienda nos propone que su financiamiento debe hacerse conforme a la discreción de FONASA. Y la de Salud estima que tal condición debe quedar acotada, con el propósito de que los pagos de FONASA tengan que ver con los costos en que incurren los Servicios de Salud.

Dicho así, me parece que, mientras más restrinjamos la discrecionalidad de FONASA y más acerquemos los valores de los pagos, vamos a permitir que dichos organismos se financien adecuadamente. Ése es el objetivo de la disposición.



## DISCUSION SALA

Tanto es así que el Senador señor Ominami propuso la indicación al proyecto original, cuyo texto es igual al que propone la Comisión de Hacienda, dejándolo a la discreción de FONASA.

El Honorable señor Ominami, junto a otros señores Senadores, planteó la necesidad de que se incorporaran valores. La indicación formulada hablaba de "valores que representen al menos costos efectivos". Sin embargo, por las explicaciones dadas, en el sentido de que son diversas las realidades de los Servicios de Salud no se puede incorporar dicha expresión. Por eso, se incluye el concepto de "costos esperados" reconocido por los economistas dentro de su doctrina y teorías.

Por lo tanto, lo que debemos resolver es muy simple. Si queremos dejar el financiamiento a la discreción de FONASA o otorgarle un criterio a dicha entidad pública que le permita cumplir con los objetivos del proyecto, en cuanto a que los Servicios de Salud se financien en un contexto de mayor autogestión.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, antes de que se inicie la votación y dado que hay varias Comisiones reunidas, ¿podría ordenar que suenen los timbres?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No hay problema.

Propongo votar en forma económica.

El señor ESPINA.- ¡No!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Entonces, se hará votación nominal respecto de la letra a) del artículo 24, contenido en el numeral 21) del ARTÍCULO 1º.

De rechazarse lo de Hacienda, entonces, quedaría aprobada la proposición de la Comisión de Salud.

**--(Durante la votación).**

El señor ÁVILA.- Mi voto es en contra "al cuadrado", señor Presidente.

**--(Aplausos en tribunas).**

El señor BOENINGER.- Mi voto también es en contra, pero "simple", señor Presidente.

El señor MUÑOZ BARRA.- Señor Presidente, al leer el precepto, me queda la sensación de que se enfrentan dos conceptos: el de salud pública y el de salud privada.

Evidentemente, hay que tener presente por qué y para qué se crea la salud pública, a la cual recurren 10 millones 500 mil chilenos. Estoy de acuerdo en que, en una economía como la que estamos viviendo, debe haber financiamiento; pero al mismo resultado se puede llegar por medio de una buena fiscalización, auscultando los rendimientos, a través de los organismos establecidos en la propia ley.

Me quedo con la sensación de que un gran sector del país entra en la vorágine de la oferta y la demanda, donde tanto la salud como la educación pasan a ser bienes que cada vez se van encareciendo más en la vitrina, igual que cualquier otro producto de consumo.

## DISCUSION SALA

Por esta razón, voto que no.

El señor OMINAMI.- Señor Presidente, comparto plenamente las opiniones que aquí se han dado. Tan así es que, como recordaba el Senador señor Larraín, presenté indicaciones que justamente buscaban que el reembolso de las prestaciones se hiciera lo más cercano posible a los costos efectivos.

Creo que hay un malentendido en la discusión. Me parece que el concepto de costos esperados que se intenta introducir en la norma es muy similar al de costos históricos. Y precisamente de lo que se trata es de salir de la rigidez de la estructura de los costos históricos, a fin de llegar a un reembolso que represente mejor los costos efectivos.

Comprendiendo la motivación de la mayoría del Senado, prácticamente la unanimidad, me abstengo, haciendo presente que participo en plenitud de la idea de que los reembolsos a los Servicios no sean discrecionales, sino, por el contrario, lo más ajustados posibles a la estructura de costos efectivos.

El señor HOFFMANN (Secretario).- ¿Algún señor Senador no ha emitido su voto?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Terminada la votación.

**--Se rechaza la proposición de la Comisión de Hacienda recaída en la letra a) del artículo 24, contenido en el numeral 21) del ARTÍCULO 1º del proyecto (38 votos por la negativa, 2 abstenciones y un pareo).**

**Votaron por la negativa** los señores Aburto, Arancibia, Ávila, Boeninger, Bombal, Canessa, Cariola, Coloma, Cordero, Chadwick, Espina, Fernández, Flores, Frei (doña Carmen), Frei (don Eduardo), García, Gazmuri, Horvath, Larraín, Lavandero, Matthei, Muñoz Barra, Novoa, Núñez, Orpis, Páez, Parra, Pizarro, Ríos, Romero, Ruiz-Esquide, Sabag, Stange, Valdés, Vega, Viera-Gallo, Zaldívar (don Andrés) y Zurita.

**Se abstuvieron** los señores Naranjo y Ominami.

**No votó, por estar pareado,** el señor Martínez.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En consecuencia, queda aprobada la letra a) del artículo 24 planteada por la Comisión de Salud.

El señor BOENINGER.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Sí, señor Senador.

El señor BOENINGER.- Quiero dejar constancia de que por "costos esperados" no debe entenderse necesariamente "costos históricos". Lo señalo porque se hizo una referencia explícita sobre el particular.

**--(Manifestaciones en tribunas).**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el señor Secretario.

El señor HOFFMANN (Secretario).- En la letra b) del artículo 24, la Comisión de Salud propone sustituir la expresión "Subsecretaría de Redes Asistenciales" por "Subsecretaría de Salud Pública o el Secretario

## DISCUSION SALA

Regional Ministerial", con lo cual dicho literal quedaría de la siguiente manera:

"b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial para la ejecución de acciones de salud pública;"

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- En el inciso segundo del artículo 25 A, contenido en el numeral 22) del ARTÍCULO 1º, la Comisión de Salud propone reemplazar la frase "también suscrito por el Ministro de Hacienda" por "suscrito por el Ministro de Salud"; sustituir la coma (,) que sigue a la expresión "requisitos exigidos" por la conjunción "y", y suprimir la oración "y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos".

La Comisión de Hacienda ratificó por unanimidad sólo parte de las modificaciones planteadas por la de Salud.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión las proposiciones de la Comisión de Salud al inciso segundo del artículo 25 A.

Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, este inciso toca un tema que se va a repetir en varias disposiciones, como es determinar si los distintos reglamentos que se elaboren deben contar o no con la conformidad del Ministro de Hacienda y, por tanto, con su firma.

La Comisión de Salud, con mi voto en contra, estuvo porque todas estas normativas fuesen dictadas únicamente por el Ministerio de Salud. Por mi lado, considero que en general debe requerirse también la intervención del Ministro de Hacienda, pues se trata de asuntos que involucran fondos, dineros, y por consiguiente, es mejor ponerse de acuerdo inmediatamente con dicha Secretaría de Estado.

La Comisión de Salud defendió muy celosamente la postura de que esta materia correspondía sólo al Ministerio de Salud; en tanto que la Comisión de Hacienda señaló que la Cartera de Hacienda también debía intervenir.

Entonces, señor Presidente, sugiero que se haga un debate en general sobre el asunto.

En lo específico, este artículo dice relación con la dictación del reglamento que indica cómo obtener la calidad de hospital autogestionado; o sea, con la determinación de los requisitos que se exigirán en materia de fiscalización, de planificación, de finanzas, de control financiero, de personal, etcétera. A ese reglamento se refiere la norma que nos ocupa..

Sin embargo, como esta discusión va a surgir en varias oportunidades más, propongo hacer un debate en general sobre el tema.

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tendremos presente su planteamiento cuando corresponda en cada artículo, señora Senadora. Ahora estamos analizando específicamente el artículo 25.

Tiene la palabra el Senador señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, deseo referirme a lo dicho por la Senadora señora Matthei, agregando que en general la Comisión de Salud estimó que, si las materias son específicas de esa área, los reglamentos no tienen por qué llevar, además, la firma del Ministro de Hacienda. Si así fuera, la Cartera de Salud quedaría en una situación de minusvalía, convirtiéndose aquél en un especie de tutor que otorga su visto bueno.

Este argumento se aplica cuando se refiere a materias técnicas sanitarias. Y éste es el caso, pues aquí se trata de establecer qué requisitos debe cumplir un hospital para ser autogestionado. Que eso tenga un costo financiero, es evidente. Pero se supone que en un Gobierno hay suficiente coordinación como para que exista consenso entre los Ministerios acerca de los criterios de un reglamento que, además, será firmado por el Presidente de la República.

En consecuencia, la Comisión de Salud señaló que este asunto sólo le compete al Ministerio de Salud, atendiendo que es algo específico de esa área.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Boeninger.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, como dijo la Honorable señora Matthei, estamos frente a un tema cuya discusión se repetirá más adelante; por tanto, debiéramos resolverlo ahora. No creo que haga falta un largo debate sobre el particular, porque se trata de un asunto de criterio.

La Comisión de Hacienda sostuvo que, en cada evento en que hay problemas, directos o indirectos, acerca de los recursos involucrados, los reglamentos también deberían ser firmados por el Ministro de Hacienda, pues es de su responsabilidad.

Pero, considerando que este argumento es opinable, evidentemente, propongo que estos temas se voten. En los casos de responsabilidad directa del Ministerio de Hacienda, no hubo diferencia de opinión; pero sí la hubo cuando los costos implicaban un problema indirecto de recursos.

Por ello, sugiero que se vote en un sentido o en otro.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, en realidad me parece una mala práctica y un principio equivocado incorporar al Ministerio de Hacienda en todos los decretos que deben dictar las otras Carteras, más aún en reglamentos de esta naturaleza. Con esto, cada vez que exista un problema de recursos deberá firmar el Ministro de Hacienda. Eso constituye una mala gestión administrativa.

## DISCUSION SALA

Se trata de dos Ministros del mismo Gobierno: el de Salud y el de Hacienda. Se supone que ambos actúan debidamente coordinados. No me imagino al uno dictando un decreto en contradicción con la política que sigue el otro.

Además, el pedir la participación del Ministerio de Hacienda al respecto sólo entrabaré la tramitación de los reglamentos, pues dicho organismo se entrometería en materias que no son propias de su ámbito de competencia. Seguramente querrá redactar el decreto y analizarlo minuciosamente. Entonces, habría un doble trabajo: primero en el Ministerio de Salud y después en el de Hacienda.

En consecuencia, a mi juicio, es absolutamente innecesario que éste firme tales decretos, pues obviamente nada tiene que ver con el proceso de consulta que debe existir entre los Ministros.

Finalmente, señor Presidente, quiero referirme a una inquietud que me dejó la aclaración que hizo el Honorable señor Boeninger respecto del artículo anterior, que pudo haber sido mal interpretada.

Lo que dijo el señor Senador es que jamás los costos esperados pueden entenderse como costos históricos. Por tanto, la interpretación del Honorable señor Ominami no puede estar más lejos de la correcta interpretación de esas palabras. Costos esperados son icostos futuros!, ilos nuevos costos!, y no los históricos. Si no, tendríamos un retroceso en la materia.

De manera que aprovecho de dejar constancia de que, cuando nos referimos a costos esperados, estamos hablando de los futuros, esto es, aquellos reales que corresponden a las prestaciones de salud.

He dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Ríos.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, los señores Senadores miembros de la Comisión de Hacienda respaldaron con mucha fuerza la presencia y actuación de los consejos consultivos y, finalmente, votaron a favor de la existencia de los mismos, los cuales entregarán orientaciones y definirán acciones de un servicio determinado.

Sin embargo, el Ministerio de Hacienda es la única Cartera que carece de un consejo consultivo, por tanto, las decisiones las toman exclusivamente sus autoridades, quienes tienen responsabilidades técnicas muy definidas. De esta forma el Ejecutivo resuelve el tema en cuanto a estos consejos, que terminan molestando.

Entonces, aquí debemos determinar si estas entidades consultivas, que acaban de ser aprobadas por el Senado, tienen alguna importancia o no la tienen. Yo sostengo que, como existen tantos de estos consejos en Chile que no funcionan, probablemente ello carece de toda relevancia.

## DISCUSION SALA

Si se aprueba la proposición de la Comisión de Hacienda, ahí sí que éstos no servirán para nada, porque -ya les digo- el Ministerio de Hacienda -muy hábil, por lo demás- ha terminado existiendo y desarrollándose sin tener uno de estos órganos, y tampoco se prevé contar con alguno en el futuro.

En consecuencia, lo que propone la Comisión de Salud está dentro del marco de una determinación que es propia de su responsabilidad; en tanto que lo que plantea la de Hacienda no corresponde. El Senado debe tener presente esto, sobre todo quienes defendieron con mucho ánimo y votaron favorablemente la existencia de los consejos consultivos.

Yo, señor Presidente, votaré en contra de la proposición de la Comisión de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Larraín.

El señor LARRAÍN.- Señor Presidente, estimo que esta discusión es un poco inoficiosa, porque aquí en realidad estamos cuestionando y reglamentando la potestad reglamentaria del Presidente de la República.

No me parece adecuado que la ley, necesariamente y a priori, determine qué Ministerios -éste, aquél o ambos- deben dictar los reglamentos establecidos legalmente. En mi opinión, eso debiera quedar entregado al Primer Mandatario.

Por lo tanto, habría que prescindir de especificar quién debe elaborar el reglamento. El Presidente de la República, en cada caso, decidirá a qué Cartera corresponde determinado asunto. Podría decir: "Esta materia es propia del Ministerio de Salud y, por tanto, será éste el que aborde la tarea". En otros temas, incumbirá exclusivamente al de Hacienda, o bien, a ambos.

A mi juicio, dejar esto establecido en la ley es incurrir en una restricción de dicha potestad reglamentaria.

Por ello, señor Presidente, pido votación separada de esta proposición, a fin de excluir la mención de ambos Ministerios y, así, zanjar esta discusión, que es muy inoficiosa.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Pido la palabra, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Puede hacer uso de ella, Su Señoría.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, la fórmula propuesta por el Senador señor Larraín me parece razonable.

La Comisión de Salud fue muy explícita en dos cosas: una, en excluir al Ministerio de Hacienda, cuando no era pertinente y, dos, en incluirlo, cuando sí lo era. Aquí no se trata de un problema de personalidad de las Comisiones. Eso es ridículo.

La verdad es que francamente parece inadecuado, en este caso específico, vincular la Cartera de Hacienda con lo que es un hospital autogestionado. Eso es como el exceso máximo. No hay

## DISCUSION SALA

ninguna razón para que sea este Ministerio el que defina lo que es un hospital de este tipo.

Ahora bien, que de esa definición se deduzca que habrá fondos involucrados, eso es obvio. En toda materia hay dineros implicados. Pero, con ese criterio, tendríamos que hacer desaparecer el Ministerio de Salud, entregándole todo al de Hacienda.

Voy a ser bien franco y hablaré con toda claridad. Cuando he manifestado mi punto de vista a este respecto he sido extremadamente sincero para decir que, en esta reforma, la intromisión del Ministerio de Hacienda en algunas materias ha sido excesiva.

Por ello, o seguimos el criterio del Senador señor Larraín - por lo que veo, ello no será posible- o nos guiamos por la línea de la Comisión de Salud, atendiendo que hemos sido bastante claros y generosos sobre el particular. Sólo se pone a Salud cuando es pertinente; y cuando debe intervenir Hacienda, lo hemos señalado sin ningún escrúpulo.

Gracias, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Quiero hacer presente, en todo caso, que si la potestad reglamentaria queda radicada en el Presidente de la República, éste mandará seguramente todos los antecedentes al Ministro de Hacienda, por razones obvias.

Por lo tanto, o resolvemos lo concerniente a las atribuciones del Ministerio de Salud, o bien, dejamos la decisión al Primer Mandatario. Pero el asunto debe ser zanjado en el Parlamento.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Me inclino por Salud.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No sé si el Senador señor Larraín insiste en votar separadamente.

El señor LARRAÍN.- Sí, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor GARCÍA (Ministro de Salud).- Señor Presidente, únicamente deseo manifestar que, reconociendo el interés de los señores Senadores que han argumentado a favor de Salud, que agradezco, pienso que abreviaría muchas discusiones futuras, de acuerdo con lo que acaba de expresar el señor Presidente de la Corporación, el hecho de establecer que el reglamento sea firmado por los dos Secretarios de Estado.

A eso obedece el interés del Ejecutivo al proponer que sean ambos.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Debo aclarar que no he manifestado mi voluntad de que lo firmen los dos Ministros. He sostenido que, como la facultad reglamentaria está radicada en el Presidente de la República, y dada la experiencia que se tiene, él va a requerir un informe al Ministerio de Hacienda y, seguramente, su firma.

En consecuencia, o soluciona el asunto el Parlamento o lo dejamos abierto para que lo resuelva el Primer Mandatario.

## DISCUSION SALA

Tiene la palabra el Honorable señor Parra.

El señor PARRA.- Señor Presidente, en forma muy breve, deseo recordar que hay una norma constitucional expresa en la materia. El artículo 35 de la Carta Fundamental dispone que los reglamentos deben ser firmados por el Ministro respectivo, lo cual está determinado, naturalmente, por el contenido de los mismos. Habrá algunos en los que deba concurrir el de Hacienda, pero serán de carácter excepcional, porque la regla general es que los suscriba el Ministro de Salud.

A mi juicio, es oportuno en este momento rechazar el texto de la Comisión de Hacienda y aprobar el propuesto por la Comisión del ramo, el cual establece que el reglamento debe contar con la firma del Ministro de Salud, porque -y esto es así- basta leer el contenido que tendrá aquél y, además, porque hay una diferencia entre ambos informes: el de Hacienda suprimió el registro de los establecimientos autogestionados planteado por la Comisión de Salud. Esa inscripción parece importante toda vez que dichos recintos conformarán redes y, en consecuencia, resulta lógico que sean conocidos debidamente por el Ministerio.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se procederá a votar el texto propuesto por la Comisión de Hacienda.

La señora MATTHEI.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra, Su Señoría.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, ¿habría oposición en consignar en la norma que "Un reglamento deberá regular, entre otras materias...", sin hacer mención a ninguno de los dos Ministros, dado lo manifestado recién por el Senador señor Parra en orden a que la Constitución es explícita sobre el punto?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Para lograr ese objetivo, debemos pronunciarnos respecto de la proposición del Honorable señor Larraín, quien ha solicitado votación separada.

Por consiguiente, votaremos la petición de Su Señoría tendiente a eliminar la frase "que será suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda", con lo cual la norma diría: "Un reglamento deberá regular...", etcétera.

El señor PARRA.- Señor Presidente, antes que todo, habría que rechazar el informe de la Comisión de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Efectivamente, señor Senador. Corresponde pronunciarse en primer lugar respecto del informe de la Comisión de Hacienda. Si se llega a aprobar, votamos separadamente la frase que se pretende eliminar.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, se trata de dos cosas distintas. El Honorable señor Larraín propuso algo diferente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Lo que pasa es que Su Señoría, de acuerdo con el Reglamento, tiene derecho a pedir votación separada, como cualquier otro señor Senador. Y si se mantiene en esa idea, debo someter a votación su solicitud.



## DISCUSION SALA

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, ¿me permite hacer una observación?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Sí, señor Senador.

El señor BOENINGER.- A mi juicio, no es necesario votar la indicación del Honorable señor Larraín, porque la verdad es que si prima el criterio - me parece que así está ocurriendo en la Sala- de que sólo firme el Ministro de Salud, y además la Constitución, como expresó el Senador señor Parra, habla del Ministro del ramo, el reglamento no puede consignar algo distinto.

En la práctica, tal vez sucederá otra cosa: que el Presidente de la República probablemente consulte al titular de Hacienda, lo que es diferente al hecho de que firme el reglamento. No puede hacerlo si la norma establece en forma explícita que debe ser suscrito por el Ministro de Salud.

Por lo tanto, creo innecesaria la indicación del Honorable señor Larraín.

El señor LARRAÍN.- ¡No es así!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Trataré de interpretar el asunto porque estarían surgiendo tres posiciones distintas.

De haber mayoría respecto de lo propuesto por la Comisión de Hacienda, daré por rechazada la indicación del Senador señor Larraín, porque el texto del referido órgano señala que deben concurrir los Ministros de Salud y de Hacienda. Ahora bien, si éste es rechazado, habría que dar por aprobada la proposición de la Comisión de Salud, pero sometiendo a votación lo planteado por Su Señoría, en orden a eliminar la alusión al Ministro de Salud y dejar radicada la facultad en el Presidente de la República.

El señor LARRAÍN.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría.

El señor LARRAÍN.- Estimo que primero debería votarse mi proposición, porque de esa manera se definirá si vamos a incorporar o no en la ley a determinado Ministerio.

Conforme a lo expresado por el Senador señor Parra y, además, por tratarse de algo que incide en una disposición constitucional, me parece que es así como debe ser. Porque, aun cuando lo establezca la ley, prima la Carta Fundamental.

Por lo tanto, es oficioso hacer la distinción ahora.

En virtud de lo anterior, considero que debe votarse mi planteamiento en primer lugar y no la proposición que alude a dichos Secretarios de Estado, pues es lo que corresponde. Si es rechazado, habría que definir con posterioridad si el reglamento será firmado por uno o dos Ministros.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Seguiremos ese camino.

Entonces, se procederá a votar la proposición del señor Senador, en el entendido de que, si es aprobada, la norma se estaría refiriendo al reglamento y no a un Ministro.

## DISCUSION SALA

La señora MATTHEI.- ¡Perdón, señor Presidente! Aunque no lo diga la disposición, el reglamento de todos modos debe ser firmado por el Ministro de Salud. Eso es lo que se ha dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Por supuesto, Su Señoría, ya que la Constitución determina que debe ser suscrito por el Ministro del ramo que corresponda.

Se procederá a votar la proposición del Senador señor Larraín.

El señor BOENINGER.- Que sea votación económica, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Habría acuerdo para ello?

Acordado.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- ¡Excúseme, señor Presidente! Conforme a la lógica de las cosas, lo dicho por la Honorable señora Matthei, que yo comparto, es contradictorio con votar y no dejar nada.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No es contradictorio.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- ¿Cómo que no?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En votación la proposición del Honorable señor Larraín para suprimir la frase "que será suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda".

El señor HOFFMANN (Secretario).- **Resultado de la votación: 12 votos por la negativa, 11 por la afirmativa, una abstención y 2 pareos.**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- La abstención influye en el resultado. Debe repetirse la votación.

--**Repetida la votación, se rechaza la propuesta del Senador señor Larraín (14 votos contra 12, una abstención y dos pareos).**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Corresponde a la Sala pronunciarse sobre la proposición de la Comisión de Hacienda para reemplazar, en el inciso segundo del artículo 25 A, la frase "suscrito por el Ministro de Salud", por "suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda". Además, mantiene el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para identificar los hospitales autogestionados.

Por su parte, la de Salud, respecto del mismo inciso, propone sustituir la frase "también suscrito por el Ministro de Hacienda", por "suscrito por el Ministro de Salud".

Por lo tanto, votaremos lo sugerido por la Comisión de Hacienda. Si se rechaza, se entendería aprobada la propuesta de la de Salud.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, reglamentariamente -como dijo la Senadora señora Matthei-, esta votación deberá darse por repetida.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Eso lo veremos después. Resolvamos esto primero.

El señor ESPINA.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra, Su Señoría.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, además del cambio de Ministerios, ¿cuál es la otra diferencia entre ambas proposiciones?

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En el texto de la Comisión de Salud se suprime la oración "y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos", que son los hospitales autogestionados.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, ¿por qué no divide la votación y nos pronunciamos primero respecto de quién suscribe los reglamentos? De esa manera, el resultado de esta votación podría darse por válido para todos los casos en que surja el tema. Y, después, procedemos a votar lo del registro de los hospitales autogestionados.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No tengo inconveniente.

Como se ha pedido dividir la votación, nos pronunciaremos primero por la enmienda propuesta por la Comisión de Hacienda, en cuanto a que los reglamentos sean firmados por los Ministros de Salud y de Hacienda.

En votación económica.

**--Se rechaza (22 votos contra 9, una abstención y 2 pareos).**

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, esto regiría para todos los otros casos.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Así es, señora Senadora.

En seguida, votaremos lo sugerido por la Comisión de Salud, en cuanto a suprimir la oración "y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos".

El señor ESPINA.- Señor Presidente, esa oración ya fue suprimida por la Comisión de Salud.

La señora MATTHEI.- Sí. Ya se eliminó.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Por lo tanto, no debería votarse, señor Presidente.

El señor ESPINA.- No es necesario.

La señora MATTHEI.- Fue aprobada en votación dividida.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En la Comisión de Salud no hubo unanimidad y se aprobó por tres votos contra uno.

El señor LARRAÍN.- Si hubo votación dividida, entonces, la Sala debe pronunciarse.

**--(Manifestaciones en tribunas).**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¡Desalojar las tribunas!

Se suspende la sesión.

-----

**--Se suspendió a las 13:42.**

**--Se reanudó a las 13:49.**

-----

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Continúa la sesión.

---

**DISCUSION SALA**

Si le parece a la Sala, se anticipará a las 15:30 el inicio de la sesión ordinaria de la tarde.

Acordado.

Discutiríamos primeramente dos asuntos de Fácil Despacho y luego seguiríamos avanzando en el estudio de la iniciativa que nos ocupa.

El señor MUÑOZ BARRA.- ¿Me permite, señor Presidente?

Solicito el asentimiento del Senado para que la Comisión de Educación, que no ha podido reunirse en la mañana justamente por el debate sobre la autoridad sanitaria, funcione paralelamente con la Sala. Podríamos comenzar a las 14.

**--Se accede.**

El señor ZALDÍVAR (Presidente).- Se levanta la sesión.

**--Se levantó a las 13:51.**

Oswaldo Palominos Tolosa,  
*Jefe de la Redacción subrogante*

## DISCUSION SALA

## 2.8. Discusión en Sala

Legislatura 350, Sesión 31 de 20 de enero de 2004. Aprobado en particular con modificaciones.

### IV. ORDEN DEL DÍA

#### **MODIFICACIÓN DE DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979, SOBRE ESTABLECIMIENTO DE NUEVA CONCEPCIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Corresponde continuar la discusión particular del proyecto de la Cámara de Diputados que modifica el DFL N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana, con segundos informes de las Comisiones de Salud y de Hacienda, y urgencia calificada de "simple".

**--Los antecedentes sobre el proyecto (2980-11) figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:**

**Proyecto de ley:**

**En segundo trámite, sesión 16ª, en 3 de diciembre de 2002.**

**Informes de Comisión:**

**Salud, sesión 27ª, en 26 de agosto de 2003.**

**Salud (segundo), sesión 28ª, en 14 de enero de 2004.**

**Hacienda, sesión 28ª, en 14 de enero de 2004.**

**Discusión:**

**Sesiones 29ª, en 27 de agosto de 2003 (se aprueba en general); 29ª, en 15 de enero de 2004, 30ª, en 20 de enero de 2003 (se aplaza su discusión).**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En la sesión de la mañana, quedó pendiente el debate sobre qué se estaba votando respecto del artículo 25 A. Quedó en claro que, resuelto qué Ministro firmaría el reglamento, no había discrepancias entre las Comisiones de Hacienda y la Salud en cuanto a eliminar la frase "y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos".

Por lo tanto, el artículo quedaría aprobado en la forma propuesta por la Comisión de Salud, predicamento que también adoptó la de Hacienda, sin la frase ya mencionada.

Si le parece a la Sala, así se acordaría.

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- La Comisión de Salud propone insertar el siguiente inciso tercero, nuevo, en el artículo 25 A:

## DISCUSION SALA

“Estos establecimientos deberán tener procedimientos de medición de costos de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios”.

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- En seguida, en el artículo 25 C, la Comisión de Salud propone agregar, al final del segundo inciso, la siguiente oración, nueva:

“Deberá ser un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión de salud”.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión la enmienda propuesta.

Tiene la palabra el Honorable señor Ríos.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, en Chile existen muchísimas actividades profesionales que no han estado vinculadas a la administración de salud. Por tal motivo voté en contra de establecer como condición previa la de que tengan experiencia, estudios y conocimientos sobre tal manejo, que es muy especial. A mí me basta -e invito al Senado a meditar sobre el particular- que las personas tengan la capacidad suficiente, avalada, entre otras exigencias, por un título profesional. Pero, al poner otro requisito en un sistema que recién empieza, vamos a marginar a un conjunto de profesionales muy numeroso en Chile que puede actuar en este campo, que es muy novedoso. No olvidemos que hasta hace poco, no obstante que la ley no lo permitía, la totalidad de los directores de hospitales en el país eran médicos. Hoy día se está yendo a una mayor flexibilidad en este aspecto

Existe una normativa distinta, como la Ley sobre Administración, y, además, hay muchas razones para pensar que basta el hecho de que sea un profesional...

El señor VIERA-GALLO.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador, con la venia de la Mesa?

Se dice que debe ser un profesional universitario; pero, además, “con competencia en el ámbito de la gestión de salud”. Son muchos los cursos breves y de distinto tipo que se imparten en la actualidad, sobre gestión de salud. Entonces resulta muy fácil cumplir el requisito. Basta que sea un profesional con algún curso en gestión de salud o que cuente con la experiencia adecuada.

El señor RÍOS.- Por mi parte, voy a votar en contra.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, estoy completamente de acuerdo con la norma que se propone, por una razón de fondo. Los directores de los establecimientos van a disponer de diversas competencias y atribuciones que hoy día no tienen y que fundamentalmente dicen relación a su capacidad de gestión para administrar adecuadamente un hospital.

## DISCUSION SALA

Si por un lado les otorgamos atribuciones para administrar, tenemos que exigirles también competencia, para que esa tarea la realicen eficazmente. A mí me parece que la tendencia -ésa es la razón por la cual se crea la autogestión-, es que los hospitales sean cada vez más autónomos, posean mayor flexibilidad en el uso de los recursos y tengan más capacidad para contratar prestaciones con el sector público y privado.

Por lo tanto, lo mínimo que se puede exigir es que se trate de un personal universitario. Estamos hablando del verdadero gerente de una empresa, quien tendrá que manejar muchos recursos y, obviamente, poseer capacidad y competencia en el ámbito de la gestión de salud. Es una especialidad. No todos los médicos pueden ser buenos gestores. No significa que no pueden serlo, pero se requiere cierta especialidad. Si no, vamos a tener cargos con muchas atribuciones ocupados por gente que carecerá de los atributos profesionales necesarios para ejercerlos adecuadamente, aunque con otras cualidades desde el punto de vista humano.

Por lo tanto, soy absolutamente partidario de la indicación.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Boeninger.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, sólo deseo complementar lo señalado por el Honorable señor Espina y otros señores Senadores, en el sentido de que, además, este cargo va a ser elegido de acuerdo con la normativa de alta dirección pública, aprobada hace pocos meses. En consecuencia, la forma de definir lo relativo a la competencia puede ajustarse a los cursos a que se refería el Honorable señor Viera-Gallo, o a otros indicadores. De manera que es absolutamente pertinente la redacción.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ávila.

El señor ÁVILA.- Señor Presidente, es equívoca la redacción.

Aquí se habla de un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión de salud. Esto quiere decir que tenga atribuciones en dicho ámbito, porque la competencia es exactamente eso: la órbita de atribuciones que posee una autoridad determinada.

En mi concepto, lo que se quiere decir acá es que tenga ya sea experiencia o conocimientos en la gestión de la salud, pero no competencia. No puede poseerla quien no asume un cargo.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- La palabra "competencia", según el Diccionario tiene varias acepciones, y una de ellas es la de tener atribuciones, capacidad para ejercer, como también lo que Su Señoría señala: atribuciones para resolver algo. Por lo tanto, tal término en la norma se presta para ambas interpretaciones. De todas maneras, dejaremos constancia de la observación de Su Señoría. El

## DISCUSION SALA

Diccionario dice: "pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado".

El señor HOFFMANN (Secretario).- Señor Senador, en el Diccionario la palabra aparece en dos oportunidades. En la primera da como primera acepción la de disputa, y en la segunda, en su acepción tercera, da la interpretación mencionada por Su Señoría: "atribución legítima a un juez u otra autoridad para el conocimiento o resolución de un asunto".

El señor ÁVILA.- Ésta es la acepción que calza con la interpretación del Derecho Administrativo; por lo tanto, debería prevalecer sobre las otras.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, ¿por qué no agregamos la segunda acepción en la ley?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se dejará constancia en la historia fidedigna de la ley que es la acepción que hemos señalado y no la mencionada por el Honorable señor Ávila.

¿Habría acuerdo en agregar la frase propuesta por la Comisión.

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, la Comisión de Salud propone, en el inciso tercero del mismo artículo 25 C, intercalar la frase "por lo establecido en la ley y", antes de la expresión "por los convenios", y sustituir la frase "la ley antes citadas", por la palabra "ella".

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión.

Tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, quiero dejar una constancia muy breve, porque éste es un tema que ha motivado muchas discusiones.

Considero importante hacerlo, pues, en el fondo, esto no es sino una reafirmación del principio contenido en el artículo 33 de la Ley de Bases de la Administración del Estado, en el sentido de que hay una dependencia jerárquica general del Director del hospital respecto del Director del Servicio, y que sólo no existe esa dependencia en aquellas atribuciones que la ley va a desconcentrar respecto de quien dirige un establecimiento hospitalario. Pero se mantiene lo que establecen los artículos 33 y 34. En el fondo, el artículo 34 de la referida ley habla de una cierta autonomía de competencia que tendría la autoridad que le desconcentra de atribuciones y de determinados recursos específicos que, sin embargo, no constituyen patrimonio propio.

Por todo ello, está perfectamente claro desde el punto de vista del Derecho Administrativo.

Es muy importante lo que acabo de manifestar, al revés de lo que decía hace unos instantes Su Señoría.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- La modificación es sólo para precisar. Por eso agrega la frase "por lo establecido en la ley y" antes de la expresión "por los convenios".



## DISCUSION SALA

Se trata de una precisión que está en la línea de lo manifestado por el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor ESPINA.- Por eso la opinión de Su Señoría fue redundante.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si le parece a la Sala, se aprobará el texto propuesto por la Comisión de Salud.

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, respecto del artículo 25 D, la Comisión de Hacienda propone reemplazarlo por el que se señala en el texto del informe. Esta modificación fue aprobada por 3 votos a favor, uno en contra y una abstención.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, esta mañana se dio por aprobada la materia que nos ocupa.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene razón, Su Señoría, quedó aprobada en la mañana. Es la misma idea.

Por lo tanto, deberíamos aprobar la modificación propuesta por la Comisión de Hacienda respecto del artículo 25 D.

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- En seguida, en cuanto al artículo 25 F contenido en el numeral 22, el Honorable señor Viera-Gallo ha solicitado votación separada.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión.

Se ofrece la palabra.

El señor RÍOS.- ¿En qué página del boletín comparado, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En la última columna de la página 83, donde aparece el artículo 25 F, que señala:

"En el Director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente Establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:". Y luego se enumeran.

Se ha pedido votación separada de la norma.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, si no está indicado qué aspecto, retiro la solicitud. ¿Dice algo específico la petición?

El señor HOFFMANN (Secretario).- En ella se señala: "votación separada art. 25 F", señor Senador.

La señora MATTHEI.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, es posible que el Senador señor Viera-Gallo haya pedido votación separada, porque al parecer el informe de la Comisión de Hacienda agregó un texto que no estaba en el de la de Salud.

Quizás debería revisar, pues a lo mejor alguna de esas disposiciones molestaban a Su Señoría.

El señor VIERA-GALLO.- No.

La señora MATTHEI.- ¿No?

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Lo de Hacienda está aprobado por unanimidad.

La señora MATTHEI.- Es distinto al texto de la Comisión de Salud. Por tanto, yo pensaba que algo de eso molestaba al señor Senador, pero al parecer no es así.

El señor VIERA-GALLO.- Propongo que lo dé por aprobado, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Considero que no hay dificultad alguna. Por lo tanto, correspondería aprobarlo.

Si le parece a la Sala, se aprobará la norma.

**--Se aprueba el artículo 25 F contenido en el numeral 22 del proyecto.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, respecto del mismo artículo 25 F, contenido en el numeral 22, la Comisión de Hacienda propone en la letra c) reemplazar el párrafo cuarto de la letra d) por el que se señala en el informe.

Dicho órgano técnico deja constancia de que la modificación fue aprobada por unanimidad (cinco votos contra cero) y por mayoría (cuatro votos contra uno).

El señor RUIZ -ESQUIDE.- Eso fue lo que repuso la Comisión de Hacienda, según tengo entendido.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Así es, señor Senador.

El señor RUIZ -ESQUIDE.- Por lo que recuerdo, ese texto había sido aprobado en la discusión general, pero después se eliminó en el segundo informe de la Comisión de Salud.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, ¿podría explicar la diferencia entre el texto de la Comisión de Salud y el de Hacienda?

El señor RUIZ -ESQUIDE.- Es la que señalé, Su Señoría.

La señora MATTHEI.- No hay diferencia.

El señor RUIZ -ESQUIDE.- Sí la hay.

La señora MATTHEI.- Pido la palabra.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Puede hacer uso de ella, señora Senadora.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, no existen diferencias entre lo resuelto por ambas Comisiones. Lo que pasa es que hay algo raro en la modificación aprobada por la Comisión de Hacienda, pues se deja una constancia que parece contradictoria, ya que dice: "Aprobado por unanimidad 5 por 0 y por mayoría 4 por 1". O es una votación, o es la otra. Por eso digo que existe algo raro.

En cuanto a la norma en cuestión, se trata de que los presupuestos de los establecimientos autogestionados, en el fondo, deben ser negociados con el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Si el presupuesto aprobado por este último es menor que el solicitado por el Director del Establecimiento, el Subsecretario – conforme señala la norma- deberá indicar a éste cuáles actividades de las contenidas en el plan y por las que se pidió un presupuesto deberá dejar de realizar, dado que se entrega menos dinero del requerido.

## DISCUSION SALA

Esto puede parecer raro. De hecho, algunos preferían que fuese el propio Director del hospital autogestionado quien decidiera qué llevar a cabo y qué no.

Sin embargo, creemos que es parte del funcionamiento en red que sea el propio Subsecretario el que decida qué es lo que se hace en cada ámbito si no hay suficiente dinero. Sobre todo, porque después se juzgará si el Director del hospital autogestionado se encuentra realizando bien su labor o no. Y para ello debe estar muy claro qué es lo que se espera que él haga.

Por eso se introdujo esta norma, que a algunos señores Senadores les ha parecido rara, les ha chocado. Pero nosotros la consideramos absolutamente imprescindible para que funcione bien la red a lo largo de todo Chile, en cada servicio y, también, para que se pueda evaluar bien la gestión del Director del establecimiento autogestionado.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Habría acuerdo en aprobar el texto propuesto por la Comisión de Hacienda, que es equivalente al que aprobó la de Salud?

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- En seguida, respecto de la letra e) del artículo 25 F, la Comisión de Salud propone el siguiente párrafo final:

"Copia de todos los actos relativos a las modificaciones presupuestarias deberán ser remitidas" -tendría que decir 'deberá ser remitida'- "al Servicio de Salud correspondiente y a la Dirección de Presupuestos."

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión.

Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, aquí se discutió si una vez aprobado el presupuesto el Director del hospital autogestionado lo podía modificar.

Una postura señalaba que sólo era factible cambiarlo previa autorización del Subsecretario de Redes.

Finalmente, se aprobó -porque algunas veces las enmiendas son pequeñas y se necesitan para funcionar en forma rápida y expedita- en ambas Comisiones que cualquier modificación presupuestaria deberá ser remitida a la Subsecretaría, la que tendrá quince días para pronunciarse. Es decir, si no lo hace, se entiende aceptada.

Creemos que es más expedito que estar pidiendo permiso cada vez que se requiera una modificación.

El señor VIERA-GALLO.- Excúseme, señor Presidente, pero la norma en discusión se refiere sólo a las copias.

Es algo obvio.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Claro, porque está en singular, y no en plural.

Tiene la palabra el Senador señor Espina.

## DISCUSION SALA

El señor ESPINA.- Señor Presidente, tiene razón en su planteamiento la señora Presidenta de la Comisión, porque entiendo que el resultado de la votación (tres votos contra dos) que aparece en el boletín comparado se refiere a toda la indicación. Y ésta, al menos en la Comisión de Salud, decía relación al debate en cuanto a que, si no se pronunciaba el Subsecretario en el transcurso de quince días, se entendía aprobada la modificación, siguiendo las normas del silencio administrativo.

Eso fue lo que se discutió -repito- en dicha Comisión. Y se acordó, en votación dividida, según recuerdo, tal criterio de aplicación.

Había quienes creían que no bastaba el silencio, que cualquier modificación requería el pronunciamiento del Subsecretario de Redes. El criterio final aprobado es que si éste nada decía y transcurrían quince días desde el momento en que se le notificaba -no recuerdo la forma de notificación-, entonces, se entendía aceptada la modificación.

Lo anterior, con el propósito de evitar que su aprobación se demorara meses y, por lo tanto, se entrabara el buen funcionamiento de los hospitales o de los servicios.

Por lo tanto, estoy de acuerdo en la forma como está redactada la norma propuesta por la Comisión de Hacienda, que ratifica el criterio de la de Salud sobre la materia.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si le parece a la Sala, se aprobará.

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, el tercer párrafo de la letra i) del artículo 25 F dice: "Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas de los decretos leyes N° 1.056, de 1975, o N° 1.939, de 1977. La enajenación de bienes muebles que exceda de siete mil unidades tributarias mensuales requerirá la autorización previa del Director del Servicio de Salud respectivo."

Ahora bien, los Senadores señora Matthei y señores Viera-Gallo, Ruiz-Esquide, Parra, Ominami, Boeninger y Espina han hecho llegar a la Mesa una indicación que requeriría la unanimidad de la Sala para reemplazar la parte final del inciso tercero por lo siguiente: "Cuando en la enajenación de bienes muebles alcance las siete mil unidades tributarias en un año, todas las que le sucedan requerirán la autorización previa del Director del Servicio de Salud respectivo."

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Me pareció entender que había unanimidad para acoger la indicación.

Por lo tanto, se aprobará el inciso correspondiente de la letra i), con la modificación propuesta.

**--Se aprueba.**

El señor ÁVILA.- En buena hora, porque nos íbamos a quedar sin infraestructura.

## DISCUSION SALA

La señora MATTHEI.- La operación se iba a realizar por concurso, y no sólo entre los amigos de ustedes.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Señores Senadores, se les ruega evitar las alusiones personales.

El señor ÁVILA.- En todo caso, no sé a quien se refería, señor Presidente.

El señor HOFFMANN (Secretario).- El Honorable señor Viera-Gallo ha hecho llegar a la Mesa una indicación en que pide votar separadamente...

El señor VIERA-GALLO.- Eso es lo que acabamos de hacer, señor Secretario.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Como más adelante se habla de nuevo de la letra k) del artículo 25 F, pensé que a ella se refería su indicación, señor Senador.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, tengo entendido que se había ideado introducir una modificación a la referida letra k) del artículo 25 F.

Por eso, consulto al Senador señor Viera-Gallo o a la señora Presidenta de la Comisión si tal enmienda se refería a ese punto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No se ha enviado a la Mesa ninguna indicación sobre el particular, señor Senador.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Se trataba de un acuerdo unánime, pero ése es otro tema.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No ha llegado nada en tal sentido.

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, lo propuesto en la letra e), que reemplaza la letra l) del artículo 25 F, fue aprobado en la Comisión de Hacienda "por unanimidad 5 x 0, salvo en lo referente al párrafo tercero, que fue aprobado 3 x 2". Dicho párrafo establece que "Los convenios con las Instituciones de Salud Previsional estarán sujetos a lo dispuesto en los artículos 22 y 23 de la ley N° 18.933 en relación con el uso de camas."

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión.

Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, en la Comisión de Salud se había aprobado que las instituciones de salud previsional pudiesen contratar todo tipo de camas en los hospitales públicos, tanto de pensionados como también de salas comunes, siempre que, en primer lugar, así lo aprobara el director del hospital; que la ISAPRE pagara previamente el ciento por ciento de las prestaciones, y después cobrara a sus afiliados; y que -esto era lo más importante- realmente no hubiese ningún beneficiario del FONASA en lista de espera. Es decir, que dichas medidas jamás pudiesen significar la postergación de una persona adscrita al Fondo.

Demás está señalar que ésa era la postura del Ejecutivo. Sin embargo, se produjo una rebelión de algunos sectores de la Concertación y obligaron al Gobierno a cambiar dicha norma en el sentido de permitir sólo el arriendo de camas en los pensionados.

## DISCUSION SALA

A esa materia apunta el tercer párrafo de la disposición en comentario.

Deseo hacer notar que esto es una pena, porque en la mayoría de los hospitales grandes no sobra ninguna cama de sala común y, por lo tanto, no se pueden contratar ya que siempre hay listas de espera.

En definitiva, esa posibilidad estaba naturalmente excluida. Pero hay bastantes hospitales regionales (del tipo 2 y 3) donde las camas sobran, donde existen áreas enteras o salas cerradas por insuficiente demanda por ellas. Eso es así. La situación varía de un hospital a otro.

Por eso, creemos que si no había ningún peligro de postergar a un beneficiario del FONASA por atender a alguien afiliado a una ISAPRE, hubiese sido beneficioso para los hospitales del sector público y, sobre todo, para los pacientes del FONASA -que representan la gente más pobre-, ocupar esas camas arrendándolas al sector privado.

A nuestro juicio, entre tener una cama desocupada -como ocurre hoy en día en muchos recintos hospitalarios del tipo 2, 3 y 4- y arrendarla al sector privado cobrando debidamente por ello, además con la seguridad absoluta de que jamás se va a postergar a un beneficiario del FONASA, era preferible nuestra solución por cuanto ganaban todos, pero sobre todo los hospitales al obtener un ingreso por esas instalaciones desocupadas.

Desgraciadamente la situación se distorsionó. El Colegio Médico señaló a la opinión pública cosas falsas, como que esto iba a significar un aumento de las colas, de listas de espera, lo cual no era cierto. Sin embargo, el Ejecutivo terminó cediendo en relación con esta materia.

Yo lo lamento, porque creo que no hay peor negocio que tener inversiones sin ocuparse. Y eso sucede hoy día en muchos hospitales públicos y va a continuar ocurriendo gracias a la referida modificación aprobada en la Comisión de Hacienda.

En la Comisión de Salud habíamos tomado muchas providencias a objeto de que el arriendo de camas en salas comunes jamás significara la postergación de un beneficiario del FONASA. Eso estaba absolutamente previsto. Se debía cumplir con una serie de requisitos antes de que pudiese arrendarse una cama al sector privado.

Pero en esa materia el Ejecutivo tuvo que dar marcha atrás por la presión del Colegio Médico y, también, por la de algunos Parlamentarios de la Concertación. Ello lo encuentro lamentable, porque el gran problema del sector público es la constante falta de dinero, y el arriendo de infraestructura sin uso al sector privado podía ser una fuente de obtención de recursos. Eso era lo más racional y obvio, sin embargo se echó para atrás y nadie sabe el porqué.

## DISCUSION SALA

Por ello, debo señalar que es una pena la disposición propuesta. Además, lamento la manera en que se ha mal informado y distorsionado los antecedentes entregados a la opinión pública. Porque aquí se pretendió hacer creer como que nosotros estábamos de acuerdo en forma secreta con el Gobierno para postergar a los beneficiarios del FONASA con el afán de ayudar a las ISAPRE, lo cual es absolutamente falso, dadas las providencias necesarias que se habían tomado para que ello no ocurriera.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No habiendo más inscritos para intervenir, procederemos a tomar la votación.

El señor OMINAMI.- Pido la palabra, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Puede hacer uso de ella, Su Señoría.

El señor OMINAMI.- Señor Presidente, quiero sostener lo efectuado por la Comisión de Hacienda, porque no era una buena solución la planteada por la de Salud, que abría paso a la utilización masiva de camas en los hospitales públicos.

La señora MATTHEI.- ¿Dónde decía que se podían utilizar masivamente?

El señor OMINAMI.- Señora Senadora, la norma de la Comisión de Salud no tenía límites. Así fue aprobado.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se ruega evitar los diálogos, señores Senadores.

El señor OMINAMI.- Sin embargo, deseo argumentar sobre el fondo del asunto, si la Honorable señora Matthei me permite continuar mi intervención.

A mi juicio, señor Presidente, aquí se trata de salvaguardar los intereses tanto de los pacientes privados, aquellos asegurados por las ISAPRE, como de los que son parte del sistema público, es decir, del FONASA.

No me parece correcto que si alguien ha contratado un seguro privado y necesita someterse a una operación, sea enviado a la sala común de un hospital público. No encuentro que eso forme parte de los términos del tipo de atención que requiere una persona que ha contratado un seguro privado. Por lo tanto, hay ahí un primer elemento de resguardo hacia los pacientes de los sistemas privados de salud.

Y, entrando en un tema mucho más de fondo, no me parece correcto que los sistemas privados quieran asegurar a la gente utilizando la infraestructura pública. Eso no es razonable, como tampoco considero que lo sea abrir la posibilidad de usarla por parte de pacientes privados. Es cierto, la ley puede establecer resguardos, pero éstos pueden terminar siendo puramente formales. Frente a presiones y exigencias de rentabilidad, de financiamiento para los hospitales públicos, la tentación de recibir pacientes que vengan con un sistema de pago asegurado, en desmedro de indigentes que no pagan, será muy grande.

Por eso, creo de toda lógica que se haya decidido volver a la situación existente hoy día, en que se permite la utilización de camas

## DISCUSION SALA

de pensionados para pacientes asegurados en el sistema de ISAPRES, pero se reserva las de sala común para los beneficiarios del FONASA. En mi opinión, hay que mantener este doble resguardo, tanto para los pacientes del sistema privado como para los que pertenecen al sistema público de salud.

La señora MATTHEI.- ¡Parece que el señor Senador no leyó lo que aprobó la Comisión de Salud!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Pido a Sus Señorías evitar los diálogos.

Tiene la palabra el Honorable señor Novoa.

El señor NOVOA.- Señor Presidente, los beneficiarios de ISAPRES son cerca de 2 millones. Por lo tanto, al abrir la posibilidad de que esas personas accedan a los servicios ociosos de los hospitales públicos, lo que se está logrando es, en términos generales, abaratar el costo de las prestaciones de salud, que cada año se encarecen más y constituyen un problema serio.

Con una disposición legal que impida el uso de los recursos ociosos, en definitiva estamos encareciendo la prestación de los servicios de salud, que por su naturaleza suben año tras año, lo que afecta no sólo a los usuarios del sistema público, sino a las miles y miles de personas, modestas y de clase media, beneficiarias de ISAPRES.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ríos.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, tal como han expresado algunos señores Senadores que han participado activamente en la discusión de esta iniciativa, nadie, absolutamente nadie, quiere debilitar el proceso de salud que asume el Estado chileno. Aún más, la totalidad de las normas están dirigidas a fortalecerlo, a mantener la trascendencia social del Estado en esta materia. Nadie pone en duda eso. Todo lo contrario. Existe el mayor interés para que el Estado logre una mayor efectividad en esta enorme y fantástica responsabilidad que tiene en el campo social.

El tema está radicado en otra cosa: en cómo el Estado, que cuenta con una completa infraestructura a lo largo del país, consigue, en algunas de sus áreas, mayores ingresos y mejor administración. La Honorable señora Matthei señaló como ejemplo un hecho absolutamente real: ningún hospital de nivel 3 ó 4, salvo alguna excepción, tiene más del 40 por ciento de sus camas ocupadas. Y lo que estoy diciendo es verdad.

Entonces, parece lógico que el director de uno de esos establecimientos de pronto tenga la alternativa de celebrar contratos que permitan utilizar la capacidad ociosa de los mismos, la enorme cantidad de metros cuadrados que no se emplean, con el fin de dar apoyo a otras acciones de salud que no tengan que ver directamente



## DISCUSION SALA

con la responsabilidad administrativa de los recursos públicos. Es una cuestión obvia.

Se podría llegar, incluso con quienes se oponen a todo, a una especie de término medio. Yo estaría dispuesto a que en los hospitales de especialidad, en la atención primaria, no se admitiera a nadie que no correspondiera, pero sí en el resto. Acepto la inquietud. Pero, ¡por Dios!, lo que decía un señor Senador de que se estaba entregando esto a los privados no es efectivo. Hay muchos resguardos. De partida, la Ley ANEF. Se supone -y hay una defensa muy cerrada de todos los señores Senadores en este sentido- que se está eligiendo a las personas adecuadas, a gente decente, seria, responsable, para administrar.

Sin embargo, algunos no creen que quienes administren vayan a cumplir con la ley. Porque eso es lo que están diciendo: "Yo no creo que todas estas obligaciones que se imponen a los directores de hospital se vayan a cumplir, y por tal motivo no autorizo nada, ni una cama". Ello, a pesar de que, según un informe del Ministerio de Salud de 2002 -el año recién pasado debe de haber sido muy parecido-, hubo un millón 200 mil camas diarias no utilizadas.

Algunos podrán decir, con razón, que es imposible que el ciento por ciento esté ocupado. Es cierto. Cuando un establecimiento logra un promedio de 80 por ciento en la utilización de camas significa que prácticamente ha alcanzado el ciento por ciento. Pero el número de días cama no utilizados en los hospitales de nivel 3 y 4 es enorme, y la cifra de un millón 200 mil -estoy hablando en términos globales- es absolutamente verdadera.

En consecuencia, resulta totalmente ilógico que los directores de hospital no tengan la posibilidad de llegar a acuerdo para la utilización de la capacidad ociosa de sus establecimientos.

El último censo da cuenta de una modificación importante en la distribución etaria de nuestra población, previéndose que en los próximos años el 17 por ciento de los chilenos -unas 3 millones 700 mil personas- tendrá más de 65 años. Hay muchísimos lugares -pongo como ejemplo a Mulchén- que están preparándose para dar a su hospital, donde se ocupa menos del 40 por ciento...

El señor PIZARRO.- ¿Puedo hacerle una consulta, señor Senador, con la venia de la Mesa?

El señor RÍOS.- No tengo inconveniente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Puede usar de la palabra el Honorable señor Pizarro.

El señor PIZARRO.- Señor Presidente, me llama poderosamente la atención algo que indicó el Senador señor Ríos. Y me gustaría que lo aclarara, para los efectos de su argumentación, que comparto en algunos aspectos.

Su Señoría dijo que hay un millón 200 mil camas diarias desocupadas en el país.

## DISCUSION SALA

El señor RÍOS.- No, un millón 200 mil camas anuales.

El señor PIZARRO.- Es que como habló de un millón 200 mil camas diarias, a todos nos llamó la atención. Por eso pedí la aclaración.

El señor RÍOS.- Lo correcto es un millón 200 mil días cama anuales.

El señor PIZARRO.- Ya me parecía raro lo otro.

Muchas gracias.

El señor RÍOS.- El sistema de salud chileno tiene alrededor de 11 millones 800 mil días cama en total.

Como decía, existen razones para que el director del Hospital de Mulchén, por poner un ejemplo, tenga la opción de crear allí un centro para personas de la tercera edad. Se ha hablado con algunos médicos -no quiero dar nombres- y hay interés. Pero esa alternativa no es posible, y nosotros la vamos a prohibir.

Por lo expuesto, señor Presidente, voy a votar en contra del texto planteado por la Comisión de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, me gustaría que este punto, que siempre genera bastante debate, lo analizáramos con la misma tranquilidad que hemos tenido durante todo el día.

Para entender bien el tema y los argumentos entregados para aprobar y respaldar lo propuesto por la Comisión de Hacienda, es necesario señalar, en primer lugar, que aquí no ha habido presión contra nadie.

La señora MATTHEI.- ¿No?

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Excúseme, señora Senadora, pero cuando uno da una opinión, lo hace sin presionar a nadie. Es exactamente lo mismo que si dijéramos que la argumentación de quienes se han opuesto en esta materia es correcta o no es correcta. También fue falsa. La argumentación para negarse a aceptar lo aprobado por la Comisión de Hacienda se basó en cifras de 1999, y hay datos nuevos, de 2002, que contradicen lo que allí se menciona.

Éste es un primer elemento para tener claras las cosas.

El año 2002, el promedio de camas ocupadas en los establecimientos de salud de niveles 1 y 2 fue de 77 por ciento. Quienes trabajan en el área saben que el promedio razonable de ocupación de una cama en un servicio, para los efectos de uso del colchón necesario ante una emergencia, es del 75 ó 78 por ciento. Sostener que debe ser menos que eso es no entender lo que pasa en los hospitales.

Eso es lo que sucede y, si no lo creen, pregunten a cualquier persona que trabaje en salud pública.

Desde el punto de vista económico, esto es claro. Y desde la óptica de la simple argumentación de un profano, se deduce que si se ocupa el 75 por ciento de las camas, hay un 25 por ciento que no

## DISCUSION SALA

está en uso. Eso es obvio. Pero, si el día de mañana se produce una urgencia,...

Por favor, solicito a los señores Senadores que me permitan hablar. Reconozco que este tema levanta polvareda, porque ciertamente hay dinero de por medio. Eso lo tenemos claro.

La señora MATTHEI.- ¡Dinero para el sector público!

El señor RUIZ-ESQUIDE.- ¡No, señora Senadora! ¡Dinero para las ISAPRES!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Evitemos los diálogos.

La señora MATTHEI.- ¡No ofenda, señor Senador!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¡Senadora Matthei!

El señor RUIZ-ESQUIDE.- ¡Para las ISAPRES!

La señora MATTHEI.- ¡No ofenda!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¡Senadora Matthei, Senador Ruiz-Esquide!

El señor RUIZ-ESQUIDE.- ¡Se está discutiendo un tema de salud!

La señora MATTHEI.- ¡No ofenda!

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¡Señor Senador, le ruego dirigirse a la Mesa!

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Eso trato de hacer, señor Presidente, pero me agravian desde cierto sector de la Sala.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¡Le llamaré la atención también!

El señor RUIZ-ESQUIDE.- No lo ha hecho hasta la fecha, señor Presidente. Por favor, permítame seguir con mi intervención.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Continúe, señor Senador.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Muchas gracias, señor Presidente.

El segundo tema que deseo abordar se refiere a la ocupación de estos servicios.

Si se quiere mejorar, económicamente, el funcionamiento de los hospitales públicos, es muy fácil: es cuestión de aumentar el número de pensionados destinados a ese fin. Así de simple. Y no habría problema alguno, pues bastaría que el director del establecimiento diga: "Voy a dedicar tal cantidad de salas comunes a los pensionados", y se traspasa derechamente esa capacidad ociosa a quien la quiera contratar.

En tercer término, señor Presidente, cuando señalo que hay un problema de dinero, lo digo con mucha responsabilidad, por las siguientes razones.

Mirado desde otro punto de vista, ¿en qué consiste el problema? El argumento esgrimido cuando se concibió el sistema de ISAPRE, en 1981, fue que se crearían camas y hospitales para descargar el uso de los recintos públicos y destinarlos solamente a sus beneficiarios. De las 11 mil camas privadas en el país, sólo 14 por ciento nacieron de las ISAPRES; el porcentaje restante corresponde a prestadores privados, sociedades médicas o de otra naturaleza.

Entonces, como las ISAPRES no han creado muchas nuevas camas –lo han hecho fundamentalmente en el sector oriente de

## DISCUSION SALA

Santiago, o en grandes ciudades como Concepción y Valparaíso, pero no en el resto del país-, al llegar a los niveles de menores ingresos, la fórmula de solución más fácil naturalmente será decir: "Sabe, señor, lo llevaremos a una cama pública de sala común". Así, se paga menos, pues se compra una prestación de menor precio.

Entonces, aquí no es cuestión de argumentar que yo antojadamente quiera favorecer al sector público. Pero, si todos queremos hacerlo, simplemente se deben aumentar los pensionados.

Termino, señor Presidente, dejando claramente establecido que, en la ley, todo lo relativo a las emergencias, a las UTI y a aquello que protege a las personas, sean de las ISAPRES o del sistema público, está debidamente resguardado.

En consecuencia, desde el punto de vista técnico, no hay razón para apoyar esta proposición. Tampoco la hay desde una perspectiva histórica o desde la óptica de los privilegios o de la protección del sistema público. No la hay. Las cifras no se condicen con lo que se está sosteniendo. Aquí se ha visto una forma muy especial de presentar el tema, porque, a la larga, se está tratando de comprar una cama de menor precio, en circunstancias de que las cosas pueden hacerse como lo he señalado.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, en primer lugar, pido que el debate se centre en el tema de fondo.

Estoy convencido de que rechazar la proposición de la Comisión de Hacienda constituye un gravísimo error, que perjudicará a la gente pobre de nuestro país. Y trataré de explicar por qué ocurrirá eso.

En primer lugar, es un hecho no discutido que en Chile hay un porcentaje de camas del sector público que no se utiliza. En el informe de 1999, se señala que sólo se ocupa el 75 por ciento de su capacidad. El Senador señor Ruiz-Esquide ha dicho que esa cifra ha disminuido.

Pero ése no es el problema que estamos discutiendo. Lo que se debate es si el director de un hospital público, un profesional, un médico elegido de acuerdo con el procedimiento fijado por nosotros mismos -el de la Alta Dirección Pública-, tendrá atribuciones para que, en un determinado momento, de haber camas sobrantes, pueda suscribir convenios con el sector privado, el cual pagaría por anticipado e íntegramente las prestaciones, se cancelaría completamente el uso de esa cama sin esperar el cobro al paciente. Y esta decisión sólo la podrá tomar el director del hospital y siempre que ello no implique postergar o menoscabar la atención de los usuarios del sistema público.

Entonces, cuestionar esta facultad, en el fondo, equivale a poner en duda a los directores de los hospitales, y suponer que algunos actuarían tan en contra de la ética, que celebrarían convenios a

## DISCUSION SALA

sabiendas de que ello perjudica a los pacientes que prioritariamente les corresponde atender.

En la medicina moderna, los ámbitos público y privado no son enemigos, como se pretende hacer creer muchas veces a la opinión pública. ¡Son complementarios! En efecto, si en algún minuto el sector privado puede ofrecer prestaciones al sector público -porque, por ejemplo, dispone de instrumentos especiales o tecnología para realizar exámenes de alta complejidad-, lo razonable es que éste se las compre. Y, a la inversa, si el privado en su momento puede adquirir prestaciones de los hospitales públicos, también lo debe hacer. Mirado esto en su conjunto, los sectores público y privado no son antagónicos, sino absolutamente complementarios.

Aquí se ha establecido simplemente la posibilidad de que el director de un establecimiento público de salud, nombrado conforme a un procedimiento que garantiza su idoneidad, pueda, en su oportunidad, sin menoscabar los derechos de los usuarios habituales - los del FONASA-, suscribir un convenio con privados. No se trata de que preste camas cuando se le ocurra, sino cuando no perjudique a sus beneficiarios legales. Ello, con el objeto de captar recursos que servirán, si es un hospital autogestionado, para mejorar la atención del mismo.

Lo curioso es que esta norma es idéntica, en su concepción, a lo que señala la letra m) de este artículo, que ningún médico ha objetado. De acuerdo con esta disposición, los directores de los hospitales pueden celebrar convenios con los médicos, bastando que tengan 22 horas contratadas a la semana -también se puede pactar con 11 horas-, para que atiendan a pacientes privados en el propio recinto del hospital público.

En esto estamos de acuerdo, porque no se necesita que todos los médicos trabajen a jornada completa en el establecimiento de salud y constituye una forma de atraer a especialistas de alta complejidad. Se les dice: "Trabajen las horas que les corresponden, y luego, pagando al hospital, aprovechen de atender sus casos particulares en horarios de atención distintos al de los usuarios habituales del sistema.

¡Y esta norma nadie la ha objetado! ¡Ningún médico! Nadie ha dicho: ¡"Por favor, se está permitiendo en los hospitales públicos atender a pacientes privados! Y me parece bien que no se haga, porque es correcto. Reitero: es la letra m) de este artículo, que nadie ha impugnado.

Asimismo, estimo adecuado que se establezca la posibilidad de que el mismo director celebre convenios con particulares bajo las condiciones que señala la letra l). Negar esta atribución es restar recursos a la salud pública simplemente, en mi opinión, por un prejuicio respecto de la gestión de estos profesionales.

## DISCUSION SALA

Por esas razones, señor Presidente, pienso que la proposición de la Comisión de Hacienda es correcta. Reitero que no aprobarla, en la práctica, significará restar fondos a los hospitales estatales, recursos que irían en beneficio de la gente más modesta, como el propio Gobierno lo estableció. Porque cabe recordar que ésa era la propuesta inicial del Ejecutivo. En efecto, éste no quería que se establecieran limitantes en esta materia; sin embargo, posteriormente, por razones que no justifico ni entiendo, echó pie atrás y dio una voltereta respecto de su posición original.

Por esas consideraciones, señor Presidente, votaré a favor de la proposición de la Comisión de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Fernández.

El señor FERNÁNDEZ.- Señor Presidente, en el sistema de las ISAPRES, sus más de 2 millones de afiliados son de todo tipo y de diferente condición económica. En su inmensa mayoría son de clase media y modesta. De tal suerte que privarlos de esta posibilidad afectará a miles y miles de ellos, por lo que no resulta conveniente una discriminación de esta naturaleza.

Pero hay algo más importante aún y que dice relación al uso de los bienes públicos. No olvidemos que los hospitales son del Estado, que han sido construidos y se mantienen con impuestos pagados por todos los chilenos. No se financian con el aporte que se hace al FONASA, sino con el de todos los ciudadanos.

En consecuencia, restringir el uso de camas en hospitales construidos con el dinero de todos los chilenos-, a mi juicio, significa vulnerar la igualdad ante la ley y discriminar en contra del ordenamiento constitucional. No se puede privar del uso de bienes públicos, pues no son ni de la organización que los administra ni tampoco de los usuarios del FONASA.

No nos equivoquemos: estamos en presencia de bienes públicos a los cuales tienen derecho todos los chilenos. Las condiciones, como lo establece la Constitución en su artículo 19, número 9º, las fijará la ley. Pero se tiene derecho ocuparlos, porque son públicos. Ocurriría algo similar a que el día de mañana se dijera que existen determinados caminos en los cuales ciertas personas pueden transitar y otras no, ni siquiera pagando.

No nos equivoquemos: el uso de los bienes públicos no puede ser restringido. Se podrán determinar formas -que en este caso son los convenios- a través de las cuales se determinará la cantidad a pagar. Y aquí entra a mediar otro tipo de negociación, vale decir, lo relativo al seguro y alguna compensación de tipo económico. Pero la prohibición del uso de bienes públicos atenta contra las bases fundamentales de nuestro ordenamiento constitucional.

Por lo tanto, no estamos simplemente en presencia de una gestión por parte de los servicios de salud o de una gestión de los

## DISCUSION SALA

servicios privados. Los chilenos tenemos el derecho a usar los bienes públicos.

He dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se me ha pedido la clausura del debate, pero la Senadora señora Matthei me ha pedido la palabra. Como ya la usó, ahora podría hacerlo por dos o tres minutos pues ya intervino. Luego se clausuraría el debate y se procedería a votar.

Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- En primer lugar, quiero rechazar en la forma más fuerte la ofensa gratuita e inmerecida en el sentido de que, al señalarse que quienes apoyamos la idea de que las camas puedan ser puestas a disposición de los beneficiarios de las ISAPRES, estamos favoreciendo a estas instituciones.

¡Ese argumento es éticamente inaceptable! Y yo no lo esperaba del Senador señor Ruiz-Esquide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Está equivocada.

La señora MATTHEI.- ¡No, Su Señoría!

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Bueno, como quiera. Da lo mismo.

La señora MATTHEI.- Deseo manifestar, como decía el Honorable señor Espina, que es muy curioso que los médicos puedan acceder a todo tipo de camas. Y la verdadera razón por la cual se quiere restringir a los beneficiarios de las ISAPRES sólo a pensionado es una sola: que el profesional cobra directo; en cambio, en la sala común el hospital es el que cobra.

¡Ésa es la verdadera razón!

Porque acá no se trata de un problema de si existen camas o no existen camas. Ése no es el punto. El propio Senador señor Ruiz-Esquide ha dicho que si sobran camas, podrán destinarse a pensionado y de esta forma dar participación a las ISAPRES. ¡Claro! ¿Pero quién se queda con la plata? El médico que atiende; no el hospital.

¡Eso lo consideramos inaceptable! Porque la infraestructura es pública y no es propiedad de los médicos que trabajan en recintos asistenciales. Y si hay dinero, debería ir en beneficio de una mejor atención pública y de mayores ingresos para los hospitales y no para los médicos que trabajan en ellos.

Y aquí se da vuelta el argumento: no se trata de si hay camas o no hay camas disponibles. Si no las hay, la norma no se aplica, porque ésta consigna claramente que no se puede arrendar cama una sola en el caso de que haya un sólo beneficiario del FONASA en lista de espera.

Entonces, de lo que se trata es de quién se queda con la plata de las camas sobrantes. Sobran camas, No sabemos cuántas. Algunos dicen que más; otros dicen que menos. Mientras sobre una, debería tratar de arrendarse en beneficio de la atención pública y para que los hospitales reciban mayores ingresos.

## DISCUSION SALA

Pero la verdadera razón por la cual hubo una rebelión en sectores de la Concertación obedece a que el Colegio Médico se opuso, pero no debido a que las camas puedan ser arrendadas o no, porque - ¡fíjense, señores Senadores!- es posible arrendarlas a todos los demás: a ellos mismos -es decir a los médicos que trabajan en los hospitales y, por cierto, a instituciones privadas con o sin fines de lucro. Pero no a las ISAPRES, para las cuales sólo existe el pensionado. ¿Y por qué únicamente pensionado? Incluso, podría darse la figura de que las salas comunes se transformen en pensionados de dos, tres, cuatro o cinco camas. Porque a eso se recurrirá. La única diferencia consiste en quién se estaría beneficiando. Nosotros deseamos que sea la salud pública, pero aquí hay personas que desean más bien beneficiar a los médicos que trabajan en ella.

Señor Presidente, una última cosa. Acá se ha dicho que las ISAPRES no han construido hospitales. ¡Obvio, pues! Si no tienen por qué hacerlo. Son seguros y contratan. Más aún, el propio Colegio Médico ha venido a alegar aquí, con la aprobación de la mayoría de los Parlamentarios médicos, que dichas instituciones no deberían tener clínica alguna, que deberían separarse y que no debería haber integración vertical.

Entonces, por un lado, se critica a las ISAPRES porque tienen clínicas, y por otro, porque no han construido el número suficiente.

La verdad es que se recurre a cualquier argumento con tal de que los médicos sigan ganando.

He dicho.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- ¿Y eso no es ofensa?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Usted es un caballero, señor Senador.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Pido la palabra.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Se siente ofendido, Su Señoría?

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, hice llegar un mensaje a la Mesa haciéndole presente que si la Senadora señora Matthei -con toda razón- pidió la palabra habiendo ocupado todo su tiempo, yo solicitaría también intervenir. Si Su Señoría utilizó parte de él, no hablo.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- La Honorable señora Matthei agoto su tiempo. Por lo tanto, el señor Senador dispondría de un tiempo adicional.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el Honorable señor Ruiz-Eskuide.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Primero, cada Senador debe tener claridad respecto de lo que manifiesta, para que no se imputen cosas distintas. Jamás he dicho aquí, en mi discurso anterior, que quienes participan de esto están favoreciendo a las ISAPRES. ¡Nunca he señalado eso! Sí digo que



## DISCUSION SALA

dichas instituciones tienen un sentido pecuniario para buscar esta fórmula de solución, que obviamente les conviene.

Son dos cosas diferentes.

Nunca voy a agraviar a ningún señor Senador diciéndole que está participando en una negociación de este tipo. ¡Jamás! Eso no se me puede imputar y no lo acepto.

Segundo, soy médico pero no represento al Colegio de la orden, ni soy su portavoz ni tengo por qué defenderlo. Pero, sobre la base de la misma argumentación utilizada para decir que agravíé a las ISAPRES, la Senadora señora Matthei, cuando sostiene que, en el fondo, la oposición de ese organismo es exclusivamente para ganar dinero, está cayendo exactamente en el mismo agravio que se me critica a mí.

A la misma condición, la misma respuesta.

Tercero, no se trata de oponerse a que participen personeros o beneficiarios de las ISAPRES en el sistema público. Para eso se establece claramente -porque se trata de un tema de salud- que ellos, sin ninguna condición, podrán utilizar las UTI, las UCI o los servicios de emergencia, la infraestructura pública, en forma absolutamente libre. Ahora bien, la fórmula que proponemos es razonable: "Señor, el director del hospital podrá agrandar el pensionado". ¡Pero que no se diga que quien hace la proposición está tratando de evitar que haya ingresos para el hospital!

Obviamente, si el costo en una sala común es 10, en el pensionado es 20.

Entonces, ¿por qué se critica tanto mi argumentación?

Como dije al comienzo -y anuncie lo que iba a pasar-, se trata de algo muy curioso. Cada vez que discutimos el resto de las cosas podemos mantener mucha seriedad y serenidad. Sin embargo, cuando se toca esta materia se produce una tremenda exacerbación en los ánimos.

Eso todo cuanto deseaba expresar, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el señor Ministro. Luego, procederemos a votar.

El señor GARCÍA (Ministro de Salud).- Señor Presidente, únicamente deseo aclarar algunos puntos aquí planteados.

Primero, es pertinente recordar el ánimo del debate en la Comisión de Salud: en forma unánime se concordó que no se podía postergar a los beneficiarios legales, que son los del FONASA, a favor de otros. De igual forma, se aprobó que las ISAPRES, si eventualmente tuvieran que pagar algo, sería el ciento por ciento de los aranceles.

Hay que reconocer que en los hospitales de niveles 1 y 2, llamados "autogestionados" -que son los que interesan en esta materia-, existen aproximadamente 18 mil camas, con una ocupación que supera el 82 por ciento, lo cual es muy alto de acuerdo con los estándares, y solamente permitiría -para aclarar lo dicho por el Senador señor Ríos-

## DISCUSION SALA

un excedente potencial de 200 mil días-camas de un total de 6 millones 600 mil. Como el Ejecutivo está consciente de que las listas de espera en dichos establecimientos impiden el uso de camas básicas, presentó la indicación que acogió la Comisión de Hacienda. Y quiero ser enfático en señalar que al Ejecutivo le interesa que el Senado también la respalde.

El Senador señor Ruiz-Eskvide recién manifestó que se podrán utilizar otras camas, como las de pensionado y de urgencia. Y digo esto con la intención de que el tema se discuta en todos sus aspectos.

Reitero: en la Comisión de Salud nadie sostuvo la postergación de los beneficiarios legales. Y allí estaban representadas distintas visiones.

Dado que hoy las listas de espera no permiten que se ocupen camas, el Ejecutivo ha propuesto -insiste e insistirá en ello- mantener la indicación aprobada por la Comisión de Hacienda, que nos parece pertinente, por corresponder a lo que ocurre en la realidad.

Insisto: las cifras destacadas por el Honorable señor Ríos no se ajustan a lo que hoy día sucede, pues la situación actual impide ocupar las camas básicas.

El señor RÍOS.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra, Su Señoría.

El señor RÍOS.- Deseo hacer una consulta al señor Ministro, porque lo que ha sostenido puede marcar un hecho muy trascendente en el uso de otras camas.

El señor Secretario de Estado aludió a los hospitales de niveles 1 y 2. Creo que en el Senado existe cierta conciencia de que se trata de establecimientos bastante copados, pero no así los de categorías 3 y 4. Como señaló que esta indicación apunta sólo a los primeros, ¿debemos entender, entonces, que, desde el punto de vista del criterio del Ejecutivo, los hospitales de rango 3 y 4 se abren a la opción de camas para otros organismos y no sólo para los beneficiarios del FONASA?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor GARCÍA (Ministro de Salud).- Señor Presidente, estamos examinando la normativa que discutimos en las Comisiones. Y aquí ha quedado claramente establecido que se trata de los hospitales de tipos 1 y 2. A ellos hace referencia la disposición que ahora debatimos.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En votación la enmienda propuesta por la Comisión de Hacienda.

**--(Durante la votación).**

El señor RÍOS.- Señor Presidente, insisto en lo señalado por el señor Ministro, porque ha reiterado que el precepto alude a los hospitales de niveles 1 y 2.

## DISCUSION SALA

Quiero decir al señor Ministro, a través de la Mesa, que es razonable lo que plantea, en el sentido de que en los hospitales de niveles 1 y 2 la utilización de camas es de 78 u 80 por ciento. Eso está muy bien. Pero los establecimientos de categorías 3 y 4, para completar las otras 8 mil u 11 mil camas -el servicio público tiene cerca de 30 mil camas-, requieren una ocupación menor.

En consecuencia, si el precepto se refiere a los hospitales de niveles 1 y 2, la verdad es que no me importa mucho que se apruebe la opción de la Comisión Hacienda, porque la otra alternativa se abre.

Este asunto es tan trascendente que podría variar nuestra votación.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Estamos en votación, señor Senador.

El señor Ministro precisó que se refería a los hospitales de niveles 1 y 2.

El señor RÍOS.- Entonces, rechazo la proposición de la Comisión de Hacienda y apruebo la de Salud.

Voto que no.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, este debate es más doctrinario que práctico y, como tal, provoca este tipo de pasiones.

Obviamente, esta norma se refiere a los hospitales de niveles 1 y 2. Pero, cuando en el proyecto se habla de los establecimientos de categorías 3 y 4, no se faculta a sus directores para suscribir ningún convenio de esta naturaleza. Mal podría, entonces, firmar uno relativo a las camas de hospitales de niveles 3 y 4. Ocurre que, como se entrega esa facultad, pero no para los establecimientos niveles 3 y 4, aquí se pone esta limitante.

Voto por el informe de Comisión de Hacienda.

El señor ZURITA.- Señor Presidente, primero, manifiesto mi sorpresa por la forma en que se ha exacerbado el debate. Antes no había visto un trato igual. ¡Incluso se llega a golpear la mesa! Esto no es posible.

Creo que hay una equivocación muy grande.

Lo que el país quiere es salud. No importa que sea pública o privada. Los nostálgicos de una o de otra no tienen ninguna razón. El país quiere eso: una salud eficiente. Y si para dar eficiencia es necesario contratar, que se contrate.

Señor Ministro y Senador señor Ríos, las estadísticas sirven para todo. Con razón alguien dijo que había dos tipos de mentiras: las mentiras propiamente tales y las estadísticas, porque con ellas se puede jugar.

Pienso que si se sostiene que en 1999 se ocupó 40 por ciento de las camas y después otro señor Senador dice que en 2002 - es decir, tres años después- la utilización alcanzó a 75 por ciento, ¿puedo creer que han subido tanto las cifras? ¡Se está jugando con las estadísticas!

## DISCUSION SALA

Por esta razón, rechazo el informe de la Comisión de Hacienda.

El señor ARANCIBIA.- Señor Presidente, el señor Ministro planteó que las listas de espera no permitían hoy día considerar la posibilidad de recibir ofertas.

Estamos elaborando una ley de salud que esperamos tenga una larga vida. Es muy probable que el país, en la medida en que crezca y se potencie, pueda aumentar sus capacidades, incluso las hospitalarias. Entonces, teniendo presente eso, mañana podríamos estar en condiciones de aumentar la oferta.

No veo la razón de que, existiendo la posibilidad -que todos esperamos -de dar una mejor atención de salud, nos neguemos a priori a dar el mejor y máximo uso a camas que, si están desocupadas, revelan un mal procedimiento.

Por eso, rechazo la proposición de la Comisión de Hacienda.

El señor ÁVILA.- Señor Presidente, solamente como dato ilustrativo, cabría decir que el 46 por ciento del presupuesto de salud sale del 7 por ciento que aportan los cotizantes del FONASA. Entonces, no es adecuado el símil que hacía hace un momento el Senador señor Fernández, homologando los hospitales con una autopista. La verdad es que aquí hay aspectos que conviene considerar, a fin de evaluar con exactitud el rol de este bien público.

Por otro lado, hay formas elegantes y otras un tanto burdas de vestir el evidente espíritu de lucro de las ISAPRES. El mercado busca las maneras más eficaces de conseguir mayores ganancias. Por supuesto, esto no debe hacerse a costa de una infraestructura pública que, ciertamente, pertenece a todos los chilenos y que, por añadidura, funciona sobre la base de los cotizantes en FONASA.

Voto a favor.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, aprovecho la fundamentación del voto para refutar dos argumentos.

En primer lugar, se ha dicho acá que el sistema público de salud se financia con el 7 por ciento de las cotizaciones de FONASA. Eso es verdad. Pero lo cierto es que se financia con 500 mil millones de pesos que aportan, por impuestos, los chilenos que están en FONASA y, también, los que están en las ISAPRES. Sólo que parte importante de éstos últimos -son cerca de 3 millones- tienen remuneraciones entre 300 mil y 500 mil pesos por grupo familiar, y no reciben nada a cambio de los dineros que aportan por impuestos para financiar la salud pública, porque tienen que pagar la salud privada con su 7 por ciento. Por lo tanto, 3 millones de chilenos contribuyen con sus impuestos al sistema público...

El señor GAZMURI.- Tienen toda la salud preventiva, señor Senador.

El señor ESPINA.- ... y, sin embargo, no reciben una contraprestación.

## DISCUSION SALA

En segundo lugar, esto no lo resuelve una ISAPRE, sino el director de un hospital, sobre la base de una serie de exigencias que le señala la ley. La más importante de todas es que nunca puede permitir que una cama sea utilizada por alguien que provenga del sector privado, sea de una ISAPRE, sea de una asociación de médicos que celebra un contrato, si tiene una sola persona que se vería postergada en su atención. Y lo acaba de reafirmar el propio señor Ministro de Salud.

Por lo tanto, la pregunta es: ¿por qué razón impedir a los directores obtener recursos para sus establecimientos? ¡Si hemos discutido durante años la necesidad de capturar fondos para el sector público! ¡Si se ha dicho que se quieren subir algunos impuestos para financiar la salud pública! Pues bien, aquí estamos frente a la oportunidad de que el director del hospital pueda captar recursos, porque el paciente que se atiende allí, ya sea a través de una asociación de médicos o de una ISAPRE, paga por eso. ¡No es gratis! No es que la ISAPRE pueda decir: "Mando mis pacientes y me los tienen que atender". Le tiene que pagar al hospital, y por lo tanto, esa plata va a significar que éste contará con más recursos, los cuales, como se trata de hospitales autogestionados, van a ser utilizados por el director en el mismo establecimiento.

¿Por qué negar a un director de hospital, que responsablemente debe hacer una buena gestión, que ve que tiene camas desocupadas en algún momento, que no tiene "colas" –si las tuviera, no lo podría hacer- ni listas de espera, la posibilidad de obtener recursos adicionales que deberá destinar a mejorar el propio hospital? Y, de ocurrir esto último, ¿quiénes se beneficiarán? Los usuarios del sistema público; fundamentalmente, los usuarios del sistema institucional. Y todos saben que ellos son los indigentes y los más pobres.

Por lo tanto, si en la letra m) del artículo 25 F se establece que un médico con 22 horas semanales contratadas en un hospital podrá tener su consulta particular en el establecimiento y pagar por ese concepto, con lo cual el director del hospital obtendrá recursos, ¿por qué razón no se le permitirá a éste suscribir un convenio con una ISAPRE? ¡Si es quien resuelve!

Ahora bien, supongamos que se equivoca y posterga a los usuarios por celebrar los convenios. En tal caso, ese director cae en un grave incumplimiento de sus obligaciones y será removido. Para ello existe la fiscalización que hace el Director del Servicio, que cuenta con todas las atribuciones para ese efecto.

Tras un análisis serio, reflexivo, tengo la convicción de que impedir esta posibilidad es perjudicar a los hospitales públicos, y particularmente a la gente modesta, que es la que se vería beneficiada con los mayores recursos que podrían obtenerse de los convenios.

## DISCUSION SALA

Por tales razones, señor Presidente, rechazo lo planteado en el informe de la Comisión de Hacienda.

El señor FERNÁNDEZ.- Señor Presidente, no es efectivo que la construcción de los hospitales se financie con las cotizaciones. Éstas se destinan a la parte operativa del establecimiento hospitalario, mientras que aquélla se financia con recursos aportados por todos los chilenos a través de impuestos. De tal suerte que aquí estamos frente a bienes públicos construidos con el esfuerzo y el trabajo de todos.

No obstante, ahora se pretende que algunos puedan entrar y otros no. Y estos últimos ni siquiera podrían utilizar una cama aunque estuviera desocupada, aunque no existiera ninguna posibilidad de privar a alguien del FONASA de la posibilidad de ocuparla. No se podría ocupar bajo ninguna circunstancia. Parece realmente absurdo y tremendamente injusto que todos aquellos que han contribuido a construir el hospital no puedan, ni aun pagando, recurrir a sus servicios. Es algo que atenta contra diversas garantías, contra la igualdad ante la ley y la no discriminación, por lo que voto en contra.

El señor GAZMURI.- Señor Presidente, en verdad, estoy muy sorprendido por el debate, porque se hace un tremendo alegato, con una argumentación que a veces me parece muy sofista, además, respecto de un tema que no existe: no hay una oferta excedente de camas en hospitales de nivel 1 y 2. Ése es el punto. Hay ocupación del 82 por ciento. Y es efectivo que en los hospitales de nivel 3 y 4 uno ve mucha cama no utilizada, como será, seguramente, la experiencia de mis Honorables colegas que recorren sus circunscripciones. Pero ésa es otra discusión. Porque los directores de estos hospitales no pueden firmar convenios. Entonces, estamos debatiendo sobre un problema que no existe.

En perspectiva, en la medida en que reforcemos el sistema público de salud, en que establezcamos garantías de tratamientos y plazos con el plan AUGE, asunto vinculado a la reforma, es obvio que la demanda de camas públicas de hospitales de nivel 1 y 2 va a aumentar, no a disminuir. O sea, no estamos tampoco frente a una sobreinversión pública en camas hospitalarias; ése no es el tema. Toda esta historia de los pobres a raíz de las ISAPRES realmente no tiene ningún sustento. Son palabras que no apuntan a ningún problema real.

Y, desde el punto de vista de los principios, es evidente que el sistema público al que tenemos acceso todos los chilenos debe ser utilizado fundamentalmente por el sector público. Y el sector privado, que existe en el país, que no está cuestionado en la reforma, debe hacer bien sus tareas.

Al respecto, creo, incluso, que la idea de destinar salas comunes a usuarios de ISAPRES puede significar no cumplir para nada con las expectativas de las personas de bajos ingresos que acuden a estas instituciones. ¡Si la gente va a la ISAPRE, de alguna manera, para eludir el hospital público! Ésa es la verdad.

## DISCUSION SALA

Entonces, resulta que por una cuestión inexistente estaríamos defraudando a un porcentaje importante de chilenos de ingresos medios bajos que están en las ISAPRES, quienes perciben alrededor de 300 mil pesos, y que hacen esfuerzos para no ir a las salas comunes. Ésa es la expectativa. Porque de lo contrario, obviamente, se irían al FONASA.

Por todas estas consideraciones, apoyo la proposición de la Comisión de Hacienda.

El señor LARRAÍN.- Señor Presidente, de los antecedentes del debate queda en evidencia que sería extraordinariamente restrictivo si se autorizara a los hospitales de nivel 1 y 2 para celebrar convenios con las ISAPRES a fin de utilizar camas no ocupadas de salas comunes. Por lo tanto, el abuso al respecto es algo verdaderamente utópico y, además, el director se haría acreedor a severas sanciones administrativas.

Rechazar la posibilidad sólo representa, en consecuencia, un perjuicio económico para el hospital. Ello, obviamente, significa disponer de menores recursos para dar una buena atención de salud en beneficio de la gente más humilde.

Se dice que ésta es una discusión sofista y que no hay disponibilidad de camas. Entonces, ¿cuál es el riesgo, si únicamente se trata de los hospitales que puedan hacer uso de la facilidad que se abriría en beneficio de ellos mismos?

En realidad, tendría lugar un verdadero castigo a los sectores medios y medios bajos, junto con el que sufrirían los propios establecimientos.

Pero, además, se produce un efecto adicional, que es el que encuentro más grave, y que un señor Senador ya insinuó. Lo que ocurrirá es que, en todos los hospitales con disponibilidad de camas en salas comunes y que pudieran entrar al régimen en caso de ser autorizados, estas últimas serán convertidas en salas de pensionado. Es la solución típica a la chilena: "Dejemos las cosas como están, pero las salas comunes en desuso las convertiremos en salas de pensionado". Entonces, por esa vía se autorizarán los convenios con las ISAPRES.

¿Saben Sus Señorías cuál será la consecuencia? Que en las salas comunes habrá menos camas disponibles para la gente humilde. Lejos del objetivos que se persigue, de disponer de más camas para personas pobres, se conseguirá exactamente el resultado contrario. Ello me parece extraordinariamente negativo.

Por eso, quienes defienden hoy el informe de la Comisión de Hacienda, que impide bajo severas restricciones un mayor flujo a los hospitales públicos a través de una gestión correcta, están realmente causando un daño a esos establecimientos, a la gente humilde que podría atenderse mejor con esos recursos, por abrirse la puerta a una situación que seguramente va a ocurrir.

## DISCUSION SALA

Me gustaría que hoy quedaran registradas las salas de pensionado en los hospitales públicos de nivel 1 y 2, para ver cuántas habrá en cinco años más. Porque estoy seguro de que por esta vía se crearán más salas de pensionado, para asegurar mayores ingresos en los establecimientos de salud de alta gestión. Me parece que es un mal camino, porque a las personas más humildes las estamos castigando con menos posibilidades de salas comunes.

Por eso, considero que no es aceptable la posición de la Comisión de Hacienda.

Además, el Honorable señor Fernández ha observado que se produce una restricción -bajo condiciones incluso más severas, como es pagando- en el acceso al uso de bienes públicos. Ciertamente, ello es una desigualdad ante la ley, una discriminación en contra de chilenos que también concurren con impuestos y respecto de los cuales, que bajo ciertas condiciones pudieron hacer uso de esos bienes -sobre todo, tratándose de su salud- no se ve motivo para una limitación.

Voto en contra de la proposición de la Comisión de Hacienda.

El señor LAVANDERO.- Señor Presidente, he quedado impresionado por algunas aseveraciones que se han hecho hoy en la Sala. Porque se trata de camas en hospitales públicos. Y, si se abriera la compuerta, muchas personas que pagan también irían a ocuparlas y, a lo mejor, las coparían.

Pero me pregunto -y me gustaría conocer la respuesta- si camas correspondientes a las ISAPRES, por ejemplo, se podrían poner a disposición de pacientes del FONASA y al precio respectivo, en el evento de que algunas sobrarán.

Entonces, cuando se afirma que hay camas desocupadas en hospitales públicos, también me pregunto -repito- si las camas sobrantes de las ISAPRES podrían cederse a los imponentes del FONASA, a los precios de este último sistema, en las mismas condiciones en que se pretende que accedan a las primeras los afiliados de las ISAPRES.

En todo caso, voto favorablemente.

La señora MATTHEI.- Voto en contra, señor Presidente.

He escuchado, por ejemplo, lo expresado por el Honorable señor Gazmuri, quien sostiene que éste no es un tema, porque no existen camas.

Si es así, ¿por qué se da la posibilidad de establecer convenios con cualquier otro ente público o privado, con fin de lucro o sin éste, pero no con las ISAPRES?

¿Por qué se da la posibilidad de establecer convenios con los médicos?



## DISCUSION SALA

Lo que hemos planteado aquí, una y otra vez, es que éste no es un asunto de si existen camas o no, sino de quién se queda con la plata.

Porque incluso algunos señores Senadores de la Concertación han expuesto que si sobran camas algunos recintos se transformarán en pensionados. ¿Por qué ocurrirá lo anterior y no seguirán siendo salas comunes? La única razón se vincula a quién cobra los honorarios médicos. Si la denominación es "sala común", el que lo hace es el hospital. Si la denominación es "pensionado" -a la misma sala se le puede cambiar el nombre-, quienes cobran y se quedan con los honorarios son los médicos.

Por lo tanto, quiero reiterar que en este punto efectivamente ha existido una presión, básicamente del Colegio Médico y de Parlamentarios ligados a esa entidad profesional. Y también es claro que el Ministerio cambió de opinión, pues había aprobado la idea de arrendar a cualquiera, pero, dada la presión, de repente tuvo que cambiar.

Eso es lo que deseaba señalar.

El señor MORENO.- Señor Presidente, considero el tema bajo el prisma de lo que sucede en la Región que represento, donde el Hospital Regional de Rancagua es de nivel 1, donde existen muy pocos de nivel 2 y donde la inmensa mayoría es de nivel 3 y 4.

Ese Hospital Regional atiende realmente a la gente más modesta. Ésa es la tradición, la historia. Es cosa de concurrir los días de visita. Uno queda impresionado con la cantidad de personas que reciben prestaciones.

En dicho establecimiento las salas comunes están siempre llenas, prácticamente. Donde hay espacio es en el pensionado. Ésa es la realidad.

Por lo tanto, si al votar en contra del informe de la Comisión de Hacienda estuviera dando la posibilidad, aunque fuera indirectamente, de reducir el número de camas en las salas comunes de ese hospital, atentaría en contra de principios básicos que quienes me eligieron me pidieron representar en el Senado: libertad, pluralidad, democracia, sobre todo para los más modestos.

Hay gente que debe esperar meses para entrar a una sala común con miras a una operación. ¡Meses! Y, por lo tanto, cualquiera que sea el nivel de reducción de camas, perjudicará a la gente.

Por otra parte, en Rancagua y en algunas otras ciudades de la Sexta Región, se han ido desarrollando, precisamente a raíz de esta situación, hospitales, clínicas y establecimientos privados que funcionan con alto nivel de eficiencia y que han suscrito convenios con las ISAPRES.

Por consiguiente, no resulta válido el argumento de la restricción que se impone al director de un hospital en cuanto a no sacrificar camas de salas comunes y abrirlas a la atención de la gente

## DISCUSION SALA

mediante convenios con las instituciones de salud previsional. Personalmente, creo que lo correcto es mantener el sistema en la forma propuesta por la Comisión de Hacienda.

Por lo tanto, sobre la base de la realidad y de la experiencia en la región que represento, voto a favor del inciso tercero introducido por aquélla.

El señor MUÑOZ BARRA.- Señor Presidente, el debate se ha puesto bastante fuerte. No cabe duda alguna de que se han hecho planteamientos que inciden, incluso, en temas -diría- no apropiados desde el punto de vista del papel que corresponde al Senado en la discusión de éste o de cualquier otro proyecto de ley.

En verdad, si uno lee la letra m) del mismo artículo, se siente golpeado por la realidad reflejada en ella. Efectivamente, en los hospitales públicos se observa la utilización de determinados servicios por parte de los médicos, por supuesto con autorización de quienes dirigen esos recintos. Y en la disposición que nos ocupa, se señala claramente que podrán atender a sus pacientes particulares en el establecimiento. O sea, se sienta un precedente.

Creo que el debate no disminuye su nivel ni nadie se desprestigia al sostener que eso constituye una realidad, que choca un poco con el planteamiento de la norma, que es más doctrinario que práctico. Porque todos coincidimos en que en los hospitales de niveles 1 y 2 nunca hay exceso de camas como para que algunas de ellas queden disponibles.

Por lo demás, la propia ley en estudio dispone que un reglamento obligará al director a adoptar sus determinaciones de acuerdo con las exigencias por establecerse en aquél. Asimismo, los hospitales públicos contarán con consejos técnicos que van a participar en su administración.

Por consiguiente, pienso que en el debate -como alguien decía- ni todo es blanco ni todo es negro. Algunos señores Senadores de la Oposición han esgrimido argumentos bastante respetables desde el punto de vista de la realidad que se vive con este sistema. Y lo señalo, aunque sé que me hago acreedor a la crítica de algún Honorable colega de mi sector.

Desgraciadamente, deberé pronunciarme a favor de lo propuesto por la Comisión de Hacienda, porque se me indica que un eventual rechazo de la disposición implicaría problemas en la tramitación posterior en la Cámara de Diputados.

Sin embargo, quiero señalar mi punto de vista en ese sentido.

El mundo en que vivimos exige que los organismos fiscales se autofinancien. Si el Ministerio de Salud respaldaba esta norma y la fuerte acción del Colegio Médico determinó lo contrario, quiere decir que hay mucho de cierto en el criterio de que, cuando algo sobra en un

## DISCUSION SALA

hospital público, es factible que pueda ser administrado en beneficio de quienes se atienden en el sistema estatal.

Con esa advertencia, señor Presidente, debo expresar que coincido con muchos de los planteamientos formulados por algunos señores Senadores de la Oposición; pero, por las razones descritas, muy a mi pesar, voto a favor de lo propuesto por la Comisión de Hacienda.

El señor NARANJO.- Señor Presidente, me pronuncio entusiastamente por la norma sugerida por la Comisión de Hacienda.

El señor NÚÑEZ.- Señor Presidente, en la misma idea expuesta hace algunos instantes por el Senador señor Moreno, debo manifestar que las experiencias de regiones son bastante diversas.

El hecho de que se haya estado discutiendo por tanto tiempo la posibilidad de que los hospitales públicos entreguen camas al sector privado, ha redundado en que las ISAPRES y clínicas paralizen sus inversiones. En consecuencia, hemos cometido un doble error.

Ojalá que el Congreso despache pronto la iniciativa, porque la gente de regiones afiliada a las instituciones de salud privadas enfrenta múltiples problemas. Por ejemplo, está siendo atendida en malas condiciones, porque como las clínicas no realizan inversiones adecuadas al nivel de las cotizaciones a las ISAPRES, se ve obligada a recurrir a las de Santiago, Valparaíso o Concepción, donde pueden prestarles servicios de mejor calidad que los ofrecidos en los establecimientos de su localidad, escasamente dotados.

En consecuencia, si se desea incentivar al sector privado a que invierta en clínicas que verdaderamente valgan la pena a nivel regional, no podemos seguir con el juego de pretender otorgarles algo que finalmente no se concretará. Porque estoy convencido de que en la mayor parte del territorio no sobran camas. Tal vez en algunos hospitales grandes de las ciudades más importantes haya disponibilidad de ellas; no así en los hospitales de los niveles 1 ó 2, y menos del 3, del resto del país.

Por eso, me parece bien la norma aprobada por la Comisión de Hacienda. Y sería conveniente terminar esta discusión. Con ella no le hacemos un favor al sector privado ni resolvemos un problema serio del sector público.

La disposición indicada hace claridad sobre un tema en el que hemos actuado con tal ambigüedad que prácticamente se han paralizado las inversiones en regiones, sobre todo en clínicas de mejor calidad que las actuales.

Voto a favor de la propuesta de la Comisión de Hacienda.

El señor OMINAMI.- Señor Presidente, pienso que los argumentos de los partidarios de un acceso expedito de pacientes del sistema de salud privado a la infraestructura pública, son doblemente insólitos.

En primer lugar, pregunto en qué ha quedado el sueño de una medicina privada de gran calidad cuando hoy se busca que una

## DISCUSION SALA

parte de los chilenos afiliados a sistemas de salud privados se atiendan en las salas comunes de los hospitales públicos.

Esto nada tiene que ver con el planteamiento primitivo respecto de las bondades de la salud privada. No está en la naturaleza del proyecto de salud privada que la gente finalmente termine atendiéndose en las salas comunes de los hospitales públicos.

La señora MATTHEI.- ¡A nadie lo obligan!

El señor OMINAMI.- Es cierto: a nadie lo obligan; pero terminarán atendiéndolo en esas condiciones.

Ése es el motivo por el cual algunos abogan con tanta fuerza por esa posibilidad. Por lo demás, eso fue lo que solicitaron formalmente a la Comisión de Hacienda -tengo aquí el texto- los representantes de la Asociación de ISAPRES: que se abriera el uso de la infraestructura pública a los pacientes de las instituciones de salud previsual.

En segundo término, hay algo más insólito, señor Presidente, y quiero decirlo con todas sus letras.

Se dice que aquí estamos defendiendo las finanzas del sistema público, porque, en definitiva, es un buen negocio para éste cobrar a las instituciones de salud privadas por el uso de su infraestructura.

Y digo que es insólito, porque -la verdad sea dicha- esos pacientes no deberían formar parte del sistema privado; no disponen de recursos para financiar un plan que permita a aquél cumplir con su promesa. ¡Ésa es la verdad!

Tales personas están condenadas...

La señora MATTHEI.- Condenadas, sí.

El señor OMINAMI.- ...a concluir sus días en el sistema público de salud. Y así ocurrirá, ya que, como sus remuneraciones son bajas -300 mil pesos, o incluso menos-, se hallan incorporadas a las ISAPRES a través de planes colectivos. Si pierden su fuente de trabajo o jubilan, no podrán continuar en ellas.

Por lo tanto, el interés efectivo del sistema público de salud es que tales personas coticen en el Fondo Nacional de Salud. Así se resguardaría de mejor manera el interés permanente y de largo plazo del sistema público. Porque esas personas van a terminar siendo atendidas en el sistema público de salud.

La Senadora señora Matthei hacía una pregunta muy interesante: "¿A quién va la plata?". ¡Ah!... pero yo respondo muy fácilmente. En parte, a los médicos; pero también, de manera importante, a los dueños de los sistemas de seguros privados, que quieren atender gente y hacer negocio sobre la base del uso de la infraestructura pública. Así de claro: ¡ahí está la plata!

Por eso, señor Presidente, voto a favor del informe de la Comisión de Hacienda.

## DISCUSION SALA

El señor ORPIS.- Señor Presidente, más allá de lo señalado y de lo ácido del debate, me parece bastante absurda esta limitación.

El concepto del proyecto en discusión es de la autogestión de los hospitales. Y estimo que una norma esencial de ella es que tengan facultades para el uso de su infraestructura ociosa. A mi juicio es un elemento absolutamente esencial.

Si se establecen todas las providencias para que las personas que están en lista de espera siempre tengan preferencia y se estipulan todas las garantías para ello, parece absurdo que una herramienta tan esencial como ésta no sea entregada en definitiva a quien dirige un centro de salud autogestionado.

Señor Presidente, aunque no se diga en la ley -porque ésta se va a burlar-, va a haber una nueva categoría, compuesta por los pensionados comunes. Eso es lo que va a ocurrir en la práctica; será la manera de burlar esta disposición, pues se irán creando pensionados comunes.

Lamento que en definitiva se termine con una barrera de esta naturaleza, en circunstancias de que, al asegurar a las personas más desposeídas el acceso a las salas comunes, no se le otorgue una herramienta tan esencial en infraestructura ociosa de un hospital autogestionado.

Voto en contra del informe de Hacienda.

El señor HOFFMANN (Secretario).- ¿Algún señor Senador no ha emitido su voto?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Terminada la votación.

**--Se aprueba el informe de la Comisión de Hacienda (22 votos por la afirmativa, 19 por la negativa, una abstención y 2 pareos).**

**Votaron por la afirmativa** los señores Ávila, Boeninger, Flores, Frei (doña Carmen), Frei (don Eduardo), Gazmuri, Lavandero, Moreno, Muñoz Barra, Naranjo, Núñez, Ominami, Páez, Parra, Pizarro, Ruiz (don José), Ruiz-Esquide, Sabag, Valdés, Viera-Gallo, Zaldívar (don Adolfo) y Zaldívar (don Andrés).

**Votaron por la negativa** los señores Arancibia, Canessa, Cantero, Cariola, Coloma, Cordero, Chadwick, Espina, Fernández, Horvath, Larraín, Matthei, Novoa, Orpis, Ríos, Romero, Stange, Vega y Zurita.

**Se abstuvo:** el señor Aburto.

**No votó, por estar pareado,** el señor Bombal.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si le parece a la Sala, se prorrogará el Orden del Día hasta las 18:30, para luego iniciar la hora de Incidentes, en conformidad a lo resuelto.

Acordado.

La señora MATTHEI.- ¿No se podría suprimir Incidentes?

## DISCUSION SALA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No, señora Senadora, porque hay un acuerdo al respecto. Una vez agotado Incidentes, continuaremos con la tabla.

El señor HOFFMANN (Secretario).- En el Párrafo II, "Normas especiales de personal", la Honorable señora Matthei y los Senadores señores Ruiz-Esquide, Ominami, Boeninger, Espina y Viera-Gallo proponen agregar al inciso primero del artículo 25K, luego del punto aparte, que pasa a ser seguido, lo siguiente: "Todo ello cuando lo requieran las necesidades del servicio, y fuere conveniente para el buen funcionamiento del establecimiento.". De tal modo, que quedaría la norma "Los funcionarios de plantas a contrata que se desempeñen en el establecimiento a la fecha de otorgamiento de la calidad de establecimiento de autogestión en red, permanecerán destinados a éste. Sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del establecimiento, podrá ponerse término a la destinación en el establecimiento de determinados funcionarios, quienes quedarán a disposición del Servicio de Salud correspondiente, todo ello cuando lo requieran las necesidades del servicio y fuere conveniente para el buen funcionamiento del establecimiento.".

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Para tratar la indicación, se requiere la unanimidad de la Sala.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Espina.

El señor ESPINA.- La razón de la indicación obedece a una inquietud del Colegio Médico, la cual, a nuestro juicio, tiene algún fundamento en lo siguiente.

El artículo 25K establece un principio por el cual en los Establecimientos de Autogestión en Red los funcionarios que trabajan de planta o a contrata permanecen en ellos. Sin perjuicio de lo anterior, el Director del Servicio de Salud correspondiente, cuando se lo pide el Director del establecimiento, puede poner término a la destinación del mismo y, por lo tanto, dejar a los funcionarios a disposición del Servicio de Salud correspondiente.

Pero no se establece criterio alguno que impida algún abuso en el ejercicio de la norma. Y a nosotros nos pareció razonable que se fije un criterio general. Se dispone que debe ser mediante resolución fundada. Ello significa que el Director no puede, por sí y ante sí, sin fundamento ni razón, sacar del hospital autogestionado al funcionario y destinarlo a su Servicio de Salud para que sea a su vez redestinado a otra institución. Aunque se requiere, como dije, una resolución fundada, parece bien que el legislador fije un criterio mínimo, conforme al cual se garantice que tal decisión no va a ser arbitraria.

## DISCUSION SALA

Y, junto con reafirmar el principio de que es una resolución fundada, conversamos el asunto con el señor Ministro de Salud -él puede testimoniarlo-, se fijó tal criterio mínimo, lo cual significa que el traslado debe ser por razones del buen funcionamiento del Servicio y por necesidades del hospital. De esa manera, se fija un piso al Director del respectivo centro de salud.

Ése es el fundamento de la indicación, y por lo tanto, pedimos que se apruebe.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Habría acuerdo para aprobarla?  
Acordado.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Seguidamente, en el artículo 79, se propone el siguiente inciso segundo, nuevo:

"A los funcionarios que perciban la asignación de turno establecida en el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, y que hayan tenido ausencias injustificadas conforme al artículo 66 de la ley N° 18.834, se les descontará el monto correspondiente de acuerdo a lo indicado en dicho artículo."

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, yo voté en contra, pero puede darse por retirada mi objeción.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Entonces, por haber unanimidad, quedaría aprobado.

Acordado.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Respecto del artículo 5º, que dice: "Déjase establecido que, a contar de la fecha de publicación de esta ley, los funcionarios de las profesiones de asistentes sociales, enfermeras, kinesiólogos, matronas, nutricionistas, tecnólogos médicos, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos, también podrán acceder, entre los grados 18º al 5º, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones, o a los empleos a contrata asimilados a los mismos grados.", el Honorable señor Coloma ha pedido votación separada.

El señor COLOMA.- Pido la palabra, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el señor Senador.

El señor COLOMA.- Señor Presidente, pedí votación separada básicamente porque en este artículo, donde se establece el tipo de profesión del funcionario que puede acceder a los grados 18º al 5º, en determinados cargos vacantes, se omitió a los asistentes médicos administrativos.

La importancia de esto es que hay 101 profesionales, la mayoría de los cuales están radicados en la Séptima Región, que estudiaron una carrera impartida durante diez años por la Universidad de Chile, y que hoy día prestan esta clase de asistencia precisamente en cargos equivalentes a los otros.

Lamentablemente, estos profesionales no se incluyeron entre aquellos que pueden optar a estos grados. Yo planteé este asunto en la discusión general y, posteriormente, a pesar de que era iniciativa

## DISCUSION SALA

del Ejecutivo, en la Comisión de Salud, donde se mandó una comunicación, pero no fueron incorporados.

No sé si el señor Ministro puede ayudarnos a solucionar este problema. De lo contrario, pediré votar en contra del artículo, porque no me parece justo que profesionales que cumplen con las mismas tareas, que en muchos casos estudiaron una carrera de siete semestres de duración, que ya no se imparte, debido a una situación que se dio hace décadas en Chile, queden castigados por una norma, cuyo espíritu -me imagino- es exactamente el inverso.

Por consiguiente, si el señor Ministro considera que es posible solucionar esto de otra manera, obviamente no habría necesidad de votarlo separadamente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el señor Ministro de Salud.

El señor GARCÍA (Ministro de Salud).- El espíritu de este precepto es beneficiar a los profesionales de carreras de más de ocho semestres de duración. Por eso, tenemos una duda respecto a la mencionada específicamente. En todo caso, la naturaleza de esta norma es beneficiar a los profesionales. Por eso, ante el planteamiento del Senador señor Coloma, preferiríamos analizar las características, el currículum, de la carrera en concreto. Si reúne los requisitos, tenemos la disposición de incluirla en algún proyecto de ley misceláneo; de otra forma, no correspondería hacerlo, porque también hay otros funcionarios no incorporados en el artículo.

Reitero: ése es el único espíritu y si se reúnen los requisitos, no habrá inconveniente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- El problema es que no puedo aceptar una petición de votación separada, porque se requiere unanimidad.

El señor COLOMA.- Entonces, la retiro.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si le parece a la Sala, se aprobará el artículo 5º, con la explicación del Ministro acerca de la preocupación que tendrá sobre el tema.

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, hay una petición del Senador señor Viera-Gallo para votar separadamente el epígrafe referido a la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud, dentro de la Superintendencia.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, coincidiendo con la solicitud del Honorable señor Viera-Gallo, hay una petición -llamémosla transversal- para hacer una corrección al epígrafe.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Sí. Entonces, corresponde discutir el inciso final del artículo 2º, respecto del cual se ha pedido votación separada. Éste dice: "Para los efectos de esta ley, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional serán considerados Seguros Previsionales de Salud."



## DISCUSION SALA

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, ¿me permite?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, esto se relaciona con el cambio del epígrafe. Se trata de que quede muy claro que la Superintendencia va a supervigilar fondos, seguros y, después, prestadores.

Sucede que ello se presta para una extraña interpretación, en el sentido de que el FONASA y las Instituciones de Salud serán considerados seguros, para los efectos del proyecto. No cambia en nada si se señala que el FONASA y el Fondo de Compensación -que se creará en la denominada Ley AUGE- estarán en la norma relativa a la Superintendencia de Fondos de Salud, y, en otra parte, los seguros, las ISAPRES y los prestadores.

Por ello, pedimos que se elimine ese inciso.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Habría acuerdo?

El señor BOENINGER.- Sí.

El señor MARTÍNEZ.- Pido la palabra, señor Presidente.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- La tiene, Su Señoría.

El señor MARTÍNEZ.- Deseo consultar al Senador señor Viera-Gallo si por el hecho de aparecer el concepto de "seguro" no tendría que intervenir -por extensión- la Superintendencia de Valores y Seguros.

El señor VIERA-GALLO.- No.

El señor MARTÍNEZ.- Gracias.

La señora MATTHEI.- En este caso, se trata de seguros especializados de salud previsional, que caen en el ámbito del proyecto. La Superintendencia de Seguros controla seguros de vida y seguros generales.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si le parece a la Sala, se aprobará la proposición para suprimir el inciso final del artículo 2°.

**--Se aprueba.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- Seguidamente, se requiere unanimidad para votar el Título II: "De la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud", y hay una indicación suscrita por los Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esquide, Boeninger, Ominami y Parra, que propone incorporar en el epígrafe del Título II del artículo 7° del proyecto, entre las palabras "de" y "Seguros", la expresión "Fondos".

Entonces, el Título II quedaría: "De la Intendencia de Fondos y Seguros", modificando, en consecuencia, del mismo modo, los artículos 3°, 5° y 6° del referido artículo 7°.

El señor VIERA-GALLO.- Es lo mismo.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Habría unanimidad para tratar la indicación y, luego, acuerdo para aprobarla?

La señora MATTHEI.- Hay acuerdo.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, ¿me permite?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Boeninger.

## DISCUSION SALA

El señor BOENINGER.- La indicación relativa al epígrafe se complementa en un texto preparado por el Ministerio acerca de otras disposiciones que habría que modificar para que hubiera concordancia. Entiendo que están en manos de la Secretaría y podríamos despacharlas de inmediato.

El señor HOFFMANN (Secretario).- Efectivamente, ha llegado a la Mesa una nota del Senador señor Boeninger en que se indica cuáles son los artículos que habría que cambiar.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se facultará a la Secretaría para hacer las modificaciones correspondientes.

**--Así se acuerda.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- A continuación, hay una proposición para agregar un inciso segundo, nuevo, que señala: "El personal a contrata de la Superintendencia podrá desempeñar funciones de carácter directivo o de jefatura, las que serán asignadas, en cada caso, por el Superintendente. El personal que se asigne a tales funciones no podrá exceder del 5 % del personal a contrata de la institución."

Esta norma fue aprobada por mayoría.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

Cerrado el debate.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si le parece a la Sala, se aprobará.

**--Se aprueba el inciso segundo, nuevo, del artículo****24.**

El señor HOFFMANN (Secretario).- Luego, en el artículo decimoquinto transitorio, la Comisión de Hacienda sugiere reemplazar la frase final "del mismo que dependan de la gestión del Establecimiento cuando éste cumpla dichos estándares", por la siguiente: "cuando el Establecimiento cumpla dichos estándares.", precedida por una coma.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Habría acuerdo para aprobar el reemplazo de la frase final?

**--Se aprueba, y el proyecto queda despachado en este trámite.**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor GARCÍA (Ministro de Salud).- Señor Presidente, solamente deseo agradecer el trabajo de extraordinaria calidad que se realizó en las Comisiones de Salud y de Hacienda, y a todos los señores Senadores, Secretarios y personas involucradas en un proyecto de enorme trascendencia para la salud pública y en general del país.

Pienso que la labor desarrollada -como lo demuestra la votación- permitió generar gran categoría y consensos en muchos aspectos. Creo que la iniciativa presentada por el Gobierno del Presidente Lagos ha trascendido y en este momento es un proyecto de

## DISCUSION SALA

Estado que involucra a todos los chilenos y que va a favorecer la salud del siglo XXI.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Muchas gracias.

**--(Aplausos en tribunas).**

El señor GARCÍA (Ministro de Salud).- Y también a los funcionarios, porque no todos están en contra, como Sus Señorías pueden observar.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra la Honorable señora Matthei.

La señora MATTHEI.- Señor Presidente, justamente quería recalcar lo que ha señalado el señor Ministro en sus últimas frases. Hoy día en la mañana tuvimos problemas con personas que estaban en las tribunas, pero lo cierto es que la Comisión trabajó de manera muy estrecha con todos los gremios y, salvo algunos que actúan más políticamente que en forma gremial, pienso que hemos realizado una buen labor.

Las disposiciones del proyecto sobre carrera funcionaria son realmente modernizadoras, y todo eso se logró gracias al apoyo y la aprobación de los gremios. Por eso, debo señalar que lo que presenciemos hoy día no es representativo del trabajo que se ha hecho y, por ello, felicito a todos los dirigentes gremiales que se han comportado de manera sumamente positiva, adecuada y moderna y han contribuido a mejorar esta iniciativa.

Gracias.

**--(Aplausos en tribunas).**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Habíamos acordado empezar la hora de Incidentes a las seis y media. Pero hay un proyecto, el que modifica el decreto ley N° 3.500 en materia de pensiones a través de la modalidad de rentas vitalicias, que ha permanecido en el Congreso por doce años. Y como fue aprobado por unanimidad en la Comisión Mixta, propongo a la Sala abocarnos a su despacho.

Acordado.

### **MODIFICACIÓN DE D.L. N° 3.500 EN MATERIA DE PENSIONES VÍA RENTAS VITALICIAS. INFORME DE COMISIÓN MIXTA**

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Corresponde ocuparse en el informe de la Comisión Mixta recaído en el proyecto que modifica el decreto ley N° 3.500, estableciendo normas relativas al otorgamiento de pensiones a través de la modalidad de rentas vitalicias, con urgencia calificada de "suma".

**--Los antecedentes sobre el proyecto (1148-05) figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:**

**Proyecto de ley:**

**En primer trámite, sesión 32ª, en 26 de enero de 1994.**

**En tercer trámite, sesión 7ª, en 4 de noviembre de 2003.**

**En trámite de Comisión Mixta, sesión 11ª, en 12 de noviembre de 2003.**

## DISCUSION SALA

**Informes de Comisión:****Trabajo, sesión 19ª, en 16 de julio de 1996.****Hacienda, sesión 19ª, en 16 de julio de 1996.****Trabajo (complementario), sesión 23ª, en 12 de septiembre de 2000.****Hacienda y Trabajo, unidas (nuevo complementario), sesión 8ª, en 7 de noviembre de 2000.****Hacienda y Trabajo, unidas, (segundo), sesión 45ª, en 15 de mayo de 2001.****Trabajo (tercer trámite), sesión 9ª, en 11 de noviembre de 2003.****Mixta, sesión 30ª, en 20 de enero de 2004.****Discusión:**

**Sesiones 21ª, en 18 de julio de 1996 (queda pendiente la discusión general); 13ª, en 28 de noviembre de 2000 (se aprueba en general); 47ª, en 16 de mayo de 2001 (se aplaza su discusión particular); 4ª, en 12 de junio de 2001 (se aprueba en particular); 11ª, en 12 de noviembre de 2003 (se aprueba informe de tercer trámite y pasa a Comisión Mixta).**

El señor HOFFMANN (Secretario).- La controversia entre ambas Cámaras se originó en el rechazo del Senado, en tercer trámite constitucional, a la modificación introducida por la Cámara de Diputados consistente en incorporar en el artículo 1º del proyecto un número 8, nuevo, referido al sistema de consultas y ofertas de montos de pensiones.

El informe de la Comisión Mixta contiene la proposición destinada a resolver la divergencia, la que consiste en sustituir el número mencionado por el que se indica y en introducir algunas otras enmiendas.

Los acuerdos fueron todos adoptados por unanimidad y cabe tener presente que el número 8, nuevo, del artículo 1º, y los artículos 9º y 10 transitorios, nuevos, requieren para su aprobación quórum calificado, es decir, el voto favorable de 24 señores Senadores.

La Secretaría ha elaborado un boletín comparado que Sus Señorías tienen a la vista.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ¿Habría acuerdo para aprobar el informe?

**--Se aprueba por unanimidad el informe de la Comisión Mixta, dejándose constancia, para los efectos del quórum constitucional exigido, de que emitieron pronunciamiento favorable 25 señores Senadores.**

## OFICIO MODIFICACIONES

**2.9. Oficio de Cámara Revisora a Cámara de Origen**

Oficio con modificaciones introducidas por el Senado. 21 de enero de 2004.  
Cuenta en Sesión 48, Legislatura 350, Cámara de Diputados.

N° 23.373

A Su Excelencia  
**la Presidente de la  
Honorable Cámara  
de Diputados**

Valparaíso, 21 de enero de 2004.

Tengo a honra comunicar a  
Vuestra Excelencia que el Senado ha dado su aprobación al proyecto de ley  
que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer  
una nueva concepción de la autoridad sanitaria, instaurar distintas  
modalidades de gestión y establecer la participación ciudadana,  
correspondiente al Boletín N° 2980-11, con las siguientes modificaciones:

**ARTICULO 1º.-**

Numeral 1)

Ha sustituido el encabezamiento del artículo 4º  
propuesto, por el siguiente:

“Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá  
formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre  
otras, las siguientes funciones:”.

En el encabezamiento de su número 1, ha sustituido  
la expresión “lo cual” por “la cual”.

En la letra a) del número 1 ha suprimido las palabras  
“políticas de Estado” y la coma (,) que le sigue.

En la letra e) del número 1, ha reemplazado los  
vocablos “Dirigir y orientar” por “La dirección y orientación de”, y las palabras  
“al Sistema” por “a la provisión de acciones de salud”.

## OFICIO MODIFICACIONES

Ha sustituido sus números 2 al 15 por los siguientes:

2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.

3.- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud.

La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarias y la sanción a su infracción cuando proceda, en materias tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, será efectuada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.

La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo dispuesto en la ley N° 19.886, debiendo cumplir la entidad, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, las bases de la licitación deberán considerar esta condición con un mayor factor de ponderación.

4.- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.

5.- Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628 y sobre secreto profesional.

6.- Formular el presupuesto sectorial.

## OFICIO MODIFICACIONES

7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGE", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.

9.- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

10.- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

11.- Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.

Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.

12.- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones.

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; los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones, y las demás materias necesarias para desarrollar el

## OFICIO MODIFICACIONES

proceso.

La acreditación deberá aplicar iguales estándares a los establecimientos públicos y privados de salud.

13.- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.

Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual se reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencias relevantes en un determinado ámbito del trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.

Mediante un reglamento de los Ministerios de Salud y Educación, se determinarán las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades, como asimismo las condiciones generales que aquéllas deberán cumplir con el objetivo de recibir la autorización para ello. El reglamento establecerá, asimismo, las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema y la forma en que las entidades certificadoras deberán dar a conocer lo siguiente: los requisitos mínimos de conocimiento y experiencia que exigirán para cada especialidad o subespecialidad, los procedimientos de examen o verificación de antecedentes que emplearán para otorgar la certificación, los antecedentes respecto del cuerpo de evaluadores que utilizarán, los antecedentes que deberán mantener respecto del proceso de certificación de cada postulante y las características del registro público nacional y regional de los prestadores certificados, que deberá mantener la Superintendencia de Salud.

Las universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras respecto de los alumnos que hayan cumplido con un programa de formación y entrenamiento ofrecido por ellas mismas, si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente.

14.- Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.

15.- Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de



## OFICIO MODIFICACIONES

prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes. Los sistemas podrán contemplar la intervención de entidades públicas y privadas que cumplan con condiciones técnicas de idoneidad.

16.- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.

17.- Las demás que le confieran las leyes y reglamentos.”.

Numeral 2)

Ha reemplazado el artículo 4º bis propuesto, por el siguiente:

“Artículo 4º bis.- Para el cumplimiento de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud deberá convocar la formación de Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales y representantes de personas jurídicas, del sector público y del privado, de acuerdo a las materias a tratar.

La resolución que disponga la creación del Consejo respectivo señalará el plazo de duración en el cargo de los integrantes, el quórum para sesionar y las demás normas necesarias para su funcionamiento.”.

Numeral 3)

En el artículo 5º propuesto ha efectuado las siguientes modificaciones:

En su inciso primero ha reemplazado la forma verbal “está” por “estará” y ha eliminado las palabras “las Direcciones Regionales de Salud” y la coma (,) que precede, y

Ha suprimido su inciso tercero.

Numeral 6)

Lo ha reemplazado por el siguiente:

“6) En el artículo 8º:

## OFICIO MODIFICACIONES

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo por los siguientes:

“Artículo 8º.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad que serán exigibles.

Para ello, el Subsecretario de Redes propondrá al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema.

El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda.”.

b) Modifícase el inciso tercero, que pasa a ser cuarto, del siguiente modo:

i.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto (.), la conjunción “y”.

ii.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción “y” con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).

iii.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.

c) Elimínase el inciso final.

d) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:

“El Subsecretario de Redes Asistenciales subrogará al Ministro de Salud en ausencia del Subsecretario titular de Salud Pública.”.

Numeral 7)

Ha reemplazado el artículo 9º propuesto que sigue:

“Artículo 9º.- El Subsecretario de Salud Pública

## OFICIO MODIFICACIONES

subrogará al Ministro en primer orden, tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.

En relación con las materias señaladas en el inciso anterior, le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y el Instituto de Salud Pública, e impartirles instrucciones.

Asimismo, administrará el financiamiento previsto para las acciones de salud pública, correspondientes a las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional y aquéllas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, independientemente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie, pudiendo ejecutar dichas acciones directamente, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, de las entidades que integran el Sistema, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

El Subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además, como colaborador del Ministro, coordinará las mencionadas Secretarías Regionales.”.

Numeral 8)

Lo ha sustituido por el siguiente:

“8) Derógase el artículo 10.”.

Numeral 10)

Ha reemplazado su letra a) por la siguiente:

“a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con la frase “el que deberá” y termina con la palabra “siguientes:”, por “sin perjuicio de las oficinas provinciales que pudieran requerirse.”.

Ha suprimido su letra c).

Numeral 11)

Lo ha reemplazado por el siguiente:

## OFICIO MODIFICACIONES

“11) Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D y 14 E, nuevos:

“Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades certificadas en el ámbito de la salud pública.

Artículo 14 B.- Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud:

1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad. Asimismo, adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región, dentro del marco fijado para ello por las autoridades nacionales.

2.- Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones sobre la materia, para lo cual se encontrará dotado de todas las facultades y atribuciones que el Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias sanitario ambientales le confieren, de conformidad con lo previsto en el Artículo 14C.

3.- Adoptar las medidas sanitarias que correspondan según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias y elaborar informes en materias sanitarias. Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, serán homogéneos para los establecimientos públicos y privados.

4.- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada Servicio de Salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

En el ejercicio de estas funciones, coordinará aquellas acciones de promoción y prevención cuya ejecución recaiga en los Servicios de Salud.

## OFICIO MODIFICACIONES

5.- Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

6.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

7.- Cumplir las acciones de fiscalización y acreditación que señalen la ley y los reglamentos y aquéllas que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.

8.- Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, conforme a lo dispuesto en el artículo 4° de la ley N° 19.813.

9.- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

10.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Artículo 14 C.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, todas aquellas materias que corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de carácter asistencial en salud, sin perjuicio de la ejecución de acciones de salud pública conforme al número 4 del artículo anterior.

En relación a las materias que trata este artículo, los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud deberán ajustarse a las normas técnicas y administrativas de carácter general que imparta el Ministerio de Salud, ya sea a nivel nacional o regional.

Artículo 14 D.- Los recursos financieros que recauden las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud por concepto de tarifas que cobren por los servicios que presten, cuando corresponda, y por las multas que

## OFICIO MODIFICACIONES

les corresponda percibir, ingresarán al presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública, la que lo distribuirá entre las referidas Secretarías Regionales.

Artículo 14 E.- Existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señale esta ley y sus reglamentos y las que el Secretario Regional Ministerial le someta a su consideración. Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

El Secretario Regional Ministerial deberá convocar al Consejo en el primer trimestre de cada año con el objetivo de informar acerca de la gestión del año anterior y la planificación del año correspondiente. Un reglamento regulará la forma de nombrar a los integrantes, el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento."."

Numeral 12)

Lo ha reemplazado por el que sigue:

"12) Derógase el artículo 15."

Numeral 13)

Ha reemplazado sus letras a) y b) por las siguientes:

"a) En el encabezamiento, sustitúyese la frase "la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas", por la siguiente: "la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas".

b) Sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: "Siete en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente y Servicio de Salud del Ambiente." por el siguiente: "Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente."."

Numeral 14).

Ha reemplazado los artículos 16 bis y 16 ter propuestos, por los siguientes:

## OFICIO MODIFICACIONES

“Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

Artículo 16 ter.- La red asistencial de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios, sean dependientes de municipios, de Servicios de Salud o tengan convenios con éstos, deberán atender, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos, y serán supervisados y coordinados por el Servicio de Salud respectivo.

Los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.

El establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud con relación a la recolección y tratamiento de datos y a los sistemas de información que deberán mantener.

Los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que les prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. Los beneficiarios no podrán cambiar su inscripción en

## OFICIO MODIFICACIONES

dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acrediten, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distintos.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios públicos del sector salud que sean beneficiarios de la ley N° 18.469, y sus cargas, podrán ser atendidos en el mismo establecimiento asistencial en que desempeñan sus labores, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud.”.

## Numeral 16)

Ha reemplazado el artículo 18 contenido en este numeral, por el siguiente:

“Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director seleccionado, designado y evaluado conforme al Título VI de la ley N° 19.882.”.

## Numeral 17)

En el inciso primero del artículo 18 bis contenido en este número, ha reemplazado las palabras “directivas generales impartidas por el” por “programas del”.

Ha sustituido su inciso tercero por los siguientes:

“Con este objeto, conforme a la ley N° 19.813, determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria. Sobre esta base se evaluará el desempeño de cada entidad administradora. Para efectos de la determinación de dichas metas, deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo presidido por el Director e integrado por el Director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad, todo ello sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

El Director deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red.”.



## OFICIO MODIFICACIONES

Numeral 18)

Lo ha sustituido por el siguiente:

“18) En el artículo 20:

a) Reemplázase el encabezamiento del artículo 20 por el siguiente:

“Sin perjuicio de lo dispuesto en los Títulos IV y V de este Capítulo, para el desempeño de sus funciones el Director tendrá, entre otras, las siguientes atribuciones:”.

b) Sustitúyese la letra a) por la siguiente:

“a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como asimismo, coordinar, asesorar y controlar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos del Servicio.

Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los hospitales autogestionados y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la Red, en los términos del artículo 25 B.”.

c) Modificase la letra h) de la siguiente manera:

En su párrafo segundo, reemplázanse las palabras “Las transacciones a que se refiere el inciso anterior” por “Los contratos de transacción”

Agrégase, como párrafo tercero, nuevo el siguiente:

“Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud.”.

d) Sustitúyese la letra m) por la siguiente:

“m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;”.

e) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción “y” y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

f) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o), p), q), r) y s) nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser

## OFICIO MODIFICACIONES

letra t):

o) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación;

p) Disponer, mediante resolución fundada, la comisión de servicios de los funcionarios de su dependencia y que no formen parte del personal del Establecimiento de Autogestión en Red, conforme al artículo 25 K, en cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, siempre que dicho establecimiento esté situado en la misma ciudad en que éste se desempeñe. La comisión de servicio podrá tener lugar en una ciudad diferente, siempre que el funcionario consienta en ello.

En caso alguno estas comisiones podrán significar el desempeño de funciones de inferior jerarquía a las del cargo o ajenas a los conocimientos que éste requiere, ni podrán importar menoscabo para el funcionario.

Podrá disponerse que dicha comisión sea cumplida en jornadas totales o parciales, así como en días determinados de la semana.

Los funcionarios no podrán ser designados en comisión de servicios durante más de dos años. No obstante, a petición del funcionario y de común acuerdo podrá prorrogarse la comisión por el plazo que convengan las partes.

Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren.

El funcionario respecto de quien se disponga la comisión de servicios, que estimare que ésta le produce menoscabo podrá solicitar la reposición de la resolución ante el Director. La resolución del Director podrá ser apelada ante el Secretario Regional Ministerial de Salud dentro del término de diez días hábiles contado desde la fecha en que se le comunique dicha resolución o la que deseche la reposición.

Sin perjuicio de lo dispuesto en esta letra, el Director podrá designar en comisión de servicios a los funcionarios conforme las normas que establece la ley 18.834, Estatuto Administrativo;

q) Celebrar convenios de gestión con las respectivas entidades administradoras de salud municipal, o con establecimientos de atención primaria, que tengan por objeto, entre otros, asignar recursos

## OFICIO MODIFICACIONES

asociados al cumplimiento de metas sanitarias, aumento de la resolutivez de sus establecimientos y mejoramiento de los niveles de satisfacción del usuario. Los referidos convenios deberán contemplar, en general, los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores, medios de verificación y las medidas que se adoptarán en caso de incumplimiento de las obligaciones contraídas.

Los convenios de gestión deberán aprobarse por resolución fundada del Director del Servicio, en la que se consignarán los antecedentes que justifiquen su celebración y los criterios utilizados para elegir a los establecimientos participantes. Los convenios podrán extenderse a otros establecimientos municipales de atención primaria que lo soliciten, siempre que exista disponibilidad presupuestaria para esos fines y que se presenten antecedentes que lo justifiquen desde los puntos de vista económico y sanitario;

r) Evaluar el cumplimiento de las normas técnicas, planes y programas que imparta el Ministerio de Salud a los establecimientos de atención primaria de salud, y el cumplimiento de las metas fijadas a dichos establecimientos en virtud de los convenios celebrados conforme a la letra anterior y al artículo 57 de la ley N° 19.378. Si el Director del Servicio verificara un incumplimiento grave de las obligaciones señaladas anteriormente, podrá representar tal circunstancia al alcalde respectivo. Asimismo, dicha comunicación será remitida al intendente regional, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 9° de la ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;

s) Elaborar el presupuesto de la Red Asistencial de Salud a su cargo y formular las consideraciones y observaciones que le merezcan los presupuestos de los hospitales autogestionados, y".".

Numeral 19)

Lo ha reemplazado por el que sigue:

"19) Intercálanse, a continuación del artículo 21, los siguientes artículos 21 A y 21 B, nuevos:

"Artículo 21 A.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial, en adelante el Consejo de Integración, de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los Hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le

## OFICIO MODIFICACIONES

corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

El Consejo estará constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

Artículo 21 B.- El nombre de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud será determinado mediante decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud, a proposición del respectivo Director del Servicio de Salud, quien deberá acompañar, para estos efectos, la opinión del Consejo Regional correspondiente."."

Numeral 21)

En el artículo 24 propuesto ha introducido las siguientes enmiendas:

En su letra a), ha agregado, a continuación de la referencia "ley N° 18.469", lo siguiente: ", a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos aprobados".

En su letra b), ha sustituido la expresión "Subsecretaría de Redes Asistenciales" por "Subsecretaría de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial".

Ha reemplazado su letra e) por la siguiente:

"e) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;"

- - -

Ha intercalado como numeral 22), nuevo, el siguiente:

"22) Intercálanse, a continuación del artículo 25, los siguientes Títulos IV y V, nuevos:

"TITULO IV  
DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTION EN RED  
Párrafo I  
DE LA CREACIÓN Y FUNCIONES

## OFICIO MODIFICACIONES

Artículo 25 A.- Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala este Título, si cumplen los requisitos que se determinen en el Reglamento a que se refiere el inciso siguiente.

Un reglamento, suscrito por el Ministro de Salud, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de dicha calidad y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir, los que deberán estar referidos, al menos, al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios, a gestión financiera, gestión de personal, gestión del cuidado e indicadores y estándares fijados en convenios y normas.

Estos establecimientos deberán tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios.

Mediante resolución fundada conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerá la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" a aquéllos que cumplan los requisitos señalados en el Reglamento, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme el inciso primero.

Los establecimientos que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N°18.575 y a las normas de la presente ley.

No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 25 L y 25 M.

Los Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley.

## OFICIO MODIFICACIONES

Artículo 25 B.- El Establecimiento, como parte integrante de la Red Asistencial, deberá, a lo menos:

1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio de Salud respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red Asistencial;

2. Atender beneficiarios de la ley N° 18.469 y de la ley N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de la ley y los convenios correspondientes;

3. Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales;

4. Entregar información estadística y de atención de pacientes que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud, la Superintendencia de Salud, los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.

Los Establecimientos de Autogestión en Red que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, formarán parte de una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional coordinada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, conforme a un reglamento del Ministerio de Salud. Para los efectos de lo dispuesto en los números 1 y 2 del inciso primero, deberán sujetarse exclusivamente a las normas que imparta dicho Subsecretario.

Artículo 25 C.- El Establecimiento estará a cargo de un Director, el que corresponderá al segundo nivel jerárquico del Servicio de Salud para los efectos del ARTÍCULO TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N°19.882. Tendrá las atribuciones a que se refieren los artículos 25 E y 25 F.

El cargo de Director de Establecimiento deberá ser servido en jornada completa de 44 horas semanales y remunerado conforme al sistema del decreto ley N°249, de 1974, y sus normas complementarias, según el grado de la escala en que se encuentre ubicado el cargo en la respectiva planta de personal. Deberá ser un profesional universitario con competencia en

## OFICIO MODIFICACIONES

el ámbito de la gestión en salud.

Los mecanismos y procedimientos de coordinación y relación entre el Director del Establecimiento y el Director del Servicio de Salud correspondiente se regirán por lo establecido en la ley y por los convenios de desempeño que se celebren de conformidad con ella.

El convenio de desempeño deberá establecer especialmente directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la Red, como asimismo metas de desempeño presupuestario.

Sin perjuicio de lo establecido en los artículos QUINCUAGESIMO SEPTIMO Y QUINCUAGESIMO OCTAVO de la ley N° 19.882, el Director del Establecimiento será removido por el Director del Servicio de Salud de comprobarse el incumplimiento del convenio de desempeño o falta grave a sus deberes funcionarios. En los casos de remoción se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud, salvo en las situaciones previstas en el inciso cuarto del artículo 25 I.

Artículo 25 D.- Existirá un Consejo Consultivo de los Usuarios, el que estará compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del Establecimiento.

El Consejo Consultivo tendrá la función de asesorar al Director del Establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.

Asimismo, en el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por el Establecimiento durante el año, así como la cuenta pública anual del mismo.

Un Reglamento determinará las materias, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo.

El Director contará también con la asesoría de un Consejo Técnico, el que tendrá por objetivo colaborar en los aspectos de gestión en que el Director requiera su opinión, así como propender a la mejor coordinación de todas las actividades del Establecimiento.

El Consejo será presidido por el Director y estará constituido por representantes de las distintas jefaturas del Establecimiento, conforme lo establezca el reglamento.

## OFICIO MODIFICACIONES

Artículo 25 E.- La administración superior y control del Establecimiento corresponderán al Director. El Director del Servicio de Salud no podrá interferir en el ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título al Director del Establecimiento, ni alterar sus decisiones. Con todo, podrá solicitar al Director del Establecimiento la información necesaria para el cabal ejercicio de las funciones de éste.

Artículo 25 F.- En el Director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente Establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:

a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento.

b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento.

c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y las demás normativas vigentes.

d) Elaborar y presentar al Director del Servicio de Salud correspondiente, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales con un informe, el proyecto de presupuesto del Establecimiento, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones, conforme a las necesidades de ampliación y reparación de la infraestructura, de reposición del equipamiento de éste y a las políticas del Ministerio de Salud.

Sin perjuicio de las instrucciones generales que imparta la Dirección de Presupuestos para estos efectos, el Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas y justificando la priorización propuesta. El presupuesto indicará detalladamente el estado del cobro de las prestaciones otorgadas y devengadas.

El Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante resolución, aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio, a más tardar el 15 de diciembre de cada año, o el siguiente día hábil, si el 15 fuera feriado, sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos. Si vencido el plazo el Subsecretario no hubiera dictado la resolución, el presupuesto presentado por el Director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley.



## OFICIO MODIFICACIONES

En cada uno de los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley N° 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto, todo ello conforme a las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos para la elaboración del proyecto de Ley de Presupuestos. Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el Director del Establecimiento, el Subsecretario deberá indicar los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que deberán reducirse para ajustarse al presupuesto aprobado.

e) Ejecutar el presupuesto y el plan anual del Establecimiento, de acuerdo con las normas relativas a la administración financiera del Estado.

El Director podrá modificar el presupuesto y los montos determinados en sus glosas.

Dichas modificaciones podrán ser rechazadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo con las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Si el Subsecretario no se pronuncia en el plazo de quince días, contados desde la recepción de la solicitud, ésta se entenderá aceptada.

Copia de todos los actos relativos a las modificaciones presupuestarias deberán ser remitidas al Servicio de Salud correspondiente y a la Dirección de Presupuestos.

f) Ejercer las funciones de administración del personal destinado al establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director del Servicio, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el Reglamento.

Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios, el Director del Establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio.

Un Reglamento, emitido a través del Ministerio de

## OFICIO MODIFICACIONES

Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, establecerá las normas necesarias para ejercer las funciones de que trata el presente literal.

g) Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aún cuando sean propias o habituales del Establecimiento.

El gasto por los contratos señalados en esta letra no podrá exceder el 20% del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.

h) Celebrar contratos regidos por la ley N° 18.803.

i) Ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporeales que hayan sido asignadas o afectadas al Establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.

Los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas de los decretos leyes N° 1.056, de 1975, o N° 1.939, de 1977. Cuando la enajenación de bienes muebles alcance las siete mil unidades tributarias mensuales en un año, todas las que le sucedan requerirán la autorización previa del Director del Servicio de Salud respectivo.

Asimismo, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra r), podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas.

j) Celebrar convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 36, del Ministerio de Salud, de 1980.

k) Celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, y con entidades administradoras de salud primaria pertenecientes a su territorio, en los que se podrán proveer todos los recursos necesarios para la ejecución del convenio, mediante la destinación de funcionarios a prestar colaboración en éste, el traspaso de fondos presupuestarios u otras modalidades adecuadas a su naturaleza. En particular, podrá estipularse el aporte de medicamentos,

## OFICIO MODIFICACIONES

insumos y otros bienes fungibles de propiedad del establecimiento. Los bienes inmuebles, equipos e instrumentos podrán cederse en comodato o a otro título no traslativo de dominio, y serán restituidos a su terminación.

Los convenios con entidades que no sean parte de su Red Asistencial deberán contar con la aprobación del Director del Servicio.

l) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objetivo de que el Establecimiento otorgue prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Las personas o instituciones que celebren dichos convenios estarán obligadas al pago íntegro de la prestación otorgada. El incumplimiento de las obligaciones por parte del beneficiario de la prestación o acción de salud no afectará a la obligación contraída con el Establecimiento por parte de las personas o instituciones celebrantes del convenio.

Los convenios con las Instituciones de Salud Previsional estarán sujetos a lo dispuesto en los artículos 22 y 33 de la ley N° 18.933 en relación con el uso de camas.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 25 H deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.

La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 116 de la ley N° 18.834.

m) Celebrar convenios con profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales cuando tengan por objeto atender a sus pacientes particulares en el Establecimiento. En estos casos, dicha atención deberá realizarse fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada se podrá autorizar convenios con profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales o con profesionales que no sean funcionarios del Sistema, previa aprobación del Director del Servicio de Salud. Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente, deberán ajustarse al Reglamento y a las instrucciones que impartan conjuntamente los Ministerios

## OFICIO MODIFICACIONES

de Salud y de Hacienda y, en virtud de ellos, se podrán destinar a hospitalización los pensionados.

El paciente particular deberá garantizar debidamente el pago de todas las obligaciones que para éste se generan con el Establecimiento por la ejecución del convenio, conforme a las instrucciones de los Ministerios de Salud y de Hacienda.

En todo caso, se dará prioridad al pago de los gastos en que haya incurrido el Establecimiento, y éste no será responsable de los daños que se produzcan como consecuencia de dichas prestaciones o acciones de salud, con excepción de los perjuicios causados directamente por negligencia del Establecimiento.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 25 H deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.

La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 116 de la ley N° 18.834.

n) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud y con el Servicio de Salud correspondiente por las prestaciones que otorgue el Establecimiento a los beneficiarios de la ley N°18.469 en la Modalidad de Atención Institucional. En el caso de la Modalidad de Libre Elección se aplicarán las normas generales de la ley N°18.469.

Con el exclusivo objetivo de verificar que los convenios cumplan con el artículo 25 B, el respectivo Director del Servicio de Salud, o el Subsecretario de Redes Asistenciales en el caso de los Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad, deberá aprobarlos previamente, dentro de los quince días siguientes a su recepción. Después de ese plazo, si no se han hecho objeciones fundadas, los convenios se entenderán aprobados.

Las controversias que se originen por el párrafo precedente serán resueltas por el Ministro de Salud.

ñ) Otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con los Servicios de Salud, a fin de establecer

## OFICIO MODIFICACIONES

las condiciones y modalidades que correspondan.

o) Ejecutar acciones de salud pública, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial y el Subsecretario de Salud Pública, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.

p) Establecer en forma autónoma un arancel para la atención de personas no beneficiarias de la ley N°18.469, el cual en ningún caso podrá ser inferior al Arancel a que se refiere el artículo 28 de dicha ley.

q) Realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización expresa del Ministerio de Hacienda.

r) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso y dar de baja los bienes muebles del Establecimiento, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación.

s) Delegar, bajo su responsabilidad, y de conformidad con lo establecido en la ley 18.575, atribuciones y facultades en los funcionarios de su dependencia.

t) Conferir mandatos en asuntos determinados.

u) Desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y reglamentos.

v) Condonar, total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, con acuerdo del Director del Servicio de Salud respectivo, la diferencia de cargo del afiliado de la ley N° 18.469, de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud.

Las inversiones que se financien con recursos propios y que superen las diez mil unidades tributarias mensuales, deberán contar con la autorización del Director del Servicio de Salud respectivo.

Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo. Notificada la demanda, deberá ponerla, en el plazo de 48 horas, en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, quien deberá adoptar las medidas administrativas que procedieran y podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio.

## OFICIO MODIFICACIONES

Artículo 25 G.- El Establecimiento estará sujeto a una evaluación anual del Subsecretario de Redes Asistenciales, para verificar el cumplimiento de los estándares determinados por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que incluirán a lo menos las siguientes materias:

a) Cumplir las obligaciones que establece el artículo 25 B, para lo que se requerirá un informe al Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad;

b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;

c) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de cuenta pública a la comunidad, entre otras;

d) Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días;

e) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios;

f) Lograr una articulación adecuada dentro de la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe del Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad, y

g) Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieren convenido con el Director del Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, para lo que se requerirá un informe del Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad.

Artículo 25 H.- El Establecimiento deberá efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.

## OFICIO MODIFICACIONES

Sin perjuicio de lo anterior y de las respectivas normas de contabilidad gubernamental, el Establecimiento deberá elaborar estados financieros trimestrales en la forma que defina el Reglamento.

Se enviará copia de los informes y estados financieros al Subsecretario de Redes y al Director del Servicio de Salud respectivo.

Artículo 25 I.- Detectado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud respectivo o el Superintendente de Salud el incumplimiento de los estándares señalados en el artículo 25 G, el Subsecretario representará al Director del Establecimiento la situación y le otorgará un plazo de 15 días hábiles, el que podrá ser prorrogado por una sola vez, para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia.

La Subsecretaría, conjuntamente con la Dirección de Presupuestos, dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia, ya sea aprobándolo o rechazándolo.

Si la Subsecretaría aprueba el Plan presentado, éste deberá ejecutarse en el plazo que acuerden, el que no podrá exceder de ciento veinte días. Al cabo de este plazo, deberá evaluarse si se subsanaron los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación.

La no presentación del Plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento el cual, en estos casos, cesará en sus funciones de Director por el solo ministerio de la ley. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo Establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley.

Artículo 25 J.- Mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales se regulará la forma en que la población usuaria del Establecimiento podrá manifestar sus peticiones, críticas y sugerencias.

Párrafo II  
NORMAS ESPECIALES DE PERSONAL

Artículo 25 K.- Los funcionarios de planta o a contrata

## OFICIO MODIFICACIONES

que se desempeñen en el Establecimiento a la fecha de otorgamiento de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" permanecerán destinados a éste. Sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del Establecimiento, podrá ponerse término a la destinación en el Establecimiento de determinados funcionarios, quienes quedarán a disposición del Servicio de Salud correspondiente, todo ello cuando lo requieran las necesidades del Servicio y fuere conveniente para el buen funcionamiento del Establecimiento.

Los contratos a honorarios vigentes a la fecha indicada continuarán surtiendo sus efectos conforme a las disposiciones contenidas en ellos.

## Párrafo III

## DE LOS RECURSOS Y BIENES DEL ESTABLECIMIENTO

Artículo 25 L.- El Establecimiento, para el desarrollo de sus funciones, contará con los siguientes recursos:

a) Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469;

b) Con aquellos pagos que le efectúe el Servicio de Salud respectivo por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469;

c) Con aquellos pagos que le efectúe el Subsecretario de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial por la ejecución de acciones de salud pública;

d) Con los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijados en aranceles, convenios u otras fuentes;

e) Con los frutos que produzcan los bienes destinados a su funcionamiento y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes;

f) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;

g) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios,



## OFICIO MODIFICACIONES

subvenciones y otros recursos que le corresponda percibir;

h) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios, e

i) Con los aportes, transferencias, subvenciones que reciba de la ley de Presupuestos del Sector Público, de personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras y con los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.

Artículo 25 M.- El Establecimiento tendrá el uso, goce y disposición exclusivo de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, que se encuentren destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de "Establecimiento de Autogestión en Red", y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título.

En el plazo de un año, contado de la fecha señalada en el inciso anterior, mediante una o más resoluciones del Subsecretario de Redes Asistenciales, se individualizarán los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Servicio de Salud que se destinen al funcionamiento del Establecimiento.

Los bienes señalados en este artículo, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios y administrativos, gozan de inembargabilidad.

Párrafo IV  
DE LAS CONTIENDAS DE COMPETENCIA

Artículo 25 N.- Las contiendas de competencia que surjan entre los Directores de los Servicios de Salud y los Directores de los "Establecimientos de Autogestión en Red", serán resueltas por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

TITULO V  
DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MENOR COMPLEJIDAD

Artículo 25 Ñ.- Los Establecimientos de salud dependientes de los Servicio de Salud, que tengan menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, tendrán las atribuciones que señala este Título si cumplen los requisitos que se determinen conforme el artículo 25 P.

## OFICIO MODIFICACIONES

Un Reglamento, que será suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de las atribuciones y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir, entre los que se deberá contemplar la gestión del personal y la gestión del cuidado.

Mediante resolución fundada de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerán los Establecimientos que cumplan los estándares señalados, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme el inciso primero.

Artículo 25 O.- Al Director del Establecimiento corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades de éste para que ellas se desarrollen de modo regular y eficiente, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones:

a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento;

b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento;

c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y las demás normativas vigentes;

d) Presentar anualmente al Director del Servicio el proyecto de presupuesto del establecimiento y ejecutarlo una vez aprobado, de acuerdo a las normas vigentes sobre la materia;

e) Estudiar y presentar al Director del Servicio, iniciativas y proyectos con sus respectivos análisis y antecedentes, que tiendan a ampliar o mejorar las acciones de salud, indicando sus fuentes de financiamiento;

f) En materias de personal el Director podrá:

- designar suplentes;
- contratar personal, siempre que no implique aumento de la dotación del Establecimiento;
- aceptar renunciaciones voluntarias;
- designar funcionarios en comisiones de servicios y cometidos funcionales;

## OFICIO MODIFICACIONES

- destinar funcionarios dentro del mismo Establecimiento o a otros dependientes del Servicio;
- autorizar, conceder o reconocer feriados; permisos con o sin goce de remuneraciones dentro del país; licencias por enfermedad, reposos preventivos o maternales; y reconocer, prorrogar y poner término a asignaciones familiares y prenatales;
- ordenar la instrucción de investigaciones sumarias y sumarios administrativos; aplicar medidas disciplinarias, inclusive la suspensión de funciones; absolver, sobreseer y resolver sobre todas las materias relacionadas con esos procedimientos;
- declarar accidentes en actos de servicio, y

g) Desempeñar las demás funciones y atribuciones específicas que les delegue o encomiende el Director del Servicio y el Reglamento.

Artículo 25 P.- Un Reglamento, suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda, regulará los requisitos que deberá cumplir el Establecimiento, los que se referirán a las siguientes materias, a lo menos:

a) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;

b) Administrar eficientemente los recursos asignados;

c) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios, y

d) Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial.

Artículo 25 Q.- El Establecimiento será evaluado anualmente por el Director del Servicio de Salud respectivo, en la mantención del cumplimiento de los estándares señalados en el artículo anterior. En caso de que no fuere satisfactoria, se deberá remover de su función o cargo, según corresponda, al Director del Establecimiento. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo Establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley."."

- - -

Numeral 22)

Ha pasado a ser numeral 23)

## OFICIO MODIFICACIONES

En su letra c), ha suprimido la letras e), propuesta.

Su letra f) ha pasado a ser letra e), sustituyendo su expresión final "y" por un punto y coma (;).

Ha consignado como letra f), nueva, la siguiente:

"f) Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628, y".

Numeral 23)

Lo ha suprimido.

- - -

Ha intercalado como numeral 23 bis), nuevo, el siguiente:

"23 bis) Sustitúyense, en el párrafo segundo de la letra g) del artículo 30, las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción".

- - -

Ha consignado como numeral 25), nuevo, el siguiente:

"25) Agréganse, en el inciso tercero del artículo 35, a continuación de la palabra "farmacología", los términos "imagenología, radioterapia, bancos de sangre".

- - -

Ha incorporado como numeral 26), nuevo, el que sigue:

"26) En el artículo 37, incorpórase la siguiente letra g), nueva:

"g) Fiscalizar el cumplimiento de normas de calidad y acreditación de los laboratorios señalados en la letra a) precedente, conforme

## OFICIO MODIFICACIONES

al Reglamento a que se refiere el número 12 del artículo 4º, y las que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.”.”.

- - -

Numeral 25)

Ha pasado a ser 27).

- - -

Ha consignado como letra a), nueva, pasando las actuales letras a) y b) a ser b) y c), la siguiente:

“a) Reemplázanse en el párrafo segundo de la letra d) las palabras “Las transacciones a que se refiere el inciso anterior” por “Los contratos de transacción”.”.

- - -

Ha consignado como su letra d), nueva, la que sigue:

“d) Agrégase la siguiente letra m), nueva, pasando las actuales letras m) y n) a ser letras n) y ñ), respectivamente:

“m) Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;”.”.

- - -

Numeral 26)

Ha pasado a ser 28), en los mismos términos propuestos.

Numeral 27)

Ha pasado a ser 29), reemplazado por el que sigue:

“29) Sustitúyese el artículo 42 por el siguiente:

“Artículo 42.- La estructura y organización interna del Instituto se determinarán conforme lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes.”.”.

## OFICIO MODIFICACIONES

Numeral 28)

Ha pasado a ser 30).

Ha consignado como letra a), nueva, pasando sus actuales letras a) y b) a ser letras b) y c), respectivamente, la siguiente:

“a) Reemplázanse en el párrafo segundo de la letra b) las palabras “Las transacciones a que se refiere el inciso anterior” por “Los contratos de transacción”.”.

Numeral 29)

Ha pasado a ser 31), sustituyendo el artículo 51 propuesto, por el siguiente:

“Artículo 51.- La estructura y organización interna de la Central se determinarán conforme lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes.”.

Numeral 30)

Ha pasado a ser 32), sin enmiendas.

Numeral 31)

Ha pasado a ser numeral 33).

En su encabezamiento, ha consignado con mayúscula inicial la palabra “Capítulo”.

En el número 2. del Artículo 63 propuesto por este numeral, ha eliminado sus palabras finales “previa aprobación por parte del Secretario Regional Ministerial de Salud, respectivo”.

En el número 1 del Artículo 66 propuesto, ha reemplazado la frase “Los profesionales deberán” por “El personal a que se refiere el artículo 64 deberá”.

En el Artículo 67 propuesto, ha sustituido la frase final “efecto para el cual las asociaciones de funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán un solo representante” por “para cuyo efecto los

## OFICIO MODIFICACIONES

funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a que un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación integre el comité señalado en el referido artículo 63".

En el Artículo 68 propuesto, ha efectuado las siguientes enmiendas:

En su número 1, ha reemplazado la referencia al "artículo 21 A" por otra, al "Capítulo II, Título IV", y la palabra "categoría" por "calidad", las dos veces que aparece;

Ha intercalado como número 2., nuevo, el siguiente:

"2.- Para el personal directivo que se desempeña en Establecimientos de salud de menor complejidad, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título V de la presente ley, esta asignación estará asociada al cumplimiento de los requisitos que establece el artículo 25 P."

En su número 2., que pasó a ser número 3., ha sustituido el numeral "dos", que precede a la palabra "factores", por "tres"; ha reemplazado la palabra "categoría" por "calidad"; y ha intercalado la frase "el cumplimiento de los requisitos exigidos para los Establecimientos dependientes de menor complejidad", a continuación de la coma (,) que sigue a la palabra "dependencia", y ha reemplazado "y/o" por "y".

En el Artículo 69 propuesto por este numeral, ha efectuado las siguientes modificaciones:

En su inciso segundo, ha sustituido la expresión "clasificación en la categoría" por la palabra "calidad", y ha agregado como oración final la siguiente: "El mismo porcentaje será percibido por los funcionarios de la planta directiva de los Establecimientos de menor complejidad que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 25 P de esta ley."

En su inciso tercero, ha reemplazado su letra a), por la siguiente:

"a) Hasta 8% por la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los Establecimientos de su dependencia y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los Establecimientos dependientes de menor complejidad. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cociente resultante de dividir el número de Establecimientos que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación y que hayan cumplido los requisitos referidos, según el caso, por

## OFICIO MODIFICACIONES

el total de los Establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio; y”.

En la letra b), del mismo inciso tercero, ha reemplazado las voces “y/o” por “o” la primera vez que aparece, y por la letra “y”, las otras dos veces.

En el artículo 70 propuesto por este numeral, ha suprimido la frase “el componente por obtención de la categoría de “Establecimiento de Autogestión en Red”, de”.

En el inciso tercero del artículo 72 propuesto, ha incorporado la siguiente oración final: “Para estos efectos, se considerará la información sobre la dotación de personal, la carga de trabajo y la complejidad en la atención prestada por los Establecimientos de salud.”.

En el inciso segundo del artículo 73 propuesto, ha sustituido la expresión “del Servicio de Salud” que sigue a la palabra “Director” por los vocablos “del Establecimiento”.

En el artículo 76 propuesto ha sustituido, en su inciso primero la palabra “contratos” por “jornadas”, y ha incorporado como oración final de su inciso segundo la siguiente: “Asimismo, no se considerará base de cálculo de ninguna otra remuneración.”.

En el artículo 77 propuesto, ha agregado como oración final del inciso final la siguiente: “Asimismo, clasificará los Establecimientos de salud cuyos funcionarios tengan derecho a concursar a esta asignación, acorde al nivel de complejidad señalado en el artículo siguiente.”.

Ha reemplazado el artículo 78 propuesto por este numeral, por el siguiente:

“Artículo 78.- Para efecto de la concesión de la asignación de responsabilidad, el número total de cupos a nivel nacional será de 1.259, con un costo anual máximo de \$ 515 millones. La Ley de Presupuestos fijará, para cada Servicio de Salud, el número máximo de beneficiarios y los recursos que se pueden destinar para su pago.

Los cupos máximos por tipo de Establecimiento y el valor individual anual de la asignación será el señalado en la tabla siguiente. No obstante, el monto indicado para cada caso, podrá ser aumentado o disminuido hasta un 10%.



## OFICIO MODIFICACIONES

Tipo de Establecimiento	Cupos Máximos por Persona	Monto Anual por Establecimiento
Alta Complejidad;	13	\$ 580.000
Hospital Media Complejidad;	9	\$ 374.000
Hospital Baja Complejidad;	2	\$ 212.000
Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS);	2	\$ 212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$ 212.000

La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponde a valores vigentes al 30 de noviembre de 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.

La asignación otorgada se pagará en cuotas mensuales e iguales, la primera de las cuales el primer día hábil del mes siguiente al de la total tramitación de la resolución que la conceda.”.

En el artículo 79 propuesto por este numeral, ha reemplazado la expresión “el párrafo final” por “la oración final”, y ha suprimido la referencia al artículo “72”, y la coma (,) que la precede, y ha consignado como inciso segundo, nuevo, el siguiente:

“A los funcionarios que perciban la asignación de turno establecida en el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, y que hayan tenido ausencias injustificadas conforme al artículo 66 de la ley N° 18.834, se les descontará el monto correspondiente de acuerdo a lo indicado en dicho artículo.”.

En el artículo 80 propuesto por este numeral, ha efectuado las siguientes enmiendas:

En su inciso primero, ha sustituido la denominación “la Subsecretaría de Salud” por “las Subsecretarías del Ministerio de Salud,”, y ha agregado como frase final, precedida de una coma (,), la siguiente: “con una ponderación de 33%, 33% y 34%, respectivamente”.

## OFICIO MODIFICACIONES

En su inciso quinto, ha agregado como oración final, la siguiente: "Asimismo, establecerá las disposiciones necesarias para que los funcionarios dispongan de información oportuna sobre la capacitación a que se refiere este artículo y de los procedimientos para acceder a ella."

Ha incorporado como su inciso final, nuevo, el siguiente:

"Respecto del personal señalado en este artículo y en el siguiente, no será aplicable lo dispuesto en el artículo 48 de la ley N° 18.834."

En el inciso primero del artículo 81 propuesto, ha reemplazado la denominación "la Subsecretaría de Salud" por "las Subsecretarías del Ministerio de Salud".

En el inciso primero del artículo 82 propuesto, ha intercalado una coma (,) a continuación de la palabra "expresará".

## ARTÍCULO 2º

Ha efectuado las siguientes enmiendas al artículo que se propone en reemplazo del artículo 5º del Código Sanitario:

Ha intercalado las palabras "la ley o el reglamento", precedida de una coma (,) después de cada una de las tres veces que aparece la palabra "Código", y ha sustituido los términos "Directores Regionales de Salud" por "Secretarios Regionales Ministeriales de Salud".

## ARTICULO 3º

Lo ha suprimido.

## ARTICULO 4º

Ha pasado a ser artículo 3º.

- - -

Ha incorporado como número 1., nuevo, el siguiente:

"1.- Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 3º, la expresión "la Subsecretaría" por "las Subsecretarías"."

## OFICIO MODIFICACIONES

- - -

Número 1.

Ha pasado a ser número 2.

Ha reemplazado la denominación "la Subsecretaría de Salud" por "las Subsecretarías del Ministerio de Salud".

Número 2.

Ha pasado a ser número 3.

Ha intercalado como letra a), nueva, pasando las actuales a) y b) a ser letras b) y c), respectivamente, la siguiente:

"a) Sustitúyense, en el inciso primero, los términos "El Subsecretario de Salud" por "Los Subsecretarios del Ministerio de Salud".

En su letra a), que pasó a ser letra b), ha reemplazado las palabras "la Subsecretaría de Salud" por "las Subsecretarías del Ministerio de Salud".

## ARTÍCULO 5º

Ha pasado a ser artículo 4º, en los mismos términos propuestos.

## ARTÍCULO 6º

Ha pasado a ser artículo 5º.

Ha intercalado la voz "también" entre la coma (,) que sigue a la palabra "Fonoaudiólogos" y las palabras "podrán acceder".

- - -

Ha consultado como artículo 6º, nuevo el siguiente:

"ARTÍCULO 6º.- Créase la Superintendencia de Salud y fíjase como su ley orgánica la siguiente:

"TÍTULO I  
NORMAS GENERALES

## OFICIO MODIFICACIONES

## Párrafo 1°

## De la naturaleza y objeto

Artículo 1º.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Su domicilio será la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las oficinas regionales que establezca el Superintendente en otras ciudades del país.

La Superintendencia estará afecta al Sistema de Alta Dirección Pública establecido en la ley N°19.882.

Artículo 2º.- Corresponderá a la Superintendencia supervigilar y controlar a las Instituciones de Salud Previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.

Asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Régimen de Garantías en Salud.

Igualmente, concernirá a la Superintendencia la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.

## Párrafo 2°

## De la organización y estructura

Artículo 3º.- La Superintendencia se estructurará orgánica y funcionalmente en la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud.

Los funcionarios que ejerzan los cargos de Intendentes corresponden al segundo nivel jerárquico de la Superintendencia, para los efectos del ARTÍCULO TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N°19.882.

## OFICIO MODIFICACIONES

Artículo 4º.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República en conformidad a lo establecido en la ley N° 19.882, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Corresponderá al Superintendente, especialmente:

1.- Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar el funcionamiento de la Superintendencia y ejercer, respecto de su personal, las atribuciones propias de su calidad de Jefe Superior de Servicio;

2.- Establecer oficinas regionales o provinciales cuando las necesidades del Servicio así lo exijan y existan las disponibilidades presupuestarias;

3.- Celebrar las convenciones y ejecutar los actos necesarios para el cumplimiento de los fines de la Superintendencia;

4.- Delegar atribuciones o facultades específicas en funcionarios de la Superintendencia;

5.- Encomendar a las distintas unidades de la Superintendencia las funciones que estime necesarias;

6.- Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;

7.- Conocer y fallar los recursos que la ley establece;

8.- Rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el objeto de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta, y

9.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Sin perjuicio de la facultad del Ministerio de Salud para dictar las normas sobre acreditación y certificación de los prestadores de salud y de calidad de las atenciones de salud, el Superintendente podrá someter a la consideración de dicho Ministerio las que estime convenientes.

## OFICIO MODIFICACIONES

## TÍTULO II

## De la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

## Párrafo 1°

De la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud

Artículo 5°.- La supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional que le corresponde a la Superintendencia, la ejercerá a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en los términos que señala esta ley, la ley N° 18.933 y demás disposiciones que le sean aplicables.

La Superintendencia ejercerá la supervigilancia y el control del Fondo Nacional de Salud a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud. En relación con la modalidad de libre elección, corresponderá a dicho Intendente velar porque las contribuciones que deban hacer los afiliados para financiar el valor de las prestaciones se ajusten a la ley, al reglamento y demás normas e instrucciones, y por el correcto otorgamiento de los préstamos de salud, teniendo para ello las facultades que establecen los Párrafos 2° y 3° de este Título.

## Párrafo 2°

De la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 6°.- Le corresponderán a la Superintendencia las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, respecto de la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud:

1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen, impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;

2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;

3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud y los

## OFICIO MODIFICACIONES

convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;

5.- Difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que impone el referido Régimen de Garantías e informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud;

6.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas. La Superintendencia deberá adoptar las medidas que sean necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica;

7.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento del Régimen sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos;

8.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud;

9.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud;

10.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;

11.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley, y

12.- Las demás que contemplen las leyes.

## OFICIO MODIFICACIONES

Artículo 7º.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional devolverán lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, según lo determine la Superintendencia mediante resolución, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

Dichas resoluciones y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

## Párrafo 3º

De las controversias entre los beneficiarios y los Seguros Previsionales de Salud

Artículo 8º.- La Superintendencia, a través del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, quien actuará en calidad de árbitro arbitrador, resolverá las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la instancia a la que se refiere el artículo 11 o a la justicia ordinaria. El Intendente no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta función y las partes podrán actuar por sí o por mandatario.

La Superintendencia, a través de normas de general aplicación, regulará el procedimiento que deberá observarse en la tramitación de las controversias, debiendo velar porque se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados, la facultad del reclamante de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes. En el procedimiento se establecerá, a lo menos, que el árbitro oír a los interesados, recibirá y agregará los instrumentos que se le presenten, practicará las diligencias que estime necesarias para el conocimiento de los hechos y dará su fallo en el sentido que la prudencia y la equidad le dicten.

El Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, por sí o por un funcionario que designe, podrá citar al afectado y a un representante del Fondo Nacional de Salud o de las Instituciones de Salud Previsional 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 9º.- En contra de lo resuelto por el



## OFICIO MODIFICACIONES

Intendente de Fondos y Seguros Previsionales 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 10 días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la sentencia arbitral.

El referido 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 de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

Artículo 10.- Resuelto por el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud el recurso de reposición, el afectado podrá apelar ante el Superintendente, dentro de los 10 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 30 días hábiles.

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

Artículo 11.- Sin perjuicio de la facultad del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud para resolver las controversias que se susciten, en los términos de esta ley, las partes podrán convenir que dicha dificultad sea sometida, previamente, a mediación.

Para el efecto anterior, la Superintendencia deberá llevar un registro especial de mediadores a los que las partes podrán acudir.

Corresponderá a la Superintendencia fijar, mediante normas de general aplicación, los requisitos que deberán cumplir los mediadores a que se refiere este precepto, así como las normas generales de procedimiento a las que deberán sujetarse y las sanciones que podrá aplicar por su inobservancia. Dichas sanciones serán amonestación, multa de hasta 1.000 unidades de fomento, suspensión hasta por 180 días o cancelación del registro.

Cada parte asumirá el costo de la mediación.

## OFICIO MODIFICACIONES

## TÍTULO III

## De la Intendencia de Prestadores de Salud

Artículo 12.- Le corresponderán a la Superintendencia, para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:

1. Ejercer, de acuerdo a las normas que para tales efectos determinen el Reglamento y el Ministerio de Salud, las funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud.

2. Autorizar a las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento, y designar aleatoriamente la entidad que desarrollará el proceso.

3. Fiscalizar el debido cumplimiento por parte de la entidad acreditadora de los procesos y estándares de acreditación de los prestadores institucionales de salud.

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

5. Mantener un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras, conforme el reglamento correspondiente.

6. 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.

7. Efectuar estudios, índices y estadísticas 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. Requerir de los organismos acreditadores y certificadoras y de los prestadores de salud, institucionales e individuales, toda la información que sea necesaria para el cumplimiento de su función.

9. Requerir de las entidades y organismos que conforman la Administración del Estado, la información y colaboración que sea

## OFICIO MODIFICACIONES

pertinente para el mejor desarrollo de las funciones y atribuciones que esta ley le asigna.

10. Conocer los reclamos que presenten los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, 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.

11. Imponer las sanciones que corresponda, en conformidad a la ley, y

12. 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.

Artículo 13.- El Intendente de Prestadores de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá solicitar una nueva evaluación de un prestador institucional si verificare que éste no ha mantenido el cumplimiento de los estándares de acreditación, pudiendo convenir previamente un Plan de ajuste y corrección.

El Intendente podrá hacer observaciones al Director del Establecimiento sobre faltas graves en el cumplimiento de las tareas esenciales del organismo, informando al respecto al Director del Servicio de Salud y al Subsecretario de Redes.

Asimismo, en casos graves el Superintendente deberá hacer presente al Secretario Regional Ministerial, en su calidad de autoridad sanitaria regional, de la necesidad de que aplique las medidas de clausura o cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.

Artículo 14.- Tratándose de infracciones cometidas por las entidades acreditadoras, el Intendente de Prestadores de Salud podrá aplicar a la entidad las siguientes sanciones, de acuerdo a la gravedad de la falta o su reiteración:

1.- Amonestación;

2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de

## OFICIO MODIFICACIONES

un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado;

3.- Cancelación de la inscripción en el registro de entidades acreditadoras; y

4.- Las demás que autoricen las leyes y reglamentos.

La multa que se determine será compatible con cualquiera otra sanción.

Artículo 15.- Sin perjuicio de las atribuciones de los Ministerios de Salud y Educación establecidas en el numeral 13 del artículo 4° del decreto ley n° 2.763, de 1979, la Superintendencia podrá proponer fundadamente al Ministerio de Salud la incorporación o la revocación del reconocimiento otorgado a una entidad certificadora de especialidades.

## TÍTULO IV

## De las normas comunes a ambas Intendencias

Artículo 16.- En caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud por causa imputable a un funcionario, la Superintendencia deberá requerir al Director del Fondo Nacional de Salud para que instruya el correspondiente sumario administrativo, sin perjuicio de las obligaciones que sobre esta materia poseen dicho Director y la Contraloría General de la República.

Asimismo, 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 dieran 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 hasta 500 unidades de fomento, la que podrá elevarse hasta 1.000 unidades de fomento si hubiera reiteración dentro del plazo de un año. En este último caso, la Superintendencia deberá publicar dicha sanción.

Artículo 17.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece esta ley y las demás que le encomienden las leyes y reglamentos, la Superintendencia podrá, a través de la respectiva Intendencia, inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, que obren en poder de los organismos o establecimientos fiscalizados, y requerir de ellos o de sus administradores,

## OFICIO MODIFICACIONES

asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de su actividad.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.

Finalmente, podrá pedir a las Instituciones de Salud Previsional la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.

Artículo 18.- Los afiliados y beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 sólo podrán deducir reclamos administrativos ante la Intendencia respectiva en contra del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional o los prestadores de salud, una vez que dichos reclamos hayan sido conocidos y resueltos por la entidad que corresponda, fundadamente y por escrito o por medios electrónicos, a menos que su naturaleza exija o permita otra forma más adecuada de expresión y constancia. Si la Intendencia de que se trate recibe un reclamo sin que se haya dado cumplimiento a lo señalado precedentemente, ésta procederá a enviar el reclamo a quien corresponda.

La Superintendencia fijará, a través de normas de general aplicación, el procedimiento que se seguirá en los casos señalados en el inciso anterior.

Artículo 19.- La Superintendencia, para la aplicación de las sanciones que procedan, deberá sujetarse a las siguientes reglas:

1.- El procedimiento podrá iniciarse de oficio o a petición de parte.

2.- Deberá solicitarse un informe al afectado, el que dispondrá de diez días hábiles para formular sus descargos contados desde su notificación.

## OFICIO MODIFICACIONES

3.- Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente respectivo dictará una resolución fundada resolviendo la materia.

4.- En contra de lo resuelto por el Intendente respectivo, procederán los recursos contemplados en la ley.

Artículo 20.- Las notificaciones que efectúe la Superintendencia se efectuarán conforme las normas establecidas en la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.

Asimismo, en los procedimientos arbitrales o administrativos y en la dictación de instrucciones generales o específicas, se podrá considerar la utilización de medios electrónicos, caso en el cual se sujetarán a las normas de las leyes N° 19.799 y N° 19.880, en lo que corresponda.

## TÍTULO V

## Disposiciones Finales

Artículo 21.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de Institución Fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.

En materia de remuneraciones, le serán aplicables a la Superintendencia los artículos 17 de la ley N°18.091 y 5° de la ley N°19.528. Para este efecto, el Superintendente deberá informar anualmente al Ministro de Hacienda.

Artículo 22.- El personal de la Superintendencia se regirá por el Estatuto Administrativo y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.

El personal a contrata de la Superintendencia podrá desempeñar funciones de carácter directivo o de jefatura, las que serán asignadas, en cada caso, por el Superintendente. El personal que se asigne a tales funciones no podrá exceder del 5% del personal a contrata de la Institución.

Artículo 23.- La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, funciones y atribuciones que

## OFICIO MODIFICACIONES

sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

Artículo 24.- El patrimonio de la Superintendencia estará formado por:

1.- El aporte que se contemple anualmente en la Ley de Presupuestos;

2.- Los recursos otorgados por leyes especiales;

3.- Los bienes muebles e inmuebles, corporales e incorporales que se le transfieran o adquieran a cualquier título.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objeto de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren; en el caso de los bienes inmuebles, la resolución se reducirá a escritura pública y el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente.

4.- Los frutos de sus bienes;

5.- Las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;

6.- Los ingresos que perciba por los servicios que preste, y

7.- Los aportes de la cooperación internacional que reciba a cualquier título.

Las multas que aplique la Superintendencia serán a beneficio fiscal.

Artículo 25.- Deróganse, a contar de la fecha de creación de la Superintendencia de Salud, las siguientes normas legales: el artículo 1º, el numeral 5 del artículo 3º y los artículos 8º, 9º, 10, 15, 15 bis y

## OFICIO MODIFICACIONES

16 de la ley N° 18.933.

- - -

Ha consultado como artículos 7º y 8º, nuevos, los siguientes:

"ARTÍCULO 7º.- La bonificación por retiro establecida en el Título II de la ley N° 19.882 no será aplicable al personal perteneciente a los establecimientos de salud de carácter experimental. Estos personales quedarán adscritos a la normativa establecida en el artículo primero transitorio de la presente ley.

ARTÍCULO 8º.- Modifícase la ley N° 19.378, de la siguiente forma:

a.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 49, entre la frase "Servicios de Salud" y la palabra "correspondientes" la frase "y por intermedio de las municipalidades".

b.- Incorpórase el siguiente artículo 55 bis, nuevo:

"Artículo 55 bis.- Toda transferencia de recursos públicos dirigida a las entidades administradoras se hará por intermedio de la municipalidad respectiva, debiendo quedar reflejada en el presupuesto respectivo y constar en el balance a que se hace referencia en el artículo 50."

- - -

## DISPOSICIONES TRANSITORIAS

## Artículo primero

En su inciso primero, ha efectuado las siguientes enmiendas:

Ha sustituido la expresión "la Subsecretaría" por "las Subsecretarías";

Ha intercalado la frase "así como los funcionarios de los establecimientos de salud de carácter experimental," precedida de un punto y coma (;), entre la coma (,) que sigue a la voz "Salud" y las palabras "mayores de sesenta años", y

Ha reemplazado la fecha "31 de diciembre de 2004"



## OFICIO MODIFICACIONES

por "30 de septiembre de 2005".

En su inciso segundo, ha sustituido la suma "\$ 270.000" por "\$ 291.728".

Ha sustituido su inciso tercero por los siguientes,:

"Para acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Entre dicha data y el 31 de diciembre de 2004, podrán acceder a este beneficio 2.494 funcionarios, privilegiándose aquéllos de menores rentas y mayor edad. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio antes del 31 de diciembre de 2004, podrán hacerlo hasta el 30 de septiembre de 2005. Los cupos que no fueran utilizados en el primer periodo de concesión del beneficio, serán acumulables para el período siguiente.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, también podrán acogerse a este beneficio aquellos funcionarios que, excediendo los cupos antes señalados, cumplan con los requisitos o condiciones establecidos en los incisos anteriores y se encuentren inscritos al 30 de septiembre de 2005 en el registro que al efecto establecerá el reglamento. Estos funcionarios accederán a la indemnización entre dicha data y el 31 de diciembre del mismo año."

En su inciso sexto, ha pasado a ser inciso séptimo, ha reemplazado la expresión "el inciso primero" por "este artículo".

#### Artículo segundo

En su encabezamiento, ha suprimido las palabras "en forma gradual durante un período de cuatro años" y la coma (,) que le sigue.

En sus letras a), b) y c), ha incorporado las palabras "Por el" antes del vocablo "año" y, en su letra d), la expresión "Desde el" antes del término "año".

Ha agregado como inciso segundo, nuevo, el siguiente:

"Durante el año 2004, por concepto del componente variable, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes."

## OFICIO MODIFICACIONES

## Artículo tercero

En su inciso segundo, ha agregado, como oración final, la siguiente: "No obstante, en el caso de los funcionarios que tengan nueve o más años de servicio a la fecha de publicación de esta ley, dicho proceso se entenderá aprobado por el solo ministerio de esta ley."

## Artículo cuarto

Ha agregado, como inciso segundo, nuevo, el siguiente:

"Durante el año 2004, por concepto del componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes."

## Artículo quinto

Ha sustituido la expresión "en el número 1" por "en los números 1 y 2".

## Artículo sexto

En su encabezamiento, ha reemplazado la expresión "número 2" por "número 3".

En su letra a), ha sustituido la palabra "categoría" por "calidad", y ha intercalado, entre la palabra "dependientes" y el punto y coma (;9 que le sigue, la frase "y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad".

En su letra b), ha reemplazado la palabra "categoría" por "calidad", y ha intercalado, entre la palabra "dependientes" y el punto y coma (;9 que le sigue, la frase "y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad".

## Artículo séptimo

En su encabezamiento, ha sustituido las referencias al numeral "1)" y al "2), letra a), del artículo 4º", por otras al numeral "2)" y al "3), letra b), del artículo 3º", respectivamente.

## Artículo octavo

## OFICIO MODIFICACIONES

En su inciso primero, ha reemplazado la referencia a la letra "l) del artículo 3º" por "j) del Artículo vigesimosegundo transitorio".

En el número 2, de su inciso segundo, ha reemplazado la referencia a la letra "l), del artículo 3º" por "j) del Artículo vigesimosegundo transitorio".

Ha agregado, como inciso tercero, nuevo, el siguiente:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, a contar de la fecha de publicación de esta ley, y mientras la asignación de turno a que se refiere este artículo no se aplique en todos sus términos, el tercero y cuarto turnos se continuarán pagando de acuerdo a lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, no aplicándose a su respecto lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979."

## Artículo noveno

En su encabezamiento, ha intercalado la frase "y el monto anual por Establecimiento" entre las palabras "nacional" y "serán".

Ha agregado, como inciso segundo, nuevo, el siguiente:

"La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre de 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público."

## Artículo décimo

En su inciso primero, ha sustituido la frase "en enero del año 2004" por "ciento veinte días después de publicada la presente ley".

Ha agregado, como inciso segundo, nuevo, el que sigue:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el cumplimiento del plazo que en él se establece, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882."

## OFICIO MODIFICACIONES

## Artículo undécimo

Lo ha reemplazado por el siguiente:

“Artículo undécimo.- El proceso de acreditación de competencias a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar a contar de ciento ochenta días después de publicada esta ley. Con el resultado de este proceso, que evaluará los factores de experiencia calificada, calificación ponderada y capacitación, se confeccionará el escalafón de mérito que regirá durante el año siguiente.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el 1º de enero de 2005, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882.”.

## Artículo decimocuarto

En su inciso primero, ha suprimido los dos puntos (:) que siguen a la palabra “indican”, después de la cual ha agregado lo siguiente: “a continuación. Este anticipo no será imputable al incremento de renta que se produzca por efecto de lo dispuesto en el artículo segundo transitorio de esta ley:”.

Ha incorporado, como inciso tercero, nuevo, el siguiente:

“El beneficio establecido en el inciso anterior también se aplicará, por una sola vez, al personal señalado en el artículo 3º, numeral 3, letra b), de esta ley, en las mismas condiciones, plazos, atributos, grados y porcentajes que se establecen en este artículo.”.

## Artículo decimoquinto

Lo ha suprimido.

- - -

Ha consignado como artículo decimoquinto, nuevo, el siguiente:

“Artículo decimoquinto.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 25 A del decreto ley N° 2.763, de 1979, los siguientes Establecimientos tendrán la calidad de “Establecimiento de

## OFICIO MODIFICACIONES

Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala el Título IV del decreto ley N° 2.763, de 1979, cuando cumplan los requisitos que establezca el reglamento señalado en el mencionado artículo:

N°	COMUNA	ESTABLECIMIENTO
1	ANGOL	HOSPITAL ANGOL
2	ANTOFAGASTA	HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DOCTOR LEONARDO GUZMAN
3	ARICA	HOSPITAL DOCTOR JUAN NOE CREVANI
4	CASTRO	HOSPITAL CASTRO
5	CHILLAN	HOSPITAL HERMINDA MARTIN
6	CONCEPCIÓN	HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE
7	COQUIMBO	HOSPITAL COQUIMBO
8	CORONEL	HOSPITAL CORONEL
9	COYHAIQUE	HOSPITAL COYHAIQUE
10	CURICO	HOSPITAL CURICO
11	INDEPENDENCIA	HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO
12	INDEPENDENCIA	INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER
13	INDEPENDENCIA	HOSPITAL SAN JOSE
14	IQUIQUE	HOSPITAL DOCTOR ERNESTO TORRES GALDAMES
15	LA SERENA	HOSPITAL LA SERENA
16	LINARES	HOSPITAL LINARES
17	LOS ANDES	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LOS ANDES
18	LOS ANGELES	HOSPITAL VICTOR RIOS RUIZ
19	LOTA	HOSPITAL LOTA
20	MELIPILA	HOSPITAL MELIPILLA
21	OSORNO	HOSPITAL BASE DE OSORNO
22	OVALLE	HOSPITAL OVALLE
23	PEÑALOEN	HOSPITAL DOCTOR LUIS TISNÉ BROUSSE
24	PROVIDENCIA	INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA
25	PROVIDENCIA	HOSPITAL DEL SALVADOR
26	PROVIDENCIA	HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA
27	PROVIDENCIA	INSTITUTO DE GERIATRIA PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA
28	PROVIDENCIA	INSTITUTO PEDRO AGUIRRE CERDA
29	PROVIDENCIA	INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX
30	PUENTE ALTO	HOSPITAL DOCTOR SOTERO DEL RIO GUNDIAN
31	PUERTO MONTT	HOSPITAL PUERTO MONTT
32	PUNTA ARENAS	HOSPITAL REGIONAL DOCTOR LAUTARO NAVARRO AVARIA
33	QUILLOTA	HOSPITAL SAN MARTÍN

## OFICIO MODIFICACIONES

34	QUILPUE	HOSPITAL QUILPUE
35	QUINTA NORMAL	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
36	QUINTA NORMAL	HOSPITAL FELIX BULNES
37	RANCAGUA	HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA
38	RECOLETA	INSTITUTO PSIQUIATRICO DOCTOR JOSE HORWITZ BARAK
39	SAN ANTONIO	HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA
40	SAN CARLOS	HOSPITAL SAN CARLOS
41	SAN FELIPE	HOSPITAL SAN CAMILO
42	SAN FERNANDO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN FERNANDO
43	SAN MIGUEL	HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU
44	SAN MIGUEL	HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES
45	SANTIAGO	HOSPITAL ASISTENCIA PUBLICA
46	SANTIAGO	HOSPITAL PAULA JARA QUEMADA
47	SANTIAGO	INSTITUTO TRAUMATOLÓGICO DOCTOR TEODORO GEBAUER
48	TALCA	HOSPITAL TALCA
49	TALCAHUANO	HOSPITAL LAS HIGUERAS
50	TEMUCO	HOSPITAL TEMUCO
51	TOMÉ	HOSPITAL TOME
52	VALDIVIA	HOSPITAL VALDIVIA
53	VALPARAISO	HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
54	VALPARAISO	HOSPITAL VALPARAISO
55	VICTORIA	HOSPITAL VICTORIA
56	VIÑA DEL MAR	HOSPITAL GUSTAVO FRICKE

Los Establecimientos señalados en este artículo que no hayan sido calificados como "Establecimiento de Autogestión en Red" al 1 de enero del año 2009, pasarán a tener dicha calidad a contar de esa fecha, por el solo ministerio de la ley, y se encontrarán regidos por las normas establecidas en el mencionado Título. El personal directivo de estos Establecimientos tendrá derecho a los beneficios remuneracionales establecidos en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, asociados al cumplimiento de los estándares establecidos en el artículo 25 G, cuando el Establecimiento cumpla dichos estándares."

- - -

## Artículo decimosexto

Ha agregado, como inciso segundo, nuevo, el siguiente:

"En todo caso, el beneficio establecido en el inciso tercero

## OFICIO MODIFICACIONES

del artículo decimocuarto transitorio se financiará mediante reasignaciones internas de los presupuestos de las instituciones correspondientes.”.

- - -

Ha incorporado, como disposiciones transitorias nuevas, las siguientes:

“Artículo decimoséptimo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, el que deberá ser también suscrito por el Ministro de Hacienda, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Artículo decimoctavo.- Las normas de la presente ley entrarán en vigencia el 1 de enero del año 2005, salvo lo dispuesto en el numeral 33) del artículo 1°, en los artículos 3°, 4°, 5° y 7°, y en las disposiciones transitorias.

Artículo decimonoveno.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministro de Hacienda, conformará el primer presupuesto de la Superintendencia de Salud.

El gasto que se derive de las nuevas plantas que se fijen, del encasillamiento que se practique y del traspaso de personal desde otras instituciones que se disponga, no podrá exceder de la suma de las remuneraciones que se estén pagando al personal de la Superintendencia de ISAPRES más las del personal traspasado correspondientes al nuevo régimen de remuneraciones a que estarán afectos con motivo de dicho traspaso, cualesquiera sea la calidad jurídica de estos personales, todo ello considerando su efecto año completo.

Artículo vigésimo.- Lo dispuesto en el inciso final del número 13 del artículo 4° del decreto ley N° 2.763, de 1979, no se aplicará mientras no entren en vigencia las normas relativas a la acreditación de los programas correspondientes.

Artículo vigesimoprimer.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, del año 1979.

## OFICIO MODIFICACIONES

Artículo vigesimosegundo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias:

a) Fijar la planta de personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El encasillamiento en esta planta incluirá sólo a personal proveniente de la Subsecretaría de Salud.

b) Fijar la planta de personal de la Superintendencia de Salud. El encasillamiento en esta planta podrá incluir personal proveniente de la Subsecretaría de Salud, de los Servicios de Salud y de la Superintendencia de ISAPRES. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de esta última institución.

c) Fijar la planta de la Subsecretaría de Salud Pública. El encasillamiento en esta planta incluirá personal proveniente de la Subsecretaría de Salud y de los Servicios de Salud. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de la Subsecretaría de Salud.

La Subsecretaría de Salud Pública será la continuadora legal de la Subsecretaría de Salud, para todos los efectos legales.

d) Las plantas de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública contendrán, a lo menos, dos cargos de jefe de división cada una.

e) Las áreas funcionales que competarán al Ministerio de Salud a través de las estructuras internas de sus Subsecretarías, estarán asociadas, a lo menos, a redes asistenciales, recursos humanos, planificación y presupuesto, prevención y control de enfermedades, políticas públicas en salud y administración y servicio interno.

f) Modificar la planta del Fondo Nacional de Salud que se verá aumentada por el traspaso de personal que cumpla funciones de autorización y pago de subsidios de incapacidad laboral en los Servicios de Salud, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refiere la letra g) de este artículo.

g) Para ordenar el traspaso de funcionarios titulares de planta y a contrata entre las instituciones señaladas en las letras a), b), c) y



## OFICIO MODIFICACIONES

f) precedentes, sin alterar la calidad jurídica de la designación y sin solución de continuidad, y el traspaso de los recursos que se liberen por este hecho. El traspaso del personal titular de planta, y de los cargos que sirven, se efectuará en el mismo grado que tenían a la fecha del traspaso, salvo que se produzca entre instituciones adscritas a diferentes escalas de sueldos base, caso en el cual se realizará en el grado más cercano al total de remuneraciones que perciba el funcionario traspasado. A contar de esa misma fecha, el cargo del que era titular el funcionario traspasado se entenderá suprimido de pleno derecho en la planta de la institución de origen.

h) Modificar las plantas de los Servicios de Salud que se verán reducidas por el traspaso del personal que cumpla funciones de autoridad sanitaria, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refieren las letras b), c), f) y g) de este artículo.

i) Establecer las normas complementarias al artículo 13 bis de la ley N° 18.834, respecto de los encasillamientos derivados de las plantas que fije de conformidad con las atribuciones establecidas en este artículo. Asimismo, en el ejercicio de ellas, podrá establecer los requisitos para el desempeño de los cargos, sus denominaciones, los niveles jerárquicos para efectos de la aplicación de la ley N° 19.882, las fechas de vigencia de las plantas, las dotaciones máximas de personal y todas las normas necesarias para la adecuada estructuración y operación de las plantas que fije.

j) El uso de las facultades señaladas en este artículo quedará sujeto a las siguientes restricciones, respecto del personal al que afecte:

-No podrá tener como consecuencia ni podrán ser considerados como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral del personal traspasado y del que no se traspase.

-No podrá significar pérdida del empleo, disminución de remuneraciones, modificación de los derechos estatutarios y previsionales del personal traspasado y del que no se traspase. Tampoco podrá importar cambio de la residencia habitual de los funcionarios fuera de la Región en que estén prestando servicios, salvo con su consentimiento.

-Cualquier diferencia de remuneraciones deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que se absorberá por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Dicha planilla mantendrá la misma impositibilidad que aquélla de las remuneraciones que compensa.

## OFICIO MODIFICACIONES

-Los funcionarios encasillados conservarán la asignación de antigüedad que tengan reconocida, como también el tiempo computable para dicho reconocimiento.

-No se podrá modificar la suma de las dotaciones máximas de personal que tienen a la fecha de publicación de esta ley el Ministerio de Salud y las Instituciones y Servicios dependientes o relacionados con éste, sin perjuicio de la creación de los cargos de Subsecretario de Redes Asistenciales, Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud e Intendente de Prestadores de Salud.

k) Establecer el procedimiento para la determinación del monto que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por tres y cuatro personas respectivamente, durante el primer año presupuestario de vigencia.

l) Determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, la que en ningún caso podrá exceder de dos años a contar de la fecha de publicación de esta ley, establecer el destino de sus recursos y el traspaso de su personal, el que deberá efectuarse al Ministerio de Salud. En tanto no se suprima dicho Servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios primero, séptimo y undécimo de esta ley. Asimismo, dichos funcionarios tendrán derecho a los incrementos pecuniarios dispuestos en los artículos transitorios séptimo y decimocuarto de esta ley.

Artículo vigesimotercero.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministerio de Hacienda, conformará el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública, los Servicios de Salud y la Superintendencia de Salud, y traspasará a ellos los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítemes y glosas presupuestarias que sean pertinentes.”.

- - -

Lo que comunico a Vuestra Excelencia en respuesta a

OFICIO MODIFICACIONES

su oficio N° 4023, de 20 de noviembre de 2002.

Acompaño la totalidad de los antecedentes.

Dios guarde a Vuestra Excelencia.

ANDRES ZALDIVAR LARRAIN  
Presidente del Senado

CARLOS HOFFMANN CONTRERAS  
Secretario General del Senado

## DISCUSION SALA

### 3. Tercer trámite constitucional: Cámara de Diputados

#### 3.1. Discusión en Sala

Legislatura 350, Sesión 49, de 21 de enero de 2004. Aprobadas las modificaciones.

#### **NUEVA ESTRUCTURA DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD. Tercer trámite constitucional.**

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Corresponde conocer las modificaciones introducidas por el honorable Senado al proyecto de ley que establece nueva concepción de la autoridad sanitaria, nuevas modalidades de gestión y fortalece la participación ciudadana.

Antes de iniciar la discusión de las modificaciones, solicito el asentimiento unánime de la Sala para que ingrese el señor Hernán Sandoval, asesor del Ministerio de Salud.

No hay acuerdo.

*Antecedentes:*

*-Modificaciones del Senado, boletín N° 2980-11, sesión 48ª, en 21 de enero de 2004. Documentos de la Cuenta N° 1,*

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Osvaldo Palma.

El señor **PALMA**.- Señora Presidenta, está finalizando el trámite legislativo de uno de los proyectos más importantes de la reforma de salud propuesta por el actual Gobierno.

La Alianza por Chile, de la cual forma parte Renovación Nacional, partido que represento, se ha sumado, como siempre y en forma constructiva, al objetivo de pensar en las necesidades de la gente, principalmente de los más pobres y de la clase media, sin dejar de considerar que la salud es un derecho de todos nuestros compatriotas, más allá de su condición económica.

Desde nuestra condición de minoría, hemos rechazado lo que nos parecía negativo, y votado a favor, en las diferentes instancias, las mejoras en la atención de personas.

Es necesario, sin duda, introducir más cambios para conseguir mayor dinamismo y modernización en la gestión de salud.

En la Comisión de Salud -creo que también es la opinión de nuestros senadores-, pensamos que la iniciativa traerá mejoras en varios aspectos,

## DISCUSION SALA

puesto que se fortalecen las instituciones, la autoridad sanitaria y la gestión de los servicios de salud.

Asimismo, concordamos con la decisión de que las camas de sala común sigan siendo de uso exclusivo de los beneficiarios del sistema nacional de salud, excluyendo a los privados y los afiliados a las isapres, pues, para éstos, el uso de las camas de pensionados no ha presentado problemas hasta hoy.

Consideramos de gran trascendencia el pago de las prestaciones en hospitales de acuerdo con el valor real, porque solucionará la histórica deuda que generó el pago de sólo un 75 por ciento. Este es un gran problema de los directores de hospitales, a quienes, por un lado, se les exige más, y, por el otro, se les apremia a que paguen la deuda, en circunstancias de que mientras más se hace, más se debe, lo que da origen a un incentivo perverso.

El proyecto dará mayor autonomía a los directores de salud y de hospitales, lo que mejorará la gestión y eliminará antiguos procesos burocráticos que la entorpecen, todo lo cual tendrá como resultado mejoras en el acceso a las prestaciones y en su fiscalización y calidad.

En cuanto a recursos humanos, se incorporan elementos que crean sistemas de promoción a fin de privilegiar la capacidad personal, el trabajo en equipo, la competencia, la capacitación y la experiencia calificada. Se abren concursos internos y se mejoran las expectativas; se incorporan nuevos incentivos con carácter de remuneración, asignaciones de desarrollo y estímulo colectivo, de acreditación individual y desempeño colectivo; asignaciones de urgencia y de responsabilidad, básicas y de gran importancia para mejorar estas imprescindibles funciones.

También se crean incentivos a la función directiva, para que buenas y capacitadas personas accedan a la dirección de los hospitales, porque los actuales ingresos son poco atractivos para quienes generalmente deben dedicar gran parte de su tiempo exclusivamente a funciones administrativas.

Mención especial merece el incentivo al retiro. Miles de funcionarios que tienen la edad y los requisitos para acogerse a una merecida jubilación no pueden hacerlo, porque los montos de sus jubilaciones son tan disminuidos, que son insuficientes para mantener condiciones de vida dignas a quienes aportaron toda una vida al servicio de la salud. En 2004 podrán acceder a este beneficio 2 mil 499 personas, siendo favorecidos, en primer lugar, los funcionarios de menores rentas y de mayor edad.

Se aumentará la inversión en salud para que, en un período de cuatro años, de aquí al año 2006, llegue a más de 25 mil millones de pesos.

También se mejorarán diversos aspectos de la gestión en salud. A pesar de todo, queda mucho pendiente, y aun cuando pudiéramos solucionar muchas cosas más, el costo de la atención de las urgencias innecesarias impide lograr mejores resultados.

Por lo tanto, anuncio que la bancada de Renovación Nacional votará favorablemente el proyecto.

He dicho.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Tiene la palabra el

## DISCUSION SALA

diputado Patricio Cornejo.

El señor **CORNEJO**.- Señora Presidenta, estamos en la última fase de tramitación del primer proyecto sobre el sector salud, que ingresó al Congreso en mayo de 2002 y fue tratado en Comisiones unidas de Salud y de Hacienda de la Cámara. En junio del mismo año, es decir, un mes después, ingresaron los proyectos sobre el Auge y la reforma de la ley de isapres, que quedaron radicados en la Comisión de Salud. El 26 de enero de 2003 estaba lista su tramitación. Es decir, nos demoramos siete meses y medio en sacar adelante los tres principales proyectos de la reforma a la salud. Para ello, en mayo de 2003, realizamos un seminario en esta misma Sala, que reunió a 400 representantes de todo el mundo sanitario chileno. Hicimos dos audiencias públicas en Santiago, y los miembros de la Comisión de Salud trabajamos arduamente con el equipo del ministerio del ramo para adecuar todas las indicaciones posibles, con el fin de recoger las inquietudes de los gremios, de los usuarios, de las sociedades científicas y del mundo académico en torno del proyecto.

El Senado, en alguna medida, ha mantenido la opinión de la Cámara y ha perfeccionado el proyecto en varios aspectos. Sin embargo, me preocupa que la autoridad sanitaria regional, el secretario ministerial de Salud, subordinado del ministro del ramo, y quién dependerá, además, para estos efectos, del intendente, que tendrá el manejo del Código Sanitario - probablemente la compilación de leyes más importantes en materia de la salud-, no tenga la debida protección en el proyecto. Espero que en el reglamento se subsane esa falencia. Es mi único reparo.

He anunciado mi voto favorable, porque esta iniciativa, junto con las demás -la del Auge, la que modifica la ley de isapres y la que establece los deberes y derechos del paciente-, constituye una parte importante de la reforma sanitaria.

El proyecto, en lo esencial, contempla la separación de funciones, lo que es extraordinariamente importante a la hora de fortalecer el sistema público de salud. Entrega el rol normativo al Ministerio de Salud y a las dos Subsecretarías que se crean: la de Redes y la de Salud Pública. Sin duda, es necesario que la ardua y compleja tarea del Ministerio de Salud quede compartida en dos subsecretarías: una, que se dedique a toda la temática de la salud pública en todo el país, y otra, que coordine las redes asistenciales que existirán en cada una de las regiones y subregiones. El rol fiscalizador queda en manos del secretario regional ministerial de Salud, con las debidas prevenciones señaladas, de manera que quede debidamente bloqueado y con carácter de independiente.

El rol asegurador del Fonasa queda claramente establecido, al crearse una intendencia del Fondo de Seguro. El Fonasa no es un seguro público de salud, sino un fondo solidario.

El rol prestador queda en manos de los servicios de salud, y sus directores desempeñarán la coordinación de las redes asistenciales en sus respectivas zonas.

## DISCUSION SALA

Por lo tanto, esto, junto a la debida flexibilidad que se le da a los hospitales del sector público, que van a funcionar necesariamente en red, va a dar cuenta de un buen desempeño del sistema.

Finalmente, revisados todos y cada uno de los detalles de la iniciativa, se han mantenido los acuerdos firmados, en mayo, por los distintos gremios de la salud con el Gobierno. Es decir, no hay portabilidad, no hay subsidio a la demanda y el Fonasa no se ha convertido en un seguro público de salud.

He dicho.

El señor **SILVA** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado Patricio Melero.

El señor **MELERO**.- Señor Presidente, no cabe duda de que hoy vamos a votar uno de los más relevantes proyectos de ley de los que apuntan a llevar adelante una reforma sustancial y estructural a la salud.

Hoy nos ocupa la iniciativa que establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria. Cuando hablamos de autoridad sanitaria buscamos enfrentar uno de los lastres más importantes que ha tenido el sistema de salud, que se ha amparado en rigideces, en inflexibilidades y en dificultades, y que, históricamente, frente a la mayor demanda por salud de la población, se han ido transformando en un factor que estorba el buen acceso y la buena atención.

La UDI considera que éste es un proyecto positivo, en cuanto contempla la creación de una nueva estructura del sector público en el área de la salud; fortalece la potestad de la autoridad sanitaria, con las debidas flexibilidades para contratar servicios externos en caso de que el sistema público no pueda satisfacerlos por sí mismo; establece claridad respecto de quiénes son las autoridades del sector público y la competencia que tendrán; crea dos nuevas subsecretarías y dos nuevas superintendencias, que, en definitiva, permitirán aumentar la capacidad de gestión y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos fiscales, siempre escasos e insuficientes para una demanda tan grande como la que existe en materia de salud.

Creemos que los principales objetivos del proyecto se cumplen al separar claramente las funciones de regulación y de fiscalización, con las respectivas diferencias en lo que se refiere a la administración y a las acciones de salud propiamente tales.

Esta sola separación en regulación, fiscalización y administración de las acciones de salud, a nuestro juicio, ayudará a fortalecer las redes asistenciales en el territorio de cada servicio de salud; permitirá reforzar la atención primaria de salud, punto sustancial de la atención de los sectores de menores recursos; regulará las prestaciones; creará la categoría de establecimiento de autogestión en red, y otorgará incentivos a los trabajadores del sector público.

Creemos que el concepto de autogestión permitirá elegir a los directores de hospitales, en virtud del sistema de la alta dirección pública, terminando en forma definitiva con los cuoteos políticos en su designación, que tantos problemas han traído. Ese solo hecho -la autogestión- permitirá un mayor

## DISCUSION SALA

grado de independencia, un uso más racional de los recursos y una mejor atención a la gente.

Se crean dos subsecretarías: la de Salud Pública, encargada de la prevención y de la promoción, por un lado, como también de la vigencia y el control de las enfermedades, y la de Redes Asistenciales, que tendrá la función de coordinar y articular la red de atención de salud, que comprenderá desde la salud primaria hasta la atención en hospitales de mayor complejidad.

Nos parece un avance sustancial que la Subsecretaría de Redes Asistenciales también pueda fijar los estándares de calidad que deberán cumplir los distintos establecimientos que conformen la red.

Un hecho innovador es la creación de los consejos consultivos de usuarios a nivel nacional y local, los cuales permitirán un mayor grado de participación de la ciudadanía.

Hago la prevención de que estos consejos consultivos de usuarios podrían -ojalá no se dé- generar -como lo hemos visto- formas de presión por parte de grupos de pacientes que sufren determinadas enfermedades, para obtener la protección de sus intereses particulares, dificultando el actuar de la autoridad sanitaria en la materia.

Ojalá que estos consejos consultivos sean entendidos por la ciudadanía como un mecanismo de participación efectiva, más que como grupos de presión que puedan influir sobre el mundo político o sobre la autoridad de turno.

Se crean los hospitales autogestionados en red, calidad a la cual podrán acceder, según lo establecen los artículos 25 A, del título IV, y decimoquinto transitorio, todos los hospitales que cumplan ciertos requisitos establecidos en un reglamento suscrito por los ministerios de Salud y de Hacienda.

Por otra parte, quiero hacer mención a una exclusión que hace el proyecto. Su artículo decimoquinto transitorio consigna un listado de 56 hospitales que tendrán la calidad de autogestionados en red cuando cumplan ciertos requisitos. Pero no figura el hospital El Pino, recientemente incorporado a los establecimientos tipo 2, ya que anteriormente era considerado de tipo 3, es decir, de menor complejidad.

Conversamos el tema con el ministro de Salud, don Pedro García, quien nos dijo que iba a solucionar el problema. Esperamos su intervención, a fin de que dicho establecimiento sea incorporado en el listado que aparece en el artículo decimoquinto transitorio y, así pueda postular a la acreditación de hospital autogestionado en red. Para la UDI, es del mayor interés que ese hospital sea incorporado en ese listado, dado que obtuvo su resolución de hospital de alta complejidad recientemente, el 19 de noviembre, y sería de toda justicia corregir esta situación. Si el señor ministro estima que en la forma como está establecido en el artículo 25 A y en el decimoquinto transitorio va a quedar facultado para ese fin, nos parece muy importante que así sea.

Un tema controvertido, especialmente en la sesión de ayer, en el Senado, y en los trámites en las comisiones de Salud y de Hacienda de la Cámara, fue la apertura de salas comunes en los hospitales a los pacientes del



## DISCUSION SALA

Fonasa de libre elección y a los privados afiliados a las isapres. Sinceramente, creo que la presión ejercida por los gremios, especialmente el Colegio Médico, como por algunos sectores de la Concertación, llevó a que ayer no se aprobara una indicación para facultar a estos servicios a vender camas o permitir utilizar las que son usadas en el sistema público.

Se ha pretendido establecer que lo anterior sería muy injusto, porque le quitaría el derecho a los pacientes del Fonasa de acceder a las camas en sala común y en pensionado. La verdad es que, en los términos en que está redactado, nada de ello iba a ocurrir. El articulado era claro en cuanto a sentar que jamás se podría vender una cama del sistema público de sala común al sector privado o a pacientes de libre elección del Fonasa si hubiese un solo paciente que estuviera en lista de espera o que tuviera el interés o la necesidad de ser atendido en ese sector. Pero se ha planteado en un concepto distinto, con una fórmula política, especialmente esgrimida por los gremios de la salud -lo digo con respeto, pero también con claridad-, en la cual creo que, al menos por parte de un sector importante del Colegio Médico, prevaleció más bien un criterio económico que de preocupación por la salud pública.

La gran diferencia está en que cuando se compra un servicio en una sala común, el que cobra es el hospital. En cambio, cuando se vende una cama en la sala común, el que cobra directamente es el médico. La oposición es muy injusta, porque significa postergar la atención de millones de chilenos afiliados a las isapres y al Fonasa de libre elección. Probablemente, en hospitales clasificados como tipo 1 y 2 no existan camas disponibles; pero quienes conocemos los hospitales regionales de categoría 3 y 4 sabemos que en muchos lugares hay pabellones y salas cerradas, camas disponibles que se pierden y que no serán utilizadas para descongestionar el sistema público de atención.

Sobre el punto anterior, resulta interesante considerar un reciente estudio de la consultora Altura Management, en el cual se calcula que la capacidad instalada en los hospitales chilenos asciende a un máximo de 415 mil 833 días-cama, los cuales permitirían la realización de hasta de 83 mil intervenciones quirúrgicas, con una estadía media de cinco días, por las cuales -¡fíjense!- el Estado podría obtener 12 mil 500 millones de pesos. Se ha optado por una interpretación errónea al no dar esta facultad en este proyecto de autoridad sanitaria.

Los más pobres de Chile y los hospitales carentes de recursos pierden 12 mil 500 millones de pesos, y esas salas que hoy están cerradas seguirán así, por la demagogia y el interés de un grupo de profesionales que, en lugar de abrir una oportunidad sana de administración, que no significaba -repito-ninguna postergación a los más pobres del país, porque estaban tomados todos los resguardos, han hecho fracasar esta idea por una votación de 18 votos contra 22 en el Senado.

Ojalá que las lecciones que hemos aprendido acerca de la necesidad de complementación entre los sectores público y privado nos permitan, también, analizar con mayor racionalidad esta mezquindad, en un enfoque que, a nuestro juicio, está privando de acceder a este servicio a sectores medios y pobres de las isapres y del sistema de libre elección del Fonasa.

## DISCUSION SALA

No veo racionalidad; no he escuchado ni un solo argumento -ini uno!, salvo el interés de cobrar directamente al paciente- que justifique no haber avanzado en esta materia.

En fin, como lo hemos dicho, creemos que se ha avanzado sustancialmente respecto de lo que aprobó esta Cámara y que las modificaciones introducidas por el Senado apuntan en la dirección correcta.

En cuanto a las modificaciones en materia laboral, el proyecto incorpora principalmente distintas asignaciones a los funcionarios.

En este sentido, no se realizan cambios de importancia para evitar más conflictos con los gremios del área. El gobierno pierde, una vez más, la oportunidad de efectuar una reforma que mejore realmente la atención médica del país, aunque ello implique un cierto costo político.

Por las razones esgrimidas y por considerar que este es uno de los proyectos sustanciales de la reforma de la salud, pues incorpora flexibilidad, fortalece la autoridad sanitaria, la distribuye de mejor forma y crea las instancias reguladoras necesarias, apoyaremos las modificaciones del honorable Senado.

He dicho.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Sergio Aguiló.

El señor **AGUILÓ**.- Señora Presidenta, coincido con quienes me antecedieron en el uso de la palabra sobre la enorme importancia de este proyecto, el primero de cuatro que conforman la reforma de la salud en la que está empeñado nuestro Gobierno.

Me alegro mucho de que, después de una larga y compleja tramitación, en la cual el Congreso hizo un aporte muy sustantivo, esta reforma concite un apoyo mayoritario en la ciudadanía y, desde luego, en la Cámara de Diputados.

Señora Presidenta, en reivindicación a esta Corporación, que usted preside tan dignamente, deseo señalar, tal como lo dijo el diputado señor Cornejo, que mientras la Cámara de Diputados despachó en cuatro meses tres proyectos que conforman esta reforma, el Senado se tomó su tiempo y en uno año despachó un proyecto. No por haberles dedicado menos tiempo, les dimos un tratamiento superficial, sino intensivo, de tres y cuatro sesiones a la semana, en las cuales se escucharon a los principales gremios y organizaciones de usuarios del país.

Como decía, quiero reivindicar el trabajo de las comisiones de Hacienda y de Salud de esta Corporación, pues ha sido extraordinariamente intenso, con muchas horas de dedicación y con gran despliegue de esfuerzo y organización de antecedentes para que esta iniciativa llegara a buen término.

Quiero recalcar algunos de los principales aspectos que motivan a la bancada de diputados del Partido Socialista a aprobar, en tercer trámite constitucional, cada uno de los aspectos de esta iniciativa.

El escaso tiempo de que disponemos no me permite hacer un examen exhaustivo, de un proyecto tan amplio y complejo como el que estamos analizando, pero quiero destacar algunos puntos:

## DISCUSION SALA

En primer lugar, por primera vez en una ley de la República se pondrá de relieve que el Estado, tan vilipendiado en muchas oportunidades por algunas personas y sectores, no sólo tendrá un rol regulador, controlador o formulador de políticas públicas, sino -hay que reconocer que éste es un aspecto introducido por el Senado- un papel relevante en la provisión, es decir, en términos económicos, en la producción de las acciones de salud. O sea, se reconoce que, no obstante la economía de mercado y la importancia del sector privado en salud, el Estado tiene un rol decisivo y relevante no sólo en fijar las políticas generales, sino en establecer una red asistencial que en sí misma provea de los servicios de salud a la población.

A quienes piensan que aquí hay una orientación privatizadora, quiero decirles que ocurre exactamente todo lo contrario. Hay una reafirmación categórica del rol relevante que juega el Estado. Nunca antes una normativa lo había dicho con tanta claridad. El Estado no sólo controla y formula políticas, sino que provee, produce políticas y tiene una red asistencial bajo su organización y control.

En segundo lugar, se generan al menos tres instancias de participación ciudadana muy importantes, y, por primera vez, una a nivel de los hospitales autogestionados en red, en la que los trabajadores de la salud -tan importantes en su rol de generadores de los estándares biomédicos de los que Chile se enorgullece en el concierto de naciones de América Latina y del mundo- y los usuarios de la salud participarán directamente en los consejos de los hospitales autogestionados.

Luego, se establece la integración en red. Después de que la dictadura, en los años '80, separara artificialmente la atención primaria de la secundaria y de la terciaria, y dejara a un lado los consultorios y a otro muy distinto los hospitales, independientemente de cuál fuera su nivel de complejidad, hoy, por primera vez, se entrega a los directores de servicio la responsabilidad de articular y de dirigir toda la red asistencial, la que posibilitará generar cambios importantes desde el punto de vista de la calidad de la atención. Entre otras cosas, existirá la posibilidad de que una modesta trabajadora que se va a atender en un consultorio, pueda acceder a un sistema de derivación y contraderivación al especialista del consultorio o del CDT o del CRS más cercano del mismo servicio de salud. Ello está garantizado, porque hoy recae en una misma autoridad sanitaria el control de todos los establecimientos de la red asistencial.

La flexibilidad que tendrán los directores de los hospitales autogestionados en red permitirá, entre otras cosas, que se inviertan en el hospital los recursos con que éste cuenta, producto de su administración, por ejemplo, de pensionados. Esos recursos ya no serán destinados a Hacienda, sino que quedarán en el propio establecimiento. Esto constituye una mejora sustantiva y relevante para los hospitales públicos.

Quiero contestar al diputado señor Melero lo siguiente. Muchos diputados de esta bancada y de la Concertación somos usuarios del sistema de salud público y cotizamos en el Fonasa desde hace muchos años. La defensa de las camas de las salas comunes de los hospitales es muy importante. La

## DISCUSION SALA

razón principal por la cual la Oposición -cuya presión generó efectos en el Senado- tenía interés en que estas camas se dispusieran para las isapres es muy sencilla: para una isapre el costo de contratar esa cama en cualquier clínica privada es 100, y el de contratarla en un hospital público es 10. Es decir, las isapres, que después del sistema bancario y financiero es el sector que obtiene más altas utilidades en nuestro país, querían ahorrarse el 90 por ciento de los costos.

Queremos que los recursos públicos invertidos por el Estado y todos los chilenos beneficien a la clase media y a los sectores más pobres, y que las isapres, si tienen utilidades, paguen los costos de las clínicas privadas para sus usuarios.

He dicho.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Guido Girardi.

El señor **GIRARDI**.- Señora Presidenta, quienes respaldamos la reforma, lo hacemos con la idea de fortalecer el sistema público de salud. Queremos que exista equidad y que todos los chilenos tengan acceso a la salud.

Los chilenos tienen derechos que son universales. Sin embargo, por problemas de recursos y de gestión, lamentablemente muchos se ven impedidos de resolver sus problemas de salud, con la accesibilidad y oportunidad adecuadas, es decir, con un tiempo razonable de atención y con garantías financieras de calidad.

Hemos tenido muchas diferencias respecto de este proyecto, pero consideramos que hemos avanzado.

Algunos parlamentarios discutían aspectos que nos parece fundamental señalar. No se construye equidad cuando se entregan a las isapres las camas del sistema público. No es cierto que en Chile sobren camas; por el contrario, faltan. El número de camas por cada 10 mil habitantes es inferior al de la gran mayoría de los países. Es cierto que los problemas epidemiológicos y la gestión de los hospitales cambiarán. A lo mejor, a futuro anexaremos menos camas. Pero un indicador más interesante para evaluar esta situación son las listas de espera. En muchos hospitales hay listas de espera; los pacientes deben esperar días, semanas o meses para acceder a una prestación de salud. Por lo tanto, si hacemos que los pacientes que cotizan en isapres tengan que disputar una cama con los pacientes del sistema público, se acrecentarán las listas de espera. Además, no podemos hacer eso, porque las isapres no han tenido políticas de inversión acordes con los compromisos que hicieron. Es más, en el 70 por ciento de las localidades del país no disponen de camas para sus usuarios.

Por eso, nos parece que una medida de equidad básica es que los beneficiarios del sistema público tengan derecho a contar con una cama garantizada, y no que deban entrar en competencia con quienes optaron por el sistema privado de salud. Si se aceptara esto último, lo único que haríamos

## DISCUSION SALA

sería favorecer el negocio de las isapres. Éstas han ofrecido como alternativa el sistema público de libre elección y mejor hotelería, la cual desaparece al querer usar las camas de los hospitales públicos. Eso no significa mejorar los sistemas de costos y hacer más pensionados.

Este tema ha causado controversia. Por eso, estoy muy contento de que el Ejecutivo haya retirado la indicación respectiva, porque cambiaba el carácter de la reforma, lo que impedía que muchos de nosotros le diéramos nuestro apoyo.

Quedan muchos temas pendientes que en el futuro se pueden mejorar. Sin embargo, hay uno muy importante al cual me quiero referir, porque, a mi juicio, es una debilidad del proyecto, de modo que voy a votar en contra del artículo respectivo. Espero que en el futuro el Gobierno corrija lo relacionado con la salud ambiental.

El Ejecutivo ha dicho que todos los temas relacionados con el cambio de modelo de atención y con los enfoques preventivos por sobre los curativos, son fundamentales, lo que significa que el manejo de los factores de riesgo ambientales y de salud ocupacional y laboral debió haber sido considerado con la relevancia requerida, y haber definido una institucionalidad acorde con la importancia que se dice que tienen dichos factores. Los Servicios de Salud del Medio Ambiente tienen responsabilidad en temas cruciales para la vida de las personas en cuanto a la seguridad y calidad alimentaria, al aire, al ruido, a los residuos peligrosos, a las radiaciones; tienen que ver con todos los temas relacionados con la salud ocupacional, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Además, todas las actividades económicas del país deben pasar por las autorizaciones sanitarias.

Por consiguiente, es un tema tremendamente relevante que tiene que ver con la salud de la población y con la prevención.

Aquí se ha cometido un error que tiene un sentido catastrófico, cual es terminar con la institucionalidad que hoy tenemos. A lo mejor tiene falencias. Habría que mejorarla, traspasando toda esta responsabilidad a los seremis. Insisto en que esto es un grave error, porque lo que harán es desnaturalizar la gestión ambiental; los seremis van a politizar esta gestión; los ministros van a llamar a los seremis, quienes van a ser objeto de presiones. Se trata de personas que son jueces sanitarios, como un tribunal de primera instancia. Se debió haber traspasado esta gestión a la atención primaria; se debió haber tenido el coraje de hacer una gestión primaria ambiental y un diseño moderno.

Voy a votar en contra de esto, porque es arcaico, porque es politizar la acción ambiental y porque es un retroceso en un ámbito donde el Ejecutivo, a través de este proyecto, ha demostrado que son temas fundamentales; pero en la concreción no ha sido así, ya que se ha debilitado un ámbito fundamental para que en este país exista una mejor salud.

He dicho.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Francisco Bayo.

## DISCUSION SALA

El señor **BAYO.**- Señora Presidenta, trataré de no entrar en un ambiente de politización del tema, ya que mientras más alejado esté de ideologismos, mejor será su análisis.

Estoy contento, porque esta Cámara hoy debate, quizás, el mejor proyecto de ley que de los que, en su conjunto, constituyen la reforma a la salud. Se trata de la nueva concepción de la autoridad sanitaria, con nuevas modalidades de gestión, lo que fortalece la participación ciudadana.

Ello dice relación con algo que Chile requería desde hace mucho tiempo: que todos se convencieran de que no había posibilidad de mejorar la salud si no se mejoraba la gestión del aparato público. Por medio de otros instrumentos legales, nos hemos preocupado de la transparencia en el sector privado. En éste y en otros proyectos, nos hemos preocupado de que ambos sectores actúen de manera coordinada, porque en salud no sobran los recursos.

En noviembre de 2002 hicimos presente que -esto dice relación con algunas frases que se han dicho, en el sentido de que en cuatro o cinco meses se han despachado tres proyectos-, por lo menos para algunos, no parecía adecuado que en una Cámara de Diputados, entre cuyos integrantes hay diez médicos y una enfermera, con una estructura profesional desconocida en la política chilena, se estuviera dando vida a un proyecto, para ser después entregado al Senado, donde no existe este equipo profesional.

Creemos que el tiempo nos ha dado la razón, y al cabo de un año hemos recibido las modificaciones de la cámara alta, luego de un trabajo responsable y de haber escuchado a todos los actores, incluso a aquellos que ayer, cuando era votada la iniciativa en esa Corporación, gritaron y lanzaron consignas injustificadas, haciendo el ridículo ante todo el país. Sin embargo, hoy el Senado nos ha entregado un instrumento de gestión sanitaria que permitirá una efectiva vinculación entre las necesidades de la población y la gestión de los recursos destinados a salud.

Reitero, lo más importante del proyecto que hoy analizamos es la entrega de una herramienta para que los recursos humanos y materiales sean usados para satisfacer las demandas de la población. Además, es tremendamente positivo que las instituciones públicas que norman, regulan y fiscalizan, encabezadas por el Ministerio de Salud, a través de esta iniciativa hayan incorporado en el Senado la figura de la Superintendencia de Salud. (Modestamente, les recuerdo que ésta es una idea del diputado que habla, que se tradujo en una indicación presentada en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, la que fue considerada inadmisibles, por ser materia de exclusiva responsabilidad del Ejecutivo).

Me alegro de que hoy se cree un instrumento, cual es la superintendencia única de salud, que dará igual trato tanto al sector público como al privado, con dos intendencias en su estructura, las que significarán la primera demostración legal de una verdadera y directa relación entre lo público y lo privado, y ojalá se haga extensiva a otras áreas de la salud.

Es destacable -ya se ha dicho- que se separe la gestión de los recursos y la fiscalización de esa gestión. Diferenciar las funciones de competencia del

## DISCUSION SALA

Servicio de Salud de las de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, deberá redundar en un mejor uso de los recursos. Y la nueva categoría de los hospitales de autogestión en red, estipulados en el proyecto, con las observaciones y modificaciones que se puedan introducir, acordes con lo planteado por el diputado Melero, es garantía de confianza de que en el futuro los recursos serán mejor utilizados.

Lamentablemente, en algunas etapas del análisis salieron a relucir algunos problemas que postergaron los acuerdos en el Senado. Los problemas de las camas y de las deudas son de responsabilidad del sector público. Hoy, en promedio, es ocupado el 70 por ciento de las camas. El mejor uso de ellas permitiría satisfacer la demanda existente, y no -como se ha dicho- llenar el bolsillo de las isapres. Incluso, ya se dio lectura a un documento que fue producto de un estudio científico indesmentible.

No puedo dejar de hacer referencia a que aquí se haya dicho que esta es la panacea resultante de la gestión del gobierno de la Concertación, que está modificando todo lo que se hizo mal durante el gobierno militar. Ha de saber el diputado Aguiló que ése fue el primer gobierno en que se habló de diferentes niveles de atención y de prioridades en salud. La atención primaria como tal apareció en ese período y no después. En el gobierno militar se puso término a la posibilidad que tenían todos los parlamentarios aquí presentes, abogados y médicos, de seguir usando, casi gratuitamente, las camas de los hospitales públicos, que habían sido habilitadas con los sueldos de las empleadas domésticas, porque en esa época sólo había camas públicas, a las cuales recurríamos todos los profesionales, los empresarios, los agricultores. Repito, las 34 mil camas de esos hospitales públicos fueron habilitadas con los dineros de nuestras propias empleadas domésticas. La aparición de un sistema privado que le permitió a la gente con recursos liberar esas camas públicas para destinarlas exclusivamente al uso de la gente de más escasos recursos, se produjo en el gobierno militar y dio origen a un sistema mixto de salud público-privado, que, a través de este proyecto está viendo su materialización, en el sentido de trabajar en aras de entregar una mejor salud para los chilenos.

Sin embargo -el ministro lo sabe-, discrepo de la creación de una segunda subsecretaría de salud, porque ello apunta en contra del proceso descentralizador, en circunstancias de que las funciones entregadas a una de esas subsecretarías podrían ser materia de las acciones de un departamento. Pero en aras de rescatar lo bueno del proyecto, por apuntar en el sentido correcto, me alegra que se comente positivamente lo que significa la productividad en el sector público.

Por eso, anuncio mi voto favorable y el de mi bancada a todas las modificaciones introducidas por el Senado.

He dicho.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Tiene la palabra la diputada María Angélica Cristi.

La señora **CRISTI** (doña María Angélica).- Señora Presidenta, éste fue uno

## DISCUSION SALA

de los primeros proyectos que discutimos como parte de la reforma de la salud, la cual se pretendía que estuviese lista a fines del año pasado, hecho que no fue posible, como advertimos desde un principio, dada la complejidad y la cantidad de materias que se debían modificar.

Siempre hemos estado a favor de la reforma de salud, por ser absolutamente urgente y necesaria. En ese sentido, el proyecto sobre autoridad sanitaria es un paso fundamental para la posterior aplicación del plan Auge, que es la esencia de la reforma de salud. En efecto, si no se modificaba primeramente el sistema de salud propiamente tal y no se daba más eficiencia a la gestión hospitalaria, sería imposible aplicar dicho plan.

Al mismo tiempo, quiero llamar la atención sobre algunos hechos que me han parecido bastante equívocos, como la situación de los gremios. Éstos nunca fueron consultados cuando se propusieron estos proyectos. La postura del Gobierno fue siempre que ellos debían concurrir a la Cámara de Diputados a plantear sus inquietudes, a fin de ser consideradas en el proyecto.

Deseo insistir en que esta forma de legislar no es adecuada, porque estos proyectos, que van a incidir en la carrera profesional y en todo el sistema de salud, cuyo principal actor es el recurso humano, no pueden estar fuera de la discusión de los gremios. No es bueno que el Gobierno diga que la Cámara resolverá los problemas de éstos, porque el Ejecutivo sabe que las modificaciones que ellos piden, que normalmente se refieren a mejoras salariales y otras, son de iniciativa exclusiva del Presidente de la República. Creo que ahí tuvimos un gran problema. De hecho, de alguna forma puede haber incidido en lo sucedido ayer, lo cual considero absolutamente repudiable. Me parece increíble que los senadores, quienes legislaron seriamente para mejorar este proyecto, hayan sido agredidos. No me gusta que ésa sea la forma empleada para responder a una propuesta del Congreso, que rechaza el propio Gobierno.

Por otra parte, quiero destacar la reacción de la presidenta de la Comisión de Salud del Senado, quien, con temple y valentía, soportó estoicamente las agresiones físicas de que fue objeto por parte de quienes estaban en desacuerdo con el proyecto. Me parece indigno que ocurran estos hechos, y deberían cuestionarse esas actitudes y exigir más respeto para con los integrantes del Congreso Nacional.

También me llama la atención que se señale que se fortalece la participación ciudadana, porque ello crea grandes expectativas en la gente, que piensa que podrá participar en las decisiones, aportar ideas, reclamar, etcétera. La formación de consejos consultivos es la forma en que se podrán integrar las personas naturales y jurídicas al quehacer de los sectores público y privado. Pero en verdad, tienen escasa importancia y sólo se mencionan en el numeral 2 del artículo 1º. No engañemos a las personas y seamos más honestos cuando legislamos. Hay una serie de cambios, pero la participación ciudadana, si es que llega a producirse, será muy relativa.

Las modificaciones del Senado mejoran el proyecto, especialmente en lo relativo a la autoridad sanitaria, que hoy aparece desdibujada, en un sector público y otro privado que subsisten con escasa interrelación, descoordinados,



## DISCUSION SALA

con una serie de problemas de gestión en el sector público y de falta de transparencia en el privado, lo que, a la larga, también es un problema de salud. Además, existe un sector de la Cámara, liderado por el diputado Guido Girardi, cuyo discurso está destinado exclusivamente a destruir la posibilidad de que exista un sector privado. Eso no ayuda en nada. Afortunadamente, las modificaciones apuntan a lograr una mayor integración y una mejor resolución de los sectores público y privado.

Por otra parte, son conocidos los problemas de gestión de los recursos humanos en el sistema público, debido a la tradicional y eterna falta de incentivos. El Senado establece una serie de estímulos que ayudarán a que los funcionarios, que realizan una gran tarea en salud, mejoren su desempeño. Para ello, introduce modificaciones relacionadas con la autoridad sanitaria, con la gestión de los servicios de salud, con la atención primaria y hospitales y con los recursos humanos.

Como no tengo mucho tiempo, quiero referirme a un tema muy importante: las redes asistenciales, cuya función primordial es velar por la eficiente y eficaz coordinación y articulación del desarrollo de una red asistencial. Están constituidas por los establecimientos públicos, por el sistema nacional de servicios de salud, por los establecimientos de atención primaria municipalizados, hoy muy desconectados, y por las instituciones privadas con las cuales existen convenios. Todos ellos constituyen la red asistencial dependiente de cada uno de los servicios de salud. Esto es muy positivo, porque, si se hace en buena forma, posibilitará mejor atención de los servicios de salud primaria, mayor reciprocidad entre los sistemas y la colaboración del sector privado con el sector público.

Aquí conviene recordar la discusión que se produjo sobre la posibilidad de que el sector privado ocupara camas de los servicios públicos, obviamente, en forma remunerada. Siempre se entendió que jamás se postergaría a un beneficiario del Fonasa para ocupar una cama pública.

Tal vez, en algunos hospitales hay gran demanda de camas y no hay ninguna disponible, pero en otros podría haber algunas desocupadas y, en vez de tenerlas vacías, lo lógico sería dar la posibilidad de que sean ocupadas por los servicios de salud privados a cambio de recursos que fortalecerían los siempre insuficientes presupuestos de los servicios de salud públicos. Creo que fue un rechazo antojadizo, porque, al menos, podría haberse probado si resultaba. ¿Cuántas veces hemos comprobado que la falta de camas se debe a la ineficiencia de los hospitales y a la falta de recursos para atender a las personas que necesitan hacerse exámenes o tomarse radiografías? Los pacientes, a veces, deben esperar hasta quince días por una cirugía que, con un sistema eficiente, podría ser efectuada en pocas horas.

También quiero destacar lo relativo a la Superintendencia de Salud, que fue una materia que discutimos ampliamente en la Comisión. Se pretendía que existiera una superintendencia para las isapres y otra para el Fonasa. Al final, resultó que la sucesora de la actual Superintendencia de Isapres también estará facultada para fiscalizar al Fonasa en el cumplimiento de los derechos de los beneficiarios del sistema público, en las modalidades de atención institucional y

## DISCUSION SALA

de libre elección. Es un gran avance, ya que resultaba absurdo tener dos sistemas. Además, se hace justicia y se garantiza transparencia a quienes duden de uno u otro sistema.

Asimismo, son importantes las nuevas atribuciones -más claras y específicas- que el proyecto otorga a los directores de los hospitales, quienes tendrán autonomía para administrar eficientemente los recursos. Siempre se ha cuestionado la eficiencia en la administración de los recursos de los hospitales, especialmente la falta de autonomía de sus directores.

Lo que no veo en las modificaciones -era algo necesario- es cómo se elegirán los directores de los hospitales. Está bien que tengan más autonomía y atribuciones, pero siempre hemos insistido en que no deben ser elegidos según cuoteos políticos, sino porque son los mejores funcionarios, los mejores médicos y con conocimientos de administración. Es sabido que muchos hospitales han tenido problemas por la mala gestión de funcionarios que han sido nombrados más bien por su cercanía a determinado partido político que por sus capacidades como médico, lo que es fatal y no debe darse en ningún sistema, ni ahora ni nunca.

Por otra parte, las mayores atribuciones que se otorgan a los directores de los hospitales evitarán la burocracia y la centralización de las decisiones en los directores de los servicios de salud. Tal desconcentración tiene que ver con la competencia del director del hospital para decidir conforme a la ley. De manera que esta autonomía de los directores de hospitales será de gran ayuda para mejorar la gestión de la autoridad sanitaria.

Por último, en 2004 se aumentan los recursos en 17 mil 654 millones de pesos para mejorar el empleo de los recursos humanos en las distintas instancias, mediante el otorgamiento de incentivos, que es lo que siempre falta: asignación de desarrollo, estímulo al desempeño colectivo -es muy importante, porque estimula la acción del equipo-, asignación de estímulo a la función directiva, asignación de responsabilidad, asignación de turno y asignación de desempeño individual para otros funcionarios. De esta manera, durante 2004 numerosos funcionarios verán mejoradas sus remuneraciones y otros podrán acogerse a jubilación antes de diciembre.

El proyecto fue mejorado ostensiblemente en el Senado y, por lo tanto, lo vamos a aprobar. Esperamos que sea un buen pie -aunque aún tiene ciertas deficiencias- para acoger, posteriormente, el tan esperado plan Auge, que se presentará nuevamente para su discusión en esta Sala.

He dicho.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Fulvio Rossi.

El señor **ROSSI**.- Señora Presidenta, en atención al escaso tiempo de que dispongo -los socialistas tendremos que hacer un mayor esfuerzo en las próximas elecciones para tener más diputados para así disponer de más tiempo para intervenir-, sólo quiero concordar con lo planteado por mi colega Aguiló.

## DISCUSION SALA

Nuevos problemas de salud y nuevas situaciones epidemiológicas requieren nuevas respuestas. Era necesaria una reforma y, por eso, este proyecto es esencial. Hoy tenemos una autoridad sanitaria absolutamente desdibujada, débil en sus facultades de rectoría y de fiscalización. Además, existe un sistema público que combina las funciones de regulación con las de prestación y gestión. Es decir, de alguna manera los servicios de salud son juez y parte, pero no cumplen bien ninguna de las dos tareas. Asimismo -algo que me parece central-, tiene escasas posibilidades de regular adecuadamente un sistema privado que en no pocas ocasiones es poco transparente y que funciona con una lógica absolutamente apartada del principio de beneficencia, que es en el que se basa dicho sistema.

De esta forma, tenemos dos subsistemas que funcionan con lógicas distintas, que no se interrelacionan ni se coordinan y que impiden que los progresivos y sostenidos aportes financieros que han hecho los gobiernos de la Concertación se traduzcan en mejor calidad de las prestaciones y en mayor dignidad y satisfacción para los usuarios.

También tenemos problemas de gestión y, en este sentido, hay que reconocer la vital y abnegada labor de los funcionarios del sistema de salud: auxiliares, enfermeras, médicos y nutricionistas, muchos de los cuales han sido engañados por una campaña artera organizada por algunos dirigentes, que no buscan precisamente el bien común y mejorar el sistema de salud público y que no están pensando en los más pobres.

Es en este cuadro que se produjo un largo debate que culminó en acuerdos. El consenso total y cualquier reforma siempre son difíciles, especialmente cuando se trata de la reforma estructural de un sistema tan importante como el de salud. Sin embargo, me parece importante rescatar que los cambios que se introducen, tanto a la autoridad sanitaria como en el ámbito de la gestión, con la posibilidad de contar con redes asistenciales y con hospitales autogestionados -insisto- en red, que dependerán de un director que no sólo tendrá mayor flexibilidad para manejar y obtener recursos, sino que también ciertos deberes y que será fiscalizado por el director del servicio quien, a su vez, responderá de las políticas adoptadas a través de la nueva Subsecretaría de Redes Asistenciales que se crea, son fundamentales para mejorar la gestión, que significará entregar mejor salud, especialmente a los más pobres.

Quiero enviar un mensaje a aquellos funcionarios que, muchas veces, han sido arrastrados por sus dirigentes en una falsa campaña en contra de esta reforma. La modernización de la carrera funcionaria, mediante la introducción de elementos de promoción diferenciados que privilegian la capacidad de los funcionarios y resguarda la igualdad de oportunidades, permitirá establecer potentes incentivos a través de una acreditación que evaluará capacitación y experiencia, entre otros aspectos.

Sólo la modificación de la ley N° 19.086 elimina el grado diez como tope, lo que permitirá a las asistentes sociales, nutricionistas, matronas, kinesiólogos y tecnólogos médicos aspirar a los grados ocho o quince. Esto beneficia a ocho mil funcionarios. Por su parte, los distintos incentivos a que hacía alusión la

## DISCUSION SALA

diputada María Angélica Cristi beneficiarán a otros 90 mil.

De eso estamos hablando.

En resumen, considero que este proyecto producirá profundos cambios en materia de autoridad sanitaria, de gestión y de recursos humanos. Estoy seguro de que nos permitirá avanzar en la tarea de mejorar la calidad de nuestra medicina y de los indicadores de salud, de que facilitará el acceso oportuno de nuestros pacientes a la atención de salud y, especialmente, de que dará dignidad a los sectores más pobres y desposeídos de nuestra población.

He dicho.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Enrique Accorsi.

El señor **ACCORSI**.- Señora Presidenta, ante todo, quiero decir que este proyecto fue ampliamente debatido y que -quiero hacer hincapié en ello- su tramitación demoró un año. Si hubiéramos sido capaces de formar mesas de diálogo y de ofrecer mayor participación, indudablemente habría salido antes.

Me parece muy importante para la etapa que viene, sobre todo para el plan Auge, que nos sentemos a dialogar con los gremios y que saquemos adelante los dos proyectos que faltan: el de garantías y el de deberes y derechos, que son realmente importantes. Hago un llamado al ministro en ese sentido.

Las controversias pasan más por las confianzas y por la participación que por temas de fondo. No debemos tenerle miedo al diálogo. Es un error no abrir las puertas a la participación ciudadana, que este proyecto pretende fortalecer. Hay que enmendar algunos rumbos. Para ello, es muy importante que el equipo de salud se sienta partícipe de esta iniciativa, sobre todo en la próxima etapa vinculada con los protocolos.

Es muy importante la señal que se ha dado en cuanto a que las camas de las salas comunes permanezcan en los hospitales públicos para las personas más pobres de nuestro país. ¿Por qué no se ha consultado a las mutuales, donde la ocupación de camas es inferior al 50 por ciento? La cantidad de camas disponibles es muy grande, porque, obviamente, son más caras.

Otro tema relevante. Los directores de los hospitales ya no tendrán que ceñirse al cuoteo político. Se trata de una señal potente, por cuanto estamos privilegiando la capacidad y la capacitación.

Por primera vez -ayer se enfatizó en el Senado- se ha abordado el tema de los costos reales. No nos engañemos. Podemos elaborar una estupenda ley, pero si seguimos teniendo una cobertura per cápita de 900 pesos en la atención de salud primaria y un déficit de aporte fiscal, no habrá ley que sirva. Por ello, debemos ser capaces de incrementar ese aporte. Hay muchas cosas por hacer, sobre todo en el ámbito de la atención primaria de salud.

Existe la posibilidad de que otros hospitales puedan autogestionarse. En ese sentido, el hospital El Pino merece con creces estar entre ellos. Es un tema que el señor ministro puede manejar a través de un reglamento.

Por otra parte, ha quedado claro que el Fonasa no se transformará en un

## DISCUSION SALA

seguro público, pues se trata de un fondo nacional solidario. Es muy importante que el país sepa que con el 7 por ciento que aportan los cotizantes se financia más del 46 por ciento del presupuesto total de salud del país. Por tal razón, los beneficiarios del Fonasa tienen derecho a usar las camas públicas, pues -repito- están aportando al sistema público. El sistema privado no aporta un solo peso en forma directa y sólo lo hace a través de los impuestos generales.

Me hubiera gustado -se lo digo al ministro con mucho respeto- que se pusiera más énfasis en la atención primaria, uno de los problemas básicos del sistema de salud. Debiéramos habernos atrevido a enfrentar con más fuerza el tema de la cercenación de la red municipal de salud. No tengo nada en contra de que las municipalidades participen en los temas de salud, pero se trata de una cuestión todavía feble.

Por otra parte, considero que el tema ambiental no puede seguir tal como está. Por ello, anuncio que votaré en contra del artículo relacionado con esta materia, por cuanto no protege la salud ambiental.

Por último, estimo que no pueden entregarse potestades tan amplias a los directores de hospitales. Hoy, pueden trasladar a funcionarios dentro de una misma región a su arbitrio y sin tomar las precauciones necesarias. Por tal razón, pido que el artículo referido a esa materia se vote en forma separada.

He dicho.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Carlos Olivares.

El señor **OLIVARES**.- Señora Presidenta, el proyecto en debate tiene como objetivo mejorar el sistema público de salud y, a la vez, ejercer un control moderno sobre los prestadores privados de salud.

Se han alzado muchas voces críticas que han tendido a confundir a la opinión pública para desacreditar a este cuerpo legal. No voy a calificar las intenciones o las razones por las que algunos han manifestado su disconformidad con el proyecto. Creo que es más conveniente para todos que analicemos lo que esta iniciativa, denominada ley de autoridad sanitaria, pretende modificar para que podamos entender que éste es un cambio importante en la salud pública chilena y que será, en definitiva, una herramienta eficaz para la atención de los usuarios del sistema público de salud.

Ha sido calificado como uno de los puntos cardinales de la reforma a la salud, y con toda razón, ya que provee la estructura organizacional sobre la que descansará y se desarrollará el plan Auge, el otro proyecto que junto a la reforma de las isapres constituyen la base de este cambio histórico en el modelo de atención de salud.

Son tres las áreas en que interviene a la estructura sanitaria pública. En primer lugar, la autoridad sanitaria; en segundo lugar, la gestión de los servicios de salud y, en tercer lugar, los recursos humanos.

La autoridad sanitaria consiste en la regulación, fiscalización y control de

## DISCUSION SALA

las instituciones públicas del sector sanitario.

El Ministerio de Salud es la institución rectora. Además, formarán parte de esta actividad sanitaria las secretarías regionales ministeriales del Salud y la nueva Superintendencia de Salud, que reemplaza a la actual Superintendencia de Isapres.

El Ministerio de Salud tiene las funciones de rectoría, regulación y control sobre las materias de su competencia y fiscalizará a través de los seremis y la Superintendencia de Salud.

El Ministerio de Salud se estructura en torno a dos subsecretarías. Una, de salud pública y, otra, de redes asistenciales. La primera tiene que ver con materias relativas a la promoción de salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades, que se hará a través de la implementación de políticas de salud pública, campañas sanitarias, vacunaciones, programas, etcétera.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales tendrá como función velar por la correcta y eficiente coordinación de estas redes, que están constituidas por los establecimientos públicos del sistema nacional de servicios de salud, los establecimientos de atención primaria municipalizados y las instituciones privadas en convenio.

Los seremis constituirán la autoridad sanitaria en las regiones y fiscalizarán actividades relacionadas con la salud, de acuerdo con el Código Sanitario. Dependerán de ella las comisiones de medicina preventiva e invalidez, Compin, etcétera.

En tercer lugar, respecto de la autoridad sanitaria, mencionaré la Superintendencia de Salud, que mantendrá las funciones de la Superintendencia de Isapres y, además, fiscalizará también a Fonasa en el cumplimiento del régimen de garantías, más conocido como plan Auge.

Respecto de la gestión de los servicios de salud, podemos decir que este proyecto modifica sustancialmente la estructura y funciones de los servicios de salud para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. Crea una red asistencial, constituida por el conjunto de establecimiento asistenciales públicos que forman parte del servicio, los consultorios municipalizados y los establecimientos privados en convenio con el servicio de salud respectivo.

El director del servicio tendrá un rol de gestor. Deberá planificar y coordinar las acciones de salud que prestan los establecimientos de la red asistencial.

Se crean, además, los establecimientos autogestionados en red, que serán todos aquellos hospitales de mayor complejidad, quienes tendrán importantes espacios de flexibilidad y autonomía.

Quiero señalar al señor ministro, por su intermedio señora Presidenta, la preocupación que existe en la bancada demócratacristiana -me la ha planteado el diputado Edgardo Riveros-, respecto del hospital El Pino, que estaba en la lista de hospitales autogestionados y que actualmente no aparece en ella.

Para terminar quiero plantear el tema de los recursos humanos. Se consagra una serie de beneficios para los trabajadores del sector y que apuntan, básicamente, hacia la modernización de la carrera funcionaria.

Podemos enumerar lo siguiente: sistema de acreditación para técnicos

## DISCUSION SALA

auxiliares y administrativos. Para los directivos de carrera y profesionales, la promoción se hará mediante concurso interno. Se modifica la ley N° 19.086, eliminando el tope del grado 10 de la escala única lo que permitirá que matronas, kinesiólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, tecnólogos médicos y terapeutas ocupacionales puedan acceder de los grados 18 al 5°. Asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, asignación de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo, asignación de estímulo a la función directiva, asignación de responsabilidad, asignación de turno, programa transitorio de incentivo al retiro.

Quiero finalizar diciendo que la bancada demócratacristiana apoyará en su totalidad este texto legal, por cuanto su objetivo es mejorar el sistema de salud público y, en ningún caso, entregar cuotas de este sistema al sector privado.

He dicho.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Alberto Robles.

El señor **ROBLES**.- Señora Presidenta, hace bastante tiempo la Cámara de Diputados trató este proyecto de ley y elaboró un conjunto de normas para ser enviadas al Senado.

Los señores senadores, en consideración a los objetivos que el proyecto perseguía, principalmente separar las funciones que se desarrollan en gestión de salud -normativa y regulativa, fiscalizadora y de ejecución de acciones de salud-, y también de mejorar la gestión de los establecimientos y de regular a las instituciones prestadoras, introdujeron cambios bastante importantes al proyecto de ley que despachó la Cámara.

Quiero decir con mucha claridad, que esas modificaciones representan avances significativos. Efectivamente, en gran medida, muchas disposiciones fueron mejoradas por los señores senadores. Sin embargo, también tengo que advertir que hay enmiendas que me parecen un retroceso respecto del texto aprobado por esta Corporación.

Entre las cosas positivas, me parece tremendamente importante el esfuerzo que ha hecho el Senado en relación con la constitución de la red de atención en las distintas regiones del país, que en el gobierno militar fue disminuida tremendamente al entregar la atención primaria a las municipalidades. El Senado intenta un esfuerzo serio para poder reintegrar esta red a través del director de servicios con normas e indicaciones que van a permitir rearticularla, por lo menos desde el punto de vista de metas sanitarias.

También incrementa las capacidades de los hospitales autogestionados, mejora las atribuciones de sus directores. De esto los diputados de mi bancada, muchos de ellos médicos como los diputados Carlos Abel Jarpa y Fernando Meza, dan cuenta de esto por el conocimiento que tienen de la materia.

Efectivamente, los hospitales autogestionados tendrán una mayor

## DISCUSION SALA

capacidad de gestión. Hay un elemento que me parece serio e importante pero que lo voy a mencionar al final, porque me parece negativo en términos de las atribuciones que se les entregan a estos directores.

Me parece muy trascendente que el Senado y la Cámara de Diputados participemos en que es vital que los ciudadanos se involucren en su sistema de salud. Si una persona no lo conoce, ni comienza a trabajar con su sistema de salud, difícilmente podemos avanzar en mejorar la salud de nuestra población.

Los temas del futuro están relacionados netamente con la participación ciudadana en salud, por ello, nos parece fundamental que esto quede incluido en el cuerpo legal.

Se crean dos subsecretarías para mejorar las funciones del ministerio. Una de redes, que va a trabajar principalmente en la red de salud a lo largo del país, y la otra, de salud pública, que va a tener a su cargo la gestión de los elementos que tienen que ver con la ciudadanía en términos sanitarios y globales.

Dos elementos muy importantes se incorporaron en el Senado -que nosotros no vimos- y tienen que ver con la acreditación de los prestadores institucionales. Se crea una norma para acreditarlos, porque apunta a certificar a los especialistas y subespecialistas con que cuenta el país.

Esa norma es vital porque permite establecer un sistema de certificación de especialidades a los prestadores individuales. El tema está relacionado con un proyecto de ley aprobado recientemente por la Cámara que acredita la calidad de la enseñanza de las universidades, sobre todo de la carrera de Medicina.

El proyecto también incorpora los estándares mínimos que deben cumplir los prestadores; es decir, el Estado establece condiciones acerca de la atención de salud y estándares mínimos que deberán cumplir los establecimientos que asisten a los ciudadanos. Hace referencia a protocolos - nótese bien para la historia de la ley- a que se deben someter los prestadores para dar atención de salud. Evidentemente, este avance es muy positivo en el cuerpo legal emitido por los senadores.

Tal como lo planteamos en el proyecto del plan Auge, se crea una Superintendencia de Salud. Es un cuerpo legal importantísimo, que no sólo se hará cargo de las isapres, como ocurre en el presente, sino que también regulará lo que haga el Fondo Nacional de Salud. Asimismo, regulará a los prestadores de salud en su acreditación y certificación y el registro de prestadores que se creará a nivel nacional.

Hay un avance significativo en gestión de personal en los servicios de salud. Tal como se ha indicado, la gestión de personal es trascendental para avanzar en la salud de la gente. Por eso, el proyecto significa un avance en esa materia.

Sin embargo, a pesar de todas las cosas positivas, hay algunos elementos, a nuestro parecer, negativos. Desde ya, quiero hacer reserva de constitucionalidad, de acuerdo con el informe emitido por el senador Enrique Silva Cimma, en relación con el numeral 3 del artículo 4º, por entregar atribuciones de fiscalización a entes privados. Nuestra Constitución es clara al respecto. La fiscalización sólo compete al sector público; no debe quedar en



## DISCUSION SALA

manos del sector privado.

Una de las cosas en que estoy en desacuerdo con los senadores es que entregan toda la gestión ambiental y todo lo que tiene que ver con el Código Sanitario a los secretarios regionales ministeriales.

Todos sabemos -fui secretario regional ministerial y también director de servicio- que el seremi es un órgano político que depende de dos jefes: del intendente y del ministro. Entregar el Código Sanitario a los seremis es un error en que incurrieron los senadores y que puede ser pagado por toda la población en el futuro. Los temas ambientales son los temas del futuro, del siglo XXI. La reforma y mejoría de la salud de la población se logrará si se mejoran los tópicos ambientales sanitarios. Y si ese Código Sanitario queda en manos de un ente político -no técnico como ha sido hasta ahora- en verdad, cometeremos un gran error.

El Código Sanitario es, tal vez, la herramienta para mejorar los índices de la salud en el futuro.

La Cámara avanzó en la constitución de direcciones regionales de salud, parecidas a lo que es hoy el Sesma en la Región Metropolitana, organismo que ha hecho un gran esfuerzo por mejorar las condiciones ambientales.

Los diputados destacamos la importancia de rescatar las cosas positivas que se han hecho e incorporarlas en el Código Sanitario. Sin embargo, el Senado retrotrae la actividad ambiental a una actividad política, en circunstancias de que es evidente que el ambiente no puede quedar en mano de políticos.

Hemos tenido casos en los cuales tanto el intendente como el ministro han presionado a los seremis para votar de una u otra forma en materias ambientales. Por eso, me parece tremendamente importante que la aplicación de las normas del Código Sanitario no quede en manos de los seremis.

Anuncio que votaremos en contra las modificaciones del Senado, por estimar que lo que hicimos los diputados es bastante más consecuente con la tradición política.

Hay materias respecto de las cuales se puede pensar que hay problemas desde el punto de vista de este proyecto. La letra g) del artículo 25, dice: "Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza -estas son atribuciones para el director de un establecimiento hospitalario-, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aun cuando sean propias o habituales del establecimiento".

En esa norma, los diputados especificamos que eso se podía hacer en las materias que tenían que ver con la entrega de actividades de salud a personas que estuviesen en el régimen del plan Auge, pero con esta norma se está entregando la posibilidad real de privatizar a lo menos el 20 por ciento de los servicios de un hospital.

Por último, por el hecho de ser regionalista, de ser diputado por la Región de Atacama y representar al distrito que componen las comunas de Alto del Carmen, Vallenar, Freirina, Huasco, Caldera y Tierra Amarilla, no puedo sino manifestar en esta Sala mi malestar con el Ministerio de Salud, en

## DISCUSION SALA

general, y con el ministro.

El artículo decimoquinto transitorio del proyecto establece qué hospitales iniciarán el camino de la autogestión. Como dije, éste es un camino al cual todos deseamos que los hospitales se incorporen, pero no puedo entender que la única región del país -quiero ser muy claro en esto- que no contará con ningún establecimiento de salud autogestionado en red, desde su inicio, es Atacama. Los funcionarios de los hospitales de Copiapó y Vallenar no se merecen la afrenta que ha hecho el Ministerio de Salud con nuestra región. Las demás regiones tienen todos los hospitales incorporados: Angol, Castro, Chillán, Coronel. No sé si el hospital de Copiapó está en las mismas condiciones que el hospital de Coronel.

Nuestro hospital es tremendamente importante. Por eso he pedido votación separada de estos artículos, porque, a lo menos, en éste quiero hacer un gesto con la región de Atacama.

Termino señalando que nuestra bancada apoya fuertemente la reforma de la salud. Aprobará prácticamente todas las modificaciones del Senado, aun cuando hay algunas con las cuales discrepamos.

Finalmente, reitero la reserva de constitucionalidad en relación con el numeral 3 del artículo 4° que permite que terceros puedan fiscalizar actos del sector público.

He dicho.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Tiene la palabra el ministro de Salud, señor Pedro García.

El señor **GARCÍA** (ministro de Salud).- Señora Presidenta, tal como lo han planteado diversos diputados, hoy se somete a la consideración de la Cámara un proyecto trascendente para la salud en Chile.

No me referiré a todos los aspectos positivos que fueron mencionados en esta sesión, todos muy bien explicados por la gran mayoría de los diputados. Sin embargo, es mi deber referirme a algunas inquietudes formuladas.

Este proyecto es el resultado de muchos años de trabajo, durante los cuales diversos actores, en especial los gremios, dieron a conocer sus planteamientos y opiniones a la Cámara y al Senado.

En relación con la gestión de recursos humanos, la Fenats Unitaria, cuyos dirigentes nacionales están presentes en las tribunas, y la Fenpruss participaron activamente en la redacción y en la formulación de los aspectos que beneficiarán en gran manera a los trabajadores adscritos al Estatuto Administrativo, establecido en la ley N° 18.834.

Por su parte, durante el año pasado el Colegio Médico participó activamente, con derecho a voz, en la Comisión de Salud, a instancias de sus integrantes y del Ejecutivo.

Por lo tanto, los gremios han tenido diversas ocasiones para plantear sus inquietudes en los niveles que corresponden.

El proyecto define con claridad los requerimientos y los aspectos relacionados con el mejoramiento de la autoridad sanitaria y con la gestión de

## DISCUSION SALA

red y de recursos humanos.

Los temas que tienen que ver con la salud ambiental son preocupación prioritaria del Gobierno y de la ciudadanía.

La disposición aprobada por la Cámara que establecía la dirección regional sanitaria, a cargo de un director regional, fue rechazada unánimemente por la Comisión de Salud del Senado, para evitar mayor burocracia. Sin embargo, quiero señalar que cualquiera de las dos proposiciones, tanto la del texto aprobado por la Cámara como el de la Comisión Mixta, que dispone que esa dirección estará a cargo del seremi, establecen entidades desconcentradas que deben remitirse a lo que disponga la autoridad ministerial en la materia.

La reforma de la salud busca definir mejor los roles de cada uno de los actores, por lo que el encargado de la provisión y la articulación de la red, es decir, el director del servicio de salud, deberá encargarse de la regularización y la fiscalización.

Hemos respaldado la posición inicial propuesta por el Ejecutivo de que esto se radique en el seremi.

Para resguardar las inquietudes planteadas, existen diversas atribuciones que obligan al seremi de salud a remitir las materias sanitarias a las normativas emanadas por el Ministerio de Salud y a su superior jerárquico, el subsecretario de redes de salud.

Asimismo, se señaló la preocupación sobre la creación de las redes de salud, por cuanto ellas son fundamentales para que el sector público pueda satisfacer las necesidades de la población. El proyecto establece una característica especial respecto de las funciones que tendrá el director del servicio de salud, quien deberá articular los distintos niveles y buscar las mejores formas de integración en el concepto de red de la atención primaria.

No quiero entrar en mayores detalles, pero son muchos los aspectos que favorecen y fortalecen la relación de la red, especialmente hacia la atención primaria.

En cuanto a la inquietud manifestada por varios señores diputados sobre los hospitales que están en la categoría de autogestionados, quiero decirles, especialmente a los señores Riveros y Robles, que en el artículo 25 A, del Título IV, se establece que los establecimientos de salud dependientes de los servicios de salud que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de "establecimientos de autogestión en red". Para eso, se establecerá un reglamento, suscrito por el ministro de Salud. Luego de que ese reglamento regule las evaluaciones correspondientes, mediante resolución fundada conjunta con los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerá la calidad de "establecimientos de autogestión en red" a aquellos que cumplan con los requisitos señalados en el reglamento, los que estarán sujetos a las normas del mencionado título, conforme al inciso primero. Todo establecimiento que reúna los requisitos, podrá suceder a esa categoría.

El artículo decimoquinto transitorio, nuevo, señala un listado de establecimientos que, de acuerdo con esta ley, tendrán la calidad de

## DISCUSION SALA

autogestión en red, de aquí a 2009, cuando cumplan con los requisitos que se determinen en el reglamento. Pero, quiero ser enfático en manifestar que, tanto los hospitales de la Tercera Región -que acaba de mencionar el diputado Robles- como el hospital El Pino, de Santiago, y otros, que quieran obtener la calidad de autogestionados, están convocados a reunir los requisitos correspondientes, puesto que, si lo hacen adquirirán también dicha calidad.

Insisto en la especial importancia que reviste la participación ciudadana en los temas de salud. Por eso, se otorga carácter legal a las instancias de participación que existen en los distintos niveles, tanto ministeriales, de seremis, como, ahora, de los hospitales autogestionados. Ello es fundamental para vincular a la ciudadanía y a los gremios con estas materias.

En cuanto a la observación sobre constitucionalidad del diputado Robles, hago presente que el asunto fue discutido ampliamente en el Senado, especialmente con motivo del artículo 3º del Título IV. Reunimos un número importante de evidencias en cuanto a que no hay contradicciones constitucionales, ya que lo único que se delega en terceros es la inspección. Todo lo que se refiere a la fiscalización y a la generación de sanciones queda radicado en el seremi, que es la autoridad sanitaria.

No quiero ahondar en otros temas. Me parece que he tocado los que han generado mayor inquietud en los presentes.

No puedo dejar de agradecer a todos los funcionarios de la salud que han colaborado, que colaboran y que seguirán colaborando en estas materias conjuntas de desarrollo de la salud pública.

Agradezco también, a los parlamentarios, especialmente a los señores diputados, quienes, con un trabajo denodado, tanto en la Cámara como en el Senado, han elaborado un proyecto de ley extraordinariamente importante para Chile. Confío, ante las inquietudes de algunos de ellos, que pronto será evacuado el proyecto de ley sobre régimen de garantías, de manera que sea tratado también a la brevedad por esta Sala.

He dicho.

*-Aplausos.*

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Melero.

El señor **MELERO**.- Señora Presidenta, en el tiempo que resta a mi Partido, pido que el señor ministro nos clarifique lo que dijo sobre el hospital El Pino. Explicó que, de acuerdo con el artículo 25 A, todos los hospitales de alta complejidad podrán postular a la calidad de establecimientos de autogestión en red. Sin embargo, no se entiende que, después, el artículo decimoquinto transitorio entregue una lista de 56 hospitales que, al parecer, no necesitarán postular, porque ya están incorporados en la ley; se les da desde ya dicha condición.

Pedimos, formalmente, que se incorpore en dicha lista, con el número 57, al hospital El Pino, que en noviembre del año pasado se le reconoció como

## DISCUSION SALA

de categoría 2, de modo que no quede en una situación distinta de la de los 56 hospitales que aparecen en la nómina. De lo contrario, se generará una discriminación hacia un hospital que, a mi juicio, cumple con los requisitos.

Por su intermedio, señora Presidenta, solicito que el ministro nos aclare este punto, para la tranquilidad de los profesionales y directivos de ese hospital, y de la comunidad de San Bernardo.

He dicho.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Tiene la palabra el señor ministro de Salud.

El señor **GARCÍA** (ministro de Salud).- Señora Presidenta, el artículo 25 A trata sobre una materia muy distinta de la del artículo decimoquinto transitorio.

En todo caso, si fuera pertinente reconsiderar e incorporar en el listado a otros hospitales, como los de la Tercera Región y El Pino, atendida su categoría tipo 2, siempre que no exista contradicción con el espíritu de la legislación que estamos aprobando, tengan la absoluta certeza de que lo haremos a la brevedad, a través de alguna ley miscelánea, porque nos interesa que la mayoría de los hospitales se manejen con ese criterio.

Entiendo que en este trámite no se pueden incorporar otros hospitales. Lamento que de ello se haya percatado todo el mundo, pero -reitero- tengan la seguridad de que, si es pertinente, se procederá en ese sentido.

He dicho.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- En votación el proyecto, con excepción del número 3 del numeral 1); de los numerales 3), 10), 11), en sus artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D y 14 E; el numeral 12), el numeral 18), en lo relativo a la letra p) del artículo 20; el numeral 22), en lo relativo al artículo 25 K, y el artículo decimoquinto transitorio.

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 96 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.*

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- **Aprobado.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez, Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Cardemil, Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Egaña, Escalona, Espinoza, Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), García-Huidobro, Girardi, Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Leay, Letelier (don Juan Pablo), Longueira, Lorenzini, Luksic, Martínez, Melero, Mella (doña María Eugenia), Meza, Molina, Monckeberg, Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro),

## DISCUSION SALA

Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Paya, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Riveros, Robles, Rojas, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Ulloa, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- En votación el numero 3 del numeral 1); los numerales 3), 10), 11), en sus artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D y 14 E, y el numeral 12).

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 85 votos; por la negativa, 8 votos. No hubo abstenciones.*

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- **Aprobados.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Aguiló, Alvarado, Álvarez, Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Cardemil, Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Egaña, Escalona, Espinoza, Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), García-Huidobro, Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leay, Letelier (don Juan Pablo), Longueira, Lorenzini, Luksic, Martínez, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Paya, Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Riveros, Rojas, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Ulloa, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

*-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Jarpa, Leal, Meza, Robles, Sánchez, Soto (doña Laura) y Venegas.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- En votación la letra p) del artículo 20, contenida en el numeral 18), y el artículo 25 K, contenido en el numeral 22).

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 88 votos; por la negativa, 6 votos. No hubo abstenciones.*

## DISCUSION SALA

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- **Aprobadas.**

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Aguiló, Alvarado, Álvarez, Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Becker, Burgos, Bustos, Cardemil, Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Egaña, Escalona, Espinoza, Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), García-Huidobro, Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leal, Leay, Letelier (don Juan Pablo), Longueira, Lorenzini, Luksic, Martínez, Melero, Mella (doña María Eugenia), Molina, Monckeberg, Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Paya, Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Riveros, Rojas, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tapia, Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Ulloa, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta, Von Mühlenbrock y Walker.

*-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Jarpa, Meza, Pérez (don José), Robles y Venegas.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- En votación el artículo decimoquinto transitorio.

*-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 91 votos; por la negativa, 3 votos. No hubo abstenciones.*

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- **Aprobado.**

Despachado el proyecto.

*-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:*

Accorsi, Aguiló, Alvarado, Álvarez, Araya, Ascencio, Barros, Bauer, Bayo, Becker, Bertolino, Burgos, Bustos, Ceroni, Cornejo, Correa, Cristi (doña María Angélica), Delmastro, Dittborn, Egaña, Escalona, Espinoza, Galilea (don José Antonio), García (don René Manuel), García-Huidobro, Girardi, Guzmán (doña Pía), Hales, Hernández, Hidalgo, Ibáñez (don Gonzalo), Jaramillo, Jarpa, Jeame Barrueto, Kast, Kuschel, Leay, Letelier (don Juan Pablo), Longueira, Lorenzini, Luksic, Martínez, Melero, Mella (doña María Eugenia), Meza, Molina, Monckeberg, Montes, Mulet, Muñoz (don Pedro), Muñoz (doña Adriana), Navarro, Norambuena, Ojeda, Olivares, Ortiz, Palma, Paredes, Paya, Pérez (don José), Pérez (don Aníbal), Pérez (don Ramón), Pérez (doña Lily), Pérez (don Víctor), Prieto, Quintana, Rojas, Saa (doña María Antonieta), Saffirio, Salaberry, Salas, Sánchez, Seguel, Sepúlveda (doña Alejandra), Silva, Soto (doña Laura), Tarud, Tohá (doña Carolina), Tuma, Ulloa, Uriarte, Urrutia, Valenzuela, Varela, Vargas, Venegas, Vidal (doña Ximena), Vilches, Villouta,

DISCUSION SALA

Von Mühlenbrock y Walker.

*-Votaron por la negativa los siguientes señores diputados:*

Leal, Riveros y Robles.

La señora **ALLENDE**, doña Isabel (Presidenta).- Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

*-Se levantó la sesión a las 20.26 horas.*

**JORGE VERDUGO NARANJO,**  
Jefe de la Redacción de Sesiones.



OFICIO APROBACION MODIFICACIONES

### 3.2. Oficio de Cámara de Origen a Cámara Revisora

Comunica al Senado aprobación de modificaciones. 22 de enero de 2004.  
Cuenta en Sesión 35, Legislatura 350, Senado.

Oficio N° 4777

VALPARAISO, 22 de enero de 2004

A S. E. EL  
PRESIDENTE  
DEL  
H. SENADO

La Cámara de Diputados, en sesión de esta fecha, ha tenido a bien prestar su aprobación a las enmiendas propuestas por ese H. Senado, al proyecto que establece nueva concepción de la autoridad sanitaria, nuevas modalidades de gestión y fortalece la participación ciudadana; boletín N°2980-11.

Lo que tengo a honra decir a V.E., en respuesta a vuestro oficio N° 23.373, de 21 de enero de 2004.

Devuelvo los antecedentes respectivos.

Dios guarde a V.E.

ISABEL ALLENDE BUSSI  
Presidenta de la Cámara de Diputados

CARLOS LOYOLA OPAZO  
Secretario de la Cámara de Diputados

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

**3.3. Oficio de Cámara de Origen al Ejecutivo**

Oficio de Ley al Ejecutivo, comunica aprobación de proyecto de ley. 30 de enero de 2004.

mlp/mes  
S. 49<sup>a</sup>

Oficio N° 4776

VALPARAISO, 22 de enero de 2004

A S.E. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA  
Tengo a honra comunicar a V.E., que el Congreso Nacional ha dado su aprobación al siguiente

## PROYECTO DE LEY:

"ARTÍCULO 1º.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:

1) Sustitúyese el artículo 4º por el siguiente:

"Artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones:

1.- Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:

a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.

b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.

c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.

d) La coordinación y cooperación internacional en salud.

e) La Dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.

2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.

3.- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud.

La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarias y la sanción a su infracción cuando proceda, en materias tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, será efectuada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.

La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo dispuesto en la ley N° 19.886, debiendo cumplir la entidad, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, las bases de la licitación deberán considerar esta condición con un mayor factor de ponderación.

4.- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.

5.- Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628 y sobre secreto profesional.

6.- Formular el presupuesto sectorial.

7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGE", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.

9.- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

10.- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

11.- Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.

Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.

12.- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones.

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; los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.

La acreditación deberá aplicar iguales estándares a los establecimientos públicos y privados de salud.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

13.- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.

Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual se reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencias relevantes en un determinado ámbito del trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.

Mediante un reglamento de los Ministerios de Salud y Educación, se determinarán las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades, como asimismo las condiciones generales que aquéllas deberán cumplir con el objetivo de recibir la autorización para ello. El reglamento establecerá, asimismo, las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema y la forma en que las entidades certificadoras deberán dar a conocer lo siguiente: los requisitos mínimos de conocimiento y experiencia que exigirán para cada especialidad o subespecialidad, los procedimientos de examen o verificación de antecedentes que emplearán para otorgar la certificación, los antecedentes respecto del cuerpo de evaluadores que utilizarán, los antecedentes que deberán mantener respecto del proceso de certificación de cada postulante y las características del registro público nacional y regional de los prestadores certificados, que deberá mantener la Superintendencia de Salud.

Las universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras respecto de los alumnos que hayan cumplido con un programa de formación y entrenamiento ofrecido por ellas mismas, si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente.

14.- Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.

15.- Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes. Los sistemas podrán contemplar la intervención de entidades públicas y privadas que cumplan con condiciones técnicas de idoneidad.

16.- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

concentración indígena.

17.- Las demás que le confieren las leyes y reglamentos."

2) Intercálase, a continuación del artículo 4º, el siguiente artículo 4º bis, nuevo:

"Artículo 4º bis.- Para el cumplimiento de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud deberá convocar la formación de Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales y representantes de personas jurídicas, del sector público y del privado, de acuerdo a las materias a tratar.

La resolución que disponga la creación del Consejo respectivo señalará el plazo de duración en el cargo de los integrantes, el quórum para sesionar y las demás normas necesarias para su funcionamiento."

3) Sustitúyese el artículo 5º por el siguiente:

"Artículo 5º.- El Ministerio de Salud estará integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública y las secretarías regionales ministeriales.

El Ministerio estará organizado en divisiones, departamentos, secciones y oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función."

4) Derógase el inciso final del artículo 6º.

5) Derógase el artículo 7º.

6) En el artículo 8º:

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo por los siguientes:

"Artículo 8º.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad que serán exigibles.

Para ello, el Subsecretario de Redes propondrá al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Sistema.

El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las secretarías regionales ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda."

**b) Modifícase el inciso tercero, que ha pasado a ser segundo, del siguiente modo:**

**i.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto (.), la conjunción "y".**

**ii.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción "y" con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).**

iii.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.

c) Elimínase el inciso final

d) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:

"El Subsecretario de Redes Asistenciales subrogará al Ministro de Salud en ausencia del Subsecretario titular de Salud Pública."

7) Sustitúyese el artículo 9° por el siguiente:

"Artículo 9°.- El Subsecretario de Salud Pública subrogará al Ministro en primer orden, tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.

En relación con las materias señaladas en el inciso anterior, le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento, coordinar las acciones del Fondo

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Nacional de Salud y el Instituto de Salud Pública, e impartirles instrucciones.

Asimismo, administrará el financiamiento previsto para las acciones de salud pública, correspondientes a las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, independientemente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie, pudiendo ejecutar dichas acciones directamente, a través de las secretarías regionales ministeriales, de las entidades que integran el Sistema, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

El Subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de las secretarías regionales ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además, como colaborador del Ministro, coordinará las mencionadas secretarías regionales."

8) Derógase el artículo 10.

9) Deróganse los artículos 11 a 13.

10) En el artículo 14:

a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con la frase "el que deberá" y termina con la palabra "siguientes:", por "sin perjuicio de las oficinas provinciales que pudieran requerirse."

b) Suprímense los literales desde la a) a la j).

11) Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D y 14 E, nuevos:

"Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades certificadas en el ámbito de la salud pública.

Artículo 14 B.- Las secretarías regionales ministeriales de salud tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud:



## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad. Asimismo, adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región, dentro del marco fijado para ello por las autoridades nacionales.

2.- Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones sobre la materia, para lo cual se encontrará dotado de todas las facultades y atribuciones que el Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias sanitario ambientales le confieren, de conformidad con lo previsto en el Artículo 14C.

3.- Adoptar las medidas sanitarias que correspondan según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias y elaborar informes en materias sanitarias. Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, serán homogéneos para los establecimientos públicos y privados.

4.- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada servicio de salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

En el ejercicio de estas funciones, coordinará aquellas acciones de promoción y prevención cuya ejecución recaiga en los servicios de salud.

5.- Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

6.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

7.- Cumplir las acciones de fiscalización y acreditación que señalen la ley y los reglamentos y aquellas que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.

8.- Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, conforme a lo dispuesto en el artículo 4º de la ley Nº 19.813.

9.- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

10.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Artículo 14 C.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las secretarías regionales ministeriales, todas aquellas materias que corresponden a los servicios de salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de carácter asistencial en salud, sin perjuicio de la ejecución de acciones de salud pública conforme al número 4 del artículo anterior.

En relación a las materias que trata este artículo, los secretarios regionales ministeriales de salud deberán ajustarse a las normas técnicas y administrativas de carácter general que imparta el Ministerio de Salud, ya sea a nivel nacional o regional.

Artículo 14 D.- Los recursos financieros que recauden las secretarías regionales ministeriales de salud por concepto de tarifas que cobren por los servicios que presten, cuando corresponda, y por las multas que les corresponda percibir, ingresarán al presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública, la que lo distribuirá entre las referidas secretarías regionales.

Artículo 14 E.- Existirá en cada secretaría regional ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señale esta ley y sus reglamentos y las que el secretario regional ministerial le someta a su consideración. Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

El secretario regional ministerial deberá convocar al Consejo en el primer trimestre de cada año con el objetivo de informar acerca de la gestión del año anterior y la planificación del año correspondiente. Un reglamento regulará la forma de nombrar a los integrantes, el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento.”.

12) Derógase el artículo 15

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

13) En el artículo 16:

a) En el encabezamiento, sustitúyese la frase "la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas", por la siguiente: "la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas".

b) Sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: "Siete en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente y Servicio de Salud del Ambiente." por el siguiente: "Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente.".

14) Intercálanse, a continuación del artículo 16, los siguientes artículos 16 bis y 16 ter, nuevos:

"Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada servicio de salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada servicio de salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

Artículo 16 ter.- La red asistencial de cada servicio de salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios, sean dependientes de municipios, de servicios de salud o tengan convenios con éstos, deberán atender, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos, y serán supervisados y coordinados por el servicio de salud respectivo.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.

El establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud en relación con la recolección y tratamiento de datos y a los sistemas de información que deberán mantener.

Los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que les prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. Los beneficiarios no podrán cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acrediten, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distintos.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios públicos del sector salud que sean beneficiarios de la ley N° 18.469, y sus cargas, podrán ser atendidos en el mismo establecimiento asistencial en que desempeñan sus labores, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud.”.

15) Deróganse los incisos segundo y tercero del artículo 17.

16) Sustitúyese el artículo 18 por el siguiente:

"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un director seleccionado, designado y evaluado conforme al Título VI de la ley N° 19.882."

17) Intercálase, a continuación del artículo 18, el siguiente artículo 18 bis, nuevo:

"Artículo 18 bis.- Al director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención.

Con este objeto, conforme a la ley N° 19.813, determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria. Sobre esta base se evaluará el desempeño de cada entidad administradora. Para efectos de la determinación de dichas metas, deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo presidido por el director e integrado por el Director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad, todo ello sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

El Director deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contradervación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red.”.

18) En el artículo 20:

a) Reemplázase el encabezamiento del artículo 20 por el siguiente:

“Sin perjuicio de lo dispuesto en los Títulos IV y V de este Capítulo, para el desempeño de sus funciones el director tendrá, entre otras, las siguientes atribuciones:”.

b) Sustitúyese la letra a) por la siguiente:

“a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como asimismo, coordinar, asesorar y controlar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos del Servicio.

Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los hospitales autogestionados y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la Red, en los términos del artículo 25 B.”.

c) Modificase la letra h) de la siguiente manera:

i) En su párrafo segundo, reemplázanse las palabras “Las

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

transacciones a que se refiere el inciso anterior” por “Los contratos de transacción”.

ii) Agrégase, como párrafo tercero, nuevo el siguiente:

“Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud.”.

d) Sustitúyese la letra m) por la siguiente:

“m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;”.

e) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción “y” y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

f) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o), p), q), r) y s) nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser letra t):

“o) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación;

p) Disponer, mediante resolución fundada, la comisión de servicios de los funcionarios de su dependencia y que no formen parte del personal del Establecimiento de Autogestión en Red, conforme al artículo 25 K, en cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, siempre que dicho establecimiento esté situado en la misma ciudad en que éste se desempeñe. La comisión de servicio podrá tener lugar en una ciudad diferente, siempre que el funcionario consienta en ello.

En caso alguno estas comisiones podrán significar el desempeño de funciones de inferior jerarquía a las del cargo o ajenas a los conocimientos que éste requiere, ni podrán importar menoscabo para el funcionario.

Podrá disponerse que dicha comisión sea cumplida en jornadas totales o parciales, así como en días determinados de la semana.

Los funcionarios no podrán ser designados en comisión de servicios durante más de dos años. No obstante, a petición del funcionario y de común acuerdo podrá prorrogarse la comisión por el plazo que convengan las partes.

Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren.

El funcionario respecto de quien se disponga la comisión de servicios, que estimare que ésta le produce menoscabo podrá solicitar la reposición de la resolución ante el Director. La resolución del Director podrá ser apelada ante el Secretario Regional Ministerial de Salud dentro del término de diez días hábiles contado desde la fecha en que se le comunique dicha resolución o la que deseche la reposición.

Sin perjuicio de lo dispuesto en esta letra, el Director podrá designar en comisión de servicios a los funcionarios conforme a las normas que establece la ley N° 18.834, Estatuto Administrativo;

q) Celebrar convenios de gestión con las respectivas entidades administradoras de salud municipal, o con establecimientos de atención primaria, que tengan por objeto, entre otros, asignar recursos asociados al cumplimiento de metas sanitarias, aumento de la resolutividad de sus establecimientos y mejoramiento de los niveles de satisfacción del usuario. Los referidos convenios deberán contemplar, en general, los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores, medios de verificación y las medidas que se adoptarán en caso de incumplimiento de las obligaciones contraídas.

Los convenios de gestión deberán aprobarse por resolución fundada del Director del Servicio, en la que se consignarán los antecedentes que justifiquen su celebración y los criterios utilizados para elegir a los establecimientos participantes. Los convenios podrán extenderse a otros establecimientos municipales de atención primaria que lo soliciten, siempre que exista disponibilidad presupuestaria para esos fines y que se presenten antecedentes que lo justifiquen desde los puntos de vista económico y sanitario;

r) Evaluar el cumplimiento de las normas técnicas, planes y programas que imparta el Ministerio de Salud a los establecimientos de atención primaria de salud, y el cumplimiento de las metas fijadas a dichos establecimientos en virtud de los convenios celebrados conforme a la letra anterior y al artículo 57 de la ley N° 19.378. Si el Director del Servicio verificara un incumplimiento grave de las obligaciones señaladas anteriormente, podrá representar tal circunstancia al alcalde respectivo. Asimismo, dicha comunicación será remitida al intendente regional, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 9° de la ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;

s) Elaborar el presupuesto de la Red Asistencial de Salud a su cargo y formular las consideraciones y observaciones que le merezcan los

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

presupuestos de los hospitales autogestionados, y.”.

19) Intercálanse, a continuación del artículo 21, los siguientes artículos 21 A y 21 B, nuevos:

“Artículo 21 A.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial, en adelante el Consejo de Integración, de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los Hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

El Consejo estará constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

Artículo 21 B.- El nombre de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud será determinado mediante decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud, a proposición del respectivo Director del Servicio de Salud, quien deberá acompañar, para estos efectos, la opinión del Consejo Regional correspondiente.”.

20) Sustitúyese, en el artículo 23, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

21) Sustitúyese el artículo 24 por el siguiente:

"Artículo 24.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:

a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469, a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos aprobados;

b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial para la ejecución de acciones de salud pública;



## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;

e) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios."

22) Intercálanse, a continuación del artículo 25, los siguientes Títulos IV y V, nuevos:

## "TITULO IV

## DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTION EN RED

## Párrafo I

## De la creación y funciones

Artículo 25 A.- Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala este Título, si cumplen los requisitos que se determinen en el Reglamento a que se refiere el inciso siguiente.

Un reglamento, suscrito por el Ministro de Salud, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de dicha calidad y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir, los que deberán estar referidos, al menos, al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios, a gestión financiera, gestión de personal, gestión del cuidado e indicadores y estándares fijados en convenios y normas.

Estos establecimientos deberán tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios.

Mediante resolución fundada conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerá la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" a aquellos que cumplan los requisitos señalados en el Reglamento, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme el inciso primero.

Los establecimientos que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N°18.575 y a las normas de la presente ley.

No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 25 L y 25 M.

Los Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley.

Artículo 25 B.- El Establecimiento, como parte integrante de la Red Asistencial, deberá, a lo menos:

1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio de Salud respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red Asistencial;

2. Atender beneficiarios de la ley N° 18.469 y de la ley N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de la ley y los convenios correspondientes;

3. Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales;

4. Entregar información estadística y de atención de pacientes que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud, la Superintendencia de Salud, los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.

Los Establecimientos de Autogestión en Red que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, formarán parte de una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional coordinada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, conforme a un reglamento del Ministerio de Salud. Para los efectos de lo dispuesto en los números 1 y 2 del inciso primero, deberán sujetarse exclusivamente a las normas que impartiera dicho Subsecretario.

Artículo 25 C.- El Establecimiento estará a cargo de un Director, el que corresponderá al segundo nivel jerárquico del Servicio de Salud para los efectos del artículo TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N°19.882. Tendrá las atribuciones a que se refieren los artículos 25 E y 25 F.

El cargo de Director de Establecimiento deberá ser servido en jornada completa de 44 horas semanales y remunerado conforme al sistema del decreto ley N°249, de 1974, y sus normas complementarias, según el grado de la escala en que se encuentre ubicado el cargo en la respectiva planta de personal. Deberá ser un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión en salud.

Los mecanismos y procedimientos de coordinación y relación entre el Director del Establecimiento y el Director del Servicio de Salud correspondiente se regirán por lo establecido en la ley y por los convenios de desempeño que se celebren de conformidad con ella.

El convenio de desempeño deberá establecer especialmente directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la Red, como asimismo metas de desempeño presupuestario.

Sin perjuicio de lo establecido en los artículos QUINCUAGÉSIMO SÉPTIMO Y QUINCUAGÉSIMO OCTAVO de la ley N° 19.882, el Director del Establecimiento será removido por el Director del Servicio de

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Salud de comprobarse el incumplimiento del convenio de desempeño o falta grave a sus deberes funcionarios. En los casos de remoción se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud, salvo en las situaciones previstas en el inciso cuarto del artículo 25 I.

Artículo 25 D.- Existirá un Consejo Consultivo de los Usuarios, el que estará compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del establecimiento.

El Consejo Consultivo tendrá la función de asesorar al director del establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.

Asimismo, en el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por el establecimiento durante el año, así como la cuenta pública anual del mismo.

Un reglamento determinará las materias, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competen al Consejo Consultivo.

El Director contará también con la asesoría de un Consejo Técnico, el que tendrá por objetivo colaborar en los aspectos de gestión en que el Director requiera su opinión, así como propender a la mejor coordinación de todas las actividades del establecimiento.

El Consejo será presidido por el Director y estará constituido por representantes de las distintas jefaturas del establecimiento, conforme lo establezca el reglamento.

Artículo 25 E.- La administración superior y control del establecimiento corresponderán al Director. El Director del Servicio de Salud no podrá interferir en el ejercicio de las atribuciones que le confiere este título al Director del Establecimiento, ni alterar sus decisiones. Con todo, podrá solicitar al Director del Establecimiento la información necesaria para el cabal ejercicio de las funciones de éste.

Artículo 25 F.- En el Director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:

a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento.

b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Establecimiento.

c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y las demás normativas vigentes.

d) Elaborar y presentar al Director del Servicio de Salud correspondiente, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales con un informe, el proyecto de presupuesto del Establecimiento, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones, conforme a las necesidades de ampliación y reparación de la infraestructura, de reposición del equipamiento de éste y a las políticas del Ministerio de Salud.

Sin perjuicio de las instrucciones generales que imparta la Dirección de Presupuestos para estos efectos, el Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas y justificando la priorización propuesta. El presupuesto indicará detalladamente el estado del cobro de las prestaciones otorgadas y devengadas.

El Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante resolución, aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio, a más tardar el 15 de diciembre de cada año, o el siguiente día hábil, si el 15 fuera feriado, sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos. Si vencido el plazo el Subsecretario no hubiera dictado la resolución, el presupuesto presentado por el Director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley.

En cada uno de los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley N° 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto, todo ello conforme a las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos para la elaboración del proyecto de Ley de Presupuestos. Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el Director del Establecimiento, el subsecretario deberá indicar los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que deberán reducirse para ajustarse al presupuesto aprobado.

e) Ejecutar el presupuesto y el plan anual del establecimiento, de acuerdo con las normas relativas a la administración financiera del Estado.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

El director podrá modificar el presupuesto y los montos determinados en sus glosas.

Dichas modificaciones podrán ser rechazadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo con las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Si el Subsecretario no se pronuncia en el plazo de quince días, contados desde la recepción de la solicitud, ésta se entenderá aceptada.

Copia de todos los actos relativos a las modificaciones presupuestarias deberán ser remitidas al Servicio de Salud correspondiente y a la Dirección de Presupuestos.

f) Ejercer las funciones de administración del personal destinado al establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director del Servicio, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el reglamento.

Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios, el Director del Establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio.

Un Reglamento, emitido a través del Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, establecerá las normas necesarias para ejercer las funciones de que trata el presente literal.

g) Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aun cuando sean propias o habituales del Establecimiento.

El gasto por los contratos señalados en esta letra no podrá exceder el 20% del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.

h) Celebrar contratos regidos por la ley N° 18.803.

i) Ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporales que hayan sido asignadas o afectadas al Establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

extracontractuales.

Los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas de los decretos leyes N° 1.056, de 1975, o N° 1.939, de 1977. Cuando la enajenación de bienes muebles alcance las siete mil unidades tributarias mensuales en un año, todas las que le sucedan requerirán la autorización previa del Director del Servicio de Salud respectivo.

Asimismo, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra r), podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas.

j) Celebrar convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud.

k) Celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, y con entidades administradoras de salud primaria pertenecientes a su territorio, en los que se podrán proveer todos los recursos necesarios para la ejecución del convenio, mediante la destinación de funcionarios a prestar colaboración en éste, el traspaso de fondos presupuestarios u otras modalidades adecuadas a su naturaleza. En particular, podrá estipularse el aporte de medicamentos, insumos y otros bienes fungibles de propiedad del establecimiento. Los bienes inmuebles, equipos e instrumentos podrán cederse en comodato o a otro título no traslativo de dominio, y serán restituidos a su terminación.

Los convenios con entidades que no sean parte de su Red Asistencial deberán contar con la aprobación del Director del Servicio.

l) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objetivo de que el Establecimiento otorgue prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Las personas o instituciones que celebren dichos convenios estarán obligadas al pago íntegro de la prestación otorgada. El incumplimiento de las obligaciones por parte del beneficiario de la prestación o acción de salud no afectará a la obligación contraída con el Establecimiento por parte de las

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

personas o instituciones celebrantes del convenio.

Los convenios con las instituciones de salud previsional estarán sujetos a lo dispuesto en los artículos 22 y 33 de la ley N° 18.933 en relación con el uso de camas.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 25 H deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.

La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 116 de la ley N° 18.834.

m) Celebrar convenios con profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales cuando tengan por objeto atender a sus pacientes particulares en el establecimiento. En estos casos, dicha atención deberá realizarse fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada se podrá autorizar convenios con profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales o con profesionales que no sean funcionarios del sistema, previa aprobación del Director del Servicio de Salud.

Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente, deberán ajustarse al reglamento y a las instrucciones que impartan conjuntamente los ministerios de Salud y de Hacienda y, en virtud de ellos, se podrán destinar a hospitalización los pensionados.

El paciente particular deberá garantizar debidamente el pago de todas las obligaciones que para éste se generan con el Establecimiento por la ejecución del convenio, conforme a las instrucciones de los ministerios de Salud y de Hacienda.

En todo caso, se dará prioridad al pago de los gastos en que haya incurrido el Establecimiento, y éste no será responsable de los daños que se produzcan como consecuencia de dichas prestaciones o acciones de salud, con excepción de los perjuicios causados directamente por negligencia del Establecimiento.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 25 H deberá determinar el



## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.

La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 116 de la ley N° 18.834.

n) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud y con el servicio de salud correspondiente por las prestaciones que otorgue el Establecimiento a los beneficiarios de la ley N°18.469 en la Modalidad de Atención Institucional. En el caso de la Modalidad de Libre Elección se aplicarán las normas generales de la ley N°18.469.

Con el exclusivo objetivo de verificar que los convenios cumplan con el artículo 25 B, el respectivo Director del Servicio de Salud, o el Subsecretario de Redes Asistenciales en el caso de los establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad, deberá aprobarlos previamente, dentro de los quince días siguientes a su recepción. Después de ese plazo, si no se han hecho objeciones fundadas, los convenios se entenderán aprobados.

Las controversias que se originen por el párrafo precedente serán resueltas por el Ministro de Salud.

ñ) Otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con los Servicios de Salud, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.

o) Ejecutar acciones de salud pública, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial y el Subsecretario de Salud Pública, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.

p) Establecer en forma autónoma un arancel para la atención de personas no beneficiarias de la ley N°18.469, el cual en ningún caso podrá ser inferior al arancel a que se refiere el artículo 28 de dicha ley.

q) Realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización expresa del Ministerio de Hacienda.

r) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso y dar de baja los bienes muebles del Establecimiento, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

s) Delegar, bajo su responsabilidad, y de conformidad con lo establecido en la ley N° 18.575, atribuciones y facultades en los funcionarios de su dependencia.

t) Conferir mandatos en asuntos determinados.

u) Desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y reglamentos.

v) Condonar, total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, con acuerdo del Director del Servicio de Salud respectivo, la diferencia de cargo del afiliado de la ley N° 18.469, de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud.

Las inversiones que se financien con recursos propios y que superen las diez mil unidades tributarias mensuales, deberán contar con la autorización del Director del Servicio de Salud respectivo.

Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo. Notificada la demanda, deberá ponerla, en el plazo de 48 horas, en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, quien deberá adoptar las medidas administrativas que procedieran y podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio.

Artículo 25 G.- El Establecimiento estará sujeto a una evaluación anual del Subsecretario de Redes Asistenciales, para verificar el cumplimiento de los estándares determinados por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que incluirán a lo menos las siguientes materias:

a) Cumplir las obligaciones que establece el artículo 25 B, para lo que se requerirá un informe al Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad;

b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;

c) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de cuenta pública a la comunidad, entre otras;

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

d) Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días;

e) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios;

f) Lograr una articulación adecuada dentro de la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe del Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad, y

g) Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieren convenido con el Director del Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, para lo que se requerirá un informe del Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad.

Artículo 25 H.- El establecimiento deberá efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Sin perjuicio de lo anterior y de las respectivas normas de contabilidad gubernamental, el Establecimiento deberá elaborar estados financieros trimestrales en la forma que defina el reglamento.

Se enviará copia de los informes y estados financieros al Subsecretario de Redes y al Director del Servicio de Salud respectivo.

Artículo 25 I.- Detectado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud respectivo o el Superintendente de Salud el incumplimiento de los estándares señalados en el artículo 25 G, el Subsecretario representará al Director del Establecimiento la situación y le otorgará un plazo de 15 días hábiles, el que podrá ser prorrogado por una sola vez, para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia.

La Subsecretaría, conjuntamente con la Dirección de Presupuestos, dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia, ya sea aprobándolo o rechazándolo.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Si la Subsecretaría aprueba el plan presentado, éste deberá ejecutarse en el plazo que acuerden, el que no podrá exceder de ciento veinte días. Al cabo de este plazo, deberá evaluarse si se subsanaron los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación.

La no presentación del plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento el cual, en estos casos, cesará en sus funciones de Director por el solo ministerio de la ley. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley.

Artículo 25 J.- Mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales se regulará la forma en que la población usuaria del Establecimiento podrá manifestar sus peticiones, críticas y sugerencias.

## Párrafo II

## Normas especiales de personal

Artículo 25 K.- Los funcionarios de planta o a contrata que se desempeñen en el establecimiento a la fecha de otorgamiento de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" permanecerán destinados a éste. Sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del Establecimiento, podrá ponerse término a la destinación en el establecimiento de determinados funcionarios, quienes quedarán a disposición del Servicio de Salud correspondiente, todo ello cuando lo requieran las necesidades del Servicio y fuere conveniente para el buen funcionamiento del Establecimiento.

Los contratos a honorarios vigentes a la fecha indicada continuarán surtiendo sus efectos conforme a las disposiciones contenidas en ellos.

## Párrafo III

## De los recursos y bienes del establecimiento

Artículo 25 L.- El Establecimiento, para el desarrollo de sus funciones, contará con los siguientes recursos:

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

- a) Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469;
- b) Con aquellos pagos que le efectúe el Servicio de Salud respectivo por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469;
- c) Con aquellos pagos que le efectúe el Subsecretario de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial por la ejecución de acciones de salud pública;
- d) Con los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijados en aranceles, convenios u otras fuentes;
- e) Con los frutos que produzcan los bienes destinados a su funcionamiento y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes;
- f) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;
- g) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones y otros recursos que le corresponda percibir;
- h) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios, e
- i) Con los aportes, transferencias, subvenciones que reciba de la Ley de Presupuestos del Sector Público, de personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras y con los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.

Artículo 25 M.- El establecimiento tendrá el uso, goce y disposición exclusivo de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, que se encuentren destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de "Establecimiento de Autogestión en Red", y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título.

En el plazo de un año, contado de la fecha señalada en el inciso anterior, mediante una o más resoluciones del Subsecretario de Redes Asistenciales, se individualizarán los bienes muebles e inmuebles de propiedad

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

del Servicio de Salud que se destinen al funcionamiento del Establecimiento.

Los bienes señalados en este artículo, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios y administrativos, gozan de inembargabilidad.

## Párrafo IV

## De las contiendas de competencia

Artículo 25 N.- Las contiendas de competencia que surjan entre los directores de los servicios de salud y los directores de los "Establecimientos de Autogestión en Red", serán resueltas por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

## Título V

## De los establecimientos de salud de menor complejidad

Artículo 25 Ñ.- Los establecimientos de salud dependientes de los servicio de salud, que tengan menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, tendrán las atribuciones que señala este título si cumplen los requisitos que se determinen conforme el artículo 25 P.

Un Reglamento, que será suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de las atribuciones y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir, entre los que se deberá contemplar la gestión del personal y la gestión del cuidado.

Mediante resolución fundada de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerán los establecimientos que cumplan los estándares señalados, los que estarán sujetos a las normas de este título, conforme el inciso primero.

Artículo 25 O.- Al Director del Establecimiento corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

actividades de éste para que ellas se desarrollen de modo regular y eficiente, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones:

a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento;

b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento;

c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y las demás normativas vigentes;

d) Presentar anualmente al Director del Servicio el proyecto de presupuesto del Establecimiento y ejecutarlo una vez aprobado, de acuerdo a las normas vigentes sobre la materia;

e) Estudiar y presentar al Director del Servicio, iniciativas y proyectos con sus respectivos análisis y antecedentes, que tiendan a ampliar o mejorar las acciones de salud, indicando sus fuentes de financiamiento;

f) En materias de personal el Director podrá:

- designar suplentes;
- contratar personal, siempre que no implique aumento de la dotación del establecimiento;
- aceptar renunciaciones voluntarias;
- designar funcionarios en comisiones de servicios y cometidos funcionales;
- destinar funcionarios dentro del mismo establecimiento o a otros dependientes del Servicio;
- autorizar, conceder o reconocer feriados; permisos con o sin goce de remuneraciones dentro del país; licencias por enfermedad, reposos preventivos o maternales; y reconocer, prorrogar y poner término a asignaciones familiares y prenatales;
- ordenar la instrucción de investigaciones sumarias y sumarios administrativos; aplicar medidas disciplinarias, inclusive la suspensión de funciones; absolver, sobreseer y resolver sobre todas las materias relacionadas con esos procedimientos;
- declarar accidentes en actos de servicio, y

g) Desempeñar las demás funciones y atribuciones específicas que les delegue o encomiende el director del servicio y el reglamento.

Artículo 25 P.- Un reglamento, suscrito por los ministros

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

de Salud y de Hacienda, regulará los requisitos que deberá cumplir el Establecimiento, los que se referirán a las siguientes materias, a lo menos:

- a) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;
- b) Administrar eficientemente los recursos asignados;
- c) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios, y
- d) Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial.

Artículo 25 Q.- El Establecimiento será evaluado anualmente por el director del servicio de salud respectivo, en la mantención del cumplimiento de los estándares señalados en el artículo anterior. En caso de que no fuere satisfactoria, se deberá remover de su función o cargo, según corresponda, al Director del Establecimiento. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley.”.

23) En el inciso primero del artículo 27:

a) Agrégase, en la letra a), a continuación de la palabra "ley" y antes del punto y coma (;), la siguiente frase: "y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo".

b) Suprímese, en la letra d), la conjunción "y", con que finaliza.

c) Intercálanse, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):

"e) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley;

f) Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628, y.”.



## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

24) Sustitúyense, en el párrafo segundo de la letra g) del artículo 30, las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción".

25) Sustitúyese, en el inciso segundo del artículo 31, el numeral "28" por el numeral "31".

26) Agréganse, en el inciso tercero del artículo 35, a continuación de la palabra "farmacología", los términos "imagenología, radioterapia, bancos de sangre."

27) En el artículo 37, incorpórase la siguiente letra g), nueva:

"g) Fiscalizar el cumplimiento de normas de calidad y acreditación de los laboratorios señalados en la letra a) precedente, conforme al reglamento a que se refiere el número 12 del artículo 4º, y las que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio."

28) En el artículo 39:

a) Reemplázanse en el párrafo segundo de la letra d) las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción".

b) Sustitúyese, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".

c) Sustitúyese la letra l) por la siguiente:

"l) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575."

d) Agrégase la siguiente letra m), nueva, pasando las actuales letras m) y n) a ser letras n) y ñ), respectivamente:

"m) Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;"

29) Sustitúyese, en el artículo 40, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

30) Sustitúyese el artículo 42 por el siguiente:

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

"Artículo 42.- La estructura y organización interna del Instituto se determinarán conforme lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes."

31) En el artículo 50:

a) Reemplázanse en el párrafo segundo de la letra b) las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción."

b) Sustitúyese, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".

c) Reemplázase la letra f) por la siguiente:

"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575."

32) Sustitúyese el artículo 51 por el siguiente:

"Artículo 51.- La estructura y organización interna de la Central se determinarán conforme lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes."

33) Sustitúyense, en el inciso segundo del artículo 52, las letras a) y b) por las siguientes:

"a) El Subsecretario de Redes Asistenciales, o su representante, quien la presidirá;

b) Un representante del Ministro de Salud;"

34) En el Capítulo VI:

a) Intercálase, entre el epígrafe del Capítulo y el artículo 56, lo siguiente:

"TÍTULO I  
Normas Generales"

b) Intercálanse, a continuación del artículo 60, los siguientes Títulos II, III, IV, V, VI, VII y VIII, nuevos, pasando los actuales artículos 61 y 62 a ser 84 y 85, respectivamente.

"TÍTULO II

De la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Artículo 61.- Establécese, para el personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos, sea de planta o a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente base y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 62.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente base ascenderá al 5,5% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente variable será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 63.- Para efectos de otorgar el componente variable de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo señalada en los artículos precedentes, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- El Ministerio de Salud fijará, antes del 10 de septiembre de cada año, las metas sanitarias nacionales para el año siguiente y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de cada uno de los Servicios de Salud.

2.- Conforme al marco señalado en el número anterior, el Director de cada servicio de salud determinará para cada uno de sus establecimientos, incluida la Dirección del Servicio, las metas específicas y los indicadores de actividad.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

3.- Para efectos de la determinación de las metas, el respectivo Director de Servicio deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo, presidido por dicha autoridad e integrado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud, por los directores de establecimientos de salud del servicio, por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de técnicos tenga mayor representación y por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de administrativos y auxiliares tenga, en su conjunto, mayor representación, en el respectivo Servicio de Salud; sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

4.- En relación con dichas metas específicas, se evaluará el desempeño de cada establecimiento.

5.- La evaluación del nivel de cumplimiento de las metas fijadas a cada establecimiento se efectuará por el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, en el plazo que señale el reglamento, a partir de la información proporcionada por los Servicios de Salud y por los propios establecimientos, la que deberá ser entregada por dichas entidades a la señalada autoridad, a más tardar, el 31 de enero de cada año. La resolución que dicte el Secretario Regional Ministerial de Salud será apelable ante el Ministro de Salud en el plazo de diez días, contado desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la resolución por carta certificada dirigida al domicilio del Servicio de Salud correspondiente.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los procedimientos destinados a la definición y evaluación del grado de cumplimiento de las metas anuales, los plazos que deberán cumplirse durante el proceso de evaluación, el mecanismo para determinar las asociaciones de funcionarios con mayor representatividad y sus representantes, y las demás disposiciones necesarias para el otorgamiento de esta asignación.

## TÍTULO III

De la asignación de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo

Artículo 64.- Establécese, para el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de planta o a contrata, de los servicios de salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, y para el personal de la planta de directivos de carrera ubicados entre los grados 17º y 11º, ambos inclusive, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 65.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente de acreditación individual ascenderá a un máximo de 5,5%, conforme a los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 66.- Para efectos de otorgar el componente de acreditación individual, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- El personal a que se refiere el artículo 64 deberá participar en el proceso de acreditación cada tres años, el que consistirá en la evaluación de las actividades de capacitación que sean pertinentes al mejoramiento de la gestión de los organismos y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios. Para estos efectos, el respectivo Servicio de Salud deberá disponer, al menos una vez al año, para quienes cumplan el respectivo período, de todas las medidas necesarias para implementar dicho proceso.

2.- Accederán al beneficio los funcionarios que hubieren aprobado el proceso de acreditación.

3.- El monto del componente de acreditación individual dependerá de los años de servicio del funcionario en los servicios de salud o sus antecesores legales, según la siguiente tabla:

Hasta 3 años	3%
Más de 3 años hasta 6 años	5%
Más de 6 años hasta 9 años	5,5%

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

4.- Para los funcionarios que tengan más de nueve años de servicio, la asignación pasará a ser permanente, con un porcentaje igual al de la última acreditación que hayan aprobado.

5.- En caso de que un funcionario no apruebe uno de los procesos de acreditación, no accederá al incremento del componente, pero mantendrá el porcentaje obtenido por las acreditaciones anteriores.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo, la periodicidad y las demás disposiciones necesarias para la implementación del procedimiento de acreditación y el otorgamiento del componente de acreditación individual.

Artículo 67.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, de la asignación señalada en el artículo 64, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63, para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a que un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación integre el comité señalado en el referido artículo 63.

## TÍTULO IV

## De la asignación de estímulo a la función directiva

Artículo 68.- Establécese, para el personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de estímulo que se regirá por las siguientes normas:

1.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud que, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título IV de la presente ley, pueden optar a la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente a la obtención por parte del establecimiento de la calidad mencionada.

2.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud de menor complejidad, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título V de la presente ley, esta asignación estará asociada al cumplimiento de los requisitos que establece el artículo 25 P.

3.- Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a tres

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

factores: la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia, el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad y el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso primero, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 69.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la Planta Directiva por concepto de asignación de estímulo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185 y, cuando corresponda, la asignación de responsabilidad superior otorgada por el decreto ley N° 1.770, de 1977, y la asignación del artículo 2° de la ley N° 19.699.

Esta asignación será de 11% sobre la base señalada en el inciso primero, para aquellos funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red". El mismo porcentaje será percibido por los funcionarios de la planta directiva de los Establecimientos de menor complejidad que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 25 P de esta ley.

Para el personal directivo que se desempeñe en la dirección de los servicios de salud, la asignación corresponderá a 11% de la base de cálculo señalada en el inciso primero, conforme a la siguiente distribución:

a) Hasta 8% por la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación y que hayan cumplido los requisitos referidos, según el caso, por el total de los establecimientos dependientes de la dirección del servicio, y

b) Hasta 3% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

servicio, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813. En este caso, el porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 3% por el cociente resultante de dividir el número de entidades y establecimientos que efectivamente hayan cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, por el total de entidades administradoras y sus establecimientos, ubicados en el territorio jurisdiccional del Servicio.

Artículo 70.- Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo y las demás disposiciones necesarias para otorgar la asignación señalada en el artículo 68.

Artículo 71.- Las asignaciones señaladas en los artículos 61, 64 y 68, se pagarán en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto por pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos precedentemente.

Estas asignaciones tendrán carácter de impositivas para fines de previsión y salud. Para determinar las impositivas e impuestos a que se encuentren afectas, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las impositivas se deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de impositividad.

## TÍTULO V

## De la asignación de turno

Artículo 72.- Establécese una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los servicios de salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta doce horas, mediante turnos rotativos. Estos turnos podrán comprender un número de horas superior a la jornada ordinaria de trabajo del funcionario.

Dicha asignación estará destinada a retribuir pecuniariamente al referido personal el desempeño de jornadas de trabajo en horarios total o parcialmente diferentes de la jornada ordinaria establecida en el artículo 59 de la ley N° 18.834, incluso en horario nocturno y en días sábados, domingos y festivos, acorde con las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.



## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

La Ley de Presupuestos, respecto de cada Servicio de Salud, expresará el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y por tres funcionarios, separadamente. Para estos efectos, se considerará la información sobre la dotación de personal, la carga de trabajo y la complejidad en la atención prestada por los establecimientos de salud.

Artículo 73.- Esta asignación será imponible sólo para efectos de pensiones y de salud y será incompatible con la asignación establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

El personal que labora en el sistema de turno de que trata este Título no podrá desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el Director del Establecimiento respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 60 de la ley N° 18.834.

Artículo 74.- Para tener derecho a la asignación de turno, los funcionarios deberán estar formalmente destinados a prestar servicios en los puestos de trabajo cuya jornada sea ininterrumpida, a través de resoluciones anuales del director del establecimiento de salud correspondiente.

Esta asignación se percibirá mientras el trabajador se encuentre en funciones en los puestos de trabajo mencionados, e integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro o tres funcionarios, manteniendo el derecho a percibirla durante los períodos de ausencia con goce de remuneraciones originados por permisos, licencias y feriado legal. Asimismo, será considerada como estipendio de carácter general y permanente, para efectos del inciso tercero del artículo 21 de la ley N° 19.429.

Artículo 75.- Las horas extraordinarias que, en virtud de lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, puedan percibir los funcionarios de planta y a contrata de los servicios de salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, cualquiera que sea el motivo de su origen, no constituirán remuneración permanente para ningún efecto legal. En consecuencia, no se percibirán durante los feriados, licencias y permisos con goce de remuneraciones.

## TÍTULO VI

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

## De la asignación de responsabilidad

Artículo 76.- Establécese una asignación de responsabilidad para el personal de la planta de profesionales, de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, con jornadas de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

Esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público. Asimismo, no se considerará base de cálculo de ninguna otra remuneración.

Durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de jefe directo para los efectos previstos en el Párrafo 3 del Título II de la ley N° 18.834.

Artículo 77.- Esta asignación se otorgará conforme a las reglas siguientes:

1.- El número de cupos por establecimiento es el determinado en el artículo siguiente.

2.- Para los efectos de realizar el o los concursos correspondientes, se constituirá en el establecimiento respectivo un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

3.- En el o los concursos para acceder a esta asignación, se considerarán los siguientes factores y con la ponderación indicada en cada caso:

FACTORES	PONDERACIÓN
Capacitación pertinente	30%
Evaluación de Desempeño	20%
Experiencia Calificada	20%
Aptitud para el cargo (Entrevista)	30%

4.- El o los cupos disponibles se asignarán en orden de prelación al funcionario o funcionarios que logren el mayor puntaje en el

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

proceso de concurso y sólo en la medida en que cumplan con los requisitos mínimos para su asignación.

5.- Se otorgará por un período máximo de tres años, siempre que se desempeñe efectivamente la función de responsabilidad de gestión en el establecimiento en el que fue otorgada. En todo caso, el funcionario podrá concursar nuevamente por la asignación, en la medida en que cumpla los requisitos para ello.

6.- Se deberá realizar concurso cada vez que uno o más de los cupos asignados al establecimiento quede disponible.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación y todas las otras normas necesarias para la aplicación de este beneficio. Asimismo, clasificará los establecimientos de salud cuyos funcionarios tengan derecho a concursar a esta asignación, acorde al nivel de complejidad señalado en el artículo siguiente.

Artículo 78.- Para efecto de la concesión de la asignación de responsabilidad, el número total de cupos a nivel nacional será de 1.259, con un costo anual máximo de \$ 515 millones. La Ley de Presupuestos fijará, para cada Servicio de Salud, el número máximo de beneficiarios y los recursos que se pueden destinar para su pago.

Los cupos máximos por tipo de establecimiento y el valor individual anual de la asignación será el señalado en la tabla siguiente. No obstante, el monto indicado para cada caso, podrá ser aumentado o disminuido hasta un 10%.

Tipo de Establecimiento	Cupos Máximos por Persona	Monto Anual por Establecimiento
Alta Complejidad;	13	\$ 580.000
Hospital Media Complejidad;	9	\$ 374.000
Hospital Baja Complejidad;	2	\$ 212.000
Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS);	2	\$ 212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$ 212.000

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponde a valores vigentes al 30 de noviembre de 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.

La asignación otorgada se pagará en cuotas mensuales e iguales, la primera de las cuales el primer día hábil del mes siguiente al de la total tramitación de la resolución que la conceda.

Artículo 79.- Lo dispuesto en la oración final de la letra h) del artículo 1° de la ley N° 19.490 será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68 y 76 de esta ley.

A los funcionarios que perciban la asignación de turno establecida en el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, y que hayan tenido ausencias injustificadas conforme al artículo 66 de la ley N° 18.834, se les descontará el monto correspondiente de acuerdo a lo indicado en dicho artículo.

## TÍTULO VII

## De la promoción en la carrera funcionaria

Artículo 80.- La promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de las Subsecretarías del Ministerio de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación, con una ponderación de 33%, 33% y 34%, respectivamente.

Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirvan.

Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso, disponiendo a los funcionarios de cada grado de la respectiva planta en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Producida una vacante, será promovido el funcionario que se encuentre en el primer lugar del referido escalafón. En caso de producirse un empate, operarán los criterios de desempate establecidos en el artículo 46 de la ley N°18.834.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, fijará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas para cada planta y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento del sistema de acreditación, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación de la competencia e idoneidad de los funcionarios. Asimismo, establecerá las disposiciones necesarias para que los funcionarios dispongan de información oportuna sobre la capacitación a que se refiere este artículo y de los procedimientos para acceder a ella.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo y en el siguiente, será aplicable a los funcionarios lo dispuesto en el artículo 45 de la ley N° 18.834.

Respecto del personal señalado en este artículo y en el siguiente, no será aplicable lo dispuesto en el artículo 48 de la ley N° 18.834.

Artículo 81.- Para todos los efectos legales, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales de las Subsecretarías del Ministerio de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile; de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se hará por concursos internos.

Las bases de los concursos internos considerarán cuatro factores, a saber: capacitación pertinente, evaluación del desempeño, la experiencia calificada y aptitud para el cargo. Cada uno de estos factores tendrá una ponderación de 25%.

Para estos efectos existirá un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel nacional, regional o local, según corresponda.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

En los concursos será promovido al cargo vacante el funcionario que obtenga el mayor puntaje y en ellos podrán participar los funcionarios profesionales de la planta que se ubiquen en los grados inferiores según la siguiente tabla:

GRADO VACANTE	GRADOS QUE PUEDEN PARTICIPAR
5º	6º - 10º
6º	7º - 10º
7º	8º - 10º
8º	9º - 11º
9º	10º - 12º
10º	11º - 13º
11º	12º - 14º
12º	13º - 15º
13º	14º - 16º
14º	15º - 17º
15º	16º - 17º
16º	17º - 18º
17º	18º

Los concursos se sujetarán a las siguientes reglas:

1.- Los funcionarios, en un solo acto, deberán postular a una o más de las plantas respecto de las cuales cumplan con los requisitos legales, sin especificar cargos o grados determinados dentro de ellas.

2.- La provisión de los cargos vacantes de cada planta se efectuará, en cada grado, en orden decreciente, conforme al puntaje obtenido por los postulantes.

3.- Las vacantes que se produzcan por efecto de la provisión de los cargos, conforme al numeral anterior, se proveerán en acto seguido, como parte del mismo concurso y siguiendo iguales reglas.

4.- En caso de producirse empate, los funcionarios serán designados conforme al resultado de la última calificación obtenida y, en el evento de mantenerse esta igualdad, decidirá el respectivo Jefe de Servicio.

## TÍTULO VIII

## De la dotación

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Artículo 82.- Establécese que hasta el 15% de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los servicios de salud, señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, se expresará, para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas.

Conforme a lo señalado en el inciso precedente, los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas asimilados a los grados de la planta de profesionales, podrán voluntariamente y previa aprobación del respectivo Director de Servicio de Salud, reducir su jornada a empleos de 22 horas. En tal caso, el Servicio podrá contratar profesionales haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir en un porcentaje proporcional del 50% los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales, cualquiera que sea la regulación específica de cada uno de ellos.

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, efecto para el cual se considerarán todos los nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Los funcionarios contratados por 22 horas no podrán desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno de que trata el Título V de este Capítulo.

Artículo 83.- La junta calificadora que existirá en cada uno de los hospitales que integran los servicios de salud, conforme a lo establecido en el inciso sexto del artículo 30 de la ley N° 18.834, estará integrada por los tres funcionarios de más alto nivel jerárquico, a excepción del Director del Hospital, y por un representante del personal elegido por éste. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios que corresponda a la planta a calificar que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

El Director del Hospital conocerá del recurso de apelación que puede interponer el funcionario ante la resolución de la junta calificadora o

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

de la del jefe directo en el caso del delegado del personal, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la ley N° 18.834."

ARTÍCULO 2º.- Sustitúyese el artículo 5º del Código Sanitario por el siguiente:

**"Artículo 5º.- Cada vez que el presente Código, la ley o el reglamento aluda a la autoridad sanitaria, deberá entenderse por ella al Ministro de Salud, en las materias que son de competencia de dicha Secretaría de Estado; a los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud, como sucesores legales de los Servicios de Salud y del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, respecto de las atribuciones y funciones que este Código, la ley o el reglamento radica en dichas autoridades y que ejercerá dentro del territorio regional de que se trate; y al Director del Instituto de Salud Pública, en relación con las facultades que legalmente le corresponden respecto de las materias sanitarias que este Código, la ley o el reglamento regula, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado válidamente sus atribuciones."**

ARTÍCULO 3º.- Modifícase la ley N° 19.490, del siguiente modo:

1.- Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 3º, la expresión "la Subsecretaría" por "las Subsecretarías".

2.- Sustitúyese el inciso segundo del artículo 3º por el siguiente:



## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

"Dicha bonificación se regulará por lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 19.479, a excepción de los valores establecidos en la letra c) del inciso primero de esa misma norma. Para el personal de planta y a contrata de las Subsecretarías del Ministerio de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, esta bonificación será de 15,5% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 7,75% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar 66%. Para el personal de planta y a contrata del Fondo Nacional de Salud, esta bonificación será de 10% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 5% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar el 66%."

3.- En el artículo 4°:

a) Sustitúyense, en el inciso primero, los términos "El Subsecretario de Salud" por "los Subsecretarios del Ministerio de Salud."

b) Agrégase, en el inciso cuarto, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser seguido, lo siguiente: "No obstante lo señalado precedentemente, para el personal de planta y a contrata de las Subsecretarías del Ministerio de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, la bonificación por desempeño institucional será de hasta el 15,5%."

c) Agrégase, el siguiente nuevo inciso octavo, pasando los actuales incisos octavo y noveno a ser noveno y décimo, respectivamente:

"Con independencia de la calificación que se obtenga, la bonificación de que trata este artículo será percibida por el 100% de los funcionarios de cada planta y los funcionarios a contrata asimilados a éstas."

ARTÍCULO 4°.- Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 4° de la ley N° 19.086, el párrafo relativo a la planta de profesionales, por el siguiente: "PLANTA DE PROFESIONALES: De grado 18° al grado 5°."

ARTÍCULO 5°.- Déjase establecido que, a contar de la fecha de publicación de esta ley, los funcionarios de las profesiones de Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos, también podrán acceder, entre los grados 18° al 5°, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones, o a los empleos a contrata asimilados a los mismos grados.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

ARTÍCULO 6º.- Créase la Superintendencia de Salud y fíjase como su ley orgánica la siguiente:

## Título I

## Normas Generales

## Párrafo 1º

## De la naturaleza y objeto

Artículo 1º.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Su domicilio será la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las oficinas regionales que establezca el Superintendente en otras ciudades del país.

La Superintendencia estará afecta al Sistema de Alta Dirección Pública establecido en la ley N°19.882.

Artículo 2º.- Corresponderá a la Superintendencia supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.

Asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Régimen de Garantías en Salud.

Igualmente, concernirá a la Superintendencia la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.

## Párrafo 2º

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

## De la organización y estructura

Artículo 3º.- La Superintendencia se estructurará orgánica y funcionalmente en la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud.

Los funcionarios que ejerzan los cargos de Intendentes corresponden al segundo nivel jerárquico de la Superintendencia, para los efectos del ARTÍCULO TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N°19.882.

Artículo 4º.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República en conformidad a lo establecido en la ley N° 19.882, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Corresponderá al Superintendente, especialmente:

1.- Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar el funcionamiento de la Superintendencia y ejercer, respecto de su personal, las atribuciones propias de su calidad de Jefe Superior de Servicio;

2.- Establecer oficinas regionales o provinciales cuando las necesidades del Servicio así lo exijan y existan las disponibilidades presupuestarias;

3.- Celebrar las convenciones y ejecutar los actos necesarios para el cumplimiento de los fines de la Superintendencia;

4.- Delegar atribuciones o facultades específicas en funcionarios de la Superintendencia;

5.- Encomendar a las distintas unidades de la Superintendencia las funciones que estime necesarias;

6.- Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;

7.- Conocer y fallar los recursos que la ley establece;

8.- Rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el objeto de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta, y

9.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Sin perjuicio de la facultad del Ministerio de Salud para dictar las normas sobre acreditación y certificación de los prestadores de salud y de calidad de las atenciones de salud, el Superintendente podrá someter a la consideración de dicho ministerio las que estime convenientes.

## TÍTULO II

## De la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

## Párrafo 1°

De la supervigilancia y control de las instituciones de salud previsional y del Fondo Nacional de Salud

Artículo 5°.- La supervigilancia y control de las instituciones de salud previsional que le corresponde a la Superintendencia, la ejercerá a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en los términos que señala esta ley, la ley N° 18.933 y demás disposiciones que le sean aplicables.

La Superintendencia ejercerá la supervigilancia y el control del Fondo Nacional de Salud a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud. En relación con la modalidad de libre elección, corresponderá a dicho Intendente velar porque las contribuciones que deban hacer los afiliados para financiar el valor de las prestaciones se ajusten a la ley, al reglamento y demás normas e instrucciones, y por el correcto otorgamiento de los préstamos de salud, teniendo para ello las facultades que establecen los Párrafos 2° y 3° de este Título.

## Párrafo 2°

De la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 6°.- Le corresponderán a la Superintendencia las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, respecto de la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud:

1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen, impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;

2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;

3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud y los convenios que se suscriban entre los prestadores y las instituciones de salud previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;

5.- Difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las instituciones de salud previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que impone el referido Régimen de Garantías e informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las instituciones de salud previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud;

6.- Requerir de los prestadores, sean públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas. La Superintendencia deberá adoptar las medidas que sean necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica;

7.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento del Régimen sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos;

8.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las instituciones de salud previsional y del Fondo Nacional de Salud;

9.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud;

10.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;

11.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley, y

12.- Las demás que contemplen las leyes.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Artículo 7º.- El Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud previsional devolverán lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, según lo determine la Superintendencia mediante resolución, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

Dichas resoluciones y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

## Párrafo 3º

De las controversias entre los beneficiarios y los seguros previsionales de salud

Artículo 8º.- La Superintendencia, a través del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, quien actuará en calidad de árbitro arbitrador, resolverá las controversias que surjan entre las instituciones de salud previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la instancia a la que se refiere el artículo 11 o a la justicia ordinaria. El Intendente no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta función y las partes podrán actuar por sí o por mandatario.

La Superintendencia, a través de normas de general aplicación, regulará el procedimiento que deberá observarse en la tramitación de las controversias, debiendo velar porque se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados, la facultad del reclamante de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes. En el procedimiento se establecerá, a lo menos, que el árbitro oír a los interesados, recibirá y agregará los instrumentos que se le presenten, practicará las diligencias que estime necesarias para el conocimiento de los hechos y dará su fallo en el sentido que la prudencia y la equidad le dicten.

El Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, por sí o por un funcionario que designe, podrá citar al afectado y a un representante del Fondo Nacional de Salud o de las instituciones de salud previsional 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.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Artículo 9º.- En contra de lo resuelto por el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales 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 10 días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la sentencia arbitral.

El referido 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 de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

Artículo 10.- Resuelto por el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud el recurso de reposición, el afectado podrá apelar ante el Superintendente, dentro de los 10 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 30 días hábiles.

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

Artículo 11.- Sin perjuicio de la facultad del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud para resolver las controversias que se susciten, en los términos de esta ley, las partes podrán convenir que dicha dificultad sea sometida, previamente, a mediación.

Para el efecto anterior, la Superintendencia deberá llevar un registro especial de mediadores a los que las partes podrán acudir.

Corresponderá a la Superintendencia fijar, mediante normas de general aplicación, los requisitos que deberán cumplir los mediadores a que se refiere este precepto, así como las normas generales de procedimiento a las que deberán sujetarse y las sanciones que podrá aplicar por su inobservancia. Dichas sanciones serán amonestación, multa de hasta 1.000 unidades de fomento, suspensión hasta por 180 días o cancelación del registro.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Cada parte asumirá el costo de la mediación.

## TÍTULO III

## De la Intendencia de Prestadores de Salud

Artículo 12.- Le corresponderán a la Superintendencia, para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:

1. Ejercer, de acuerdo a las normas que para tales efectos determinen el reglamento y el Ministerio de Salud, las funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud.

2. Autorizar a las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento, y designar aleatoriamente la entidad que desarrollará el proceso.

3. Fiscalizar el debido cumplimiento por parte de la entidad acreditadora de los procesos y estándares de acreditación de los prestadores institucionales de salud.

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

5. Mantener un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras, conforme el reglamento correspondiente.

6. 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.

7. Efectuar estudios, índices y estadísticas 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. Requerir de los organismos acreditadores y certificadores y de los prestadores de salud, institucionales e individuales, toda la información que sea necesaria para el cumplimiento de su función.

9. Requerir de las entidades y organismos que conforman



## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

la Administración del Estado, la información y colaboración que sea pertinente para el mejor desarrollo de las funciones y atribuciones que esta ley le asigna.

10. Conocer los reclamos que presenten los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, 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.

11. Imponer las sanciones que corresponda, en conformidad a la ley, y

12. 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.

Artículo 13.- El Intendente de Prestadores de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá solicitar una nueva evaluación de un prestador institucional si verificare que éste no ha mantenido el cumplimiento de los estándares de acreditación, pudiendo convenir previamente un Plan de ajuste y corrección.

El Intendente podrá hacer observaciones al director del establecimiento sobre faltas graves en el cumplimiento de las tareas esenciales del organismo, informando al respecto al director del servicio de salud y al Subsecretario de Redes.

Asimismo, en casos graves el Superintendente deberá hacer presente al secretario regional ministerial, en su calidad de autoridad sanitaria regional, de la necesidad de que aplique las medidas de clausura o cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.

Artículo 14.- Tratándose de infracciones cometidas por las entidades acreditadoras, el Intendente de Prestadores de Salud podrá aplicar a la entidad las siguientes sanciones, de acuerdo a la gravedad de la falta o su reiteración:

1.- Amonestación;

2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

monto máximo antes expresado;

3.- Cancelación de la inscripción en el registro de entidades acreditadoras, y

4.- Las demás que autoricen las leyes y reglamentos.

La multa que se determine será compatible con cualquiera otra sanción.

Artículo 15.- Sin perjuicio de las atribuciones de los ministerios de Salud y Educación establecidas en el numeral 13 del artículo 4° del decreto ley N° 2.763, de 1979, la Superintendencia podrá proponer fundadamente al Ministerio de Salud la incorporación o la revocación del reconocimiento otorgado a una entidad certificadora de especialidades.

## TÍTULO IV

## De las normas comunes a ambas intendencias

Artículo 16.- En caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud por causa imputable a un funcionario, la Superintendencia deberá requerir al Director del Fondo Nacional de Salud para que instruya el correspondiente sumario administrativo, sin perjuicio de las obligaciones que sobre esta materia poseen dicho director y la Contraloría General de la República.

Asimismo, 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 dieran 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 hasta 500 unidades de fomento, la que podrá elevarse hasta 1.000 unidades de fomento si hubiera reiteración dentro del plazo de un año. En este último caso, la Superintendencia deberá publicar dicha sanción.

Artículo 17.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece esta ley y las demás que le encomienden las leyes y reglamentos, la Superintendencia podrá, a través de la respectiva Intendencia, inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, que obren en poder de los organismos o establecimientos fiscalizados, y requerir de ellos o de sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de su actividad.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.

Finalmente, podrá pedir a las instituciones de salud previsional la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.

Artículo 18.- Los afiliados y beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 sólo podrán deducir reclamos administrativos ante la Intendencia respectiva en contra del Fondo Nacional de Salud, de las instituciones de salud previsional o los prestadores de salud, una vez que dichos reclamos hayan sido conocidos y resueltos por la entidad que corresponda, fundadamente y por escrito o por medios electrónicos, a menos que su naturaleza exija o permita otra forma más adecuada de expresión y constancia. Si la Intendencia de que se trate recibe un reclamo sin que se haya dado cumplimiento a lo señalado precedentemente, ésta procederá a enviar el reclamo a quien corresponda.

La Superintendencia fijará, a través de normas de general aplicación, el procedimiento que se seguirá en los casos señalados en el inciso anterior.

Artículo 19.- La Superintendencia, para la aplicación de las sanciones que procedan, deberá sujetarse a las siguientes reglas:

1.- El procedimiento podrá iniciarse de oficio o a petición de parte.

2.- Deberá solicitarse un informe al afectado, el que dispondrá de diez días hábiles para formular sus descargos contados desde su notificación.

3.- Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente respectivo dictará una resolución fundada resolviendo la materia.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

4.- En contra de lo resuelto por el Intendente respectivo, procederán los recursos contemplados en la ley.

Artículo 20.- Las notificaciones que efectúe la Superintendencia se efectuarán conforme las normas establecidas en la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.

Asimismo, en los procedimientos arbitrales o administrativos y en la dictación de instrucciones generales o específicas, se podrá considerar la utilización de medios electrónicos, caso en el cual se sujetarán a las normas de las leyes N° 19.799 y N° 19.880, en lo que corresponda.

## TÍTULO V Disposiciones Finales

Artículo 21.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de institución fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.

En materia de remuneraciones, le serán aplicables a la Superintendencia los artículos 17 de la ley N°18.091 y 5° de la ley N°19.528. Para este efecto, el Superintendente deberá informar anualmente al Ministro de Hacienda.

Artículo 22.- El personal de la Superintendencia se registrará por el Estatuto Administrativo y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.

El personal a contrata de la Superintendencia podrá desempeñar funciones de carácter directivo o de jefatura, las que serán asignadas, en cada caso, por el Superintendente. El personal que se asigne a tales funciones no podrá exceder del 5% del personal a contrata de la institución.

Artículo 23.- La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Artículo 24.- El patrimonio de la Superintendencia estará formado por:

1.- El aporte que se contemple anualmente en la Ley de Presupuestos;

2.- Los recursos otorgados por leyes especiales;

3.- Los bienes muebles e inmuebles, corporales e incorporales que se le transfieran o adquirieran a cualquier título.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objeto de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren; en el caso de los bienes inmuebles, la resolución se reducirá a escritura pública y el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente.

4.- Los frutos de sus bienes;

5.- Las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;

6.- Los ingresos que perciba por los servicios que preste, y

7.- Los aportes de la cooperación internacional que reciba a cualquier título.

Las multas que aplique la Superintendencia serán a beneficio fiscal.

Artículo 25.- Deróganse, a contar de la fecha de creación de la Superintendencia de Salud, las siguientes normas legales: el artículo 1º, el numeral 5 del artículo 3º y los artículos 8º, 9º, 10, 15, 15 bis y 16 de la ley N° 18.933."

ARTÍCULO 7º.- La bonificación por retiro establecida en el Título II de la ley N° 19.882 no será aplicable al personal perteneciente a los

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

establecimientos de salud de carácter experimental. Estos personales quedarán adscritos a la normativa establecida en el artículo primero transitorio de la presente ley.

ARTÍCULO 8º.- Modifícase la ley N° 19.378, de la siguiente forma:

a.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 49, entre la frase "Servicios de Salud" y la palabra "correspondientes" la frase "y por intermedio de las municipalidades".

b.- Incorpórase el siguiente artículo 55 bis, nuevo:

"Artículo 55 bis.- Toda transferencia de recursos públicos dirigida a las entidades administradoras se hará por intermedio de la municipalidad respectiva, debiendo quedar reflejada en el presupuesto respectivo y constar en el balance a que se hace referencia en el artículo 50."

## Disposiciones transitorias

Artículo primero.- Los funcionarios de planta y a contrata regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que se desempeñen en alguno de los servicios de salud señalados en el artículo 16 del decreto ley N° 2.763, de 1979; en las Subsecretarías del Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud; así como los funcionarios de los establecimientos de salud de carácter experimental, mayores de sesenta años de edad, si son mujeres, y de sesenta y cinco años, si son hombres, que, después de los noventa días posteriores a la publicación de esta ley y hasta el 30 de septiembre de 2005, presenten su renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones imponibles, actualizadas según el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses prestados a alguno de los organismos señalados, con un tope de ocho meses de dicha remuneración.

El monto de este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$ 291.728 mensuales y en un mes para aquellos que tengan, a la fecha de publicación de la ley, más de sesenta y tres años si son mujeres y más de sesenta y ocho años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

Para acceder a este beneficio, los funcionarios deberán

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Entre dicha data y el 31 de diciembre de 2004, podrán acceder a este beneficio 2.494 funcionarios, privilegiándose aquellos de menores rentas y mayor edad. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio antes del 31 de diciembre de 2004, podrán hacerlo hasta el 30 de septiembre de 2005. Los cupos que no fueran utilizados en el primer periodo de concesión del beneficio, serán acumulables para el período siguiente.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, también podrán acogerse a este beneficio aquellos funcionarios que, excediendo los cupos antes señalados, cumplan con los requisitos o condiciones establecidos en los incisos anteriores y se encuentren inscritos al 30 de septiembre de 2005 en el registro que al efecto establecerá el reglamento. Estos funcionarios accederán a la indemnización entre dicha data y el 31 de diciembre del mismo año.

Esta indemnización no será imponible ni constituirá renta para ningún efecto legal.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará los calendarios de postulación y pago, los mecanismos para el otorgamiento y las demás disposiciones necesarias para la implementación de este beneficio.

Los funcionarios que cesen en sus empleos por aplicación de lo dispuesto en este artículo, no podrán ser nombrados ni contratados asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos señalados en este artículo, durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido, expresado en unidades de fomento, más el interés corriente para operaciones reajustables.

Artículo segundo.- La asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en el artículo 61 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará conforme al siguiente cronograma:

- a) Por el año 2003: - componente base 2,75%
  - componente variable 0%
- b) Por el año 2004: - componente base 3,85%
  - componente variable, hasta 1,65%
- c) Por el año 2005: - componente base 4,95%
  - componente variable, hasta 3,3%

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

- d) Desde el año 2006: - componente base  
5,5%  
- componente variable, hasta 5,5%

Durante el año 2004, por concepto del componente variable, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.

Artículo tercero.- El componente por acreditación individual a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se implementará gradualmente entre el año 2003 y el 2006, según la siguiente tabla de progresividad:

Años de servicio del funcionario	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Hasta 3 años	2,75%	3%	3%	3%
Más de 3 años y hasta 6 años	2,75%	3,75%	4%	5%
Más de 6 años y hasta 9 años	2,75%	3,80%	4,75%	5,5%
Más de 9 años	2,75%	3,85%	4,95%	5,5%

El proceso de acreditación a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar el año 2005. No obstante, en el caso de los funcionarios que tengan nueve o más años de servicio a la fecha de publicación de esta ley, dicho proceso se entenderá aprobado por el solo ministerio de esta ley.

En los años 2003 y 2004, el componente será pagado a todos los funcionarios señalados en el artículo 64 del referido decreto ley, sin necesidad de acreditarse, conforme a la tabla anterior.

Artículo cuarto.- El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios a que se refieren los artículos 64, 65 y 67 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará durante los años 2003 al 2006 según la siguiente tabla:

Porcentaje de cumplimiento	2003	2004	2005	2006
90% o más	0%	1,65%	3,3%	5,5%
Entre 75% y menos de 90%	0%	0,83%	1,65%	2,75%

Durante el año 2004, por concepto del componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias, se pagará al personal



## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.

Artículo quinto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en los números 1 y 2 del mismo artículo, en forma gradual durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

- año 2004: hasta 5,5%
- año 2005: hasta 8,25%
- año 2006: hasta 11%

Artículo sexto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el número 3 del mismo artículo, en forma gradual, durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

a) Año 2004: hasta el 5,5%, según la siguiente distribución: hasta el 4% por la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad; y de hasta 1,5% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje a pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

b) Año 2005: hasta el 8,25%, según la siguiente distribución: hasta el 6% por la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad; y hasta el 2,25% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje por pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

c) Año 2006: hasta el 11%, conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

Artículo séptimo.- Las modificaciones a la ley N° 19.490, contenidas en los numerales 2), con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y 3), letra b), del artículo 3° de la presente ley, se

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

otorgarán en forma gradual, durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

1) Bonificación de estímulo por desempeño funcionario:

a) Para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados:

i) año 2003	:	12,75%
ii) año 2004	:	13,85%
iii) año 2005	:	14,95%
iv) año 2006	:	15,5%

b) Para los funcionarios que sigan en orden descendente de evaluación, hasta completar el 66% mejor evaluados respecto de cada planta:

i) año 2003	:	6,38%
ii) año 2004	:	6,93%
iii) año 2005	:	7,48%
iv) año 2006	:	7,75%

2) Bonificación por desempeño institucional: El cumplimiento de las metas del año precedente dará derecho a los funcionarios:

a) año 2003	:	hasta el 12,75%
b) año 2004	:	hasta el 13,85%
c) año 2005	:	hasta el 14,95%
d) año 2006	:	hasta el 15,5%

Artículo octavo.- La asignación de turno y la bonificación compensatoria a que se refieren los artículos 72, 73 y 74, respectivamente, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, y decimotercero transitorio de esta ley, respectivamente, comenzarán a regir a contar del día primero del mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra j) del artículo vigesimosegundo transitorio de esta ley, respecto del personal que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios.

Para los funcionarios que integren el sistema de turnos rotativos cubiertos por tres funcionarios, las correspondientes asignación de turno y bonificación compensatoria, comenzarán a regir conforme al siguiente cronograma:

1. A partir del segundo semestre de 2004 se pagarán, por concepto de asignación de turno y bonificación compensatoria, los mismos montos que a esa fecha tenga asignado el personal de igual grado y planta que

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios. La diferencia correspondiente al mayor número de horas trabajadas será considerada como trabajo extraordinario y pagado de acuerdo con la normativa vigente, no aplicándose, en este caso, lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.

2. A partir del segundo semestre de 2005, se pagarán los montos que, para esa fecha, haya determinado el decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra j), del artículo vigesimosegundo transitorio de la presente ley, para la asignación en que el turno esté integrado por tres funcionarios, pasando a ser plenamente aplicable lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979. La correspondiente bonificación compensatoria, se pagará conforme a la normativa contenida en el artículo decimotercero transitorio de este cuerpo legal.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, a contar de la fecha de publicación de esta ley, y mientras la asignación de turno a que se refiere este artículo no se aplique en todos sus términos, el tercero y cuarto turnos se continuarán pagando de acuerdo a lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, no aplicándose a su respecto lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.

Artículo noveno.- El artículo 76 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a regir a contar del primer día del mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento respectivo. Para el primer año, los cupos totales a nivel nacional y el monto anual por Establecimiento serán asignados de acuerdo con la clasificación de complejidad de los establecimientos vigente al momento de publicarse la presente ley, conforme a la siguiente tabla:

Tipo de establecimiento	Cupos máximos por establecimiento	Monto máximo anual por establecimiento	Monto promedio anual por persona
HOSPITAL TIPO 1	13	\$7.540.000	\$580.000
HOSPITAL TIPO 2	12	\$5.460.000	\$455.000
HOSPITAL TIPO 3	9	\$3.366.000	\$374.000
HOSPITAL TIPO 4	2	\$424.000	\$212.000

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Tipo de establecimiento	Cupos máximos por establecimiento	Monto máximo anual por establecimiento	Monto promedio anual por persona
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$212.000	\$212.000
Centros de Referencia de Salud (CRS);	1	\$212.000	\$212.000
Centros de Diagnóstico Terapéuticos (CDT).	1	\$212.000	\$212.000

La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre de 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.

Artículo décimo.- El sistema de promoción mediante concurso interno a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar ciento veinte días después de publicada la presente ley, respecto de todos los cargos vacantes existentes a esa fecha, salvo el grado de inicio de cada planta, el que seguirá regulado conforme las normas generales.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el cumplimiento del plazo que en él se establece, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882.

Artículo undécimo.- El proceso de acreditación de competencias a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar a contar de ciento ochenta días después de publicada esta ley. Con el resultado de este proceso, que evaluará los factores de experiencia calificada, calificación ponderada y capacitación, se confeccionará el escalafón de mérito que regirá durante el año siguiente.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el 1º de enero de 2005, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882.

Artículo duodécimo.- Los reglamentos a que se refieren el inciso segundo del artículo 63, el inciso segundo del artículo 66, el artículo 70 y el inciso segundo del artículo 77, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, deberán dictarse dentro de los ciento ochenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley.

Artículo decimotercero - El personal a que se aplica el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se encuentre en funciones a la fecha de publicación de la presente ley, tendrá derecho a una bonificación no imponible destinada a compensar las deducciones por concepto de cotizaciones para pensiones y salud a que esté afecta la asignación de turno, cuyo monto será el que resulte de aplicar los siguientes porcentajes sobre el valor de dicha asignación, según sea el sistema o régimen previsional de afiliación del trabajador:

a) 20,5% para los afiliados al sistema del decreto ley N° 3.500, de 1980.

b) 25,62% para los afiliados al régimen general de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Sección Empleados Públicos.

c) 21,62% para los afiliados al régimen previsional de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, con rebaja de impositivos de la letra a) del artículo 14 del decreto con fuerza de ley N° 1.340 bis, de 1930.

Para el personal afiliado a un sistema o régimen previsional diferente de los señalados, tal bonificación será equivalente a la suma de las cotizaciones para salud y pensiones que, con respecto a la referida asignación, le corresponda efectuar al trabajador.

Esta bonificación compensatoria se calculará conforme a los límites de impositividad establecidos por la legislación vigente.

Artículo decimocuarto.- Concédese, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se pagará en una sola cuota en el curso del mes siguiente

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

al de la publicación de la presente ley, el que beneficiará a los funcionarios que dichas disposiciones señalan que se encuentren ubicados entre los grados 19° y 28° de la Escala Única, ambos inclusive, y cuyos montos serán equivalentes a la aplicación de los porcentajes que se indican a continuación. Este anticipo no será imputable al incremento de renta que se produzca por efecto de lo dispuesto en el artículo segundo transitorio de esta ley:

- Grados 19° al 22°: 2,38%
- Grados 23° al 28°: 3,81%

Los porcentajes antedichos se aplicarán sobre los valores vigentes al mes anterior a la publicación de la presente ley de las remuneraciones anualizadas que sirven de base de cálculo a esta asignación, de conformidad con lo establecido en el artículo 62 del decreto ley N°2.763, de 1979, más la bonificación otorgada por el artículo 21 de la ley N°19.429, cuando corresponda.

El beneficio establecido en el inciso anterior también se aplicará, por una sola vez, al personal señalado en el artículo 3°, numeral 3, letra b), de esta ley, en las mismas condiciones, plazos, atributos, grados y porcentajes que se establecen en este artículo.

Artículo decimoquinto.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 25 A del decreto ley N° 2.763, de 1979, los siguientes Establecimientos tendrán la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala el Título IV del decreto ley N° 2.763, de 1979, cuando cumplan los requisitos que establezca el reglamento señalado en el mencionado artículo:

N°	COMUNA	ESTABLECIMIENTO
1	ANGOL	HOSPITAL ANGOL
2	ANTOFAGASTA	HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DOCTOR LEONARDO GUZMÁN
3	ARICA	HOSPITAL DOCTOR JUAN NOE CREVANI
4	CASTRO	HOSPITAL CASTRO
5	CHILLAN	HOSPITAL HERMINDA MARTÍN
6	CONCEPCIÓN	HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE
7	COQUIMBO	HOSPITAL COQUIMBO
8	CORONEL	HOSPITAL CORONEL
9	COYHAIQUE	HOSPITAL COYHAIQUE
10	CURICÓ	HOSPITAL CURICÓ
11	INDEPENDENCIA	HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO
12	INDEPENDENCIA	INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER
13	INDEPENDENCIA	HOSPITAL SAN JOSÉ

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

14	IQUIQUE	HOSPITAL DOCTOR ERNESTO TORRES GALDAMES
15	LA SERENA	HOSPITAL LA SERENA
16	LINARES	HOSPITAL LINARES
17	LOS ANDES	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LOS ANDES
18	LOS ANGELES	HOSPITAL VÍCTOR RÍOS RUIZ
19	LOTA	HOSPITAL LOTA
20	MELIPILA	HOSPITAL MELIPILLA
21	OSORNO	HOSPITAL BASE DE OSORNO
22	OVALLE	HOSPITAL OVALLE
23	PEÑALOEN	HOSPITAL DOCTOR LUIS TISNÉ BROUSSE
24	PROVIDENCIA	INSTITUTO DE NEUROCIRUGÍA
25	PROVIDENCIA	HOSPITAL DEL SALVADOR
26	PROVIDENCIA	HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA
27	PROVIDENCIA	INSTITUTO DE GERIATRIA PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA
28	PROVIDENCIA	INSTITUTO PEDRO AGUIRRE CERDA
29	PROVIDENCIA	INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX
30	PUENTE ALTO	HOSPITAL DOCTOR SOTERO DEL RÍO GUNDIÁN
31	PUERTO MONTT	HOSPITAL PUERTO MONTT
32	PUNTA ARENAS	HOSPITAL REGIONAL DOCTOR LAUTARO NAVARRO AVARIA
33	QUILLOTA	HOSPITAL SAN MARTÍN
34	QUILPUÉ	HOSPITAL QUILPUÉ
35	QUINTA NORMAL	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
36	QUINTA NORMAL	HOSPITAL FÉLIX BULNES
37	RANCAGUA	HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA
38	RECOLETA	INSTITUTO PSIQUIATRICO DOCTOR JOSÉ HORWITZ BARAK
39	SAN ANTONIO	HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA
40	SAN CARLOS	HOSPITAL SAN CARLOS
41	SAN FELIPE	HOSPITAL SAN CAMILO
42	SAN FERNANDO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN FERNANDO
43	SAN MIGUEL	HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU
44	SAN MIGUEL	HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS
45	SANTIAGO	HOSPITAL ASISTENCIA PUBLICA
46	SANTIAGO	HOSPITAL PAULA JARA QUEMADA
47	SANTIAGO	INSTITUTO TRAUMATOLÓGICO DOCTOR TEODORO GEBAUER
48	TALCA	HOSPITAL TALCA
49	TALCAHUANO	HOSPITAL LAS HIGUERAS

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

50	TEMUCO	<i>HOSPITAL TEMUCO</i>
51	TOMÉ	<i>HOSPITAL TOME</i>
52	VALDIVIA	<i>HOSPITAL VALDIVIA</i>
53	VALPARAISO	<i>HOSPITAL CARLOS VAN BUREN</i>
54	VALPARAISO	<i>HOSPITAL VALPARAISO</i>
55	VICTORIA	<i>HOSPITAL VICTORIA</i>
56	VIÑA DEL MAR	<i>HOSPITAL GUSTAVO FRICKE</i>

Los Establecimientos señalados en este artículo que no hayan sido calificados como "Establecimiento de Autogestión en Red" al 1 de enero del año 2009, pasarán a tener dicha calidad a contar de esa fecha, por el solo ministerio de la ley, y se encontrarán regidos por las normas establecidas en el mencionado Título. El personal directivo de estos establecimientos tendrá derecho a los beneficios remuneracionales establecidos en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, asociados al cumplimiento de los estándares establecidos en el artículo 25 G, cuando el establecimiento cumpla dichos estándares.

Artículo decimosexto.- El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo al ítem 50-01-03-25-33.104 de la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere financiar con esos recursos.

En todo caso, el beneficio establecido en el inciso tercero del artículo decimocuarto transitorio se financiará mediante reasignaciones internas de los presupuestos de las instituciones correspondientes.

Artículo decimoséptimo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, el que deberá ser también suscrito por el Ministro de Hacienda, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

Artículo decimoctavo.- Las normas de la presente ley entrarán en vigencia el 1 de enero del año 2005, salvo lo dispuesto en el numeral 34) del artículo 1º, en los artículos 3º, 4º, 5º y 7º, y en las disposiciones transitorias.

Artículo decimonoveno.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministro de Hacienda, conformará el primer presupuesto de la Superintendencia de Salud.



## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

El gasto que se derive de las nuevas plantas que se fijen, del encasillamiento que se practique y del traspaso de personal desde otras instituciones que se disponga, no podrá exceder de la suma de las remuneraciones que se estén pagando al personal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional más las del personal traspasado correspondientes al nuevo régimen de remuneraciones a que estarán afectos con motivo de dicho traspaso, cualesquiera sea la calidad jurídica de estos personales, todo ello considerando su efecto año completo.

Artículo vigésimo.- Lo dispuesto en el inciso final del número 13 del artículo 4° del decreto ley N° 2.763, de 1979, no se aplicará mientras no entren en vigencia las normas relativas a la acreditación de los programas correspondientes.

Artículo vigesimoprimer.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, del año 1979.

Artículo vigesimosegundo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias:

a) Fijar la planta de personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El encasillamiento en esta planta incluirá sólo a personal proveniente de la Subsecretaría de Salud.

b) Fijar la planta de personal de la Superintendencia de Salud. El encasillamiento en esta planta podrá incluir personal proveniente de la Subsecretaría de Salud, de los Servicios de Salud y de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de esta última institución.

c) Fijar la planta de la Subsecretaría de Salud Pública. El encasillamiento en esta planta incluirá personal proveniente de la Subsecretaría de Salud y de los Servicios de Salud. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de la Subsecretaría de Salud.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

La Subsecretaría de Salud Pública será la continuadora legal de la Subsecretaría de Salud, para todos los efectos legales.

d) Las plantas de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública contendrán, a lo menos, dos cargos de jefe de división cada una.

e) Las áreas funcionales que competerán al Ministerio de Salud a través de las estructuras internas de sus Subsecretarías, estarán asociadas, a lo menos, a redes asistenciales, recursos humanos, planificación y presupuesto, prevención y control de enfermedades, políticas públicas en salud y administración y servicio interno.

f) Modificar la planta del Fondo Nacional de Salud que se verá aumentada por el traspaso de personal que cumpla funciones de autorización y pago de subsidios de incapacidad laboral en los Servicios de Salud, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refiere la letra g) de este artículo.

g) Para ordenar el traspaso de funcionarios titulares de planta y a contrata entre las instituciones señaladas en las letras a), b), c) y f) precedentes, sin alterar la calidad jurídica de la designación y sin solución de continuidad, y el traspaso de los recursos que se liberen por este hecho. El traspaso del personal titular de planta, y de los cargos que sirven, se efectuará en el mismo grado que tenían a la fecha del traspaso, salvo que se produzca entre instituciones adscritas a diferentes escalas de sueldos base, caso en el cual se realizará en el grado más cercano al total de remuneraciones que perciba el funcionario traspasado. A contar de esa misma fecha, el cargo del que era titular el funcionario traspasado se entenderá suprimido de pleno derecho en la planta de la institución de origen.

h) Modificar las plantas de los servicios de salud que se verán reducidas por el traspaso del personal que cumpla funciones de autoridad sanitaria, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refieren las letras b), c), f) y g) de este artículo.

i) Establecer las normas complementarias al artículo 13 bis de la ley N° 18.834, respecto de los encasillamientos derivados de las plantas que fije de conformidad con las atribuciones establecidas en este artículo. Asimismo, en el ejercicio de ellas, podrá establecer los requisitos para el desempeño de los cargos, sus denominaciones, los niveles jerárquicos para efectos de la aplicación de la ley N° 19.882, las fechas de vigencia de las plantas, las dotaciones máximas de personal y todas las normas necesarias para la adecuada estructuración y operación de las plantas que fije.

## OFICIO LEY AL EJECUTIVO

j) El uso de las facultades señaladas en este artículo quedará sujeto a las siguientes restricciones, respecto del personal al que afecte:

-No podrá tener como consecuencia ni podrán ser considerados como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral del personal traspasado y del que no se traspase.

-No podrá significar pérdida del empleo, disminución de remuneraciones, modificación de los derechos estatutarios y previsionales del personal traspasado y del que no se traspase. Tampoco podrá importar cambio de la residencia habitual de los funcionarios fuera de la Región en que estén prestando servicios, salvo con su consentimiento.

-Cualquier diferencia de remuneraciones deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que se absorberá por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Dicha planilla mantendrá la misma imponibilidad que aquella de las remuneraciones que compensa.

-Los funcionarios encasillados conservarán la asignación de antigüedad que tengan reconocida, como también el tiempo computable para dicho reconocimiento.

-No se podrá modificar la suma de las dotaciones máximas de personal que tienen a la fecha de publicación de esta ley el Ministerio de Salud y las instituciones y servicios dependientes o relacionados con éste, sin perjuicio de la creación de los cargos de Subsecretario de Redes Asistenciales, Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud e Intendente de Prestadores de Salud.

k) Establecer el procedimiento para la determinación del monto que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por tres y cuatro personas respectivamente, durante el primer año presupuestario de vigencia.

l) Determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, la que en ningún caso podrá exceder de dos años a contar de la fecha de publicación de esta ley, establecer el destino de sus recursos y el traspaso de su personal, el que deberá efectuarse al Ministerio de Salud. En tanto no se suprima dicho Servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en

---

OFICIO LEY AL EJECUTIVO

los artículos transitorios primero, séptimo y undécimo de esta ley. Asimismo, dichos funcionarios tendrán derecho a los incrementos pecuniarios dispuestos en los artículos transitorios séptimo y decimocuarto de esta ley.

Artículo vigesimotercero.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministerio de Hacienda, conformará el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública, los Servicios de Salud y la Superintendencia de Salud, y traspasará a ellos los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítems y glosas presupuestarias que sean pertinentes."

\*\*\*\*\*

Dios guarde a V.E.

ISABEL ALLENDE BUSSI  
Presidenta de la Cámara de Diputados

CARLOS LOYOLA OPAZO  
Secretario General de la Cámara de Diputados

## LEY

## 4. Publicación Diario Oficial

### 4.1. Ley N° 19.937

Diario Oficial 24 de febrero de 2004.

Biblioteca del Congreso Nacional

---

-----  
Identificación de la Norma : LEY-19937  
Fecha de Publicación : 24.02.2004  
Fecha de Promulgación : 30.01.2004  
Organismo : MINISTERIO DE SALUD

LEY NUM. 19.937

MODIFICA EL D.L. N° 2.763, DE 1979, CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER UNA NUEVA CONCEPCION DE LA AUTORIDAD SANITARIA, DISTINTAS MODALIDADES DE GESTION Y FORTALECER LA PARTICIPACION CIUDADANA

Teniendo presente que el H. Congreso Nacional ha dado su aprobación al siguiente

Proyecto de Ley:

"Artículo 1°.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:

1) Sustitúyese el artículo 4° por el siguiente:

"Artículo 4°.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones:

1.- Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:

- a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
- b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.

## LEY

- c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
- d) La coordinación y cooperación internacional en salud.
- e) La Dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.

2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.

3.- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud.

La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarias y la sanción a su infracción cuando proceda, en materias tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, será efectuada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.

La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo dispuesto en la ley N° 19.886, debiendo cumplir la entidad, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, las bases de la licitación deberán considerar esta condición con un mayor factor de ponderación.

## LEY

4.- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.

5.- Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628 y sobre secreto profesional.

6.- Formular el presupuesto sectorial.

7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGÉ", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.

9.- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

10.- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

11.- Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.

Los mencionados estándares deberán ser establecidos

## LEY

usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.

12.- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones.

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; los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.

La acreditación deberá aplicar iguales estándares a los establecimientos públicos y privados de salud.

13.- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.

Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual se reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencias relevantes en un determinado ámbito del trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.

Mediante un reglamento de los Ministerios de Salud y Educación, se determinarán las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades, como asimismo las condiciones generales que aquéllas deberán cumplir con el objetivo de recibir la autorización para ello. El reglamento establecerá, asimismo, las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema y la forma en que las entidades certificadoras deberán dar a conocer lo siguiente: los requisitos mínimos de conocimiento y experiencia que exigirán para cada especialidad o subespecialidad, los procedimientos de



## LEY

examen o verificación de antecedentes que emplearán para otorgar la certificación, los antecedentes respecto del cuerpo de evaluadores que utilizarán, los antecedentes que deberán mantener respecto del proceso de certificación de cada postulante y las características del registro público nacional y regional de los prestadores certificados, que deberá mantener la Superintendencia de Salud.

Las universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras respecto de los alumnos que hayan cumplido con un programa de formación y entrenamiento ofrecido por ellas mismas, si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente.

14.- Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.

15.- Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes. Los sistemas podrán contemplar la intervención de entidades públicas y privadas que cumplan con condiciones técnicas de idoneidad.

16.- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.

17.- Las demás que le confieren las leyes y reglamentos.".

2) Intercálase, a continuación del artículo 4°, el siguiente artículo 4° bis, nuevo:

"Artículo 4° bis.- Para el cumplimiento de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud deberá convocar la formación de

## LEY

Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales y representantes de personas jurídicas, del sector público y del privado, de acuerdo a las materias a tratar.

La resolución que disponga la creación del Consejo respectivo señalará el plazo de duración en el cargo de los integrantes, el quórum para sesionar y las demás normas necesarias para su funcionamiento."

3) Sustitúyese el artículo 5° por el siguiente:

"Artículo 5°.- El Ministerio de Salud estará integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública y las secretarías regionales ministeriales.

El Ministerio estará organizado en divisiones, departamentos, secciones y oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función."

4) Derógase el inciso final del artículo 6°.

5) Derógase el artículo 7°.

6) En el artículo 8°:

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo por los siguientes:

"Artículo 8°.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad que serán exigibles.

Para ello, el Subsecretario de Redes propondrá al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema.

El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las secretarías regionales ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas,

## LEY

unidades y personal que corresponda.".

b) Modifícase el inciso tercero, que ha pasado a ser segundo, del siguiente modo:

i.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto (.), la conjunción "y".

ii.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción "y" con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).

iii.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.

c) Elimínase el inciso final

d) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:

"El Subsecretario de Redes Asistenciales subrogará al Ministro de Salud en ausencia del Subsecretario titular de Salud Pública.".

7) Sustitúyese el artículo 9° por el siguiente:

"Artículo 9°.- El Subsecretario de Salud Pública subrogará al Ministro en primer orden, tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.

En relación con las materias señaladas en el inciso anterior, le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y el Instituto de Salud Pública, e impartirles instrucciones.

Asimismo, administrará el financiamiento previsto para las acciones de salud pública, correspondientes a las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, independientemente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie, pudiendo ejecutar dichas acciones directamente, a través de las secretarías regionales ministeriales, de las entidades que integran el sistema, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

El Subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de las secretarías regionales ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones,

## LEY

departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además, como colaborador del Ministro, coordinará las mencionadas secretarías regionales."

8) Derógase el artículo 10.

9) Deróganse los artículos 11 a 13.

10) En el artículo 14:

a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con la frase "el que deberá" y termina con la palabra "siguientes:", por "sin perjuicio de las oficinas provinciales que pudieran requerirse."

b) Suprímense los literales desde la a) a la j).

11) Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D y 14 E, nuevos:

"Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades certificadas en el ámbito de la salud pública.

Artículo 14 B.- Las secretarías regionales ministeriales de salud tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud:

1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad. Asimismo, adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región, dentro del marco fijado para ello por las autoridades nacionales.

2.- Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones sobre la materia, para lo cual se encontrará dotado de todas las facultades y atribuciones que el Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias sanitario

## LEY

ambientales le confieren, de conformidad con lo previsto en el Artículo 14C.

3.- Adoptar las medidas sanitarias que correspondan según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias y elaborar informes en materias sanitarias. Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, serán homogéneos para los establecimientos públicos y privados.

4.- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada servicio de salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

En el ejercicio de estas funciones, coordinará aquellas acciones de promoción y prevención cuya ejecución recaiga en los servicios de salud.

5.- Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

6.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

7.- Cumplir las acciones de fiscalización y acreditación que señalen la ley y los reglamentos y aquellas que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.

8.- Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, conforme a lo dispuesto en el artículo 4° de la ley N° 19.813.

9.- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

10.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Artículo 14 C.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las secretarías regionales ministeriales, todas aquellas materias que corresponden a los servicios de salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de carácter asistencial en salud, sin perjuicio de la ejecución de acciones de

## LEY

salud pública conforme al número 4 del artículo anterior.

En relación a las materias que trata este artículo, los secretarios regionales ministeriales de salud deberán ajustarse a las normas técnicas y administrativas de carácter general que imparta el Ministerio de Salud, ya sea a nivel nacional o regional.

Artículo 14 D.- Los recursos financieros que recauden las secretarías regionales ministeriales de salud por concepto de tarifas que cobren por los servicios que presten, cuando corresponda, y por las multas que les corresponda percibir, ingresarán al presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública, la que lo distribuirá entre las referidas secretarías regionales.

Artículo 14 E.- Existirá en cada secretaría regional ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señale esta ley y sus reglamentos y las que el secretario regional ministerial le someta a su consideración. Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

El secretario regional ministerial deberá convocar al Consejo en el primer trimestre de cada año con el objetivo de informar acerca de la gestión del año anterior y la planificación del año correspondiente. Un reglamento regulará la forma de nombrar a los integrantes, el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento."

12) Derógase el artículo 15

13) En el artículo 16:

a) En el encabezamiento, sustitúyese la frase "la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas", por la siguiente: "la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas".

b) Sustitúyese, en el inciso primero, el párrafo que dice: "Siete en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte, Occidente y Servicio de Salud del Ambiente." por el siguiente: "Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur-Oriente, Oriente, Norte y Occidente."

14) Intercálanse, a continuación del artículo 16, los siguientes artículos 16 bis y 16 ter, nuevos:

## LEY

"Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada servicio de salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La Red Asistencial de cada servicio de salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

Artículo 16 ter.- La red asistencial de cada servicio de salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios, sean dependientes de municipios, de servicios de salud o tengan convenios con éstos, deberán atender, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos, y serán supervisados y coordinados por el servicio de salud respectivo.

Los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.

El establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud en relación con la recolección y tratamiento de datos y a los sistemas de información que deberán mantener. Los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que les prestará las

## LEY

acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. Los beneficiarios no podrán cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acrediten, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distintos.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios públicos del sector salud que sean beneficiarios de la ley N° 18.469, y sus cargas, podrán ser atendidos en el mismo establecimiento asistencial en que desempeñan sus labores, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud."

15) Deróganse los incisos segundo y tercero del artículo 17.

16) Sustitúyese el artículo 18 por el siguiente:

"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un director seleccionado, designado y evaluado conforme al Título VI de la ley N° 19.882."

17) Intercálase, a continuación del artículo 18, el siguiente artículo 18 bis, nuevo:

"Artículo 18 bis.- Al director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutoria del nivel primario de atención.

Con este objeto, conforme a la ley N° 19.813, determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria. Sobre esta base se evaluará el desempeño de cada entidad administradora. Para efectos de la determinación de dichas metas, deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo presidido por el director e integrado por el Director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad, todo ello sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime



## LEY

pertinentes.

El Director deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red."

18) En el artículo 20:

a) Reemplázase el encabezamiento del artículo 20 por el siguiente:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en los Títulos IV y V de este Capítulo, para el desempeño de sus funciones el director tendrá, entre otras, las siguientes atribuciones:"

b) Sustitúyese la letra a) por la siguiente:

"a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como asimismo, coordinar, asesorar y controlar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos del Servicio.

Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los hospitales autogestionados y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la Red, en los términos del artículo 25 B."

c) Modificase la letra h) de la siguiente manera:

i) En su párrafo segundo, reemplázanse las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción".

ii) Agrégase, como párrafo tercero, nuevo el siguiente:

"Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud."

d) Sustitúyese la letra m) por la siguiente:

"m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;"

e) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción "y" y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

f) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o), p), q), r) y s) nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser letra t):

"o) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación;

p) Disponer, mediante resolución fundada, la comisión de servicios de los funcionarios de su

## LEY

dependencia y que no formen parte del personal del Establecimiento de Autogestión en Red, conforme al artículo 25 K, en cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, siempre que dicho establecimiento esté situado en la misma ciudad en que éste se desempeñe. La comisión de servicio podrá tener lugar en una ciudad diferente, siempre que el funcionario consienta en ello.

En caso alguno estas comisiones podrán significar el desempeño de funciones de inferior jerarquía a las del cargo o ajenas a los conocimientos que éste requiere, ni podrán importar menoscabo para el funcionario.

Podrá disponerse que dicha comisión sea cumplida en jornadas totales o parciales, así como en días determinados de la semana.

Los funcionarios no podrán ser designados en comisión de servicios durante más de dos años. No obstante, a petición del funcionario y de común acuerdo podrá prorrogarse la comisión por el plazo que convengan las partes.

Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren.

El funcionario respecto de quien se disponga la comisión de servicios, que estimare que ésta le produce menoscabo podrá solicitar la reposición de la resolución ante el Director. La resolución del Director podrá ser apelada ante el Secretario Regional Ministerial de Salud dentro del término de diez días hábiles contado desde la fecha en que se le comunique dicha resolución o la que deseche la reposición.

Sin perjuicio de lo dispuesto en esta letra, el Director podrá designar en comisión de servicios a los funcionarios conforme a las normas que establece la ley N° 18.834, Estatuto Administrativo;

q) Celebrar convenios de gestión con las respectivas entidades administradoras de salud municipal, o con establecimientos de atención primaria, que tengan por objeto, entre otros, asignar recursos asociados al cumplimiento de metas sanitarias, aumento de la resolutividad de sus establecimientos y mejoramiento de los niveles de satisfacción del usuario. Los referidos convenios deberán contemplar, en general, los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores, medios de verificación y las medidas que se adoptarán en caso de incumplimiento de las obligaciones contraídas.

## LEY

Los convenios de gestión deberán aprobarse por resolución fundada del Director del Servicio, en la que se consignarán los antecedentes que justifiquen su celebración y los criterios utilizados para elegir a los establecimientos participantes. Los convenios podrán extenderse a otros establecimientos municipales de atención primaria que lo soliciten, siempre que exista disponibilidad presupuestaria para esos fines y que se presenten antecedentes que lo justifiquen desde los puntos de vista económico y sanitario;

r) Evaluar el cumplimiento de las normas técnicas, planes y programas que imparta el Ministerio de Salud a los establecimientos de atención primaria de salud, y el cumplimiento de las metas fijadas a dichos establecimientos en virtud de los convenios celebrados conforme a la letra anterior y al artículo 57 de la ley N° 19.378. Si el Director del Servicio verificara un incumplimiento grave de las obligaciones señaladas anteriormente, podrá representar tal circunstancia al alcalde respectivo. Asimismo, dicha comunicación será remitida al intendente regional, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 9° de la ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;

s) Elaborar el presupuesto de la Red Asistencial de Salud a su cargo y formular las consideraciones y observaciones que le merezcan los presupuestos de los hospitales autogestionados, y.".

19) Intercálanse, a continuación del artículo 21, los siguientes artículos 21 A y 21 B, nuevos:

"Artículo 21 A.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial, en adelante el Consejo de Integración, de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los Hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

El Consejo estará constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial

## LEY

del Servicio.

Artículo 21 B.- El nombre de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud será determinado mediante decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud, a proposición del respectivo Director del Servicio de Salud, quien deberá acompañar, para estos efectos, la opinión del Consejo Regional correspondiente."

20) Sustitúyese, en el artículo 23, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

21) Sustitúyese el artículo 24 por el siguiente:

"Artículo 24.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:

a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469, a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos aprobados;

b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial para la ejecución de acciones de salud pública;

c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;

e) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos

## LEY

solidarios.".

22) Intercálanse, a continuación del artículo 25, los siguientes Títulos IV y V, nuevos:

"TITULO IV  
DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTION EN RED  
Párrafo I  
De la creación y funciones

Artículo 25 A.- Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de

"Establecimientos de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala este Título, si cumplen los requisitos que se determinen en el Reglamento a que se refiere el inciso siguiente.

Un reglamento, suscrito por el Ministro de Salud, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de dicha calidad y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir, los que deberán estar referidos, al menos, al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios, a gestión financiera, gestión de personal, gestión del cuidado e indicadores y estándares fijados en convenios y normas.

Estos establecimientos deberán tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios.

Mediante resolución fundada conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerá la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" a aquellos que cumplan los requisitos señalados en el Reglamento, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme el inciso primero.

Los establecimientos que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N°18.575 y a las normas de la

## LEY

presente ley.

No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 25 L y 25 M.

Los Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley.

Artículo 25 B.- El Establecimiento, como parte integrante de la Red Asistencial, deberá, a lo menos:

1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio de Salud respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red Asistencial;

2. Atender beneficiarios de la ley N° 18.469 y de la ley N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de la ley y los convenios correspondientes;

3. Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales;

4. Entregar información estadística y de atención de pacientes que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud, la Superintendencia de Salud, los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.

Los Establecimientos de Autogestión en Red que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, formarán parte de una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional coordinada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, conforme a un reglamento del Ministerio de Salud. Para los efectos de lo dispuesto en los números 1 y 2 del inciso primero, deberán sujetarse exclusivamente a las normas que imparta dicho Subsecretario.

## LEY

Artículo 25 C.- El Establecimiento estará a cargo de un Director, el que corresponderá al segundo nivel jerárquico del Servicio de Salud para los efectos del artículo trigésimo séptimo de la ley N°19.882. Tendrá las atribuciones a que se refieren los artículos 25 E y 25 F.

El cargo de Director de Establecimiento deberá ser servido en jornada completa de 44 horas semanales y remunerado conforme al sistema del decreto ley N°249, de 1974, y sus normas complementarias, según el grado de la escala en que se encuentre ubicado el cargo en la respectiva planta de personal. Deberá ser un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión en salud.

Los mecanismos y procedimientos de coordinación y relación entre el Director del Establecimiento y el Director del Servicio de Salud correspondiente se regirán por lo establecido en la ley y por los convenios de desempeño que se celebren de conformidad con ella.

El convenio de desempeño deberá establecer especialmente directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la Red, como asimismo metas de desempeño presupuestario.

Sin perjuicio de lo establecido en los artículos quincuagésimo séptimo y quincuagésimo octavo de la ley N° 19.882, el Director del Establecimiento será removido por el Director del Servicio de Salud de comprobarse el incumplimiento del convenio de desempeño o falta grave a sus deberes funcionarios. En los casos de remoción se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud, salvo en las situaciones previstas en el inciso cuarto del artículo 25 I.

Artículo 25 D.- Existirá un Consejo Consultivo de los Usuarios, el que estará compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del establecimiento.

El Consejo Consultivo tendrá la función de asesorar al director del establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.

Asimismo, en el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por el establecimiento durante el año, así como la cuenta pública anual del mismo.

Un reglamento determinará las materias, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo.

El Director contará también con la asesoría de un

## LEY

Consejo Técnico, el que tendrá por objetivo colaborar en los aspectos de gestión en que el Director requiera su opinión, así como propender a la mejor coordinación de todas las actividades del establecimiento.

El Consejo será presidido por el Director y estará constituido por representantes de las distintas jefaturas del establecimiento, conforme lo establezca el reglamento.

Artículo 25 E.- La administración superior y control del establecimiento corresponderán al Director. El Director del Servicio de Salud no podrá interferir en el ejercicio de las atribuciones que le confiere este título al Director del Establecimiento, ni alterar sus decisiones. Con todo, podrá solicitar al Director del Establecimiento la información necesaria para el cabal ejercicio de las funciones de éste.

Artículo 25 F.- En el Director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:

a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento.

b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento.

c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y las demás normativas vigentes.

d) Elaborar y presentar al Director del Servicio de Salud correspondiente, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales con un informe, el proyecto de presupuesto del Establecimiento, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones, conforme a las necesidades de ampliación y reparación de la infraestructura, de reposición del equipamiento de éste y a las políticas del Ministerio de Salud.

Sin perjuicio de las instrucciones generales que imparta la Dirección de Presupuestos para estos efectos, el Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas y justificando la priorización propuesta. El presupuesto indicará detalladamente el estado del cobro de las prestaciones otorgadas y devengadas.

El Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante resolución, aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio, a más tardar el 15 de diciembre de cada año, o el



## LEY

siguiente día hábil, si el 15 fuera feriado, sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos. Si vencido el plazo el Subsecretario no hubiera dictado la resolución, el presupuesto presentado por el Director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley.

En cada uno de los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley N° 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto, todo ello conforme a las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos para la elaboración del proyecto de Ley de Presupuestos. Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el Director del Establecimiento, el subsecretario deberá indicar los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que deberán reducirse para ajustarse al presupuesto aprobado.

e) Ejecutar el presupuesto y el plan anual del establecimiento, de acuerdo con las normas relativas a la administración financiera del Estado.

El director podrá modificar el presupuesto y los montos determinados en sus glosas. Dichas modificaciones podrán ser rechazadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo con las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Si el Subsecretario no se pronuncia en el plazo de quince días, contados desde la recepción de la solicitud, ésta se entenderá aceptada.

Copia de todos los actos relativos a las modificaciones presupuestarias deberán ser remitidas al Servicio de Salud correspondiente y a la Dirección de Presupuestos.

f) Ejercer las funciones de administración del personal destinado al establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director del Servicio, feriados,

## LEY

permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el reglamento.

Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios, el Director del Establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio.

Un Reglamento, emitido a través del Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, establecerá las normas necesarias para ejercer las funciones de que trata el presente literal.

g) Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aun cuando sean propias o habituales del Establecimiento.

El gasto por los contratos señalados en esta letra no podrá exceder el 20% del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.

h) Celebrar contratos regidos por la ley N° 18.803.

i) Ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorpóreas que hayan sido asignadas o afectadas al Establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.

Los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas de los decretos leyes N° 1.056, de 1975, o N° 1.939, de 1977. Cuando la enajenación de bienes muebles alcance las siete mil unidades tributarias mensuales en un año, todas las que le sucedan requerirán la autorización previa del Director del Servicio de Salud respectivo.

Asimismo, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra r), podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas.

j) Celebrar convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud.

k) Celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, y con entidades administradoras de salud primaria pertenecientes a su territorio, en los que se

## LEY

podrán proveer todos los recursos necesarios para la ejecución del convenio, mediante la destinación de funcionarios a prestar colaboración en éste, el traspaso de fondos presupuestarios u otras modalidades adecuadas a su naturaleza. En particular, podrá estipularse el aporte de medicamentos, insumos y otros bienes fungibles de propiedad del establecimiento. Los bienes inmuebles, equipos e instrumentos podrán cederse en comodato o a otro título no traslativo de dominio, y serán restituidos a su terminación.

Los convenios con entidades que no sean parte de su Red Asistencial deberán contar con la aprobación del Director del Servicio.

l) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objetivo de que el Establecimiento otorgue prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Las personas o instituciones que celebren dichos convenios estarán obligadas al pago íntegro de la prestación otorgada. El incumplimiento de las obligaciones por parte del beneficiario de la prestación o acción de salud no afectará a la obligación contraída con el Establecimiento por parte de las personas o instituciones celebrantes del convenio.

Los convenios con las instituciones de salud previsional estarán sujetos a lo dispuesto en los artículos 22 y 33 de la ley N° 18.933 en relación con el uso de camas.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 25 H deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.

La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 116 de la ley N° 18.834.

m) Celebrar convenios con profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales cuando tengan por objeto atender a sus

## LEY

pacientes particulares en el establecimiento. En estos casos, dicha atención deberá realizarse fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada se podrá autorizar convenios con profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales o con profesionales que no sean funcionarios del sistema, previa aprobación del Director del Servicio de Salud.

Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente, deberán ajustarse al reglamento y a las instrucciones que impartan conjuntamente los ministerios de Salud y de Hacienda y, en virtud de ellos, se podrán destinar a hospitalización los pensionados.

El paciente particular deberá garantizar debidamente el pago de todas las obligaciones que para éste se generan con el Establecimiento por la ejecución del convenio, conforme a las instrucciones de los ministerios de Salud y de Hacienda.

En todo caso, se dará prioridad al pago de los gastos en que haya incurrido el Establecimiento, y éste no será responsable de los daños que se produzcan como consecuencia de dichas prestaciones o acciones de salud, con excepción de los perjuicios causados directamente por negligencia del Establecimiento.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 25 H deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.

La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 116 de la ley N° 18.834.

n) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud y con el servicio de salud correspondiente por las prestaciones que otorgue el Establecimiento a los beneficiarios de la ley N°18.469 en la Modalidad de Atención Institucional. En el caso de la Modalidad de Libre Elección se aplicarán las normas generales de la ley N°18.469.

Con el exclusivo objetivo de verificar que los convenios cumplan con el artículo 25 B, el respectivo Director del Servicio de Salud, o el Subsecretario de Redes Asistenciales en el caso de los establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad, deberá aprobarlos previamente, dentro de

## LEY

los quince días siguientes a su recepción. Después de ese plazo, si no se han hecho objeciones fundadas, los convenios se entenderán aprobados.

Las controversias que se originen por el párrafo precedente serán resueltas por el Ministro de Salud.

ñ) Otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con los Servicios de Salud, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.

o) Ejecutar acciones de salud pública, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial y el Subsecretario de Salud Pública, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.

p) Establecer en forma autónoma un arancel para la atención de personas no beneficiarias de la ley N°18.469, el cual en ningún caso podrá ser inferior al arancel a que se refiere el artículo 28 de dicha ley.

q) Realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización expresa del Ministerio de Hacienda.

r) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso y dar de baja los bienes muebles del Establecimiento, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación.

s) Delegar, bajo su responsabilidad, y de conformidad con lo establecido en la ley N° 18.575, atribuciones y facultades en los funcionarios de su dependencia.

t) Conferir mandatos en asuntos determinados.

u) Desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y reglamentos.

v) Condonar, total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, con acuerdo del Director del Servicio de Salud respectivo, la diferencia de cargo del afiliado de la ley N° 18.469, de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud.

Las inversiones que se financien con recursos propios y que superen las diez mil unidades tributarias mensuales, deberán contar con la autorización del Director del Servicio de Salud respectivo.

Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud

## LEY

respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo. Notificada la demanda, deberá ponerla, en el plazo de 48 horas, en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, quien deberá adoptar las medidas administrativas que procedieran y podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio.

Artículo 25 G.- El Establecimiento estará sujeto a una evaluación anual del Subsecretario de Redes Asistenciales, para verificar el cumplimiento de los estándares determinados por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que incluirán a lo menos las siguientes materias:

a) Cumplir las obligaciones que establece el artículo 25 B, para lo que se requerirá un informe al Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad;

b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;

c) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de cuenta pública a la comunidad, entre otras;

d) Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días;

e) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios;

f) Lograr una articulación adecuada dentro de la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe del Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad, y

g) Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieren convenido con el Director del Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, para lo que se requerirá un informe del Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad.

Artículo 25 H.- El establecimiento deberá efectuar

## LEY

auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Sin perjuicio de lo anterior y de las respectivas normas de contabilidad gubernamental, el Establecimiento deberá elaborar estados financieros trimestrales en la forma que defina el reglamento.

Se enviará copia de los informes y estados financieros al Subsecretario de Redes y al Director del Servicio de Salud respectivo.

Artículo 25 I.- Detectado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud respectivo o el Superintendente de Salud el incumplimiento de los estándares señalados en el artículo 25 G, el Subsecretario representará al Director del Establecimiento la situación y le otorgará un plazo de 15 días hábiles, el que podrá ser prorrogado por una sola vez, para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia.

La Subsecretaría, conjuntamente con la Dirección de Presupuestos, dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia, ya sea aprobándolo o rechazándolo.

Si la Subsecretaría aprueba el plan presentado, éste deberá ejecutarse en el plazo que acuerden, el que no podrá exceder de ciento veinte días. Al cabo de este plazo, deberá evaluarse si se subsanaron los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación.

La no presentación del plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento el cual, en estos casos, cesará en sus funciones de Director por el solo ministerio de la ley. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley.

Artículo 25 J.- Mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales se regulará la forma en que la población usuaria del Establecimiento podrá manifestar sus peticiones, críticas y sugerencias.

## Párrafo II

Normas especiales de personal

## LEY

Artículo 25 K.- Los funcionarios de planta o a contrata que se desempeñen en el establecimiento a la fecha de otorgamiento de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" permanecerán destinados a éste. Sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del Establecimiento, podrá ponerse término a la destinación en el establecimiento de determinados funcionarios, quienes quedarán a disposición del Servicio de Salud correspondiente, todo ello cuando lo requieran las necesidades del Servicio y fuere conveniente para el buen funcionamiento del Establecimiento.

Los contratos a honorarios vigentes a la fecha indicada continuarán surtiendo sus efectos conforme a las disposiciones contenidas en ellos.

## Párrafo III

De los recursos y bienes del establecimiento

Artículo 25 L.- El Establecimiento, para el desarrollo de sus funciones, contará con los siguientes recursos:

- a) Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469;
- b) Con aquellos pagos que le efectúe el Servicio de Salud respectivo por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469;
- c) Con aquellos pagos que le efectúe el Subsecretario de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial por la ejecución de acciones de salud pública;
- d) Con los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijados en aranceles, convenios u otras fuentes;
- e) Con los frutos que produzcan los bienes destinados a su funcionamiento y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes;
- f) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;
- g) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones y otros recursos que le corresponda percibir;



## LEY

h) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios, e

i) Con los aportes, transferencias, subvenciones que reciba de la Ley de Presupuestos del Sector Público, de personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras y con los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.

Artículo 25 M.- El establecimiento tendrá el uso, goce y disposición exclusivo de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, que se encuentren destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de "Establecimiento de Autogestión en Red", y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título.

En el plazo de un año, contado de la fecha señalada en el inciso anterior, mediante una o más resoluciones del Subsecretario de Redes Asistenciales, se individualizarán los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Servicio de Salud que se destinen al funcionamiento del Establecimiento.

Los bienes señalados en este artículo, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios y administrativos, gozan de inembargabilidad.

## Párrafo IV

## De las contiendas de competencia

Artículo 25 N.- Las contiendas de competencia que surjan entre los directores de los servicios de salud y los directores de los "Establecimientos de Autogestión en Red", serán resueltas por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

## Título V

## De los establecimientos de salud de menor Complejidad

Artículo 25 Ñ.- Los establecimientos de salud dependientes de los servicio de salud, que tengan menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, tendrán las atribuciones que señala este título si cumplen los requisitos que se determinen conforme el artículo 25 P.

Un Reglamento, que será suscrito por los Ministros

## LEY

de Salud y de Hacienda, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de las atribuciones y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir, entre los que se deberá contemplar la gestión del personal y la gestión del cuidado.

Mediante resolución fundada de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerán los establecimientos que cumplan los estándares señalados, los que estarán sujetos a las normas de este título, conforme el inciso primero.

Artículo 25 O.- Al Director del Establecimiento corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades de éste para que ellas se desarrollen de modo regular y eficiente, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones:

a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento;

b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento;

c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y las demás normativas vigentes;

d) Presentar anualmente al Director del Servicio el proyecto de presupuesto del Establecimiento y ejecutarlo una vez aprobado, de acuerdo a las normas vigentes sobre la materia;

e) Estudiar y presentar al Director del Servicio, iniciativas y proyectos con sus respectivos análisis y antecedentes, que tiendan a ampliar o mejorar las acciones de salud, indicando sus fuentes de financiamiento;

f) En materias de personal el Director podrá:

- designar suplentes;
- contratar personal, siempre que no implique aumento de la dotación del establecimiento;
- aceptar renunciaciones voluntarias;
- designar funcionarios en comisiones de servicios y cometidos funcionales;
- destinar funcionarios dentro del mismo

## LEY

establecimiento o a otros dependientes del Servicio;

- autorizar, conceder o reconocer feriados; permisos con o sin goce de remuneraciones dentro del país; licencias por enfermedad, reposos preventivos o maternales; y reconocer, prorrogar y poner término a asignaciones familiares y prenatales;

- ordenar la instrucción de investigaciones sumarias y sumarios administrativos; aplicar medidas disciplinarias, inclusive la suspensión de funciones; absolver, sobreseer y resolver sobre todas las materias relacionadas con esos procedimientos;

- declarar accidentes en actos de servicio, y

g) Desempeñar las demás funciones y atribuciones específicas que les delegue o encomiende el director del servicio y el reglamento.

Artículo 25 P.- Un reglamento, suscrito por los ministros de Salud y de Hacienda, regulará los requisitos que deberá cumplir el Establecimiento, los que se referirán a las siguientes materias, a lo menos:

a) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;

b) Administrar eficientemente los recursos asignados;

c) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios, y

d) Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial.

Artículo 25 Q.- El Establecimiento será evaluado anualmente por el director del servicio de salud respectivo, en la mantención del cumplimiento de los estándares señalados en el artículo anterior.

En caso de que no fuere satisfactoria, se deberá remover de su función o cargo, según corresponda, al Director del Establecimiento. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley."

23) En el inciso primero del artículo 27:

a) Agrégase, en la letra a), a continuación de la palabra "ley" y antes del punto y coma (;), la siguiente frase: "y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo".

b) Suprímese, en la letra d), la conjunción "y", con que finaliza.

## LEY

c) Intercálanse, a continuación de la letra d), las siguientes letras e) y f), nuevas, pasando la actual letra e) a ser letra g):

"e) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley;

f) Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628, y."

24) Sustitúyense, en el párrafo segundo de la letra g) del artículo 30, las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción".

25) Sustitúyese, en el inciso segundo del artículo 31, el numeral "28" por el numeral "31".

26) Agréganse, en el inciso tercero del artículo 35, a continuación de la palabra "farmacología", los términos "imagenología, radioterapia, bancos de sangre."

27) En el artículo 37, incorpórase la siguiente letra g), nueva:

"g) Fiscalizar el cumplimiento de normas de calidad y acreditación de los laboratorios señalados en la letra a) precedente, conforme al reglamento a que se refiere el número 12 del artículo 4°, y las que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio."

28) En el artículo 39:

a) Reemplázanse en el párrafo segundo de la letra d) las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción".

b) Sustitúyese, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".

c) Sustitúyese la letra l) por la siguiente:  
"l) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575."

d) Agrégase la siguiente letra m), nueva, pasando las actuales letras m) y n) a ser letras n) y ñ), respectivamente:

"m) Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados

## LEY

conforme al reglamento respectivo;".

29) Sustitúyese, en el artículo 40, la frase: "del decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960" por la siguiente: "de la ley N° 18.834".

30) Sustitúyese el artículo 42 por el siguiente:

"Artículo 42.- La estructura y organización interna del Instituto se determinarán conforme lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes."

31) En el artículo 50:

a) Reemplázanse en el párrafo segundo de la letra b) las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción."

b) Sustitúyese, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".

c) Reemplázase la letra f) por la siguiente:

"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575."

32) Sustitúyese el artículo 51 por el siguiente:

"Artículo 51.- La estructura y organización interna de la Central se determinarán conforme lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes."

33) Sustitúyense, en el inciso segundo del artículo 52, las letras a) y b) por las siguientes:

"a) El Subsecretario de Redes Asistenciales, o su representante, quien la presidirá;

b) Un representante del Ministro de Salud;".

34) En el Capítulo VI:

a) Intercálase, entre el epígrafe del Capítulo y el artículo 56, lo siguiente:

"TÍTULO I  
Normas Generales"

b) Intercálanse, a continuación del artículo 60, los siguientes Títulos II, III, IV, V, VI, VII y VIII, nuevos, pasando los actuales artículos 61 y 62 a ser 84 y 85, respectivamente.

## LEY

## "TÍTULO II

De la asignación de desarrollo y estímulo  
al desempeño colectivo

Artículo 61.- Establécese, para el personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos, sea de planta o a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente base y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 62.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente base ascenderá al 5,5% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente variable será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 63.- Para efectos de otorgar el componente variable de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo señalada en los artículos precedentes, se aplicarán las reglas siguientes:

1.- El Ministerio de Salud fijará, antes del 10 de septiembre de cada año, las metas sanitarias nacionales para el año siguiente y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de cada uno de los Servicios de Salud.

2.- Conforme al marco señalado en el número anterior, el Director de cada servicio de salud

## LEY

determinará para cada uno de sus establecimientos, incluida la Dirección del Servicio, las metas específicas y los indicadores de actividad.

3.- Para efectos de la determinación de las metas, el respectivo Director de Servicio deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo, presidido por dicha autoridad e integrado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud, por los directores de establecimientos de salud del servicio, por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de técnicos tenga mayor representación y por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de administrativos y auxiliares tenga, en su conjunto, mayor representación, en el respectivo Servicio de Salud; sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

4.- En relación con dichas metas específicas, se evaluará el desempeño de cada establecimiento.

5.- La evaluación del nivel de cumplimiento de las metas fijadas a cada establecimiento se efectuará por el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, en el plazo que señale el reglamento, a partir de la información proporcionada por los Servicios de Salud y por los propios establecimientos, la que deberá ser entregada por dichas entidades a la señalada autoridad, a más tardar, el 31 de enero de cada año. La resolución que dicte el Secretario Regional Ministerial de Salud será apelable ante el Ministro de Salud en el plazo de diez días, contado desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la resolución por carta certificada dirigida al domicilio del Servicio de Salud correspondiente.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los procedimientos destinados a la definición y evaluación del grado de cumplimiento de las metas anuales, los plazos que deberán cumplirse durante el proceso de evaluación, el mecanismo para determinar las asociaciones de funcionarios con mayor representatividad y sus representantes, y las demás disposiciones necesarias para el otorgamiento de esta asignación.

## TÍTULO III

De la asignación de acreditación individual  
y estímulo al desempeño colectivo

Artículo 64.- Establécese, para el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de

## LEY

planta o a contrata, de los servicios de salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, y para el personal de la planta de directivos de carrera ubicados entre los grados 17° y 11°, ambos inclusive, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 65.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente de acreditación individual ascenderá a un máximo de 5,5%, conforme a los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

Artículo 66.- Para efectos de otorgar el componente de acreditación individual, se aplicarán las reglas siguientes:

- 1.- El personal a que se refiere el artículo 64 deberá participar en el proceso de acreditación cada tres años, el que consistirá en la evaluación de las actividades de capacitación que sean pertinentes al mejoramiento de la gestión de los organismos y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios. Para estos efectos, el respectivo Servicio de Salud deberá disponer, al menos una vez al año, para quienes cumplan el respectivo período, de todas las



## LEY

medidas necesarias para implementar dicho proceso.

2.- Accederán al beneficio los funcionarios que hubieren aprobado el proceso de acreditación.

3.- El monto del componente de acreditación individual dependerá de los años de servicio del funcionario en los servicios de salud o sus antecesores legales, según la siguiente tabla:

Hasta 3 años	3%
Más de 3 años hasta 6 años	5%
Más de 6 años hasta 9 años	5,5%

4.- Para los funcionarios que tengan más de nueve años de servicio, la asignación pasará a ser permanente, con un porcentaje igual al de la última acreditación que hayan aprobado.

5.- En caso de que un funcionario no apruebe uno de los procesos de acreditación, no accederá al incremento del componente, pero mantendrá el porcentaje obtenido por las acreditaciones anteriores.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo, la periodicidad y las demás disposiciones necesarias para la implementación del procedimiento de acreditación y el otorgamiento del componente de acreditación individual.

Artículo 67.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, de la asignación señalada en el artículo 64, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63, para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a que un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación integre el comité señalado en el referido artículo 63.

## TÍTULO IV

## De la asignación de estímulo a la función Directiva

Artículo 68.- Establécese, para el personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de estímulo que se regirá por las siguientes normas:

1.- Para el personal directivo que se desempeña en

## LEY

establecimientos de salud que, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título IV de la presente ley, pueden optar a la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente a la obtención por parte del establecimiento de la calidad mencionada.

2.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud de menor complejidad, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título V de la presente ley, esta asignación estará asociada al cumplimiento de los requisitos que establece el artículo 25 P.

3.- Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a tres factores: la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia, el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad y el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso primero, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 69.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la Planta Directiva por concepto de asignación de estímulo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185 y, cuando corresponda, la asignación de responsabilidad superior otorgada por el decreto ley N° 1.770, de 1977, y la asignación del artículo 2° de la ley N° 19.699.

Esta asignación será de 11% sobre la base señalada en el inciso primero, para aquellos funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red". El mismo porcentaje será percibido por los funcionarios de la planta directiva de los Establecimientos de menor complejidad que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 25 P de esta ley.

Para el personal directivo que se desempeñe en la dirección de los servicios de salud, la asignación corresponderá a 11% de la base de cálculo señalada en el

## LEY

inciso primero, conforme a la siguiente distribución:

a) Hasta 8% por la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación y que hayan cumplido los requisitos referidos, según el caso, por el total de los establecimientos dependientes de la dirección del servicio, y

b) Hasta 3% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del servicio, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813. En este caso, el porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 3% por el cociente resultante de dividir el número de entidades y establecimientos que efectivamente hayan cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, por el total de entidades administradoras y sus establecimientos, ubicados en el territorio jurisdiccional del Servicio.

Artículo 70.- Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo y las demás disposiciones necesarias para otorgar la asignación señalada en el artículo 68.

Artículo 71.- Las asignaciones señaladas en los artículos 61, 64 y 68, se pagarán en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto por pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos precedentemente. Estas asignaciones tendrán carácter de impositivos para fines de previsión y salud. Para determinar las impositivos e impuestos a que se encuentren afectas, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las impositivos se deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de impositividad.

## TÍTULO V

## LEY

## De la asignación de turno

Artículo 72.- Establécese una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los servicios de salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta doce horas, mediante turnos rotativos. Estos turnos podrán comprender un número de horas superior a la jornada ordinaria de trabajo del funcionario.

Dicha asignación estará destinada a retribuir pecuniariamente al referido personal el desempeño de jornadas de trabajo en horarios total o parcialmente diferentes de la jornada ordinaria establecida en el artículo 59 de la ley N° 18.834, incluso en horario nocturno y en días sábados, domingos y festivos, acorde con las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

La Ley de Presupuestos, respecto de cada Servicio de Salud, expresará el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y por tres funcionarios, separadamente. Para estos efectos, se considerará la información sobre la dotación de personal, la carga de trabajo y la complejidad en la atención prestada por los establecimientos de salud.

Artículo 73.- Esta asignación será imponible sólo para efectos de pensiones y de salud y será incompatible con la asignación establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

El personal que labora en el sistema de turno de que trata este Título no podrá desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el Director del Establecimiento respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 60 de la ley N° 18.834.

Artículo 74.- Para tener derecho a la asignación de turno, los funcionarios deberán estar formalmente destinados a prestar servicios en los puestos de trabajo cuya jornada sea ininterrumpida, a través de resoluciones anuales del director del establecimiento de

## LEY

salud correspondiente.

Esta asignación se percibirá mientras el trabajador se encuentre en funciones en los puestos de trabajo mencionados, e integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro o tres funcionarios, manteniendo el derecho a percibirla durante los períodos de ausencia con goce de remuneraciones originados por permisos, licencias y feriado legal. Asimismo, será considerada como estipendio de carácter general y permanente, para efectos del inciso tercero del artículo 21 de la ley N° 19.429.

Artículo 75.- Las horas extraordinarias que, en virtud de lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, puedan percibir los funcionarios de planta y a contrata de los servicios de salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, cualquiera que sea el motivo de su origen, no constituirán remuneración permanente para ningún efecto legal. En consecuencia, no se percibirán durante los feriados, licencias y permisos con goce de remuneraciones.

## TÍTULO VI

## De la asignación de responsabilidad

Artículo 76.- Establécese una asignación de responsabilidad para el personal de la planta de profesionales, de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, con jornadas de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

Esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público. Asimismo, no se considerará base de cálculo de ninguna otra remuneración.

Durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de jefe directo para los efectos previstos en el Párrafo 3 del Título II de la ley N° 18.834.

Artículo 77.- Esta asignación se otorgará conforme a las reglas siguientes:

## LEY

1.- El número de cupos por establecimiento es el determinado en el artículo siguiente.

2.- Para los efectos de realizar el o los concursos correspondientes, se constituirá en el establecimiento respectivo un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

3.- En el o los concursos para acceder a esta asignación, se considerarán los siguientes factores y con la ponderación indicada en cada caso:

FACTORES	PONDERACIÓN
Capacitación pertinente	30%
Evaluación de Desempeño	20%
Experiencia Calificada	20%
Aptitud para el cargo (Entrevista)	30%

4.- El o los cupos disponibles se asignarán en orden de prelación al funcionario o funcionarios que logren el mayor puntaje en el proceso de concurso y sólo en la medida en que cumplan con los requisitos mínimos para su asignación.

5.- Se otorgará por un período máximo de tres años, siempre que se desempeñe efectivamente la función de responsabilidad de gestión en el establecimiento en el que fue otorgada. En todo caso, el funcionario podrá concursar nuevamente por la asignación, en la medida en que cumpla los requisitos para ello.

6.- Se deberá realizar concurso cada vez que uno o más de los cupos asignados al establecimiento quede disponible.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación y todas las otras normas necesarias para la aplicación de este beneficio. Asimismo, clasificará los establecimientos de salud cuyos funcionarios tengan derecho a concursar a esta asignación, acorde al nivel de complejidad señalado en el artículo siguiente.

Artículo 78.- Para efecto de la concesión de la asignación de responsabilidad, el número total de cupos a nivel nacional será de 1.259, con un costo anual máximo de \$ 515 millones. La Ley de Presupuestos fijará,

## LEY

para cada Servicio de Salud, el número máximo de beneficiarios y los recursos que se pueden destinar para su pago.

Los cupos máximos por tipo de establecimiento y el valor individual anual de la asignación será el señalado en la tabla siguiente. No obstante, el monto indicado para cada caso, podrá ser aumentado o disminuido hasta un 10%.

Tipo de Establecimiento	Cupos Máximos Por Persona	Monto Anual por establecimiento
Alta Complejidad; Hospital Media Complejidad;	13	\$ 580.000
Hospital Baja Complejidad;	9	\$ 374.000
Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS);	2	\$ 212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$ 212.000

La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponde a valores vigentes al 30 de noviembre de 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.

La asignación otorgada se pagará en cuotas mensuales e iguales, la primera de las cuales el primer día hábil del mes siguiente al de la total tramitación de la resolución que la conceda.

Artículo 79.- Lo dispuesto en la oración final de la letra h) del artículo 1° de la ley N° 19.490 será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68 y 76 de esta ley.

A los funcionarios que perciban la asignación de turno establecida en el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, y que hayan tenido ausencias injustificadas conforme al artículo 66 de la ley N° 18.834, se les descontará el monto correspondiente de acuerdo a lo indicado en dicho artículo.

## LEY

## TÍTULO VII

## De la promoción en la carrera funcionaria

Artículo 80.- La promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de las Subsecretarías del Ministerio de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación, con una ponderación de 33%, 33% y 34%, respectivamente.

Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirvan.

Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso, disponiendo a los funcionarios de cada grado de la respectiva planta en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.

Producida una vacante, será promovido el funcionario que se encuentre en el primer lugar del referido escalafón. En caso de producirse un empate, operarán los criterios de desempate establecidos en el artículo 46 de la ley N°18.834.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, fijará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas para cada planta y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento del sistema de acreditación, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación de la competencia e idoneidad de los funcionarios. Asimismo, establecerá las disposiciones necesarias para que los funcionarios dispongan de información oportuna sobre la capacitación a que se refiere este artículo y de los procedimientos para acceder a ella.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo y en el siguiente, será aplicable a los funcionarios lo dispuesto en el artículo 45 de la ley N° 18.834.

Respecto del personal señalado en este artículo y



## LEY

en el siguiente, no será aplicable lo dispuesto en el artículo 48 de la ley N° 18.834.

Artículo 81.- Para todos los efectos legales, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales de las Subsecretarías del Ministerio de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile; de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se hará por concursos internos.

Las bases de los concursos internos considerarán cuatro factores, a saber: capacitación pertinente, evaluación del desempeño, la experiencia calificada y aptitud para el cargo. Cada uno de estos factores tendrá una ponderación de 25%.

Para estos efectos existirá un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley N° 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel nacional, regional o local, según corresponda.

En los concursos será promovido al cargo vacante el funcionario que obtenga el mayor puntaje y en ellos podrán participar los funcionarios profesionales de la planta que se ubiquen en los grados inferiores según la siguiente tabla:

GRADO VACANTE	GRADOS QUE PUEDEN PARTICIPAR
5°	6° - 10°
6°	7° - 10°
7°	8° - 10°
8°	9° - 11°
9°	10° - 12°
10°	11° - 13°
11°	12° - 14°
12°	13° - 15°
13°	14° - 16°
14°	15° - 17°
15°	16° - 17°
16°	17° - 18°
17°	18°

Los concursos se sujetarán a las siguientes reglas:  
1.- Los funcionarios, en un solo acto, deberán

## LEY

postular a una o más de las plantas respecto de las cuales cumplan con los requisitos legales, sin especificar cargos o grados determinados dentro de ellas.

2.- La provisión de los cargos vacantes de cada planta se efectuará, en cada grado, en orden decreciente, conforme al puntaje obtenido por los postulantes.

3.- Las vacantes que se produzcan por efecto de la provisión de los cargos, conforme al numeral anterior, se proveerán en acto seguido, como parte del mismo concurso y siguiendo iguales reglas.

4.- En caso de producirse empate, los funcionarios serán designados conforme al resultado de la última calificación obtenida y, en el evento de mantenerse esta igualdad, decidirá el respectivo Jefe de Servicio.

TÍTULO VIII  
De la dotación

Artículo 82.- Establécese que hasta el 15% de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los servicios de salud, señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, se expresará, para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas.

Conforme a lo señalado en el inciso precedente, los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas asimilados a los grados de la planta de profesionales, podrán voluntariamente y previa aprobación del respectivo Director de Servicio de Salud, reducir su jornada a empleos de 22 horas. En tal caso, el Servicio podrá contratar profesionales haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir en un porcentaje proporcional del 50% los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales, cualquiera que sea la regulación específica de cada uno de ellos.

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, efecto para el cual se considerarán todos los nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Los funcionarios contratados por 22 horas no podrán

## LEY

desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno de que trata el Título V de este Capítulo.

Artículo 83.- La junta calificadora que existirá en cada uno de los hospitales que integran los servicios de salud, conforme a lo establecido en el inciso sexto del artículo 30 de la ley N° 18.834, estará integrada por los tres funcionarios de más alto nivel jerárquico, a excepción del Director del Hospital, y por un representante del personal elegido por éste. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios que corresponda a la planta a calificar que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

El Director del Hospital conocerá del recurso de apelación que puede interponer el funcionario ante la resolución de la junta calificadora o de la del jefe directo en el caso del delegado del personal, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la ley N° 18.834.".

ARTÍCULO 2°.- Sustitúyese el artículo 5° del Código Sanitario por el siguiente:

"Artículo 5°.- Cada vez que el presente Código, la ley o el reglamento aluda a la autoridad sanitaria, deberá entenderse por ella al Ministro de Salud, en las materias que son de competencia de dicha Secretaría de Estado; a los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud, como sucesores legales de los Servicios de Salud y del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, respecto de las atribuciones y funciones que este Código, la ley o el reglamento radica en dichas autoridades y que ejercerá dentro del territorio regional de que se trate; y al Director del Instituto de Salud Pública, en relación con las facultades que legalmente le corresponden respecto de las materias sanitarias que este Código, la ley o el reglamento regula, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado válidamente sus atribuciones.".

ARTÍCULO 3°.- Modifícase la ley N° 19.490, del siguiente modo:

1.- Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 3°, la expresión "la Subsecretaría" por "las Subsecretarías".

2.- Sustitúyese el inciso segundo del artículo 3°

## LEY

por el siguiente:

"Dicha bonificación se regulará por lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 19.479, a excepción de los valores establecidos en la letra c) del inciso primero de esa misma norma. Para el personal de planta y a contrata de las Subsecretarías del Ministerio de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, esta bonificación será de 15,5% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 7,75% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar 66%. Para el personal de planta y a contrata del Fondo Nacional de Salud, esta bonificación será de 10% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 5% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar el 66%."

3.- En el artículo 4°:

a) Sustitúyense, en el inciso primero, los términos "El Subsecretario de Salud" por "los Subsecretarios del Ministerio de Salud."

b) Agrégase, en el inciso cuarto, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser seguido, lo siguiente: "No obstante lo señalado precedentemente, para el personal de planta y a contrata de las Subsecretarías del Ministerio de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, la bonificación por desempeño institucional será de hasta el 15,5%."

c) Agrégase, el siguiente nuevo inciso octavo, pasando los actuales incisos octavo y noveno a ser noveno y décimo, respectivamente:  
"Con independencia de la calificación que se obtenga, la bonificación de que trata este artículo será percibida por el 100% de los funcionarios de cada planta y los funcionarios a contrata asimilados a éstas."

ARTÍCULO 4°.- Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 4° de la ley N° 19.086, el párrafo relativo a la planta de profesionales, por el siguiente: "PLANTA DE PROFESIONALES: De grado 18° al grado 5°."

ARTÍCULO 5°.- Déjase establecido que, a contar de la fecha de publicación de esta ley, los funcionarios de las profesiones de Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos

## LEY

Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos, también podrán acceder, entre los grados 18° al 5°, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones, o a los empleos a contrata asimilados a los mismos grados.

ARTÍCULO 6°.- Créase la Superintendencia de Salud y fíjase como su ley orgánica la siguiente:

Título I  
Normas Generales  
Párrafo 1°  
De la naturaleza y objeto

Artículo 1°.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Su domicilio será la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las oficinas regionales que establezca el Superintendente en otras ciudades del país. La Superintendencia estará afecta al Sistema de Alta Dirección Pública establecido en la ley N°19.882.

Artículo 2°.- Corresponderá a la Superintendencia supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.

Asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Régimen de Garantías en Salud.

Igualmente, concernirá a la Superintendencia la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.

## LEY

## Párrafo 2°

## De la organización y estructura

Artículo 3°.- La Superintendencia se estructurará orgánica y funcionalmente en la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud.

Los funcionarios que ejerzan los cargos de Intendentes corresponden al segundo nivel jerárquico de la Superintendencia, para los efectos del ARTÍCULO TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N°19.882.

Artículo 4°.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República en conformidad a lo establecido en la ley N° 19.882, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Corresponderá al Superintendente, especialmente:

- 1.- Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar el funcionamiento de la Superintendencia y ejercer, respecto de su personal, las atribuciones propias de su calidad de Jefe Superior de Servicio;
- 2.- Establecer oficinas regionales o provinciales cuando las necesidades del Servicio así lo exijan y existan las disponibilidades presupuestarias;
- 3.- Celebrar las convenciones y ejecutar los actos necesarios para el cumplimiento de los fines de la Superintendencia;
- 4.- Delegar atribuciones o facultades específicas en funcionarios de la Superintendencia;
- 5.- Encomendar a las distintas unidades de la Superintendencia las funciones que estime necesarias;
- 6.- Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;
- 7.- Conocer y fallar los recursos que la ley establece;
- 8.- Rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el objeto de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta, y
- 9.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Sin perjuicio de la facultad del Ministerio de Salud para dictar las normas sobre acreditación y certificación de los prestadores de salud y de calidad

## LEY

de las atenciones de salud, el Superintendente podrá someter a la consideración de dicho ministerio las que estime convenientes.

## TÍTULO II

De la Intendencia de Fondos y Seguros  
Previsionales de Salud

## Párrafo 1°

De la supervigilancia y control de las instituciones de salud previsional y del Fondo Nacional de Salud

Artículo 5°.- La supervigilancia y control de las instituciones de salud previsional que le corresponde a la Superintendencia, la ejercerá a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en los términos que señala esta ley, la ley N° 18.933 y demás disposiciones que le sean aplicables.

La Superintendencia ejercerá la supervigilancia y el control del Fondo Nacional de Salud a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud. En relación con la modalidad de libre elección, corresponderá a dicho Intendente velar porque las contribuciones que deban hacer los afiliados para financiar el valor de las prestaciones se ajusten a la ley, al reglamento y demás normas e instrucciones, y por el correcto otorgamiento de los préstamos de salud, teniendo para ello las facultades que establecen los Párrafos 2° y 3° de este Título

## Párrafo 2°

De la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 6°.- Le corresponderán a la Superintendencia las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, respecto de la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud:

- 1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen, impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;
- 2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;
- 3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la

## LEY

Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud y los convenios que se suscriban entre los prestadores y las instituciones de salud previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;

5.- Difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las instituciones de salud previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que impone el referido Régimen de Garantías e informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las instituciones de salud previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud;

6.- Requerir de los prestadores, sean públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas. La Superintendencia deberá adoptar las medidas que sean necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica;

7.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento del Régimen sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos;

8.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las instituciones de salud previsional y del Fondo Nacional de Salud;

9.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud;

10.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;



## LEY

11.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley, y

12.- Las demás que contemplen las leyes.

Artículo 7°.- El Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud previsional devolverán lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, según lo determine la Superintendencia mediante resolución, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

Dichas resoluciones y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

## Párrafo 3

De las controversias entre los beneficiarios y los seguros previsionales de salud

Artículo 8°.- La Superintendencia, a través del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, quien actuará en calidad de árbitro arbitrador, resolverá las controversias que surjan entre las instituciones de salud previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la instancia a la que se refiere el artículo 11 o a la justicia ordinaria. El Intendente no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta función y las partes podrán actuar por sí o por mandatario.

La Superintendencia, a través de normas de general aplicación, regulará el procedimiento que deberá observarse en la tramitación de las controversias, debiendo velar porque se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados, la facultad del reclamante de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes. En el procedimiento se establecerá, a lo menos, que el árbitro oír a los interesados, recibirá y agregará los instrumentos que se le presenten, practicará las diligencias que estime necesarias para el conocimiento de los hechos y dará su fallo en el sentido que la prudencia y la equidad le dicten.

El Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, por sí o por un funcionario que designe, podrá citar al

## LEY

afectado y a un representante del Fondo Nacional de Salud o de las instituciones de salud previsional 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 9°.- En contra de lo resuelto por el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales 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 10 días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la sentencia arbitral.

El referido 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 de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá pronunciarse obre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

Artículo 10.- Resuelto por el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud el recurso de reposición, el afectado podrá apelar ante el Superintendente, dentro de los 10 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 30 días hábiles.

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

Artículo 11.- Sin perjuicio de la facultad del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud para resolver las controversias que se susciten, en los términos de esta ley, las partes podrán convenir que dicha dificultad sea sometida, previamente, a mediación.

Para el efecto anterior, la Superintendencia deberá llevar un registro especial de mediadores a los que las partes podrán acudir.

Corresponderá a la Superintendencia fijar, mediante

## LEY

normas de general aplicación, los requisitos que deberán cumplir los mediadores a que se refiere este precepto, así como las normas generales de procedimiento a las que deberán sujetarse y las sanciones que podrá aplicar por su inobservancia. Dichas sanciones serán amonestación, multa de hasta 1.000 unidades de fomento, suspensión hasta por 180 días o cancelación del registro.

Cada parte asumirá el costo de la mediación.

## TÍTULO III

## De la Intendencia de Prestadores de Salud

Artículo 12.- Le corresponderán a la Superintendencia, para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:

1. Ejercer, de acuerdo a las normas que para tales efectos determinen el reglamento y el Ministerio de Salud, las funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud.

2. Autorizar a las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento, y designar aleatoriamente la entidad que desarrollará el proceso.

3. Fiscalizar el debido cumplimiento por parte de la entidad acreditadora de los procesos y estándares de acreditación de los prestadores institucionales de salud.

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

5. Mantener un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras, conforme el reglamento correspondiente.

6. 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.

7. Efectuar estudios, índices y estadísticas 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. Requerir de los organismos acreditadores y certificadores y de los prestadores de salud,

## LEY

institucionales e individuales, toda la información que sea necesaria para el cumplimiento de su función.

9. 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 esta ley le asigna.

10. Conocer los reclamos que presenten los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, 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.

11. Imponer las sanciones que corresponda, en conformidad a la ley, y

12. 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.

Artículo 13.- El Intendente de Prestadores de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá solicitar una nueva evaluación de un prestador institucional si verificare que éste no ha mantenido el cumplimiento de los estándares de acreditación, pudiendo convenir previamente un Plan de ajuste y corrección.

El Intendente podrá hacer observaciones al director del establecimiento sobre faltas graves en el cumplimiento de las tareas esenciales del organismo, informando al respecto al director del servicio de salud y al Subsecretario de Redes.

Asimismo, en casos graves el Superintendente deberá hacer presente al secretario regional ministerial, en su calidad de autoridad sanitaria regional, de la necesidad de que aplique las medidas de clausura o cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.

Artículo 14.- Tratándose de infracciones cometidas por las entidades acreditadoras, el Intendente de Prestadores de Salud podrá aplicar a la entidad las siguientes sanciones, de acuerdo a la gravedad de la falta o su reiteración:

1.- Amonestación;

## LEY

2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado;

3.- Cancelación de la inscripción en el registro de entidades acreditadoras, y

4.- Las demás que autoricen las leyes y reglamentos.

La multa que se determine será compatible con cualquiera otra sanción.

Artículo 15.- Sin perjuicio de las atribuciones de los ministerios de Salud y Educación establecidas en el numeral 13 del artículo 4° del decreto ley N° 2.763, de 1979, la Superintendencia podrá proponer fundadamente al Ministerio de Salud la incorporación o la revocación del reconocimiento otorgado a una entidad certificadora de especialidades.

## TÍTULO IV

## De las normas comunes a ambas intendencias

Artículo 16.- En caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud por causa imputable a un funcionario, la Superintendencia deberá requerir al Director del Fondo Nacional de Salud para que instruya el correspondiente sumario administrativo, sin perjuicio de las obligaciones que sobre esta materia poseen dicho director y la Contraloría General de la República.

Asimismo, 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 dieran 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 hasta 500 unidades de fomento, la que podrá elevarse hasta 1.000 unidades de fomento si hubiera reiteración dentro del plazo de un año. En este último caso, la Superintendencia deberá publicar dicha sanción.

Artículo 17.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece esta ley y las demás que le encomienden las leyes y reglamentos, la Superintendencia podrá, a través de la respectiva Intendencia, inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros,

## LEY

cuentas, archivos y documentos de las instituciones, que obren en poder de los organismos o establecimientos fiscalizados, y requerir de ellos o de sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de su actividad.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.

Finalmente, podrá pedir a las instituciones de salud previsional la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.

Artículo 18.- Los afiliados y beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 sólo podrán deducir reclamos administrativos ante la Intendencia respectiva en contra del Fondo Nacional de Salud, de las instituciones de salud previsional o los prestadores de salud, una vez que dichos reclamos hayan sido conocidos y resueltos por la entidad que corresponda, fundadamente y por escrito o por medios electrónicos, a menos que su naturaleza exija o permita otra forma más adecuada de expresión y constancia. Si la Intendencia de que se trate recibe un reclamo sin que se haya dado cumplimiento a lo señalado precedentemente, ésta procederá a enviar el reclamo a quien corresponda.

La Superintendencia fijará, a través de normas de general aplicación, el procedimiento que se seguirá en los casos señalados en el inciso anterior.

Artículo 19.- La Superintendencia, para la aplicación de las sanciones que procedan, deberá sujetarse a las siguientes reglas:

- 1.- El procedimiento podrá iniciarse de oficio o a

## LEY

petición de parte.

2.- Deberá solicitarse un informe al afectado, el que dispondrá de diez días hábiles para formular sus descargos contados desde su notificación.

3.- Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente respectivo dictará una resolución fundada resolviendo la materia.

4.- En contra de lo resuelto por el Intendente respectivo, procederán los recursos contemplados en la ley.

Artículo 20.- Las notificaciones que efectúe la Superintendencia se efectuarán conforme las normas establecidas en la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.

Asimismo, en los procedimientos arbitrales o administrativos y en la dictación de instrucciones generales o específicas, se podrá considerar la utilización de medios electrónicos, caso en el cual se sujetarán a las normas de las leyes N° 19.799 y N° 19.880, en lo que corresponda.

## TÍTULO V

## Disposiciones Finales

Artículo 21.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de institución fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.

En materia de remuneraciones, le serán aplicables a la Superintendencia los artículos 17 de la ley N°18.091 y 5° de la ley N°19.528. Para este efecto, el Superintendente deberá informar anualmente al Ministro de Hacienda.

Artículo 22.- El personal de la Superintendencia se regirá por el Estatuto Administrativo y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.

El personal a contrata de la Superintendencia podrá desempeñar funciones de carácter directivo o de jefatura, las que serán asignadas, en cada caso, por el Superintendente. El personal que se asigne a tales funciones no podrá exceder del 5% del personal a contrata de la institución.

Artículo 23.- La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de

## LEY

Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

Artículo 24.- El patrimonio de la Superintendencia estará formado por:

1.- El aporte que se contemple anualmente en la Ley de Presupuestos;

2.- Los recursos otorgados por leyes especiales;

3.- Los bienes muebles e inmuebles, corporales e incorporales que se le transfieran o adquirieran a cualquier título.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objeto de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren; en el caso de los bienes inmuebles, la resolución se reducirá a escritura pública y el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente.

4.- Los frutos de sus bienes;

5.- Las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;

6.- Los ingresos que perciba por los servicios que preste, y

7.- Los aportes de la cooperación internacional que reciba a cualquier título.

Las multas que aplique la Superintendencia serán a beneficio fiscal.

Artículo 25.- Deróganse, a contar de la fecha de creación de la Superintendencia de Salud, las siguientes normas legales: el artículo 1°, el numeral 5 del artículo 3° y los artículos 8°, 9°, 10, 15, 15 bis y 16



## LEY

de la ley N° 18.933."

ARTÍCULO 7°.- La bonificación por retiro establecida en el Título II de la ley N° 19.882 no será aplicable al personal perteneciente a los establecimientos de salud de carácter experimental. Estos personales quedarán adscritos a la normativa establecida en el artículo primero transitorio de la presente ley.

ARTÍCULO 8°.- Modifícase la ley N° 19.378, de la siguiente forma:

a.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 49, entre la frase "Servicios de Salud" y la palabra "correspondientes" la frase "y por intermedio de las municipalidades".

b.- Incorpórase el siguiente artículo 55 bis, nuevo:

"Artículo 55 bis.- Toda transferencia de recursos públicos dirigida a las entidades administradoras se hará por intermedio de la municipalidad respectiva, debiendo quedar reflejada en el presupuesto respectivo y constar en el balance a que se hace referencia en el artículo 50."

## Disposiciones transitorias

Artículo primero.- Los funcionarios de planta y a contrata regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que se desempeñen en alguno de los servicios de salud señalados en el artículo 16 del decreto ley N° 2.763, de 1979; en las Subsecretarías del Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud; así como los funcionarios de los establecimientos de salud de carácter experimental, mayores de sesenta años de edad, si son mujeres, y de sesenta y cinco años, si son hombres, que, después de los noventa días posteriores a la publicación de esta ley y hasta el 30 de septiembre de 2005, presenten su renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones imponibles, actualizadas según el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses prestados a alguno de los organismos señalados, con un tope de ocho meses de dicha remuneración.

El monto de este beneficio se incrementará en un

## LEY

mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponderables sean inferiores a \$ 291.728 mensuales y en un mes para aquellos que tengan, a la fecha de publicación de la ley, más de sesenta y tres años si son mujeres y más de sesenta y ocho años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización.

En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

Para acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Entre dicha data y el 31 de diciembre de 2004, podrán acceder a este beneficio 2.494 funcionarios, privilegiándose aquellos de menores rentas y mayor edad. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio antes del 31 de diciembre de 2004, podrán hacerlo hasta el 30 de septiembre de 2005. Los cupos que no fueran utilizados en el primer periodo de concesión del beneficio, serán acumulables para el período siguiente.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, también podrán acogerse a este beneficio aquellos funcionarios que, excediendo los cupos antes señalados, cumplan con los requisitos o condiciones establecidos en los incisos anteriores y se encuentren inscritos al 30 de septiembre de 2005 en el registro que al efecto establecerá el reglamento. Estos funcionarios accederán a la indemnización entre dicha data y el 31 de diciembre del mismo año.

Esta indemnización no será imponible ni constituirá renta para ningún efecto legal.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará los calendarios de postulación y pago, los mecanismos para el otorgamiento y las demás disposiciones necesarias para la implementación de este beneficio.

Los funcionarios que cesen en sus empleos por aplicación de lo dispuesto en este artículo, no podrán ser nombrados ni contratados asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos señalados en este artículo, durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido, expresado en unidades de fomento, más el interés corriente para operaciones reajustables.

Artículo segundo.- La asignación de desarrollo y

## LEY

estímulo al desempeño colectivo establecida en el artículo 61 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará conforme al siguiente cronograma:

- |                       |                              |       |
|-----------------------|------------------------------|-------|
| a) Por el año 2003:   | - componente base            | 2,75% |
|                       | - componente variable        | 0%    |
| b) Por el año 2004:   | - componente base            | 3,85% |
|                       | - componente variable, hasta | 1,65% |
| c) Por el año 2005:   | - componente base            | 4,95% |
|                       | - componente variable, hasta | 3,3%  |
| d) Desde el año 2006: | - componente base            | 5,5%  |
|                       | - componente variable, hasta | 5,5%  |

Durante el año 2004, por concepto del componente variable, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.

Artículo tercero.- El componente por acreditación individual a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se implementará gradualmente entre el año 2003 y el 2006, según la siguiente tabla de progresividad:

Años de servicio del funcionario	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Hasta 3 años	2,75%	3%	3%	3%
Más de 3 años y hasta 6 años	2,75%	3,75%	4%	5%
Más de 6 años y hasta 9 años	2,75%	3,80%	4,75%	5,5%
Más de 9 años	2,75%	3,85%	4,95%	5,5%

El proceso de acreditación a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar el año 2005. No obstante, en el caso de los funcionarios que tengan nueve o más años de servicio a la fecha de publicación de esta ley, dicho proceso se entenderá aprobado por el solo ministerio de

## LEY

esta ley.

En los años 2003 y 2004, el componente será pagado a todos los funcionarios señalados en el artículo 64 del referido decreto ley, sin necesidad de acreditarse, conforme a la tabla anterior.

Artículo cuarto.- El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios a que se refieren los artículos 64, 65 y 67 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará durante los años 2003 al 2006 según la siguiente tabla:

Porcentaje de cumplimiento	2003	2004	2005	2006
90% o más	0%	1,65%	3,3%	5,5%
Entre 75% y menos de 90%	0%	0,83%	1,65%	2,75%

Durante el año 2004, por concepto del componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.

Artículo quinto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en los números 1 y 2 del mismo artículo, en forma gradual durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

- año 2004: hasta 5,5%
- año 2005: hasta 8,25%
- año 2006: hasta 11%

Artículo sexto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en el número 3 del mismo artículo, en forma gradual, durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

- a) Año 2004: hasta el 5,5%, según la siguiente

## LEY

distribución: hasta el 4% por la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad; y de hasta 1,5% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje a pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

b) Año 2005: hasta el 8,25%, según la siguiente distribución: hasta el 6% por la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad; y hasta el 2,25% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje por pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

c) Año 2006: hasta el 11%, conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

Artículo séptimo.- Las modificaciones a la ley N° 19.490, contenidas en los numerales 2), con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y 3), letra b), del artículo 3° de la presente ley, se otorgarán en forma gradual, durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

1) Bonificación de estímulo por desempeño funcionario:

a) Para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados:

i) año 2003:	12,75%
ii) año 2004:	13,85%
iii) año 2005:	14,95%
iv) año 2006:	15,5%

b) Para los funcionarios que sigan en orden descendente de evaluación, hasta completar el 66% mejor evaluados respecto de cada planta:

i) año 2003:	6,38%
ii) año 2004:	6,93%
iii) año 2005:	7,48%
iv) año 2006:	7,75%

## LEY

2) Bonificación por desempeño institucional: El cumplimiento de las metas del año precedente dará derecho a los funcionarios:

- a) año 2003: hasta el 12,75%
- b) año 2004: hasta el 13,85%
- c) año 2005: hasta el 14,95%
- d) año 2006: hasta el 15,5%

Artículo octavo.- La asignación de turno y la bonificación compensatoria a que se refieren los artículos 72, 73 y 74, respectivamente, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, y decimotercero transitorio de esta ley, respectivamente, comenzarán a regir a contar del día primero del mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra j) del artículo vigesimosegundo transitorio de esta ley, respecto del personal que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios.

Para los funcionarios que integren el sistema de turnos rotativos cubiertos por tres funcionarios, las correspondientes asignación de turno y bonificación compensatoria, comenzarán a regir conforme al siguiente cronograma:

1. A partir del segundo semestre de 2004 se pagarán, por concepto de asignación de turno y bonificación compensatoria, los mismos montos que a esa fecha tenga asignado el personal de igual grado y planta que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios. La diferencia correspondiente al mayor número de horas trabajadas será considerada como trabajo extraordinario y pagado de acuerdo con la normativa vigente, no aplicándose, en este caso, lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.

2. A partir del segundo semestre de 2005, se pagarán los montos que, para esa fecha, haya determinado el decreto con fuerza de ley a que se refiere la letra j), del artículo vigesimosegundo transitorio de la presente ley, para la asignación en que el turno esté integrado por tres funcionarios, pasando a ser plenamente aplicable lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979. La correspondiente bonificación compensatoria, se pagará conforme a la normativa contenida en el artículo decimotercero transitorio de este cuerpo legal.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, a contar de la fecha de publicación de esta ley, y mientras la asignación de turno a que se refiere

## LEY

este artículo no se aplique en todos sus términos, el tercero y cuarto turnos se continuarán pagando de acuerdo a lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, no aplicándose a su respecto lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.

Artículo noveno.- El artículo 76 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a regir a contar del primer día del mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento respectivo. Para el primer año, los cupos totales a nivel nacional y el monto anual por Establecimiento serán asignados de acuerdo con la clasificación de complejidad de los establecimientos vigente al momento de publicarse la presente ley, conforme a la siguiente tabla:

Tipo de Establecimiento	Cupos máximos por Establecimiento	Monto máximo anual por Establecimiento	Monto promedio anual por persona
HOSPITAL TIPO 1	13	\$7.540.000	\$580.000
HOSPITAL TIPO 2	12	\$5.460.000	\$455.000
HOSPITAL TIPO 3	9	\$3.366.000	\$374.000
HOSPITAL TIPO 4	2	\$424.00	\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$212.000	\$212.000
Centros de Referencia de Salud (CRS); Centros de Diagnóstico Terapéuticos (CDT).	1	\$212.000	\$212.000

## LEY

La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre de 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.

Artículo décimo.- El sistema de promoción mediante concurso interno a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar ciento veinte días después de publicada la presente ley, respecto de todos los cargos vacantes existentes a esa fecha, salvo el grado de inicio de cada planta, el que seguirá regulado conforme las normas generales.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el cumplimiento del plazo que en él se establece, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882.

Artículo undécimo.- El proceso de acreditación de competencias a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar a contar de ciento ochenta días después de publicada esta ley. Con el resultado de este proceso, que evaluará los factores de experiencia calificada, calificación ponderada y capacitación, se confeccionará el escalafón de mérito que regirá durante el año siguiente.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el 1° de enero de 2005, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882.

Artículo duodécimo.- Los reglamentos a que se refieren el inciso segundo del artículo 63, el inciso segundo del artículo 66, el artículo 70 y el inciso segundo del artículo 77, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, deberán dictarse dentro de los ciento ochenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley.

Artículo decimotercero - El personal a que se



## LEY

aplica el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se encuentre en funciones a la fecha de publicación de la presente ley, tendrá derecho a una bonificación no imponible destinada a compensar las deducciones por concepto de cotizaciones para pensiones y salud a que esté afecta la asignación de turno, cuyo monto será el que resulte de aplicar los siguientes porcentajes sobre el valor de dicha asignación, según sea el sistema o régimen previsional de afiliación del trabajador:

- a) 20,5% para los afiliados al sistema del decreto ley N° 3.500, de 1980.
- b) 25,62% para los afiliados al régimen general de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Sección Empleados Públicos.
- c) 21,62% para los afiliados al régimen previsional de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, con rebaja de imposiciones de la letra a) del artículo 14 del decreto con fuerza de ley N° 1.340 bis, de 1930.

Para el personal afiliado a un sistema o régimen previsional diferente de los señalados, tal bonificación será equivalente a la suma de las cotizaciones para salud y pensiones que, con respecto a la referida asignación, le corresponda efectuar al trabajador.

Esta bonificación compensatoria se calculará conforme a los límites de imposibilidad establecidos por la legislación vigente.

Artículo decimocuarto.- Concédese, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se pagará en una sola cuota en el curso del mes siguiente al de la publicación de la presente ley, el que beneficiará a los funcionarios que dichas disposiciones señalan que se encuentren ubicados entre los grados 19° y 28° de la Escala Única, ambos inclusive, y cuyos montos serán equivalentes a la aplicación de los porcentajes que se indican a continuación. Este anticipo no será imputable al incremento de renta que se produzca por efecto de lo dispuesto en el artículo segundo transitorio de esta ley:

- |                      |       |
|----------------------|-------|
| - Grados 19° al 22°: | 2,38% |
| - Grados 23° al 28°: | 3,81% |

Los porcentajes antedichos se aplicarán sobre los

## LEY

valores vigentes al mes anterior a la publicación de la presente ley de las remuneraciones anualizadas que sirven de base de cálculo a esta asignación, de conformidad con lo establecido en el artículo 62 del decreto ley N°2.763, de 1979, más la bonificación otorgada por el artículo 21 de la ley N°19.429, cuando corresponda.

El beneficio establecido en el inciso anterior también se aplicará, por una sola vez, al personal señalado en el artículo 3°, numeral 3, letra b), de esta ley, en las mismas condiciones, plazos, atributos, grados y porcentajes que se establecen en este artículo.

Artículo decimoquinto.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 25 A del decreto ley N° 2.763, de 1979, los siguientes Establecimientos tendrán la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala el Título IV del decreto ley N° 2.763, de 1979, cuando cumplan los requisitos que establezca el reglamento señalado en el mencionado artículo:

N°	COMUNA	ESTABLECIMIENTO
1	ANGOL	HOSPITAL ANGOL
2	ANTOFAGASTA	HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DOCTOR LEONARDO GUZMÁN
3	ARICA	HOSPITAL DOCTOR JUAN NOE CREVANI
4	CASTRO	HOSPITAL CASTRO
5	CHILLAN	HOSPITAL HERMINDA MARTÍN
6	CONCEPCIÓN	HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE
7	COQUIMBO	HOSPITAL COQUIMBO
8	CORONEL	HOSPITAL CORONEL
9	COYHAIQUE	HOSPITAL COYHAIQUE
10	CURICÓ	HOSPITAL CURICÓ
11	INDEPENDENCIA	HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO
12	INDEPENDENCIA	INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER
13	INDEPENDENCIA	HOSPITAL SAN JOSÉ
14	IQUIQUE	HOSPITAL DOCTOR ERNESTO TORRES GALDAMES
15	LA SERENA	HOSPITAL LA SERENA
16	LINARES	HOSPITAL LINARES
17	LOS ANDES	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LOS ANDES
18	LOS ANGELES	HOSPITAL VÍCTOR RÍOS

## LEY

		RUIZ
19	LOTA	HOSPITAL LOTA
20	MELIPILA	HOSPITAL MELIPILLA
21	OSORNO	HOSPITAL BASE DE OSORNO
22	OVALLE	HOSPITAL OVALLE
23	PEÑALOÉN	HOSPITAL DOCTOR LUIS TISNÉ BROUSSE
24	PROVIDENCIA	INSTITUTO DE NEUROCIRUGÍA
25	PROVIDENCIA	HOSPITAL DEL SALVADOR
26	PROVIDENCIA	HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA
27	PROVIDENCIA	INSTITUTO DE GERIATRIA PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA
28	PROVIDENCIA	INSTITUTO PEDRO AGUIRRE CERDA
29	PROVIDENCIA	INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX
30	PUENTE ALTO	HOSPITAL DOCTOR SOTERO DEL RÍO GUNDIÁN
31	PUERTO MONTT	HOSPITAL PUERTO MONTT
32	PUNTA ARENAS	HOSPITAL REGIONAL DOCTOR LAUTARO NAVARRO AVARIA
33	QUILLOTA	HOSPITAL SAN MARTÍN
34	QUILPUÉ	HOSPITAL QUILPUÉ
35	QUINTA NORMAL	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
36	QUINTA NORMAL	HOSPITAL FÉLIX BULNES
37	RANCAGUA	HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA
38	RECOLETA	INSTITUTO PSIQUIATRICO DOCTOR JOSÉ HORWITZ BARAK
39	SAN ANTONIO	HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA
40	SAN CARLOS	HOSPITAL SAN CARLOS
41	SAN FELIPE	HOSPITAL SAN CAMILO
42	SAN FERNANDO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN FERNANDO
43	SAN MIGUEL	HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU
44	SAN MIGUEL	HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS
45	SANTIAGO	HOSPITAL ASISTENCIA PUBLICA
46	SANTIAGO	HOSPITAL PAULA JARA QUEMADA
47	SANTIAGO	INSTITUTO

## LEY

		TRAUMATOLÓGICO DOCTOR TEODORO GEBAUER
48	TALCA	HOSPITAL TALCA
49	TALCAHUANO	HOSPITAL LAS HIGUERAS
50	TEMUCO	HOSPITAL TEMUCO
51	TOMÉ	HOSPITAL TOME
52	VALDIVIA	HOSPITAL VALDIVIA
53	VALPARAISO	HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
54	VALPARAISO	HOSPITAL VALPARAISO
55	VICTORIA	HOSPITAL VICTORIA
56	VIÑA DEL MAR	HOSPITAL GUSTAVO FRICKE

Los Establecimientos señalados en este artículo que no hayan sido calificados como "Establecimiento de Autogestión en Red" al 1 de enero del año 2009, pasarán a tener dicha calidad a contar de esa fecha, por el solo ministerio de la ley, y se encontrarán regidos por las normas establecidas en el mencionado Título. El personal directivo de estos establecimientos tendrá derecho a los beneficios remuneracionales establecidos en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, asociados al cumplimiento de los estándares establecidos en el artículo 25 G, cuando el establecimiento cumpla dichos estándares.

Artículo decimosexto.- El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo al ítem 50-01-03-25-33.104 de la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere financiar con esos recursos.

En todo caso, el beneficio establecido en el inciso tercero del artículo decimocuarto transitorio se financiará mediante reasignaciones internas de los presupuestos de las instituciones correspondientes.

Artículo decimoséptimo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, el que deberá ser también suscrito por el Ministro de Hacienda, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado de las leyes N° 18.469 y N° 18.933.

## LEY

Artículo decimooctavo.- Las normas de la presente ley entrarán en vigencia el 1 de enero del año 2005, salvo lo dispuesto en el numeral 34) del artículo 1º, en los artículos 3º, 4º, 5º y 7º, y en las disposiciones transitorias.

Artículo decimonoveno.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministro de Hacienda, conformará el primer presupuesto de la Superintendencia de Salud.

El gasto que se derive de las nuevas plantas que se fijen, del encasillamiento que se practique y del traspaso de personal desde otras instituciones que se disponga, no podrá exceder de la suma de las remuneraciones que se estén pagando al personal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional más las del personal traspasado correspondientes al nuevo régimen de remuneraciones a que estarán afectos con motivo de dicho traspaso, cualesquiera sea la calidad jurídica de estos personales, todo ello considerando su efecto año completo.

Artículo vigésimo.- Lo dispuesto en el inciso final del número 13 del artículo 4º del decreto ley N° 2.763, de 1979, no se aplicará mientras no entren en vigencia las normas relativas a la acreditación de los programas correspondientes.

Artículo vigesimoprimer.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, del año 1979.

Artículo vigesimosegundo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la fecha de publicación de esta ley, establezca, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, las normas necesarias para regular las siguientes materias:

a) Fijar la planta de personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El encasillamiento en esta planta incluirá sólo a personal proveniente de la

## LEY

Subsecretaría de Salud.

b) Fijar la planta de personal de la Superintendencia de Salud. El encasillamiento en esta planta podrá incluir personal proveniente de la Subsecretaría de Salud, de los Servicios de Salud y de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de esta última institución.

c) Fijar la planta de la Subsecretaría de Salud Pública. El encasillamiento en esta planta incluirá personal proveniente de la Subsecretaría de Salud y de los Servicios de Salud. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de la Subsecretaría de Salud.

La Subsecretaría de Salud Pública será la continuadora legal de la Subsecretaría de Salud, para todos los efectos legales.

d) Las plantas de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública contendrán, a lo menos, dos cargos de jefe de división cada una.

e) Las áreas funcionales que competarán al Ministerio de Salud a través de las estructuras internas de sus Subsecretarías, estarán asociadas, a lo menos, a redes asistenciales, recursos humanos, planificación y presupuesto, prevención y control de enfermedades, políticas públicas en salud y administración y servicio interno.

f) Modificar la planta del Fondo Nacional de Salud que se verá aumentada por el traspaso de personal que cumpla funciones de autorización y pago de subsidios de incapacidad laboral en los Servicios de Salud, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refiere la letra g) de este artículo.

g) Para ordenar el traspaso de funcionarios titulares de planta y a contrata entre las instituciones señaladas en las letras a), b), c) y f) precedentes, sin alterar la calidad jurídica de la designación y sin solución de continuidad, y el traspaso de los recursos que se liberen por este hecho. El traspaso del personal titular de planta, y de los cargos que sirven, se efectuará en el mismo grado que tenían a la fecha del traspaso, salvo que se produzca entre instituciones adscritas a diferentes escalas de sueldos base, caso en el cual se realizará en el grado más cercano al total de remuneraciones que perciba el funcionario traspasado. A contar de esa misma fecha, el cargo del que era titular el funcionario traspasado se entenderá suprimido de

## LEY

pleno derecho en la planta de la institución de origen.

h) Modificar las plantas de los servicios de salud que se verán reducidas por el traspaso del personal que cumpla funciones de autoridad sanitaria, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refieren las letras b), c), f) y g) de este artículo.

i) Establecer las normas complementarias al artículo 13 bis de la ley N° 18.834, respecto de los encasillamientos derivados de las plantas que fije de conformidad con las atribuciones establecidas en este artículo. Asimismo, en el ejercicio de ellas, podrá establecer los requisitos para el desempeño de los cargos, sus denominaciones, los niveles jerárquicos para efectos de la aplicación de la ley N° 19.882, las fechas de vigencia de las plantas, las dotaciones máximas de personal y todas las normas necesarias para la adecuada estructuración y operación de las plantas que fije.

j) El uso de las facultades señaladas en este artículo quedará sujeto a las siguientes restricciones, respecto del personal al que afecte:

-No podrá tener como consecuencia ni podrán ser considerados como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral del personal traspasado y del que no se traspase.

-No podrá significar pérdida del empleo, disminución de remuneraciones, modificación de los derechos estatutarios y previsionales del personal traspasado y del que no se traspase. Tampoco podrá importar cambio de la residencia habitual de los funcionarios fuera de la Región en que estén prestando servicios, salvo con su consentimiento.

-Cualquier diferencia de remuneraciones deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que se absorberá por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Dicha planilla mantendrá la misma imponibilidad que aquella de las remuneraciones que compensa.

-Los funcionarios encasillados conservarán la asignación de antigüedad que tengan reconocida, como también el tiempo computable para dicho reconocimiento.

-No se podrá modificar la suma de las dotaciones máximas de personal que tienen a la fecha de publicación de esta ley el Ministerio de Salud y las instituciones y servicios dependientes o relacionados con éste, sin perjuicio de la creación de los cargos de Subsecretario de Redes Asistenciales, Intendente de Fondos y Seguros

## LEY

Previsionales de Salud e Intendente de Prestadores de Salud.

k) Establecer el procedimiento para la determinación del monto que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por tres y cuatro personas respectivamente, durante el primer año presupuestario de vigencia.

l) Determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, la que en ningún caso podrá exceder de dos años a contar de la fecha de publicación de esta ley, establecer el destino de sus recursos y el traspaso de su personal, el que deberá efectuarse al Ministerio de Salud. En tanto no se suprima dicho Servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios primero, séptimo y undécimo de esta ley. Asimismo, dichos funcionarios tendrán derecho a los incrementos pecuniarios dispuestos en los artículos transitorios séptimo y decimocuarto de esta ley.

Artículo vigesimotercero.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministerio de Hacienda, conformará el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública, los Servicios de Salud y la Superintendencia de Salud, y traspasará a ellos los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítem y glosas presupuestarias que sean pertinentes.".

Y por cuanto he tenido a bien aprobarlo y sancionarlo; por tanto promúlguese y llévese a efecto como Ley de la República.

Santiago, enero 30 de 2004.- JOSE MIGUEL INSULZA SALINAS, Vicepresidente de la República.- Pedro García Aspillaga, Ministro de Salud.- María Eugenia Wagner Brizzi, Ministro de Hacienda (S.).

Lo que transcribo a Ud. para su conocimiento.-  
Saluda atentamente a Ud., Ricardo Fábrega Lacoa,



LEY

Subsecretario de Salud (S.).