

REPÚBLICA DE CHILE



DIARIO DE SESIONES DEL SENADO

PUBLICACIÓN OFICIAL

LEGISLATURA 349^a, ORDINARIA

Sesión 27^a, en martes 26 de agosto de 2003

Extraordinaria

(De 12:44 a 14:2)

*PRESIDENCIA DE LOS SEÑORES ANDRÉS ZALDÍVAR, PRESIDENTE,
Y CARLOS BOMBAL, VICEPRESIDENTE*

SECRETARIO, EL SEÑOR CARLOS HOFFMANN CONTRERAS, TITULAR

ÍNDICE

Versión Taquigráfica

	<u>Pág.</u>
I. ASISTENCIA.....	
II. APERTURA DE LA SESIÓN.....	
III. TRAMITACIÓN DE ACTAS.....	
IV. CUENTA.....	

V. ORDEN DEL DÍA:

Proyecto de ley, en trámite de Comisión Mixta, que crea el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia (2944-03) (se aprueba su informe).....

Proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que crea los tribunales de familia (2118-18) (queda pendiente su discusión general).....

*A n e x o s***DOCUMENTOS**

- 1.- Proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, relativo a importación de mercancías del sector defensa calificadas como “pertrechos” (3204-02).....
- 2.- Proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que establece beneficios para concesionarios y ocupantes del borde costero de Isla de Robinson Crusoe (3047-02).....
- 3.- Informe de la Comisión de Salud recaído en el proyecto que modifica el DL. 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 (2980-11).....
- 4.- Moción de los señores Espina., Flores, Horvath, Romero y Viera-Gallo mediante la cual inician un proyecto de ley para tipificar el delito de desaparición forzada de personas (3317-07).....

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

I. ASISTENCIA

Asistieron los señores:

--Aburto Ochoa, Marcos
--Arancibia Reyes, Jorge
--Ávila Contreras, Nelson
--Boeninger Kausel, Edgardo
--Bombal Otaegui, Carlos
--Canessa Robert, Julio
--Cantero Ojeda, Carlos
--Chadwick Piñera, Andrés
--Coloma Correa, Juan Antonio
--Cordero Rusque, Fernando
--Espina Otero, Alberto
--Fernández Fernández, Sergio
--Foxley Rioseco, Alejandro
--Frei Ruiz-Tagle, Carmen
--Frei Ruiz-Tagle, Eduardo
--García Ruminot, José
--Gazmuri Mujica, Jaime
--Horvath Kiss, Antonio
--Larraín Fernández, Hernán
--Lavandero Illanes, Jorge
--Martínez Busch, Jorge
--Matthei Fornet, Evelyn
--Moreno Rojas, Rafael
--Muñoz Barra, Roberto
--Naranjo Ortiz, Jaime
--Novoa Vásquez, Jovino
--Núñez Muñoz, Ricardo
--Ominami Pascual, Carlos
--Orpis Bouchón, Jaime
--Páez Verdugo, Sergio
--Parra Muñoz, Augusto
--Pizarro Soto, Jorge
--Prokurica Prokurica, Baldo
--Romero Pizarro, Sergio
--Ruiz De Giorgio, José
--Ruiz-Esquide Jara, Mariano
--Sabag Castillo, Hosain
--Silva Cimma, Enrique
--Stange Oelckers, Rodolfo
--Valdés Subercaseaux, Gabriel
--Vega Hidalgo, Ramón
--Viera-Gallo Quesney, José Antonio
--Zaldívar Larraín, Adolfo
--Zaldívar Larraín, Andrés

Concurrieron, además, los señores Ministros del Interior, Secretario General de la Presidencia, de Economía, Fomento y Reconstrucción y Presidente de la Comisión Nacional de Energía, de Justicia y la señora Ministra Directora del Servicio Nacional de la Mujer, y el señor Subsecretario de Economía.

Actuó de Secretario el señor Carlos Hoffmann Contreras, y de Prosecretario, el señor Sergio Sepúlveda Gumucio.

II. APERTURA DE LA SESIÓN

--Se abrió la sesión a las 12:44, en presencia de 16 señores Senadores.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En el nombre de Dios, se abre la sesión.

III. TRAMITACIÓN DE ACTAS

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Las actas de las sesiones 23^a, especial, y 24^a, ordinaria, en 12 de agosto; 25^a, especial, y 26^a, ordinaria, en 13 de agosto, todas del año en curso, se encuentran en Secretaría a disposición de los señores Senadores, hasta la sesión próxima, para su aprobación.

IV. CUENTA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se va a dar cuenta de los asuntos que han llegado a Secretaría.

El señor SEPÚLVEDA (Prosecretario).- Las siguientes son las comunicaciones recibidas:

Mensajes

Siete de Su Excelencia el Presidente de la República:

Con el primero hace presente la urgencia, en el carácter de “suma”, respecto del proyecto de ley que crea la Unidad de Análisis e Inteligencia Financiera y modifica el Código Penal en materia de lavado o blanqueo de activos (Boletín N° 2.975-07).

--Se tiene presente la urgencia y se manda agregar el documento a sus antecedentes.

Con los cinco siguientes retira la urgencia, y la hace presente nuevamente en el carácter de “suma”, respecto de los siguientes proyectos de ley:

1.- El que permite efectuar anticipos del Fondo Común Municipal en los casos que indica y modifica el decreto ley N° 3.063, de 1979, sobre Rentas Municipales (Boletín N° 3.248-06);

2.- El que crea el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia (Boletín N° 2.944-03);

3.- El que establece un sistema de protección social para familias en situación de extrema pobreza denominado “Chile Solidario” (Boletín N° 3.098-06);

4.- El que modifica la ley N° 19.606, que establece incentivos para el desarrollo económico de las Regiones de Aisén y de Magallanes, y de la Provincia de Palena, en materia de crédito tributario y establece la ampliación de la Zona Franca de Extensión de Punta Arenas a la Región de Aisén para bienes de capital (Boletín N° 2.832-03), y

5.- El 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 (Boletín N° 3.258-05).

Con el séptimo retira la urgencia, y la hace presente nuevamente, en el carácter de “simple”, respecto del proyecto de ley relativo a la importación de las mercancías del sector defensa calificadas como “pertrechos” (Boletín N° 3.204-02).

--Quedan retiradas las urgencias, se tienen presentes las nuevas calificaciones y se manda agregar los documentos a sus antecedentes.

Oficios

Tres de la Honorable Cámara de Diputados:

Con los dos primeros comunica que ha dado su aprobación a los proyectos de ley que se indican:

1.- El relativo a la importación de las mercancías del sector defensa calificadas como “pertrechos”, con urgencia calificada de “simple” (Boletín N° 3.204-02) (Véase en los Anexos documento 1), y

2.- El que establece beneficios para concesionarios y ocupantes del borde costero de la Isla de Robinson Crusoe, de la comuna de Juan Fernández (Boletín N° 3.047-02) (Véase en los Anexos documento 2).

--Pasan a la Comisión de Defensa Nacional y a la de Hacienda, en su caso.

Con el tercero hace presente que ha aprobado la proposición formulada por la Comisión Mixta constituida para resolver las divergencias suscitadas durante la tramitación del proyecto de ley, iniciado en moción de los Senadores señora Matthei y señor Orpis, que modifica la ley N° 19.620, sobre adopción de menores, en materia de competencia de los juzgados de menores (Boletín N° 3.022-07).

--Se manda comunicar a Su Excelencia el Presidente de la República.

Dos del Excelentísimo Tribunal Constitucional:

Con el primero transcribe la resolución dictada en los autos Rol N° 383, relativos al requerimiento de inconstitucionalidad formulado en contra del proyecto de acuerdo que Aprueba la Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas (Boletín N° 1.575-10).

--Se toma conocimiento.

Con el segundo solicita información respecto del quórum con el cual se votó el proyecto de acuerdo que Aprueba la Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas (Boletín N° 1.575-10), y el número de señores Senadores que se encontraban en ejercicio a la fecha en que se procedió a la votación respectiva.

--Se mandó contestar.

Dos del señor Ministro del Interior:

Con el primero responde un oficio enviado en nombre del Senador señor Moreno, referido a las pensiones que debieran otorgarse a los campesinos afectados por las disposiciones del decreto ley N° 208, de 1973, y

Con el segundo da respuesta a un oficio enviado en nombre del Senador señor Horvath, relativo a la creación de una nueva comuna en la Cuarta Región, que comprenda las localidades de Tongoy, Guanaqueros, Tangué y Camarones.

Del señor Ministro del Trabajo y Previsión Social, por medio del cual contesta un oficio enviado en nombre del Senador señor Stange, acerca de las indemnizaciones por enfermedades profesionales causadas por plaguicidas.

Del señor Ministro de Obras Públicas, mediante el cual responde un oficio enviado en nombre del Senador señor Stange, concerniente al mejoramiento del pavimento del camino denominado San Antonio-Chaiguao, comuna de Quellón, Décima Región.

Tres del señor Ministro de Bienes Nacionales:

Con el primero da respuesta a un oficio enviado en nombre del Senador señor Horvath, acerca de la situación que afecta a los habitantes de Puerto Sánchez, comuna de Río Ibáñez, Undécima Región, y

Con los dos siguientes contesta sendos oficios enviados en nombre del Senador señor Stange, relativo el primero a la solicitud de dominio a título gratuito de propiedad rural que indica, ubicada en el sector Norte de Río Blanco, comuna de Chaitén, y el segundo, al saneamiento de títulos de propiedad ubicada en el sector Reldehue, comuna de Chaitén.

Del señor Contralor General de la República, por medio del cual responde un oficio enviado en nombre del Senador señor Lavandero, respecto de la derogación del artículo 19 del decreto ley N° 1.349, de 1976.

De la señora Presidenta del Consejo de Defensa del Estado, mediante el cual da respuesta a un oficio enviado en nombre del Senador señor Lavandero, relacionado con la vigencia del decreto ley N° 1.349, de 1976.

Dos de la señora Subsecretaria de Hacienda, mediante los cuales contesta igual número de oficios enviados en nombre del Senador señor Horvath: el primero, acerca del estado de avance de los acuerdos establecidos en el documento “Bases para un Compromiso por el Fortalecimiento de la Educación y la Profesión Docente”, y el segundo, referido a la posibilidad de destinar recursos extraordinarios a la educación municipal de la comuna de Tortel.

De la señora Subsecretaria de Previsión Social, con el que da respuesta a un oficio enviado en nombre del Senador señor Horvath, relativo a las pensiones asistenciales y al número de solicitudes que se encuentran pendientes en la Undécima Región.

Del señor Director Nacional del Instituto de Desarrollo Agropecuario, a través del cual responde un oficio enviado en nombre de la Senadora señora Matthei, tocante a contrataciones vinculadas al Convenio PNUD.

Del señor Vicepresidente Ejecutivo de la Comisión Chilena del Cobre, por medio del cual contesta un oficio enviado en nombre del Senador señor Lavandero, tocante a la vigencia del artículo 19 del decreto ley N° 1.349, de 1976.

Del señor Director General de Obras Públicas, con el que responde un oficio enviado en nombre del Senador señor Stange, con relación al estado del pago asociado a la expropiación de la hijuela denominada “Chaitén Puente Jaya”, de la comuna de Chaitén.

Del señor Secretario Regional Ministerial de Transportes y Telecomunicaciones de la Novena Región, mediante el cual contesta un oficio enviado en nombre del Senador señor Espina, referido a la prohibición de estacionar vehículos en Avenida O’Higgins, comuna de Angol.

Del señor Secretario Ejecutivo del Programa Orígenes, a través del cual da respuesta a un oficio enviado en nombre del Senador señor Espina, relativo a los criterios de selección utilizados para determinar las comunidades indígenas con las cuales se ha de trabajar.

--Quedan a disposición de los señores Senadores.

Informe

De la Comisión de Salud, recaído en el proyecto, 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, distintas modalidades de

gestión y fortalecer la participación ciudadana, con urgencia calificada de “simple” (Boletín N° 2.980-11) (Véase en los Anexos documento 3).

--Queda para tabla.

Moción

De los Senadores señores Espina, Flores, Horvath, Romero y Viera-Gallo, mediante la cual inician un proyecto de ley para tipificar el delito de desaparición forzada de personas (Boletín N° 3.317-07) (Véase en los Anexos documento 4).

--Pasa a la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento.

Permiso constitucional

El Senador señor Chadwick, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 57 de la Carta Fundamental, solicita permiso constitucional para ausentarse del país a contar del 29 de agosto en curso.

--Se accede.

Solicitud

Del señor Sergio Hernán Rivera Puentes, de rehabilitación de su ciudadanía (Boletín N° S 689-04).

--Pasa a la Comisión de Derechos Humanos, Nacionalidad y Ciudadanía.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Terminada la Cuenta.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra la Honorable señora Frei.

La señora FREI (doña Carmen).- Señor Presidente, se ha dado cuenta de un oficio del Presidente de la República donde se hace presente la “suma urgencia” para diferentes proyectos, entre ellos del que establece el sistema Chile Solidario.

El Ejecutivo había anunciado que enviaría algunas indicaciones. Hoy me comuniqué con el Ministro de Planificación y Cooperación, señor Andrés Palma, quien me informó que aún no se han despachado porque faltan las firmas del Primer Mandatario y del Ministro del Trabajo y Previsión Social.

En consecuencia, no me parece adecuada la calificación de “suma urgencia” para una iniciativa de la cual la Comisión de Gobierno ni siquiera ha recibido todos los antecedentes.

Por tal razón, pido a la Mesa solicitar al señor Ministro que retire la urgencia aludida. Y de aquí a unos diez días veremos qué pasa. Pero, como dije, las indicaciones todavía no ingresan a la Comisión.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- El señor Ministro Secretario General de la Presidencia -que se encuentra presente- ha escuchado la petición de la señora Senadora.

La idea es que se retire la “suma urgencia” del proyecto sobre el programa Chile Solidario mientras no se manden las indicaciones anunciadas.

Tiene la palabra el señor Ministro.

El señor HUENCHUMILLA (Ministro Secretario General de la Presidencia).- Señor Presidente, estoy al tanto de la situación y no tenemos inconveniente en retirar la “suma urgencia”.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Gracias, señor Ministro.

--Queda retirada la “suma urgencia” del proyecto mencionado.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Lavandero.

El señor LAVANDERO.- Señor Presidente, en cuarto lugar de la tabla figura el proyecto sobre Gestión y Personal del Servicio Nacional de Aduanas. Los trabajadores de esa repartición nos han hecho presente su interés en revisar el informe de la Comisión - no pudieron hacerlo oportunamente-, a fin de comprobar si contempla los puntos concordados con el Ejecutivo.

Por ese motivo, pido que la iniciativa vuelva a la Comisión de Hacienda.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Para ello se requiere la anuencia de la Sala.

¿Habría acuerdo para volver la iniciativa a la Comisión de Hacienda, para el efecto señalado?

El señor NOVOA.- Señor Presidente, escuchemos primero a algún miembro de la Comisión.

El señor BOENINGER.- ¿Me permite, señor Presidente?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, no me opondré a esa petición. Pero la verdad es que hemos discutido exhaustivamente la iniciativa y escuchado varias veces los planteamientos de los funcionarios de Aduanas. Francamente, no veo qué se pueda modificar del criterio ya aprobado en su momento.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- La directiva del personal de Aduanas me expresó que había solicitado al Ejecutivo el envío de una indicación para aclarar el artículo 16 ó 18 -no lo recuerdo con exactitud- y no se le ha dado respuesta.

Tal vez sería bueno mandar el proyecto a la Comisión por un par de días.

El señor PIZARRO.- Si se trata de una indicación, a lo mejor se podría discutir en la Sala cuando se trate la iniciativa. Para qué la vamos a retrasar más.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Al parecer, la indicación es compleja -se relaciona con el retiro y las jubilaciones- y debe ser analizada por la Comisión.

El señor BOENINGER.- Señor Presidente, primero hay que saber si el Ejecutivo mandará la indicación. Si no fuera así, no tendría objeto que la Comisión volviera a ver el proyecto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- No hay personeros de Gobierno que puedan entregarnos esa información.

El señor LAVANDERO.- Señor Presidente, como de ninguna manera se alcanzará a tratar hoy, mandémoslo a la Comisión.

El señor BOENINGER.- Bueno. Y si no llega la indicación, la iniciativa volverá a la Sala.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Propongo volverla a la Comisión de Hacienda por 48 horas,...

El señor BOENINGER.- Conforme.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- ...para los efectos de la revisión señalada y del estudio de una eventual indicación del Ejecutivo.

El señor NOVOA.- En todo caso, ¿se abriría plazo para formular indicaciones?

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Sí, señor Senador, por 48 horas y deberán presentarse en la Secretaría de la Comisión.

--Así se acuerda.

V. ORDEN DEL DÍA

CREACIÓN DE TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA LIBRE COMPETENCIA.

INFORME DE COMISIÓN MIXTA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Informe de la Comisión Mixta formada en virtud de lo dispuesto en el artículo 68 de la Constitución Política, en primer trámite, recaído en el proyecto de ley que crea el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia.

--Los antecedentes sobre el proyecto (2944-03) figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:

Proyecto de ley:

En primer trámite, sesión 1ª, en 21 de mayo de 2002.

En tercer trámite, sesión 55ª, en 20 de mayo de 2003.

En trámite de Comisión Mixta, sesión 2ª, en 4 de junio de 2003.

Informes de Comisión:

Economía, sesión 22ª, en 20 de agosto de 2002.

Constitución y Economía, unidas (segundo), sesión 37ª, en 1º de abril de 2003.

Hacienda, sesión 37ª, en 1º de abril de 2003.

Economía (tercer trámite), sesión 2ª, en 4 de junio de 2003.

Mixta, sesión 24ª, en 12 de agosto de 2003.

Discusión:

Sesiones 25ª, en 3 de septiembre de 2002 (se aprueba en general); 38ª, en 2 de abril de 2003 (se aplaza su votación); 40ª, en 15 de abril de 2003 (se aprueba en particular); 2ª, en 4 de junio de 2003 (se aprueba informe de Comisión de Economía y pasa a Comisión Mixta); 26ª, en 13 de agosto de 2003 (se aplaza la votación del informe).

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se encuentra cerrado el debate.

Corresponde votar.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se me ha pedido autorizar el ingreso del Subsecretario de Economía, señor Alvaro Díaz, y del Fiscal Nacional Económico, señor Pedro Mattar.

Si le parece a la Sala, se accederá.

--Se accede.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En votación.

¿Habría acuerdo para aprobar el informe de la Comisión Mixta?

--Se aprueba, dejándose constancia, para los efectos del quórum constitucional exigido, de que se pronunciaron favorablemente 28 señores Senadores.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el señor Ministro de Economía.

El señor RODRÍGUEZ (Ministro de Economía, Fomento y Reconstrucción).- Señor Presidente, quiero dar las gracias al Senado y en particular a los miembros de la Comisión de Economía, que integraron la Comisión Mixta, por las mejoras introducidas a la iniciativa.

Como consecuencia de esta votación y de la que espero se produzca en breve en la Cámara de Diputados, contaremos con una nueva institucionalidad de defensa de la libre competencia, la cual beneficiará claramente a los consumidores y a los pequeños y medianos empresarios frente a las malas prácticas que ocasionalmente se producen en nuestro país en contra de la competencia.

Además, deseo manifestar la satisfacción del Gobierno por la forma en que ha avanzado el proyecto.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Muchas gracias, señor Ministro.

CREACIÓN DE TRIBUNALES DE FAMILIA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que crea los tribunales de familia, con informe de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento.

--Los antecedentes sobre el proyecto (2118-18 figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:

Proyecto de ley:

En segundo trámite, sesión 6ª, en 18 de junio de 2003.

Informe de Comisión:

Constitución, sesión 11ª, en 9 de julio de 2003.

Discusión:

Sesión 12ª, en 15 de julio de 2003 (queda pendiente su discusión general).

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el señor Secretario.

El señor HOFFMANN (Secretario).- La relación del proyecto se efectuó en la sesión 12ª, de 15 de julio del año en curso.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión general.

Tiene la palabra el Honorable señor Chadwick.

El señor CHADWICK.- Señor Presidente, en consideración a que la iniciativa se refiere a un hecho de extraordinaria importancia: la creación de los tribunales de familia, en mi calidad de Presidente de la Comisión haré un breve informe de sus contenidos fundamentales, sobre la base de que lo que se votará será la idea de legislar.

En lo relativo a organización y atribuciones de los tribunales, la iniciativa representa, quizás, uno de los pasos más importantes que se están dando en materia de modernización de la justicia y continúa por la senda que se ha

marcado en este aspecto con la creación de los juzgados de garantía y los tribunales de juicio oral en materia penal.

No es de extrañar, por tanto, que siga esa misma línea procesal, consagrando procedimientos de carácter oral, concentrados y desformalizados, que se han inspirado en el principio de la inmediación.

Pero, atendidas las materias de que conocerán los juzgados de familia, se agrega algo completamente nuevo dentro de la organización de los tribunales como es un apoyo interdisciplinario de carácter técnico: en cada uno de ellos habrá un consejo integrado por asistentes sociales, psicólogos y orientadores familiares, cuya función será asesorar, individual o colectivamente, a los jueces en el análisis y mejor comprensión de los asuntos sometidos a su conocimiento desde el ámbito de sus especialidades.

Se añade, asimismo, la búsqueda de soluciones colaborativas entre las partes, representadas fundamentalmente por el nuevo sistema de mediación, entendiendo por tal un sistema de resolución de conflictos no adversarial, en el que un tercero neutral sin poder coercitivo ayudará a las partes a encontrar por sí mismas una solución a su conflicto. El servicio de mediación anexo a los juzgados de familia será prestado por personas naturales o jurídicas seleccionadas mediante un proceso de licitación similar al contemplado para las defensorías públicas en la actual reforma procesal penal. La supervisión, control, registro y administración de los recursos del sistema corresponderá al Ministerio de Justicia a través de la creación de un Departamento de Mediación.

La organización de los juzgados, señor Presidente, está inspirada en el diseño creado para la reforma procesal penal, conforme al cual un mismo juzgado

tiene varios jueces, y se profesionaliza la gestión de los recursos, que se encomienda a un administrador del tribunal.

Todo ello permitirá aumentar los actuales 51 juzgados de menores con un juez a 250 jueces, distribuidos en 60 juzgados de familia a lo largo del país, hecho que representa, obviamente, un incremento sustancial en el número de magistrados competentes en estas materias.

El sistema comenzará a operar el día 1º de julio de 2005, con la instalación de todos los juzgados de familia, pero con una dotación reducida que irá creciendo paulatinamente hasta completarla, tal como lo indica la iniciativa. De esta manera, señor Presidente, se aprovecha la experiencia adquirida en la puesta en marcha de los tribunales de la reforma procesal penal, que, al haberse dispuesto la provisión inmediata de su dotación, generó una capacidad ociosa durante los primeros meses de funcionamiento, particularmente en lo relativo a los tribunales de juicio oral en lo penal. Se procura utilizar esa experiencia para evitar cometer el mismo error.

Por tales razones, se consideran tres etapas para la instalación de estos tribunales: en la primera (el 1º de julio de 2005) se proveerán los cargos de 123 nuevos jueces; en la segunda (el 1º de julio de 2006), de 78, y en la tercera (el 1º de julio de 2007), de los 49 restantes.

El proyecto adecúa las normas pertinentes del Código Orgánico de Tribunales, la Ley de Menores, la Ley de Violencia Intrafamiliar, la Ley sobre Pago de Pensiones Alimenticias, el Código de Procedimiento Civil y la Ley Orgánica del Ministerio de Justicia.

Durante el período de instalación de los juzgados de familia, los tribunales con competencias en temas de menores seguirán conociendo de las materias que les encomienda la ley N° 16.618, con los procedimientos que allí se establecen, hasta su sentencia de término. Asimismo, las causas de competencia de los juzgados de familia que a la fecha de entrar en vigencia esta ley se encontraren radicadas en juzgados con competencias en lo civil continuarán en éstos y se sustanciarán conforme a las normas procesales vigentes a la fecha de inicio de estas causas, hasta el fallo de término. En otras palabras, los tribunales de familia, con su nueva competencia, conocerán de las situaciones que se produzcan una vez aplicada e implementada esta ley, de acuerdo con los plazos que señala.

Señor Presidente, contar con una jurisdicción especializada en asuntos de familia es una aspiración de toda la comunidad jurídica y se relaciona con el consenso en cuanto a que sean estos juzgados los que conozcan de las materias que propone el proyecto de nueva Ley de Matrimonio Civil, cuya idea de legislar el Senado aprobó en fecha reciente.

Para estos efectos, deberá revisarse el procedimiento ordinario previsto en el proyecto y es muy posible que deba agregarse uno especial, además de los ya contemplados para la aplicación de medidas de protección de los derechos de los menores, la violencia intrafamiliar y los actos judiciales no contenciosos. En especial, deberán armonizarse los criterios sobre el sistema de mediación que consulta la iniciativa con lo aprobado por la Comisión a propósito del proyecto que establece una nueva Ley de Matrimonio Civil.

En consecuencia, la Comisión dejó constancia de que la aprobación en general del proyecto responde fundamentalmente a la finalidad de que la Sala se

pronuncie en forma coetánea sobre él y la iniciativa de nueva Ley de Matrimonio Civil, con la prevención de que, en el análisis detallado de sus normas, en la discusión particular, al conocer las indicaciones, se deberán introducir las adecuaciones que correspondan para dar coherencia a la legislación en este ámbito.

Además, teniendo en cuenta que todas las opiniones especializadas recibidas en la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento -que aparecen consignadas en su informe- son favorables a la idea de legislar, unánimemente recomendamos a la Sala que apruebe el proyecto en general.

He dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, el proyecto es de extraordinaria importancia para llevar a la práctica en todo el país las transformaciones incorporadas en la legislación de familia. Desde 1990, hemos modificado diversas leyes: la de Filiación, la de Adopción, la de Violencia Intrafamiliar, la de pensiones alimenticias, la de régimen de visitas, la de bienes del matrimonio. Pero todavía falta adecuar la Ley de Menores a la Convención de Derechos del Niño.

Sin embargo, todo eso sería vano, inútil, sin tribunales que puedan concretarlo.

En la actualidad, los tribunales de menores están completamente sobrepasados, atochados de causas. En el caso de Concepción y Talcahuano, los primeros comparendos que otorgan son para cuatro, cinco o seis meses más. ¿Qué posibilidad real existe de defender los derechos del niño o de pedir pensión de

alimento o de preocuparse de la tuición de los hijos, si el primer comparendo se hace con tanta tardanza?

Por eso, ésta es una iniciativa fundamental que lleva demasiado tiempo tramitándose en el Congreso y no por falta de acuerdo político, sino por no contar con los recursos financieros suficientes, que en su mayoría se han empleado en la reforma procesal penal.

Felizmente ahora el proyecto se somete a la consideración del Senado. En lo sustancial, se trata de crear 60 nuevos tribunales de familia, compuestos por uno o más jueces, según las necesidades de la población de su jurisdicción, totalizando 250 magistrados. Esto quiere decir, tomando en cuenta que actualmente hay 51 juzgados de menores con un juez, que se multiplicarán por cinco los jueces que podrán conocer de estas causas.

Es cierto que dichas cifras no son del todo asimilables, pues los nuevos tribunales de familia tendrán una competencia mayor que la de los juzgados de menores, porque absorberán en parte la competencia de los juzgados civiles.

La relevancia de las materias que se expondrán ante estos jueces obliga a dotar adecuadamente a esos tribunales de equipos de carácter multidisciplinario. Al respecto, es muy importante la creación de los consejos técnicos, compuestos por asistentes sociales, orientadores familiares, sicólogos y otros especialistas, que podrán, en conjunto o individualmente, asesorar al juez cuando éste lo estime conveniente.

Cabe entender que, un conflicto de familia sometido a un tribunal, si bien debe ser fallado conforme a derecho, en su juzgamiento se consideran cuestiones de tipo psicológico, sociológico, económicos y conductual. Por tanto, este

consejo técnico asesor es de gran trascendencia. Es muy importante que los informes que emita sean públicos, petición que hicieron especialmente las asociaciones privadas que se ocupan del cuidado de la infancia. Sólo en casos especiales el juez puede determinar que no lo sean.

También es muy relevante el avance consistente en reunir en una misma jurisdicción múltiples asuntos referidos al ámbito familiar, muchos de los cuales se hayan hoy día dispersos y sujetos a tribunales y procedimientos distintos. Entre ellos -y creo que una simple enumeración revela la importancia de esta concentración- cabe señalar la tuición de los menores, régimen de visitas, pensiones alimenticias, adopción, acciones de filiación e investigación de la paternidad, estado civil de las personas, interdicción, bienes del matrimonio, nulidad y divorcio, violencia intrafamiliar, medidas de protección de menores y responsabilidad penal de los mismos.

La concentración de estas materias y la especialización de los tribunales con el correspondiente consejo técnico representan un adelanto muy fundamental para la pronta solución de los conflictos.

A mi juicio, el hecho de que la iniciativa fuera aprobada por unanimidad en la Comisión -esperamos que sea acogida de igual forma en la Sala- indica un compromiso claro del Parlamento en favor de la familia chilena.

Especial relevancia reviste la incorporación de la mediación como vía de solución alternativa de los conflictos. La experiencia demuestra lo conveniente que puede resultar desjudicializar estos asuntos.

Además, se contempla una reglamentación bien fundada, equilibrada y completa de todo el sistema de mediación. Sobre el particular, me parece que con motivo del segundo informe habrá que poner atención a los siguientes puntos:

En primer lugar, considero bien establecidos los principios en que descansa la mediación -se consignan en el artículo 79 del proyecto y se definen más adelante-, y que son la igualdad, es decir, que las partes involucradas permanezcan en un plano de equidistancia respecto de la ley o de equiparación en cuanto a oportunidades, para que una no esté por sobre la otra, de manera que la mediación sea libre; la voluntariedad, a fin de que en cualquier momento sea posible abandonar esta instancia; la confidencialidad, para impedir que asuntos íntimos de la vida familiar se ventilen en público; y, por cierto, la imparcialidad del mediador.

Habrà que revisar bien lo relativo a quién tendrá a su cargo la administración de todo el sistema de mediaciones. Según el proyecto, quedará bajo la tuición del Ministerio de Justicia. Tengo serias dudas al respecto. Sería más conveniente que la gestión correspondiera a las respectivas cortes de apelaciones. En verdad, a veces hay falencias administrativas en el Poder Judicial; pero estimo que la intromisión o interferencia del Ejecutivo en el sistema de mediación puede resultar inconveniente.

Otro aspecto vinculado con la mediación se refiere a la necesidad de determinar muy bien cuándo es obligatoria, cuándo es facultativa y cuándo está prohibida.

En cuanto a su carácter facultativo, lo más importante o lo que requerirá mayor reflexión por parte de la Comisión de Constitución apunta a la violencia intrafamiliar -artículo 86 de la iniciativa-, porque en la mayoría de los

casos no hay igualdad entre agresor y víctima. Y si bien se toman resguardos remitiendo su aplicación a lo consignado en el artículo 71, el referido órgano técnico tendrá que revisar muy bien la mediación en situaciones de violencia intrafamiliar.

La mediación está excluida -y con razón- en casos de maltrato infantil, porque obviamente ahí se evidencia una desigualdad completa. También debería ser analizada mejor.

La prohibición de la mediación en situaciones de nulidad y de divorcio requiere cambios, porque -como dijo el Presidente de la Comisión- el sistema propuesto debe armonizarse con lo establecido en el proyecto sobre nueva Ley de Matrimonio Civil.

Creo que también son importantes las medidas especiales que se adopten en materia de protección y perfeccionamiento de lo vigente en cuanto a violencia intrafamiliar. Se trata de uno de los temas sociales más graves que hoy día llegan a conocimiento de los tribunales. Como la legislación vigente no ha tenido el efecto esperado, es necesario recoger en buena forma la experiencia tanto de los tribunales de justicia como de los organismos que se ocupan de la violencia intrafamiliar.

Especial atención merece la creación de los administradores judiciales, que, tomados de la reforma procesal penal, liberan a los jueces de tareas burocráticas relativas a la dirección de tribunales.

Señor Presidente, junto con anunciar el voto favorable de mi bancada a esta importante iniciativa, deseo referirme a dos puntos que me parecen importantes. En relación con el primero, ojalá que el señor Ministro de Justicia y la señora Ministra del SERNAM pudieran escuchar estas palabras, que en todo caso repetiré

después en la Comisión. En la Región que represento los nuevos tribunales se concentran en las comunas de Concepción, Talcahuano, Coronel, Lota y en zonas aledañas. Todas las comunas de Ñuble quedan bajo la competencia de los jueces civiles o comunes de San Carlos, Yungay, Bulnes, Coelemu y Quirihue. Vale decir, no hay tribunales de familia ni tampoco un cronograma para crearlos como sucedió con la reforma procesal penal, sino que a los actuales tribunales civiles se les otorga una mayor dotación de personal. En definitiva, se trata de los mismos tribunales que, para esos efectos, tendrán competencia mixta. Para mí, resulta inexplicable un tribunal de familia en Yumbel. No tengo nada en contra de esta localidad, pues también está dentro de mi circunscripción. ¿Pero por qué Yumbel y no San Carlos? Este problema afecta a cada una de las Regiones que los señores Senadores representan. Me preocupa la solución, pues -como indiqué- es diferente de la asumida en materia procesal penal.

Debido al recargo de trabajo que para un juez de letras común y corriente implican los procedimientos de familia, en especial por el principio de inmediación que lo obliga a participar en todas las audiencias y actuaciones, presumiblemente deberá destinar más tiempo a las causas de familia, descuidando las de tipo civil. Si no procede así, se ocasionarían perjuicios.

En la decisión del Gobierno ha influido básicamente un problema financiero. No cabe duda de ello. Pero debería haber un programa, un proyecto o una idea sobre cómo ir extendiendo esta judicatura especial a los lugares no urbanos.

Considero que debería avanzarse con mayor precisión en cuanto a procedimientos más expeditos para el cumplimiento de las resoluciones de los tribunales de familia. Todos sabemos que el gran problema de los juicios por

pensión alimenticia consiste en que las sentencias no se pueden cumplir, quedando la familia sin cobrar el beneficio correspondiente. Entonces, habría que innovar con más creatividad y eficacia para que los fallos de los juzgados de familia realmente se lleven a la práctica y, ojalá, sin mayor demora.

Sobre la base de estas consideraciones, me parece que estamos no sólo ante un buen proyecto, que esperábamos desde hace tiempo -tal vez demasiados años-, sino también frente a una normativa de la mayor trascendencia para la judicatura y para la sociedad chilena: los conflictos se ventilarán en tribunales, con una justicia especializada, con la asesoría técnica correspondiente, y basada en criterios de equidad natural que deberían informar la interpretación de la ley, a fin de que las resoluciones sobre materias tan delicadas -como la suerte de los menores, el equilibrio en la repartición de prestaciones entre los miembros de la familia, el estado civil, la filiación- se adopten no sólo conforme a derecho, sino también a justicia.

He dicho.

El señor BOMBAL (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Frei.

El señor FREI (don Eduardo).- Señor Presidente, hoy debatimos uno de los proyectos más trascendentes que se hayan impulsado para robustecer a la familia chilena.

Esta iniciativa, enviada por mi Gobierno en noviembre de 1997, hace ya casi 6 años, dará origen, en el contexto de la modernización de nuestro sistema judicial y de la legislación de la familia, a un conjunto de procedimientos y órganos para enfrentar todos los asuntos derivados de las relaciones familiares que hoy carecen de respuestas adecuadas en el ordenamiento jurídico.

Nunca antes en la historia de Chile el tema de la familia estuvo más presente en el debate legislativo, y muy especialmente durante el período en que ejercí la Presidencia. Hace pocos días, durante la discusión del proyecto sobre nuevo matrimonio civil, enumeré las 10 leyes más importantes que aprobamos para fortalecer a la familia, a la mujer y a los hijos. Ésa fue nuestra forma de asumir responsablemente la necesidad de encarar los múltiples fenómenos que cambiaron a esta institución y que redefinieron las relaciones al interior del hogar.

Y es que entendemos a la familia como el lugar más trascendente en la vida de toda persona. Es en ella donde adquirimos la más temprana socialización y donde gestamos, por primera vez, una noción de identidad personal, de dignidad humana y de formación ética y valórica.

Cuidar a la familia no significa moralizar respecto de ella, ni condenar las opciones familiares de la gente, sino proveer a las personas de las estructuras institucionales adecuadas que les permitan enfrentar y superar sus conflictos.

Los desencuentros asociados a la vida familiar, como la tuición de los hijos de padres separados o las peticiones alimentarias, por citar sólo dos casos, se resuelven hoy en medio de un procedimiento que acentúa el antagonismo y exacerba el conflicto.

Por supuesto que la familia, como toda experiencia humana, no escapa a vivir episodios de tensión y desencuentro. Allí radican sus momentos críticos, pero también sus oportunidades de crecimiento.

El camino, entonces, no es esconder esas manifestaciones o pretender resolverlas en términos que hagan sentir a una de las partes que ha sido derrotada. Por el contrario, la opción correcta es solucionar los problemas en forma

cooperativa, lo que facilita los vínculos de comunicación entre las partes y permite alcanzar soluciones consensuadas.

Ésa es la mejor manera de no agravar las dificultades que se producen al interior de una familia y, también, de abrir espacios para que grupos familiares divididos puedan volver a encontrarse, si no mediante la vida en pareja, al menos en la experiencia de la paternidad y la maternidad.

Por eso asigno gran importancia al proyecto de ley que hoy nos convoca. Esta valoración se basa en que transforma radicalmente la actual justicia de menores, desde donde surgen los tribunales de familia. La justicia de menores existente en nuestro país no se condice con la especial naturaleza del litigio familiar, ni tampoco con las exigencias que contempla el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Ésta es una situación que hay que corregir para dar cabal cumplimiento al deber del Estado de proteger a la familia, tal como lo establecen la Constitución y los múltiples tratados internacionales sobre la materia a los cuales hemos adherido.

Por otra parte, esta iniciativa no es un esfuerzo aislado, sino que se enmarca en el gran objetivo de modernización de la justicia que impulsó mi Gobierno. De ahí que consagre el tránsito de procedimientos escritos a orales, favoreciendo la transparencia e imparcialidad del juicio jurisdiccional; que busque acrecentar el acceso a la justicia de los sectores tradicionalmente excluidos, como son los más pobres; que considere la existencia de un juez presente en las audiencias que interactúe con las partes; que incluya tribunales provistos de personal especialmente preparado en los temas que les competen, y que propicie la primacía

de soluciones no adversariales en un conflicto familiar, instaurando para ello el mecanismo de la mediación.

Por último, quiero señalar que mi único reparo al proyecto en análisis es la fecha fijada para el inicio del funcionamiento de los tribunales de familia. Creo indispensable que cuando la nueva Ley de Matrimonio Civil entre en vigencia ya estén operando los primeros órganos de ese carácter establecidos en la iniciativa. De acuerdo con las fechas previstas, de aprobarse esta nueva ley, ella comenzará a regir el 2004, en tanto que los tribunales de familia entrarán en vigor casi un año después, de manera que habrá miles de familias que no podrán regularizar su situación. Por lo tanto, cuando la nueva Ley de Matrimonio Civil empiece a operar ya deberían estar funcionando algunos tribunales de familia.

De lo contrario, los juzgados de letras que atiendan los asuntos derivados de la nueva normativa matrimonial sufrirán una severa recarga de trabajo, atentando seriamente contra la eficiencia y la importancia de su labor.

Señor Presidente, hace 12 años, uno de los grandes desafíos de la sociedad chilena era hacer frente a la desprotección legal en que se encontraban la familia, la mujer y los hijos. Hemos dado pasos significativos en esa dirección, y ello debe ser motivo de orgullo para todos nosotros. Sin embargo, la tarea quedaría incompleta si no aprobáramos este proyecto, que viene a solucionar un vacío de nuestro ordenamiento, relacionado directamente con las esferas más inmediatas de la vida cotidiana de muchos chilenos.

En esos tribunales, las familias de todos los sectores sociales encontrarán un espacio donde sus problemas serán tratados con dignidad y eficiencia, procurando alcanzar soluciones adecuadas, realistas y justas.

He dicho.

El señor BOMBAL (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Muñoz Barra.

El señor MUÑOZ BARRA.- Señor Presidente, los cambios culturales del nuevo siglo dicen estrecha relación con el responsable replanteamiento de la forma como, en cuanto sociedad y respecto de las personas en particular, abordamos y damos eficaz y oportuna protección a la familia, como institución, y a sus miembros en lo referente al ejercicio y goce de los derechos que de ella emanan.

Partimos de la premisa irredargüible de que los signos que representan a la mujer no son distintos de los signos que representan al varón, puesto que ambos están intrínsecamente unidos por el hecho de ser personas humanas.

En este reconocimiento de la realidad arribamos a la necesidad concreta de la pareja, que consiste en que la conservación de la especie va más allá de la sola procreación y gestación, y conlleva, además de la educación y formación de la prole, la de cada uno de ellos, lo que implica el respeto recíproco de los derechos de la familia y de cada uno de sus integrantes, independientemente de si tienen hijos o de si sus uniones están formalizadas de manera contractual o sólo consensuadas.

La falta de reconocimiento legal de las uniones de hecho, la ausencia de una ley de divorcio con disolución del contrato, la excesiva judicialización de los conflictos, lejos de erradicar la violencia en las parejas, la han fomentado, debido al tratamiento de los problemas por un Poder Judicial colapsado y a las excesivas instancias procesales a las que se enfrentan las partes, lo cual implica una tramitación indudablemente demorosa.

Es indispensable entregar a nuestros hombres y mujeres, a nuestras familias, a nuestras parejas, especialmente a las familias de escasos recursos, la posibilidad de ser atendidos por profesionales de experiencia y trayectoria, a lo menos en las disciplinas jurídicas y psicológicas, y difundir masivamente los sistemas no violentos de resolución de las disputas familiares, para lo cual apoyamos la creación de centros de familia.

EL PROYECTO MISMO

Sus objetivos

Me parece conveniente destacar los objetivos de la iniciativa:

a) La creación, en reemplazo de los actuales tribunales de menores, de juzgados de familia integrados por un número variable de jueces, cada uno con plena potestad jurisdiccional, circunstancia que posibilita la respuesta oportuna que aquélla requiere.

b) La concesión de competencia -siguiendo la tendencia generalizada de las distintas legislaciones extranjeras-, de carácter amplio y exclusivo, sobre todas las cuestiones, tanto personales como económicas, relacionadas con el conflicto familiar y la protección de los derechos de los niños y jóvenes.

c) Las normas sobre mediación, por cuanto, en opinión unánime de los expertos, los conflictos de familia requieren soluciones cooperativas, que satisfagan los intereses de todas las personas involucradas, razón por la que se ha estimado que los mecanismos más idóneos para su solución son aquellos de carácter no adversarial.

Normas orgánicas

La estructura orgánica de los juzgados de familia se compone fundamentalmente por el magistrado de familia, asesorado por un consejo técnico, al que corresponde participar en las audiencias, emitir los informes que le soliciten los jueces y asesorarlos directamente. Asimismo, habrá un ente administrador creado al efecto, a quien corresponde la gestión administrativa y financiera del tribunal, el manejo de la contabilidad y la administración de las cuentas corrientes y la custodia. Por último, estará el personal de Secretaría, dividido en sectores o unidades, correspondiendo a una de ellas la atención del público; es decir, recibe y protocoliza las demandas, deriva a mediación, atiende a los abogados, entrega información a los usuarios y se responsabiliza del soporte informático. Éste es un gran paso.

Normas del procedimiento general

El procedimiento a aplicar se basa en los principios de oralidad, inmediación, desformalización, oficiosidad, concentración y colaboración, con un plazo máximo para el desarrollo y resolución del proceso en caso de afectar directamente a un menor, como aquellas situaciones en que se haya privado de la tuición del menor y éste se encuentre bajo tutela temporal de una institución (algo muy común en estos últimos tiempos).

La mediación

Sobre este particular, como Partido, hemos decidido hacer mención especial, pues ella, en tanto reforma de progresiva aplicación como parte de nuestros procedimientos, deriva de los siguientes aspectos que conviene analizar.

Primero, que la reforma abarque todas las materias relativas al Derecho de Familia, que son de conocimiento de los tribunales, es para nuestra sociedad una urgente necesidad de democratización, por cuanto tanto la falta de justicia como la sentencia injusta o el veredicto extemporáneo afectan el desarrollo de las relaciones humanas en armonía, provocando las soluciones no pacíficas de los conflictos sociales y que cada cual vuelva en alguna medida al “ojo por ojo, diente por diente”.

Por otra parte, debemos destacar que el avance tecnológico ha hecho de todas las ciencias y de su ejercicio una tarea rápida y certera. Sin embargo, la forma de administrar justicia prescindiendo de los métodos y procedimientos más modernos implica un grave estancamiento social, que conlleva la pérdida de confianza en un Poder del Estado como lo es el Poder Judicial, y constituye un llamado oficial a desarrollar conductas violentas por la ciudadanía, donde al final impera la ley del más fuerte o del más agresor.

La solución que el resto del mundo civilizado ha implementado para avanzar en materia de tribunales, no sólo tiene relación con el cambio legislativo, con el aumento numérico de aquéllos ni con la facilidad de capacitación para los jueces, sino que se encuentra estrechamente ligado a la creación de una instancia que permita a las partes resolver sus propios conflictos.

Esas sociedades más avanzadas han creado una instancia de desjudicialización, que permite a la judicatura, desahogadamente, avanzar en el

cumplimiento de todos los requisitos de su importante quehacer sólo en aquellos procesos en que las partes no resuelvan sus propios conflictos por mediación y que, por ende, se haga menester administrar justicia.

La mediación la podemos definir como aquella etapa en la cual las partes en conflicto resuelven éste haciendo converger sus intereses ante un tercero neutral o mediador, quien no administra justicia, sino que los acoge, informa y propicia la “lluvia de ideas” de los involucrados que permita la búsqueda de soluciones, las que proceden de las mismas partes.

La solución que las partes convengan, emanada de su propia búsqueda en el resguardo de sus intereses y fundamentada en la responsabilidad personal, pasa a tener efecto vinculante por la autorización judicial de los acuerdos.

Esta forma de solución en el acceso a la justicia representa enormes ventajas sociales, por cuanto descolapsa los tribunales, obliga a las partes a desarrollar mayor madurez en el enfoque y resolución de sus problemas y desarraiga la violencia conductual que la excesiva judicialización conlleva por la falta de oportunidad en la dictación de las sentencias y la necesidad de un nuevo juicio para su cumplimiento incidental.

Por esta razón, señor Presidente, apoyo el proyecto que ahora discute el Honorable Senado.

El señor BOMBAL (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Senador señor Parra.

El señor PARRA.- Señor Presidente, ha coincidido que en el primer lugar de la tabla de esta sesión se votara y aprobara el informe de la Comisión Mixta recaído en el proyecto que crea el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia, y que en el segundo punto

de aquella debamos ocuparnos de otra reforma, la que tiene que ver con la administración de justicia en Chile.

Me parece altamente destacable que el mayor esfuerzo que se viene realizando entre nosotros, tal vez el cambio estructural más profundo que está viviendo la sociedad chilena, justamente es el que tiene que ver con la administración de justicia.

A estos proyectos se unen el que acaba de ingresar a la Cámara de Diputados para establecer la que bien puede denominarse Nueva Justicia Laboral y, desde luego, el que, en lenta tramitación en esa misma Cámara, crea los tribunales tributarios.

Todo esto conforma un esfuerzo enorme, que trata de poner nuestra administración de justicia a tono con los tiempos actuales, pero que, al mismo tiempo, hace que la sociedad y el Estado asuman realmente la responsabilidad que tienen en este terreno y se decidan a realizar la inversión y el gasto que ello conlleva, a pesar de que dentro de poco habrá de significar más que la duplicación del presupuesto histórico en este campo.

Se ha dicho en la Sala ya bastante para justificar la creación de los tribunales de familia. En general, pienso que estamos frente a un muy buen proyecto. Empero, quiero hacer tres comentarios que anticipan la línea que seguiré en la presentación de indicaciones durante la discusión particular.

El primero dice relación a que el esfuerzo de estructurar una administración de justicia moderna y ágil no debe llevarnos a adoptar decisiones que impliquen un recargo innecesario en el esfuerzo financiero que se va a realizar. No veo suficiente justificación para la creación de los llamados Consejos Técnicos

Asesores, tanto porque los tribunales en comento son tribunales de derecho, y la función del juez en este campo es indelegable, cuanto porque, sabiamente, la legislación procesal, a través de los siglos, ha proveído del informe de peritos para poder contar con los conocimientos y orientaciones que adicionalmente se puedan precisar para dilucidar bien determinada causa.

Tales consejos técnicos asesores aparecen insuficientemente perfilados en la iniciativa. No es clara su función. El juez, discrecionalmente, verá cuándo acude a ellos. Y muy bien pueden el día de mañana ser también utilizados como un resorte para dilatar innecesariamente los juicios.

En síntesis, considero que su creación no se halla suficientemente justificada.

En segundo lugar, la iniciativa -como lo hace también aquella que propone la creación de los nuevos tribunales del trabajo- ha seguido muy de cerca el modelo de la reforma procesal penal. Y la ha seguido también en lo que dice relación con la migración a estos nuevos tribunales del personal que hoy sirve en los juzgados de menores.

La experiencia ha sido, en términos generales, exitosa, y es lógico que sea debidamente aprovechada en esta iniciativa. No obstante, hay aspectos que tampoco pueden dejar de ser tenidos en cuenta. Así, el traspaso de competencia de los antiguos tribunales a los nuevos en el campo penal, determinó que las instancias orales en lo penal tuvieran un muy lento desarrollo en su trabajo propio, con el consiguiente recargo en la labor jurisdiccional, particularmente en la que -como en los tribunales del crimen- existía cuando en cada región se fue poniendo en marcha la reforma procesal penal.

Me parece que tal traspaso de competencia debe ser más rápido, pues en él no sólo no caben dudas desde el punto de vista constitucional, sino que, desde la perspectiva de la eficacia de la administración de justicia, puede contribuir adecuadamente a dar satisfacción a las demandas de la población.

En tercer término, estimo fundamental que el proyecto en debate se transforme en la ley que organice los tribunales de familia y que regule los procedimientos conforme a los cuales se conocerán las causas que se sometan a su competencia.

Por eso, propongo que el plazo para indicaciones a este proyecto se unifique con el de la fecha que ya fijó el Senado para la nueva Ley de Matrimonio Civil; que se limpie absolutamente dicha iniciativa de normas de carácter procesal y que se aproveche lo consignado en este proyecto para prescindir de la exageración en la creación de procedimientos especiales, aún más cuando éstos, como ocurre en aquella iniciativa, aparecen tan recargados de trámites que dificultan la dictación final de la sentencia.

Con estas consideraciones, concuro con alegría a la aprobación general del proyecto.

El señor BOMBAL (Vicepresidente).- El Honorable señor Parra ha solicitado unificar el plazo para presentar indicaciones a este proyecto y al el de la nueva Ley de Matrimonio Civil, fijado para el martes 7 de octubre próximo, a las 12.

Si le parece a la Sala, se accedería a lo solicitado.

El señor FERNÁNDEZ.- Una vez que el proyecto sea aprobado.

El señor BOMBAL (Vicepresidente).- Por supuesto, una vez aprobado.

--Así se acuerda.

Tiene la palabra el Senador señor Sabag.

El señor SABAG.- Señor Presidente, la Comisión Nacional de la Familia, creada durante el Gobierno del Presidente Aylwin, estudió en profundidad los problemas de la familia, señalando que muchos de ellos se refieren preferentemente a la falta de acceso a la justicia.

Sostuvo, además, que los factores que inciden en la ineficiencia del sistema judicial son: atochamiento del sistema; dispersión de reglas; procedimientos aplicables y tribunales competentes en los asuntos de familia; inexistencia de tribunales especializados, y preponderancia de la lógica adversarial para el tratamiento de los conflictos.

La Comisión recomendó la creación de los tribunales de familia.

La creación de ellos responde a un doble contexto jurídico. Por una parte, el Derecho Internacional que, por la ratificación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, coloca a nuestro país en la obligación de adecuar su legislación interna y sus políticas públicas a dicho instrumento. Y, por otra, se enmarca dentro de un proceso más amplio de formulación de un nuevo Derecho de Familia.

Podemos observar que el avance logrado en este nuevo Derecho se ha concretado en aspectos sustantivos. Esto es, en lo referente a derechos y deberes de los miembros de la familia. Sin embargo, desde el ángulo procesal no se aprecia ningún avance. Dicho en otras palabras, el tratamiento judicial de los conflictos familiares no se toca, lo cual ha generado una dramática disociación entre los enunciados teórico-jurídicos en la materia y el ciudadano común que, en la práctica judicial, no percibe cambio alguno. De aquí la gran importancia de estos juzgados.

La creación de los mencionados tribunales, además, se inscribe en el marco de diversas reformas que ha experimentado nuestra legislación en estos últimos once años en materia de Derecho de Familia.

Cabe mencionar algunas de dichas leyes: la que rige para el problema de la violencia intrafamiliar; la de adopción; la de filiación, y la de régimen de participación en las gananciales. A ellas debe agregarse el proyecto, recientemente aprobado en general, sobre la nueva Ley de Matrimonio Civil.

Lo importante de los nuevos enfoques reside, precisamente, en que están basados en los principios de igualdad ante la ley, de no discriminación, del derecho de las personas a ser tratadas con respeto, elementos todos que nos permiten desarrollar con mayor eficacia el concepto de democratización en nuestra sociedad y posibilitan además resolver las patologías sociales que sufre la familia.

Podemos destacar que los principales objetivos del proyecto son los siguientes:

-La generación de una jurisdicción especializada en asuntos de familia. Ésta comprende un procedimiento general y la creación de los juzgados de familia propiamente tales.

-Por otra parte, una condición especial de esta jurisdicción es que tiene carácter interdisciplinario. En la práctica, esto se concreta en la formación de un consejo técnico que asesorará al juez conforme a sus especialidades. Así, encontramos que dicho consejo estará compuesto por asistentes sociales, sociólogos u orientadores familiares.

-Atendida la naturaleza de los conflictos familiares, desde el punto de vista del procedimiento, es esencial que el juez tenga un conocimiento directo,

inmediato y oportuno de estos asuntos. Ello justifica que sean 250 los jueces, repartidos en 60 juzgados.

La acción directa del juez será una garantía, y si ello no ocurriere, la gestión se dará por nula.

-Finalmente, el proyecto otorgará a las partes instancias especiales para llegar a soluciones cooperativas. Aquí aparece la importante institución de la mediación, que analizaremos más adelante.

La creación de un Sistema Nacional de Mediación tiene por objeto la supervisión, control, registro y administración de los recursos a cargo de un departamento especial del Ministerio de Justicia. Este sistema estará regido por los principios de igualdad, voluntariedad, confidencialidad e imparcialidad, a fin de tomar en cuenta los intereses de las personas afectadas.

La mediación presenta muchas ventajas por sobre el procedimiento judicial, especialmente en temas de familia. Es un procedimiento que fortalece la autoestima y la validación social de los participantes. Esto último resulta relevante en los sectores de escasos recursos, debido a que presentan un bajísimo nivel de acceso a la justicia. Se trata de una vía relativamente barata y probadamente eficiente, ya que la mayoría de los mediadores declaran tasas de éxito de 80 a 90 por ciento.

En la Comisión entregó una importante opinión la Asociación Nacional de Magistrados de Menores, en cuanto a que el aumento de las materias de competencia de estos tribunales podría provocar un retardo en la tramitación de las causas.

Un rasgo distintivo de esta tramitación es la presencia del juez en todas las audiencias y en el período probatorio, en términos absolutos, bajo sanción de nulidad. Esto complicará las actuaciones de los jueces -como ya lo han señalado otros señores Senadores- en otro tipo de quehaceres, como la tramitación de apremio por incumplimiento de pago de pensiones alimenticias, trámite de regímenes de visita, entrega de menores, y muchos otros que necesitan la decisión y la firma del magistrado, cuestiones todas que deberán dilucidarse en la discusión particular del proyecto.

Respecto del Comité Asesor especializado en temas de familia que ha de apoyar las decisiones del juez, cabe mencionar que estará constituido por asistentes sociales, sociólogos u orientadores familiares, lo que enfatiza el carácter interdisciplinario del mismo.

Finalmente, desde el punto de vista del procedimiento, resulta novedoso dar relevancia a la oralidad sobre la escrituración, haciendo muy parecida esta fórmula a la que se utiliza en la reforma procesal penal. Es importante consagrar un procedimiento en que primen las soluciones cooperativas o no adversariales frente al conflicto familiar.

Creo que la instauración de estos tribunales permitirá el acceso a la justicia de los sectores que por razones socioeconómicas han estado excluidos de ella y necesitan de una solución judicial a sus conflictos. Los problemas de la familia requieren un nuevo enfoque para su tratamiento. Hasta ahora, primaba el criterio netamente individualista de nuestro Derecho, desconociendo que las controversias familiares se deben a un conjunto de sistemas yuxtapuestos, como el conyugal, el parental y el filial.

El Derecho favorece al individuo. Se busca solucionar los conflictos de familia mediante una verdadera pugna -existe una víctima y un victimario, un inocente y un culpable-, privilegiando el litigio sobre el acuerdo.

En esta nueva concepción, llamada “sistémica”, la familia está considerada como una totalidad. Ello permite que las responsabilidades sean necesariamente compartidas y, por tanto, se revaloriza el acuerdo y se relega el litigio a segundo plano.

Votaré favorablemente la idea de legislar.

El señor BOMBAL (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Senador señor Espina.

El señor ESPINA.- Señor Presidente, esta iniciativa legal probablemente constituye uno de los avances más importantes en la organización del Poder Judicial en nuestro país, porque incorpora a la judicatura, fundamentalmente, la resolución de los conflictos mediante tribunales que deben abordar quizás uno de los temas más difíciles y complejos de los conflictos humanos que ocurren en el orden temporal: las relaciones de familia.

En Chile, existen tribunales del crimen, civiles, laborales. Algunos de ellos funcionan con competencia exclusiva, única o especial, y otros con una mixta. Pero no cabe la menor duda de que los tribunales de menores, que están en la categoría de especializados, no cumplen con la finalidad de abordar todos los temas de la familia, por carecer de jueces ad hoc.

Uno de los graves problemas de que adolecen las legislaciones dictadas en los últimos años -más allá de que sean adecuadas y perfectas- es que tienen que aplicarse por tribunales absolutamente sobrepasados en su carga de trabajo. En su inmensa mayoría, opera el sistema procesal penal antiguo; y en los

tribunales ordinarios, los jueces de letras civiles sufren un enorme exceso laboral, lo cual da como resultado que, en la práctica, ninguno de los procedimientos se terminen. Si uno analiza el juicio ordinario civil, o el penal por crimen o simple delito, advertirá que los plazos de una primera vista –de concretarse- permitirían que las causas correspondientes terminaran rápidamente; pero, por la gigantesca sobrecarga de casos aquéllos no se cumplen.

Las distintas etapas del juicio ordinario -demanda, contestación de la misma, réplica, dúplica, término probatorio, citación a las partes para oír sentencia, y sentencia-, no debieran durar más de dos o tres meses, pero en la práctica esta clase procesos se arrastra por años. ¿Y cuál es la razón? Que los jueces están absolutamente sobrecargados de trabajo. Y no sólo eso: también deben conocer de causas muy distintas, que requieren especialización. Si hay materias que la necesitan son, precisamente, los conflictos vinculados a la familia.

No es lo mismo que un juez civil resuelva un proceso de arrendamiento o un juicio de reivindicaciones, o un caso relativo al derecho de propiedad, o un litigio sobre uso y usufructo, que un conflicto de violencia intrafamiliar, o de adopción, o de ruptura de familia -cuestión abordada en la nueva Ley de Matrimonio Civil-, o demandas de alimentos, de tuición o de visitas. Estos últimos requieren formación, capacitación y características especiales. Los mecanismos del fallo son distintos, como también la evaluación de la prueba y la intervención del juez frente a las partes. Un magistrado que trabaja en el ámbito de los derechos de familia tiene un rol más activo, interviene en la mediación y hace un esfuerzo por resolver el conflicto familiar. El bien jurídico protegido es la familia, que no es lo mismo que la propiedad, o el derecho de una sociedad civil o comercial.

Son bienes jurídicos distintos, que deben ser amparados por los tribunales y por jueces que requieren formación y características diferentes.

Considero que ésta es probablemente una de las iniciativas legales más importantes en el ámbito judicial en muchos años. Los tribunales que se crean son una necesidad, precisamente para proteger a la familia, aunque parezca una contradicción. Un juez especializado va a tener el tino, el criterio, para resolver adecuadamente un conflicto de esa naturaleza, donde es muy difícil dilucidar quién es culpable o inocente. Habitualmente, son disputas que se gatillan por visiones parciales de la realidad del grupo familiar. Y los jueces, mediante su capacitación en la Academia Judicial, debieran tener la capacidad y el talento para conducir los procesos, no en el ánimo de agudizar los conflictos ni de ser indiferentes frente a ellos, sino en el de intentar resolverlos.

Por lo tanto, no tengo duda alguna de que esta iniciativa, al establecer los tribunales de familia en forma especializada, constituye un gigantesco avance en la legislación chilena.

Votaré a favor de la idea de legislar, reservándome para más adelante algunos comentarios, gran parte de los cuales ya los hizo el Honorable señor Viera-Gallo, entre otros, y que ameritarán un análisis pormenorizado en la discusión particular.

Hay temas que deben ser debatidos, corregidos o perfeccionados. Uno de ellos se refiere a la ubicación de los juzgados de familia. No tengo duda de que todos deseáramos instalarlos en cada comuna, lo cual es imposible; pero mi impresión es que debemos hacer un análisis más objetivo respecto de su ubicación.

En lo personal, debo señalar que respecto de la Araucanía Norte, que represento, resulta completamente absurdo que exista un solo tribunal de familia en la zona de Angol. Eso significa no conocer la realidad de la gente de la Región, pues ésta tendrá que viajar 300 ó 400 kilómetros para comparecer en un juicio. ¡Es absurdo! En la práctica, es hacer inoperante el sistema. Nadie que viva en la zona de Lonquimay, podrá ir a Angol, como tampoco lo hará quien resida a gran distancia del tribunal. Lo habitual es que este tipo de conflictos se produzcan entre compatriotas de escasos recursos, los cuales son los que requieren de colaboración. Pero obligarlos a recorrer grandes distancias para concurrir a las audiencias, las cuales a veces se suspenden o prorrogan por dos días -como sucede en un juicio oral-, realmente implica causarles perjuicios.

Por lo tanto, habría que diseñar un sistema que considere las limitaciones económicas existentes y permita una distribución geográfica razonable de estos tribunales -sin pretender que haya uno en cada una de las comunas que representamos-, a fin de que las personas reciban atención judicial oportuna, sin tener que cubrir largas distancias para ello.

Por otra parte, deseo hacerme cargo de un tema analizado en la Comisión de Constitución, respecto del cual se llegó a un acuerdo con el Gobierno, que se refiere a lo siguiente: muchos de los que votamos a favor del proyecto sobre nueva Ley de Matrimonio Civil, particularmente en todo lo que dice relación a la causal de disolución del matrimonio y el divorcio, lo hicimos conforme a la lógica de que ella va a regir conjuntamente con los tribunales de familia. Toda la estructura de dicho cuerpo legal está diseñada para que la aplique un juez especializado, de modo tal que sea él quien llame a la conciliación. Ésta es la última gestión que el

magistrado intenta, con el objeto de hacer ver a la pareja los efectos que el fracaso matrimonial puede producir tanto en sus vidas personales como en las de sus hijos, al igual que en los derechos de ellos para lo futuro. Para que la conciliación tenga algún sentido, esa acción no puede ser efectuada por un juez no debidamente especializado. Probablemente ella, en muchos casos, no servirá de nada y fracasará; pero la experiencia recogida en la Comisión es que en muchas oportunidades la conciliación puede derivar en una mediación voluntaria y, en algunos casos, en la resolución de la crisis matrimonial o, a lo menos, en que ella se tramite en un plano de entendimiento entre la pareja, en su relación con los hijos y en materia patrimonial. Eso requiere jueces especializados. La ley en proyecto no está concebida para que el mismo magistrado que lleva un juicio ejecutivo de cobranza - con todos los méritos, calidades y calificaciones que puede poseer, probablemente por ser juez civil, no tenga la especialización o no haya seguido los cursos de capacitación respectivos- sea el que resuelva un proceso de familia, con los conocimientos necesarios en la materia. Todos los jueces son capaces, pero el de familia requiere especialidad.

Entonces, el problema radica en que la ley en estudio debía entrar en vigencia mucho antes de que el Gobierno instalara los tribunales de familia; pero el compromiso adquirido al iniciarse su tramitación fue que la nueva Ley de Matrimonio Civil entrara a regir simultáneamente con esta otra. Sin embargo, ocurre que los juzgados de familia sólo iniciarán su funcionamiento en junio de 2005. Y resultaba extraordinariamente incomprensible y muy difícil de explicar que se despachara la Ley de Matrimonio Civil en el Parlamento y se mantuviera guardada en el "freezer", a la espera de que comenzasen a regir los tribunales de familia. Por

eso, se estableció un período corto –que calculamos en no más allá de un año- en el que en definitiva las causas de matrimonio civil serán vistas por los juzgados civiles. Posteriormente, todas ellas serán conocidas por los tribunales de familia.

Es una materia que se debe ajustar bien durante la tramitación del texto que nos ocupa, con el objeto de intentar que ese lapso sea lo más breve posible y que la cuestión no se dilate indefinidamente, porque en ese caso, en mi opinión, los efectos concretos de la ley podrían ser gravemente afectados.

Por lo tanto, durante un período transitorio la Ley de Matrimonio Civil será conocida por los tribunales civiles ordinarios, pasado el cual intervendrán los tribunales de familia, cuyo inicio, según se ha comprometido el Gobierno, será en junio de 2005.

Finalmente, debo señalar que los aspectos específicos y contenidos del proyecto –en cuanto a cómo se desarrolla la mediación, así como todo lo relacionado con los procedimientos especiales que se crean, la planta y remuneraciones del personal de los juzgados, la concordancia con otros cuerpos legales, la regulación del procedimiento ordinario, la composición de los juzgados de familia y su propia competencia-, serán analizados por la Comisión de Constitución con motivo de la discusión particular.

En términos generales, señor Presidente, ésta es una excelente iniciativa, a mi juicio, que viene a llenar en la legislación un vacío que era necesario abordar a la brevedad. Y puede ser una solución muy importante, no para agudizar los conflictos de familia, sino, por el contrario, para que un buen juez pueda resolver muchos de ellos, e incluso, para evitar las rupturas naturales que los seres humanos tenemos en nuestras relaciones en ese ámbito, ya sea con los hijos o con la pareja.

Por todas estas consideraciones, votaremos a favor de la idea de legislar, sin perjuicio de que durante la discusión particular formularemos los planteamientos correspondientes a cada una de las disposiciones y materias que contempla el articulado.

El señor BOMBAL (Vicepresidente).- Hago presente a Sus Señorías que al comienzo de la sesión ordinaria de la tarde el Senado va a recibir al señor Hiroyuki Kurata, Presidente de la Cámara de Consejeros de Japón, quien ya se encuentra en el edificio. De modo que les ruego encarecidamente su puntualidad.

La discusión del proyecto continuará después, encontrándose inscrito en seguida el Honorable señor Silva y, luego, el Senador señor Ruiz-Esquide. No se ha registrado ningún otro. Con posterioridad se votará.

Agradezco la presencia de los señores Ministros.

Se levanta la sesión.

--Se levantó a las 14:2.

Oswaldo Palominos Tolosa,

Jefe de la Redacción Subrogante

ANEXOS

A S.E. EL
PRESIDENTE
DEL
H. SENADO

DOCUMENTOS**1**

**PROYECTO DE LEY DE LA HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS
RELATIVO A IMPORTACIÓN DE MERCANCÍAS DEL SECTOR DEFENSA
CALIFICADAS COMO “PERTRECHOS” (3204-02)**

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

PROYECTO DE LEY

"Artículo 1º.- Reemplázase el párrafo primero del número 1 de la letra B, del artículo 12 del decreto ley N° 825, de 1974, sobre Impuesto a las Ventas y Servicios, por el siguiente:

"1. El Ministerio de Defensa Nacional, el Estado Mayor de la Defensa Nacional, las Fuerzas Armadas, Carabineros de Chile y la Policía de Investigaciones de Chile, como también las instituciones y empresas dependientes de ellas o

que se relacionen con el Presidente de la República por su intermedio, y que desarrollen funciones relativas a la defensa nacional, resguardo del orden y seguridad pública, siempre que correspondan a maquinaria bélica; vehículos de uso militar o policial excluidos los automóviles, camionetas y buses; armamento y sus municiones; elementos o partes para fabricación, integración, mantenimiento, reparación, mejoramiento o armadura de maquinaria bélica y armamentos; sus repuestos, combustibles y lubricantes, y equipos y sistemas de información de tecnología avanzada y emergente utilizados exclusivamente para sistemas de comando, de control, de comunicaciones, computacionales y de inteligencia;

".

Artículo 2°. Reemplázase la Glosa de la Partida 00.01, de la Sección 0, del Arancel Aduanero, por la siguiente:

"(00.01) Especies importadas por el Ministerio de Defensa Nacional, el Estado Mayor de la Defensa Nacional, las Fuerzas Armadas, Carabineros de Chile y la Policía de Investigaciones de Chile, como también por las instituciones y empresas dependientes de ellas o que se relacionen con el Presidente de la República por su intermedio, y que desarrollen funciones relativas a la defensa nacional, resguardo del orden y seguridad pública, siempre que correspondan a maquinaria bélica; vehículos de uso militar o policial, excluidos los automóviles, camionetas y buses; armamento y municiones; elementos o partes para mantenimiento, reparación y mejoramiento de maquinaria bélica o de armamentos; sus repuestos, combustibles y lubricantes, y equipos y sistemas de información de tecnología avanzada y emergente utilizados exclusivamente para sistemas de comando, de control, de comunicaciones, computacionales y de inteligencia."

Artículo 3°.- Incorpórase en la Partida 00.01, de la Sección 0, del Arancel Aduanero, la siguiente Nota Legal Nacional:

"Nota Legal Nacional N° 1. Para los efectos de esta Partida, se entiende por maquinaria bélica, los aparatos, motores y herramientas que se utilizan y preparan para la guerra, y excluye a cualquier otro tipo de pertrechos tales como equipamiento médico, medicamentos y vestuario. Por vehículo de uso militar y policial, se entiende los vehículos de guerra y policiales terrestres, aéreos y marítimos, y se excluye a los automóviles, camionetas y buses. Los equipos y sistemas de información de tecnología avanzada y emergente utilizados exclusivamente para sistemas de comando, de control, de comunicaciones, computacionales y de inteligencia, excluyen el equipamiento y programas computacionales de uso convencional."

Artículo 4°.- Elimínase, en el inciso primero del artículo 3° del decreto ley N° 480, de 1974, el guarismo "00.02" y la coma (,) que le precede.

Artículo 5°.- El gasto fiscal que represente esta ley durante el primer año de su vigencia, se financiará con transferencias desde la provisión para financiamientos comprometidos de la partida presupuestaria Tesoro Público del Presupuesto del Sector Público para dicho año. En los años siguientes, dicho gasto se contemplará en el presupuesto respectivo.

Artículo 6°.- Esta ley comenzará a regir noventa días después de su publicación en el Diario Oficial."

Dios guarde a V.E.

(FDO.): ISABEL ALLENDE BUSSI, Presidenta de la Cámara de Diputados.- CARLOS

LOYOLA OPAZO, Secretario de la Cámara de Diputados

**PROYECTO DE LEY DE LA HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS QUE
ESTABLECE BENEFICIOS PARA CONCESIONARIOS Y OCUPANTES DEL
BORDE COSTERO DE ISLA ROBINSON CRUSOE (3047-02)**

A S.E. EL
PRESIDENTE
DEL
H. SENADO

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

PROYECTO DE LEY:

"Artículo 1º.- Condónanse las deudas por concepto de rentas y tarifas que hubieren contraído los titulares de concesiones marítimas ubicadas en el borde costero de la isla Robinson Crusoe, de la comuna de Juan Fernández.

Las concesiones marítimas del mencionado sector que se encontraren afectadas por causales de caducidad por el no pago de las rentas, continuarán vigentes hasta la expiración del plazo fijado en el decreto supremo que las hubiese otorgado.

Artículo 2º.- Las ocupaciones irregulares del borde costero de la isla Robinson Crusoe, podrán ser regularizadas mediante el otorgamiento de concesiones marítimas sobre los terrenos ocupados, en conformidad con lo establecido en el decreto con fuerza de ley N° 340, de 1960, del Ministerio de Hacienda, sobre concesiones marítimas, y su reglamento, aprobado mediante el decreto supremo N° 660, de 1988, del Ministerio de Defensa Nacional.

Las concesiones marítimas que se otorgaren a los ocupantes irregulares no pagarán las rentas o tarifas correspondientes al período de la ocupación ilegal.

Artículo 3º.- Exímese a los titulares de las concesiones marítimas ubicadas en el borde costero de la isla Robinson Crusoe del pago de las rentas y tarifas contempladas en el decreto supremo N° 660, de 1988, del Ministerio de Defensa Nacional, siempre que el objeto de las mismas corresponda a uso habitacional.

Artículo 4º.- Las concesiones marítimas del borde costero de la isla Robinson Crusoe podrán otorgarse por un plazo de hasta cincuenta años.

Artículo 5°.- Sin perjuicio de las exenciones contenidas en esta ley, las concesiones marítimas otorgadas en el borde costero de la isla Robinson Crusoe continuarán afectas al impuesto territorial contemplado en la ley N° 17.235 y a otros tributos que pudiesen gravar a los concesionarios.

Artículo transitorio.- Las ocupaciones irregulares del borde costero de la isla Robinson Crusoe deberán ser regularizadas en el plazo de un año contado desde la publicación de esta ley, para los efectos de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 2°.”.

Dios guarde a V.E.

(FDO.): ISABEL ALLENDE BUSSI, Presidenta de la Cámara de
Diputados.-CARLOS LOYOLA OPAZO, Secretario de la Cámara de
Diputados

INFORME DE LA COMISION DE SALUD RECAÍDO EN EL 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 (2980-11).

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, 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 Frenz, 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.

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 Etica, 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, señoras Siria Islamie, Rebeca Pizarro, Claudia Urrea y los señores Miguel Egiguren 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”.

- 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”.

- 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”.

- 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.

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 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 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 6° 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 7° 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.

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.

- Ley N° 19.490, que establece asignaciones y bonificaciones para el personal del sector salud.
- Ley N° 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas de personal del sector salud.
- Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.
- D.L. N° 249, de 1974, Escala Unica de Remuneraciones.
- 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.

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.

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; insta 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 4° 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 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 la 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.

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 redonda en una escasa capacidad resolutive; 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 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;
- 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; 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 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 (FENTESS), para impulsar una nueva política de modernización de la gestión del personal, en el marco de la reforma de la salud. Indicó que, para 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.

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 impondibilidad 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.

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 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. 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 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 profile 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.

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.

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 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.

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 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.

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.

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**".

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 previsional.

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.

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.

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.

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 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-Esquide 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) pertenecientes a la resolución de patologías AUGE, 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.

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 10° 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 18° al 5°, 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.

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.

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 N° 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 N° 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:

AÑO	Mayor Gasto Fiscal Respecto del gasto 2002
2003	\$ 8.674 millones
2004	\$ 17.654 millones
2005	\$ 19.160 millones
2006	\$ 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 N° 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.

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-Esquide

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:

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 de la ley N° 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.

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-Esquide

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 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 N° 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.

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.

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 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.

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.

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 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-Esquide 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 concluida la exposición de los invitados sobre las diversas materias abordadas por la iniciativa legal, los Honorables Senadores expresaron su parecer sobre la misma.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide

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 resolutiveidad 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 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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

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.

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.

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 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.

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.

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 1º

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:

- 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.

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.

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.

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 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 N° 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:

"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 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 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 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.

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 N° 10 relativa al "cumplimiento de derechos de los pacientes", para evitar problemas de judicialización.

Puesta en votación la indicación, el N° 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 N°s. 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 N° 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 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.

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 4°, un artículo 4° 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 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.

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 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 4° bis los Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo estuvieron por eliminar el N° 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 4° 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 4° 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 4° 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.

N°3)

Sustituye el artículo 5° 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 el la actual organización del Ministerio de Salud ha funcionado en forma normal.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide 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.

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 5° 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 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 5° del decreto ley N° 2.763, de 1979, y eliminar el artículo 5° 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 5° 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.

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.

N°4

Deroga el inciso final del artículo 6°.

**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 7°.

**El Honorable Senador señor Viera-Gallo
presentó Indicación para remplazar el numeral 5) por el siguiente:**

Sustitúyase el artículo 7° por el que sigue:

Artículo 7°.- 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 Nº 18.469 y Nº 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.

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."."

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 8° 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 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 por 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 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 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:

"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.

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.

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 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.

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 4° 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:

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 4° de la ley N° 19.813.”.

Puesta en votación la indicación del Ejecutivo que reemplaza el N° 4, fue aprobada unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo.

Puesta en votación la indicación del Ejecutivo que intercala un N° 8, nuevo, fue aprobada unánimemente, con los votos de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esqvide 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-Esqvide 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".

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 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)

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-Esquide 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."

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.

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 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)

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 resolutive 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.

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.

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.

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
Honorable Senadores señores Ríos, Ruiz-Eskuide 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
Honorable 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.

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 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."."

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 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 9° 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.

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; 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.

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 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 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 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 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 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 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°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 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.

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.

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 adquiriera 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 adquiriera 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

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:

- 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;
 - 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; y
 - declarar accidentes en actos de servicio.
- 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;
- 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."

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):

"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.**

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.

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"

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."."

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.

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."

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 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."

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 N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes.””.

El señor Ministro de Salud explicó que la indicación tiene por objetivo adecuar este precepto a la misma redacción establecida en la Ley N° 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)

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

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 17° y 11°, 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 2° 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.

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.

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-Eskide 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, 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 ser percibidos 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.

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.

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.

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-Eskide 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.

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-Esquide 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-Esquide 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:

“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 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.

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 esta norma, deberán efectuarse resguardando todos los derechos estatutarios, previsionales y remuneracionales que detentan 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.

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°

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°

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°."

El artículo fue aprobado unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Viera-Gallo y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 6°

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 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.

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 6°, el siguiente artículo 7°, nuevo:

“Artículo 7°.- Créase la Superintendencia de Salud y fijase 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 la 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.

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.

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°

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;
- 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 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.

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.

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.
- 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 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. 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 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.

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.

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 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.

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;
- 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, 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.

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 AUGE 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-Esquide 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-Esquide 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 1° y 2° de la indicación fueron aprobados con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con el voto en contra del Honorable Senador señor Ríos.

Los artículos 3° y 4° 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 4° fue rechazado unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señor Ríos y Viera-Gallo,

El artículo 5° de la indicación fue aprobado con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El artículo 6° de la indicación fue aprobado 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. El N° 5 del artículo 6° fue aprobado con la abstención de la 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 7º, nuevo, los artículos 8º al 16 por los siguientes artículos 8º al 17, reemplazándose la numeración correlativa siguiente:

“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 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 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 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.

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.

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-Esquide.

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.
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.

Posteriormente, el Ejecutivo presentó indicación para reemplazar el encabezado y los N° 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 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.

Esta indicación fue aprobada

unánimemente con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei, y señores Espina, Ruiz-Esqüide 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.

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 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.

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 dieran 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:

- 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 algunas 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-Esqüide 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.”.

El artículo 22 fue aprobado con las modificaciones señaladas, con los votos de los Honorables Senadores Espina, Ruiz-Esquide 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 N° 2.763, de 1979, se otorgará en forma gradual durante un período de cuatro años, conforme cronograma que la misma norma dispone.

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

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

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
1	ANGOL	<i>HOSPITAL ANGOL</i>
2	ANTOFAGASTA	<i>HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA 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 GALDAMES</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>

N°	COMUNA	ESTABLECIMIENTO
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>

N°	COMUNA	ESTABLECIMIENTO
38	RECOLETA	<i>INSTITUTO PSIQUIATRICO DOCTOR JOSE HORWITZ BARAK</i>
39	SAN ANTONIO	<i>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</i>
40	SAN CARLOS	<i>HOSPITAL SAN CARLOS</i>
41	SAN FELIPE	<i>HOSPITAL SAN CAMILO</i>
42	SAN FERNANDO	<i>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN FERNANDO</i>
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.”.

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 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.

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 1°.-

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:

“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 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.

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.

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;

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;

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 5° contenido en este numeral los términos “, las Direcciones Regionales de Salud”, y sustituir el inciso final del referido artículo 5°, 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 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.

El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda."

b) Modificase 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.

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.

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.

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.”.

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 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.”.”

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.

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 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 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.

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.

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:

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 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 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.

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 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 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 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° 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.

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.
- 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.

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 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 adquiriera 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 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 adquiriera 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.

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;
- 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."?"

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 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.”.

Numeral 23)

Suprimirlo.

Intercalar el siguiente número 25), nuevo:

“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.”.”.

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 N° 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:

"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 2°

Agregar en el artículo 5° 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 3°

Reemplazarlo, por el que se indica a continuación:

“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.

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 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. “.

ARTICULO 4°

Reemplazar, en la letra a) del número 2, que modifica el inciso cuarto del artículo 4° 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 7°, nuevo:

“ARTÍCULO 7°.- Créase la Superintendencia de Salud y fijase como su ley orgánica la siguiente:

“TÍTULO I**NORMAS GENERALES****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 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 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;

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;

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 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 7°.- 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 3°

De las controversias entre los beneficiarios y los Seguros Previsionales de Salud

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, 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.

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 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 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 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".

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 registrará 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 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:

N°	COMUNA	ESTABLECIMIENTO
1	ANGOL	<i>HOSPITAL ANGOL</i>
2	ANTOFAGASTA	<i>HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA</i>

		<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	CONCEPCIÓN	<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 GALDAMES</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>
		<i>INSTITUTO DE GERIATRIA PRESIDENTE</i>
27	PROVIDENCIA	<i>EDUARDO FREI MONTALVA</i>
28	PROVIDENCIA	<i>INSTITUTO PEDRO AGUIRRE CERDA</i>
29	PROVIDENCIA	<i>INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX</i>
		<i>HOSPITAL DOCTOR SOTERO DEL RIO</i>
30	PUENTE ALTO	<i>GUNDIAN</i>
31	PUERTO MONTT	<i>HOSPITAL PUERTO MONTT</i>
		<i>HOSPITAL REGIONAL DOCTOR LAUTARO</i>
32	PUNTA ARENAS	<i>NAVARRO AVARIA</i>
33	QUILLOTA	<i>HOSPITAL SAN MARTÍN</i>
34	QUILPUE	<i>HOSPITAL QUILPUE</i>
	QUINTA	
35	NORMAL	<i>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS</i>
	QUINTA	
36	NORMAL	<i>HOSPITAL FELIX BULNES</i>
37	RANCAGUA	<i>HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA</i>
		<i>INSTITUTO PSIQUIATRICO DOCTOR JOSE</i>
38	RECOLETA	<i>HORWITZ BARAK</i>
39	SAN ANTONIO	<i>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</i>
40	SAN CARLOS	<i>HOSPITAL SAN CARLOS</i>

41	SAN FELIPE	<i>HOSPITAL SAN CAMILO</i>
42	SAN FERNANDO	<i>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN FERNANDO</i>
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. “.

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, 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 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. 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.

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, "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 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.

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.

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 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:

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 5° por el siguiente:

"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.

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.

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, 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 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.

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.

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.

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 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 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:

“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.

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 comuniquen 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 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, 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.

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
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 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.**

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 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 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 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.

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 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.

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.

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**
- 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 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 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:

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".

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 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"

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.

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 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.- 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 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.

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.

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 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.

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 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

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.

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 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-
MONTA MÁXIMO ANUAL POR ESTABLECIMIENTO-MONTA 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 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 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 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 **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."

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.

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 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.

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 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°.- 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.

**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.

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;

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;

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 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 7°.- 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 3°

De las controversias entre los beneficiarios y los Seguros Previsionales de Salud

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, 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.

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 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 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 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".

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

Nº19.528. Para este efecto, el Superintendente deberá informar anualmente al Ministro de Hacienda.

Artículo 24.- 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.

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 Nº 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 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.

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.

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 N° 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 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 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 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:

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 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 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%
- 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 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 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.

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.

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.- 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	<i>HOSPITAL ANGOL</i>
2	ANTOFAGASTA	<i>HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA 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>

	A	
13	A	<i>HOSPITAL SAN JOSE</i>
14	IQUIQUE	<i>HOSPITAL DOCTOR ERNESTO TORRES GALDAMES</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>

		<i>HOSPITAL DOCTOR SOTERO DEL RIO</i>
30	PUENTE ALTO	<i>GUNDIAN</i>
	PUERTO	
31	MONTT	<i>HOSPITAL PUERTO MONTT</i>
		<i>HOSPITAL REGIONAL DOCTOR</i>
32	PUNTA ARENAS	<i>LAUTARO NAVARRO AVARIA</i>
33	QUILLOTA	<i>HOSPITAL SAN MARTÍN</i>
34	QUILPUE	<i>HOSPITAL QUILPUE</i>
	QUINTA	
35	NORMAL	<i>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS</i>
	QUINTA	
36	NORMAL	<i>HOSPITAL FELIX BULNES</i>
37	RANCAGUA	<i>HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA</i>
		<i>INSTITUTO PSIQUIATRICO DOCTOR</i>
38	RECOLETA	<i>JOSE HORWITZ BARAK</i>
39	SAN ANTONIO	<i>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</i>
40	SAN CARLOS	<i>HOSPITAL SAN CARLOS</i>
41	SAN FELIPE	<i>HOSPITAL SAN CAMILO</i>
		<i>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN</i>
42	SAN FERNANDO	<i>FERNANDO</i>
43	SAN MIGUEL	<i>HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU</i>
		<i>HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ</i>
44	SAN MIGUEL	<i>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 pudiere 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.

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.”.

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; 1°, 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 Fornet (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.

(FDO.): ROBERTO BUSTOS LATORRE

Secretario Accidental

**MOCIÓN DE LOS HONORABLES SENADORES SEÑORES ESPINA, FLORES,
HORVATH, ROMERO Y VIERA-GALLO MEDIANTE LA CUAL INICIAN UN
PROYECTO DE LEY PARA TIPIFICAR EL DELITO DE DESAPARICIÓN
FORZADA DE PERSONAS (3317-07)**

Honorable Senado:

Con el propósito de amparar los derechos fundamentales de las personas que se ven conculcados con la práctica de la privación de libertad acompañada de la imposibilidad de ejercer los recursos legales, debido a la negativa u ocultamiento del hecho de la detención o del paradero del ofendido, práctica que en el pasado lamentablemente ha ocurrido en numerosos países de diversas latitudes, el 10 de junio de 1994 los Estados integrantes de la Organización de Estados Americanos, OEA, aprobaron la Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas, el que fue suscrito por Chile y, posteriormente, luego de una larga tramitación, aprobado recientemente por el Congreso Nacional con fecha 30 de Julio del año 2003.

Esta Convención está destinada a tutelar derechos esenciales de las personas reconocidos por Tratados Internacionales y por nuestra Carta Fundamental y cautelar la vigencia del Estado de Derecho, por medio de la prevención y sanción del delito de desaparición forzada de personas. Para cumplir este fin, los Estados firmantes se comprometieron en el artículo 30 de la Convención, a tipificar en su ordenamiento jurídico, con arreglo a las normas propias de cada país, este delito y su tentativa.

En cumplimiento de este compromiso, al Estado de Chile corresponde, ahora, la inclusión de este delito dentro de su normativa penal

La desaparición forzada de personas es descrita en el artículo 20 de la Convención como la privación de la libertad a una o más personas, cualquiera que fuere su forma, cometida por agentes del Estado o por personas que actúen con la autorización, el apoyo o la aquiescencia del Estado, seguida de la falta de información o de la negativa de reconocer dicha privación de libertad o de informar sobre el paradero de la persona, con lo cual se impide el ejercicio de los recursos legales y de las garantías procesales pertinentes.

El artículo 30 de la Convención agrega que este delito debe ser considerado de carácter permanente mientras no se haya establecido el destino o paradero de la víctima, admitiendo que se reconozca a su respecto atenuantes de responsabilidad para los partícipes que contribuyan a la aparición del ofendido o bien suministren antecedentes importantes para esclarecer la desaparición y posterior ubicación de la víctima. El artículo 70 de la misma Convención, por su parte, demanda que tanto la acción penal que emana del delito que nos ocupa como su pena, no estén sujetas a prescripción alguna, ofreciendo la posibilidad de que se aplique el plazo máximo de prescripción en caso de que exista en el país alguna norma fundamental que impida la aplicación de la imprescriptibilidad.

Atendido el compromiso adquirido por el Estado de Chile debe formularse el tipo penal que sancione la conducta de desaparición forzada de personas, atribuyéndoles las señaladas características. En primer lugar, dado que este delito vulnera varias garantías constitucionales de las víctimas, como son, por ejemplo, la protección en el ejercicio de los derechos, el respeto y protección a la vida privada y pública y a la honra de la persona y su familia, el derecho a la libertad personal, es que este ilícito debe incluirse en el Título III del Libro II del Código Penal, donde se consagran los crímenes y simples delitos que afectan a los derechos garantizados por la Constitución. Ahora, como el sujeto activo principal de esta figura penal se refiere principalmente a los empleados públicos o a quienes actúen bajo sus instrucciones o con su apoyo, debe insertarse específicamente en el Párrafo 40 del Título y Libro ya individualizados.

La importancia de este delito exige, en primer lugar, ser destacada en el encabezado del Párrafo 40, el que debe modificarse para que en él se consagre especialmente la Desaparición Forzada de Personas como atentado de carácter principal a los derechos constitucionales, inaugurando este Párrafo con el nuevo artículo en que se tipifica el delito y que sanciona la vulneración de las garantías constitucionales mencionadas.

Debe precisarse que la desaparición forzada de personas se configura por el hecho de la privación de libertad —que puede ser legítima o ilegítima— seguida de la falta o negación de información sobre ella, o sobre el paradero de la víctima por parte de los aprehensores, ya sea a la familia del ofendido, a su abogado, a las autoridades judiciales o a cualquier otra institución o persona que requiera esta información en protección de la víctima, lo que impide al ofendido ejercer sus derechos y recursos legales y constitucionales.

Por su gravedad y por el amplio rango que puede revestir la ejecución de esta conducta, estimamos que la pena debe ir desde presidio menor a su grado máximo a presidio mayor en su grado medio, esto es, de tres años y un día a quince años.

Proponemos, asimismo, que el delito de desaparición forzada de personas sea calificado, en el caso de que los partícipes de la desaparición forzada incurrieren además en tormentos o torturas —conducta descrita en el artículo 150 A del Código Penal—, señalándole en tal caso una pena de presidio mayor en su grado medio a máximo (10 años y 1 día a 20 años). También constituirá una figura calificada del delito de desaparición forzada de personas, el hecho de que durante el desarrollo de éste se cause la muerte del ofendido. En dicho evento, la sanción irá desde presidio perpetuo simple a calificado.

También se consagran atenuantes especiales que el juez considerará prudencialmente al momento de dictar sentencia y que están basadas en la colaboración de los partícipes del delito para que aparezca la víctima, ya sea con vida o, a lo menos, para esclarecer el paradero de sus restos. En el primer caso, el juez puede rebajar la pena en dos grados y en el segundo, en un grado.

Como es posible que ocurra —y así también lo prevé la propia Convención Interamericana que sirve de fundamento a esta moción— puede que el sujeto activo del delito no sea un funcionario público, pero que sin embargo actúe con la autorización, apoyo o aquiescencia de éstos. A fin de evitar que esto quede sin sanción, se incluye un inciso en que se considera a estos sujetos como partícipes del delito de desaparición forzada de personas.

De otra parte, como lo exige la Convención y corresponde a la naturaleza de este delito, se consagra expresamente su carácter de permanente, señalándose que termina sólo cuando se llega a

establecer el paradero o destino de la víctima. Su carácter permanente trae como consecuencia ineludible que, mientras no termine su ejecución, se trate de un delito flagrante, es decir, que actualmente se esta cometiendo.

También de acuerdo a lo que establece la Convención se ha normado la imprescriptibilidad del delito de desaparición de personas, expresándose dentro del artículo que establece este nuevo delito que no le serán aplicables las normas de extinción de responsabilidad penal a que se refieren a la prescripción de la acción penal y de la pena. Estamos conscientes de que existen diversas opiniones sobre la procedencia de esta excepción, pero creemos que el momento de dilucidar si nuestra Carta Fundamental admite o no esta posibilidad será, precisamente, al discutirse esta iniciativa.

Por otra parte, a fin de reforzar los principios envueltos en el establecimiento de este nuevo delito, se establece que los funcionarios partícipes no podrán ser sancionados por la revelación de secretos, de acuerdo al artículo 246 del Código Penal, si entregan información que permita esclarecer las circunstancias del delito y que, en definitiva, lleve a conocer el destino final de la víctima, sea con vida o sólo su paradero. Para ello se precisa que al delito de desaparición forzada de personas no se aplicará el precepto descrito precedentemente.

Tampoco será aplicable para estos casos el artículo 252 del mismo texto legal, lo que impedirá que los victimarios se escuden en una disposición que establece sanciones para el empleado público que se negare abiertamente a obedecer las órdenes de sus superiores. Con ello se evita que se obstaculice de esta forma la entrega de información que los funcionarios conozcan respecto de la comisión del delito de desaparición forzada de personas.

Por otra parte, debido especialmente a que la Convención excluye expresamente la excusa de la obediencia debida en el caso de la desaparición forzada de personas, se proponen modificaciones que inciden en el Código de Justicia Militar.

La primera de ellas se refiere a la inadmisibilidad como atenuante del hecho de haberse cometido el delito cumpliendo órdenes recibidas por un superior jerárquico.

Ello es coherente, como se dijo, con lo preceptuado en el artículo 8 de la Convención, en cuanto no se podrá alegar, ya sea como atenuante o como eximente, el hecho de haber recibido una orden tendiente a realizar las conductas descritas y conocidas como desaparición forzada de personas. También es coherente con lo anterior el que no sólo se haga responsable de tal delito a la autoridad que ordenó su comisión, sino que a todos los partícipes.

Por lo señalado en el párrafo anterior, tratándose del nuevo tipo penal no habrá lugar a los delitos de insubordinación contemplados en el Código de Justicia Militar, que sancionan drásticamente al militar que desoiga una orden relativa al servicio, la que incluso debe ser cumplida aun cuando se haga efectivo el derecho a reclamo que tiene el receptor de la orden. Como fundamento de normas tan excepcionales, se precisa expresamente que las órdenes que consistan en la realización de hechos constitutivos de desaparición forzada de personas, jamás constituirán asuntos propios del servicio, únicos respecto de los cuales cabe la insubordinación.

Por las consideraciones expresadas, sometemos a vuestra aprobación el siguiente:

PROYECTO DE LEY

Artículo 1~. Introdúcense las siguientes modificaciones al Código Penal:

1.- Reemplázase el encabezado del párrafo 40 del Título III del Libro II por el siguiente:

"4. De la desaparición forzada de personas y otros agravios inferidos por los funcionarios públicos a los derechos garantidos por la Constitución."

2.- Intercálase, como primer artículo del párrafo 40 del Título III del Libro II, el siguiente:

"Art. 147 bis.- El empleado público del orden civil o militar que privare de libertad a una o más personas y se niegue a informar o reconocer dicha privación de libertad o el paradero del ofendido, comete el delito de desaparición forzada de personas y sufrirá la pena de presidio menor en su grado máximo a presidio mayor en su grado medio.

Si durante la desaparición forzada incurriere además en la conducta descrita en el inciso primero del artículo 150 A; la pena será de presidio mayor en grado medio a presidio mayor en grado máximo, y si causare la muerte de la víctima sufrirá la pena de presidio perpetuo simple a presidio perpetuo calificado.

El juez podrá rebajar en dos grados la pena que corresponda a los partícipes de desaparición forzada de personas que contribuyan a la aparición con vida de la víctima; y en un grado a los que suministren informaciones que permitan esclarecer la desaparición forzada.

También comete el delito de desaparición forzada de personas y será castigado en conformidad a los incisos precedentes, el que sin ser empleado público actúa con la autorización, apoyo o aquiescencia de éstos.

Este delito termina sólo al establecerse el destino o paradero de la víctima y mientras ello no ocurra los hechos se encuentran en la situación prevista en el número 1º del artículo 263 del Código de Procedimiento Penal o en la letra a) del artículo 130 del Código Procesal Penal, en su caso.

No se aplicará al delito de desaparición forzada de personas lo establecido en los números 60 y 70 del artículo 93, y los artículos 94 y 97.

Respecto de los hechos constitutivos de desaparición forzada de personas no será aplicable lo establecido en los artículos 246 y 252."

Artículo 2.- Modificase el Código de Justicia Militar en la forma que a continuación se indica:

1.- Fijase al artículo 212 el texto siguiente:

"Art. 212.- La atenuante establecida en el artículo precedente no procederá respecto del delito establecido en el artículo 147 bis del Código Penal.

2.- En el artículo 214, reemplázase la frase "salvo el caso de concierto previo, en que serán responsables todos los concertados.", por el siguiente; "excepto que se trate del delito establecido en el artículo 147 bis del Código Penal, del que responderán todos los partícipes, o que exista concierto previo, en que serán responsables todos los concertados."

3.- Intercálase, a continuación del artículo 335, el siguiente artículo nuevo:

"Art. 335 bis.- Lo establecido en los dos artículos precedentes no será aplicable tratándose de órdenes que consistan en la ejecución de hechos constitutivos del delito establecido en el artículo 147 bis del Código Penal, las que en ningún caso se considerarán relativas al servicio."

4.- En el inciso primero del artículo 336, reemplázase las expresiones "fuera del caso antes contemplado", por "fuera de los casos antes contemplados".

(Fdo.): Alberto Espina, Senador.— José Antonio Viera-Gallo, Senador.— Fernando Flores Labra, Senador.— Antonio Horvath Kiss, Senador.— Sergio Romero Pizarro, Senador.