

MINUTA

PROYECTO DE LEY QUE CONCEDE BENEFICIOS AL PERSONAL DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

BOLETÍN N°13.989-11

TRÁMITE: Segundo Trámite Constitucional

ORIGEN: Mensaje

URGENCIA: Suma

ANTECEDENTES:

- Proyecto discutido en general y en particular a la vez, por tratarse de artículo único.
- El Informe financiero emitido por DIPRES señala que el contenido no implica mayor gasto para el erario nacional.
- Este proyecto nace del acuerdo entre el Ministerio de Salud y los funcionarios de la atención primaria de salud y la Asociación Chilena de Municipalidades.
- La Presidenta de la Confederación de Funcionarios de Salud Municipal, señora Gabriela Flores, en la Comisión de Salud, mencionó que: “este proyecto beneficia a todos los integrantes del equipo médico, tanto técnicos como profesionales.”

OBJETIVOS:

Dar cumplimiento al marco legal vigente, para que las entidades administradoras de salud municipal durante el 2021, 2022 y 2023 llamen a concurso con la finalidad de regularizar la situación contractual de sus funcionarios y disminuir la brecha en el incumplimiento del personal contratado a plazo fijo.

COMENTARIOS:

- El proyecto busca regularizar la situación de más de 30 mil funcionarios municipales que se encuentra por sobre el porcentaje permitido de contratación a plazo fijo en las entidades administradoras de salud municipal, para asegurarles estabilidad jurídica.

- Proyecto aprobado en la Comisión de Salud y en la Comisión de Hacienda, sin modificaciones.
- Recomendación: aprobar

ARTICULADO:

PROYECTO DE LEY

“Artículo único. - Con el fin de ajustarse a lo preceptuado en el Artículo 14 de la ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, las entidades administradoras de salud municipal que, al 30 septiembre de los años 2021 al 2023, tengan un porcentaje superior al 20 por ciento de su dotación de horas en calidad de contratados a plazo fijo, deberán llamar a concurso interno para contratarlos de forma indefinida.

Tendrán derecho a participar en dichos concursos internos aquellos funcionarios contratados a plazo fijo que, a la fecha del llamado a concurso, pertenezcan a la dotación de la respectiva entidad administradora de salud municipal y que hayan trabajado en ella durante a lo menos tres años, de forma continua o discontinua, con anterioridad a dicha fecha.

Para efectos de computar los plazos a que se refiere el inciso anterior, también se considerarán los años en que el funcionario haya prestado servicios en calidad de honorarios para la respectiva entidad administradora de salud municipal, sujeto a una jornada de trabajo de treinta y tres o más horas semanales.

Los concursos serán realizados por las respectivas entidades administradoras de salud municipal, y deberán resolverse antes de la fecha señalada en el inciso primero del artículo 11 de la ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, de cada anualidad. Los referidos concursos se realizarán resguardando que se desarrollen en base a criterios de carácter técnico, objetivos y de transparencia. En ellos sólo se considerarán como factores la calificación de los postulantes, su experiencia y capacitación.

En caso de producirse empates en el puntaje obtenido en el respectivo concurso interno, se dirimirá conforme a los siguientes criterios, en el siguiente orden de prelación:

- a) Se seleccionará a los funcionarios que estén desempeñando las funciones del cargo al que postulan.

b) Se seleccionará a aquellos funcionarios que tengan una mayor antigüedad en la dotación de atención primaria de salud de la comuna.

c) Se seleccionará al funcionario que posea la mayor antigüedad en atención primaria de salud municipal.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, dentro de los noventa días siguientes a la publicación de esta ley en el Diario Oficial, establecerá los mecanismos y plazos para los llamados a concursos, los requisitos para la realización de las distintas etapas de los concursos, los responsables de llevarlos a cabo, la publicidad de los mismos y la ponderación de los factores a evaluar, así como la determinación de todos los actos administrativos necesarios que se requieran para realizar los concursos a que hacen referencia los incisos anteriores, y toda otra norma necesaria para la correcta implementación de los concursos en cada una de las entidades administradoras de salud municipal.

Las entidades administradoras de salud municipal deberán informar anualmente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y al respectivo Servicio de Salud, el número de horas de su dotación contratadas a plazo fijo, para conocer el estado de cumplimiento de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 14 de la ley N° 19.378. Para estos efectos deberán indicar las categorías y niveles de la carrera funcionaria de su personal, su antigüedad y remuneraciones. El reglamento señalado en el inciso anterior determinará la forma y condiciones en que se remitirá dicha información.”.”.

MINUTA

Proyecto de ley sobre regulación de ensayos clínicos de productos farmacéuticos

Boletín 13.829-11

ESTADO: Primer trámite constitucional – Votación en general

AUTORES: Moción Senadores Girardi, Chahuán, Quinteros, Goic y Von Baer

OBJETIVO: Modificar la normativa actual en relación con la aplicación de los ensayos clínicos, que actualmente es considerada como una barrera para la investigación científica, indicando que desde la vigencia de estas normas los ensayos clínicos registrados en el ISP han disminuido considerablemente.

La moción fue patrocinada por los rectores de la Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Santiago de Chile, Universidad de Concepción, Universidad Austral de Chile, Universidad Católica del Norte, Universidad de Valparaíso, Universidad de Antofagasta, Universidad Andrés Bello, Universidad de los Andes, Universidad San Sebastián, Universidad del Desarrollo, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Universidad Católica del Maule, y por los presidentes de la Academia Chilena de Medicina, de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) y de la Asociación de Sociedades Científicas-Médicas de Chile (ASOCIMED).

MODIFICACIONES:

1. Código Sanitario:

Modificaciones al Libro IV, título V sobre ensayos clínicos de productos farmacéuticos y elementos de uso médico.

- a) Se sustituye el artículo 111 C, cambiando la terminología de paciente a sujeto participante del ensayo clínico, manteniendo la gratuidad del tratamiento médico investigado, agregando que sea mientras persista la utilidad terapéutica y mientras no existan tratamientos disponibles más eficaces.

De igual forma, se incorpora que una vez que el ensayo clínico termine, el investigador deberá informar al sujeto participante sobre los resultados de la investigación y sobre su derecho para otorgar o denegar el consentimiento para recibir el tratamiento médico investigado.

La utilidad terapéutica deberá ser calificada por la autoridad sanitaria. La utilidad terapéutica, eficacia del tratamiento y otras condiciones serán determinadas vía reglamento.

- b) Se reemplaza el artículo 111 E, se modifica la responsabilidad del titular de la autorización dejándola solo a los daños y perjuicios que sean consecuencia del

ensayo clínico. Se elimina los daños producidos “con ocasión” y aquellos que no pudieron prever o evitar.

Se establece que el daño se presume, salvo prueba en contrario y que este se ha producido a consecuencia de la investigación.

Se mantiene el plazo de prescripción de 10 años, pero se modifica desde cuando se cuenta, proponiendo que sea desde término del ensayo clínico.

Crea una excepción de responsabilidad para todos los daños y perjuicios que sean inherentes a la patología objeto de estudio o propios de la evolución de la enfermedad.

Modificación al título VI de la responsabilidad por productos sanitarios defectuosos

- a) Se reemplaza el inciso segundo del artículo 111 J, que en los ensayos clínicos, acreditado el daño, salvo prueba en contrario, este se ha producido como consecuencia de la investigación y no con ocasión de la investigación.
- b) Se reemplaza el inciso segundo del artículo 111 L, manteniendo el plazo de prescripción de los 10 años, pero se cambia la terminología a los daños producidos como consecuencia del ensayo clínico y no con ocasión de un ensayo clínico.

2. Ley 20.850 Ricarte Soto.

- a) Reemplaza el inciso segundo del artículo 17 referente a la continuidad de los tratamientos de acuerdo con el sistema previsión y los ensayos clínicos, indicando que los sujetos participantes tendrán derecho a que el titular de la autorización especial para uso provisional para fines de investigación o el titular del registro sanitario, le otorgue la continuidad del tratamiento médico investigado según lo señalado en el título V del Código Sanitarios, que son los primeros artículos modificados. Se elimina la continuidad del tratamiento aun cuando el ensayo clínico haya finalizado y mientras subsista su utilidad terapéutica.

3. Ley 20.584 derechos y deberes de los pacientes.

- a) Reemplaza el artículo 28 permitiendo la investigación en personas con discapacidad psíquica o intelectual, manifestando previamente su consentimiento. Se permitirá utilizar declaraciones de voluntad anticipadas, haciendo primar la voluntad de la persona en el caso de que por afecciones futuras y graves a su capacidad de discernimiento se le impida volver a manifestar su consentimiento libre e informado.
Se permitirá designar 1 o más acompañantes para la toma de esta decisión, con el objeto de resguardar su voluntad y preferencia.

Para ello se deberá contar con un protocolo que contendrá las razones por las cuales requiere incluir persona con discapacidad.

¿POR QUÉ LA OBESIDAD ES UNA ENFERMEDAD?

DATOS

- Chile es líder internacional de obesidad tanto en adultos como niños.
- Estudio de la OCDE sobre Salud Pública: Chile. Evaluación y recomendaciones (2019):
 - Según la OCDE el 74% de la población adulta en Chile sufre sobrepeso u obesidad.
 - Supera a México (72,5%) y a EE. UU. (71%).
- La obesidad es factor determinante frente a pacientes Covid-19 positivo. Un estudio publicado en agosto por Obesity Reviews analizó a 399.000 pacientes, detallando que las personas con obesidad que contrajeron el virus tenían un 113% más de probabilidades que las personas de peso saludable de terminar hospitalizados, un 74% más de probabilidades de ser ingresadas en la UCI y un 48% más de probabilidades de morir.
- Mapa nutricional JUNAEB 2019:
 - Un 23% de los niños en Chile sufre de obesidad u obesidad severa.
 - En Quinto Básica 3 de cada 5 estudiantes presenta sobrepeso u obesidad.
 - Entre el año 2018 y 2019, todos los niveles desde prekínder a primero medio aumentaron en casi un punto los niveles de obesidad u obesidad severa.
- Al 2030 se estima que habrá 14.780 muertes a causa del sobrepeso y la obesidad, según medición de la Escuela de Salud Pública de la universidad de Chile, indicando que el gasto promedio en atención de salud por causa de la obesidad ascenderá a 455 mil millones de pesos anuales. El estudio también indica que las personas obesas incurren en un 67% más de gasto en atención de salud en relación con las personas que tienen un peso normal. Por lo que el gasto en obesidad crecerá de un 0,5% del PIB a un 1,6% para el 2030. Respecto de la esperanza de vida proyectada para el 2060 esta cae en 1,7 años de vida potencial en un horizonte de 50 años. ¹

RECOMENDACIONES OCDE

1. Fortalecer el grupo integral de políticas de prevención:
 - a) Ampliar el sistema de etiquetado de alimentos a productos alcohólicos y comida rápida.
 - b) Ampliar los programas de alimentación saludable para las comidas escolares.
2. Límites a los productos poco saludables vendidos cerca de los colegios y promover actividad física

¹ <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/128966/a-2030-se-estiman-14780-muertes-a-causa-de-sobrepeso-y-obesidad>

3. Prevención por parte de las ISAPRES. Ej: Vitality: Aseguradora privada mas grande de Sudáfrica: Discovery Health
Este programa, alienta a sus usuarios a participar de diferentes actividades, tanto como controles de salud y visitas a dietistas a través de un sistema de puntos. Las inscripciones a los gimnasios son subsidiados y las compras de frutas y verduras tienen derechos a un reembolso del 25%.
4. Sistema de monitoreo para evaluar la eficacia de las políticas individuales y medición de logros.

¿LA OBESIDAD ES UNA ENFERMEDAD?

- Se ha discutido si la obesidad es una enfermedad o un factor de riesgo.
- Actualmente según la clasificación internacional de enfermedades de la OMS, la obesidad se define como el anormal o excesivo almacenamiento de grasa, secundario a diferentes causas, incluyendo desbalance energético, fármacos y patología genética.
- La Federación Mundial de Obesidad la ha definido como una enfermedad crónica, recurrente y progresiva.
- Desde el punto de vista epidemiológico, una enfermedad resulta de la interacción entre un agente ambiental y un huésped. En el caso de la obesidad el agente ambiental son los alimentos ultraprocesados, altos en azúcares, grasas y sal, en conjunto con inactividad física. Otros agentes ambientales son los fármacos obesogénicos, toxinas, estrés, infecciones y privación de sueño, entre otros, que producen un desbalance energético crónico a favor de los ingresos calóricos respecto del gasto. ² A ellos se suman factores epigenéticos, como la diabetes gestacional, relacionados al sobrepeso en la adolescencia.
- Varias organizaciones y sociedades reconocen la obesidad como una enfermedad: la OMS, FDA, The Obesity Society, American Medical Association House Of Delegates, National Institutes of Health, American Association of Clinical Endocrinologist, Internal Revenue Service, entre otras.
- **Declarar la obesidad como una enfermedad, traslada el problema a la sociedad, visibiliza el problema, se hace cargo la desigualdad y favorece la gestión de recursos para prevención, tratamiento e investigación.**

LA OBESIDAD EN NUESTRA LEGISLACION

² AGUILERA, Constanza et al. Obesidad: ¿Factor de riesgo o enfermedad?. *Rev. méd. Chile* [online]. 2019, vol.147, n.4 [citado 2021-01-06], pp.470-474. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000400470&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000400470>.

- En febrero de 2019, se comunicó por parte del Gobierno que durante el segundo semestre de 2019 se presentaría un nuevo Plan Nacional de Obesidad, a la fecha NO SE HA PRESENTADO.
- La obesidad no es parte de las patologías AUGE, solo están sus enfermedades asociadas, tales como: Diabetes, Hipertensión Arterial y el Cáncer en sus distintas variedades.
Sin embargo, el artículo 13 de la Ley que Establece un Régimen de Garantías Salud, indica que para incorporar una propuesta se considerará el desarrollo de estudios para determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o calidad de vida y su relación costo efectividad.
Sobre todos estos item ya existe evidencia suficiente como para incorporarlo dentro del catálogo.
- La Ley que estable medidas de protección a la lactancia materna y su ejercicio, tampoco incluye definición alguna sobre la obesidad y su prevención en esta etapa, a pesar de que se ha comprobado que una lactancia materna más prolongada puede reducir la prevalencia de sobrepeso y la obesidad en alrededor de un 10%.³
- Por su lado la ley que Crea el Sistema Elige Vivir Sano, solo se refiere a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas. Dentro de esos hábitos y estilos de vida saludables, están aquellas conductas y acciones que tengan por finalidad contribuir a prevenir, disminuir o revertir los factores o conductas de riesgos asociados a ENT.
- La Ley sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad, hace mención en su artículo cuarto que los Establecimiento Educativos deban incorporar actividad física y deporte a fin de fomentar en sus estudiantes el hábito de una vida activa y saludable. Sin embargo, extender dicha obligatoriedad a la prevención e información a los estudiantes, padres, madres y apoderados de los problemas de salud que conlleva la obesidad y el sobrepeso.

LEGISLACION COMPARADA

- **México:**
 - La ley General de Salud, contempla a la obesidad como materia de salubridad general, teniendo el Estado como obligación la prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, sobrepeso, obesidad y otros trastornos de la conducta alimentarias (...), a través del Sistema Nacional de Salud quien debe diseñar y ejecutar políticas públicas que propicien la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, que contrarreste la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y otros trastornos alimenticios.

³ Breast feeding. 2. Infant mortality. 3. Infection – prevention and control. 4. Chronic disease – prevention and control. 5. Milk, Human. 6. Review. I. Horta, Bernardo L. II. Victora, Cesar G. III. World Health Organization

- Por su lado la Subsecretaria de Salud tendrá la obligación de normar el desarrollo de programas y actividades de educación en materias de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y obesidad.
 - Otro punto interesante, es que prohíbe que productos cosméticos se atribuyan acciones propias de los medicamentos, tales como curar o ser una solución definitiva de enfermedades, regular el peso o combatir la obesidad.
- **Argentina:**
- Ley que declara de interés nacional la prevención y control de trastornos alimentarios.
 - Esta ley declara que la prevención y control de estos trastornos incluye la investigación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades tales como la obesidad, la bulimia y la anorexia nerviosa. Crea un programa nacional de prevención y control de estos trastornos, que tendrá la obligación de llevar a cabo campañas informativas, disminuir la morbimortalidad asociada a estas enfermedades, formular normas para evaluación y control, propender al desarrollo de actividades de investigación, promover conductas nutricionales saludables, promover espacios de reflexión para contención a quienes padecen estas enfermedades, promoción de acciones que eliminen la discriminación y estigmatización, promover la participación de ONGs, promover programas a nivel local y desarrollar actividades de difusión para concientizar sobre los riesgos de salud.
- **Colombia:**
- Ley por la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.
 - Esta ley define a la obesidad como una enfermedad crónica de salud pública, debiendo las entidades del Estado promover ambientes sanos, actividad física y educación. De la misma forma crea estrategias para promover una alimentación balanceada y saludable en conjunto con actividad física.
 - Crea la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional que dirigirá la política nacional de nutrición.
 - Incorpora programas de responsabilidad social empresarial, donde las entidades privadas deben presentar informes periódicos de las actividades que hayan promovido para estimular hábitos de alimentación balanceada y saludable.
 - Finalmente desarrolla una agenda de investigación, para estudiar determinantes del ambiente físico y social asociados a ENT y la obesidad.

CASO JAPONES – solo el 3,5% de su población sufre obesidad o sobrepeso⁴

- La ley Shuku Iku, vigente desde el año 2005 establece:

⁴ <https://www.bbc.com/mundo/noticias-39143212>

- Menús saludables en las escuelas.
 - Contratación de nutricionistas profesionales que además son profesores y dan específicas sobre alimentación en las escuelas.
 - Promoción de una cultura social alrededor de la comida. Los niños ayudan a preparar y repartir la comida en el colegio, a la hora de comer transformar la clase en una especie de restaurante. “comer es un acto social.”
 - No hay tiendas ni máquinas expendedoras dentro de los colegios.
- Ley Metabo
- Promueve que los adultos entre los 40 y 75 años se hagan una medición anual del contorno de la cintura, lo que incluye a las entidades de la administración del Estado y el mundo privado.
 - Las compañías promueven descansos de los trabajadores para hacer ejercicio.
 - Se promueve que los trabajadores asistan a sus empleos caminando o en bicicleta.

PROYECTO DE LEY QUE DEFINE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD COMO ASISTENCIALES-DOCENTES Y LAS CARACTERISTICAS DE LA RELACION ENTRE LA RED DE SALUD Y LAS INSTITUCIONES DE EDUCACION.

ANTECEDENTES:

En agosto de 2017, la comisión de Salud de la Cámara de Diputados y Diputadas dentro de su tabla de contenidos tenía por conocer los antecedentes y alcances de una resolución del Ministerio de Salud que reevalúa y rediseña un nuevo régimen de uso de los campos clínicos, para lo cual fueron citados la, en ese entonces, Ministra de Salud señora Carmen Castillo, la Subsecretaria de Redes Asistenciales doña Ana Gisela Alarcón, el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile don Manuel Kukuljan y el Director de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile don Klaus Puschel.

Don Manuel Kukuljan en su exposición menciona que la norma de uso de campos clínicos utilizada por el Ministerio de Salud ha producido distintas reacciones dentro de la comunidad universitaria, en cuanto a críticas al fondo y forma de esta norma, recalando que hoy en día, e incluso internacionalmente, los mejores hospitales son los docentes. Por otra parte, indica que Chile desarrolló hace algunas décadas, formación de especialistas a la par de los mejores centros del mundo en hospitales docentes. Así, para definir un hospital docente, se comprenderá a aquellos donde existe integración y articulación en múltiples ejes, donde los profesionales asistenciales al mismo tiempo participan en docencia, y los estudiantes participan del cuidado de los pacientes de acuerdo con su nivel de competencia y bajo supervisión adecuada, lo que va desde los estudiantes de pregrado a los especialistas en formación. Además, existe integración en la actividad en distintos niveles de entrenamiento, por ejemplo, en los Hospitales Johns Hopkins, hay una estructura piramidal que va desde el muy experto hasta el estudiante de pregrado. Además, existe una integración entre la actividad y la educación de distintas profesiones de la salud en un mismo sistema. Menciona que aquí el cuidado de los pacientes se beneficia del tratamiento multidisciplinario de los equipos actuando en red. Por otra parte, señala, que las demandas que impone un contexto educacional mantienen un nivel superior de desempeño de los profesionales en todos los niveles, en un hospital docente, la investigación aplicada mejora la calidad de los procesos de cuidado. Hay múltiple evidencia de que los hospitales docentes son mejores hospitales.

El Decano, menciona que una de las razones obvias para desarrollar más y mejores hospitales docentes es la necesidad de formar más especialistas, que se ha mantenido marginalmente en las últimas décadas, siendo los mismos hospitales formadores, ninguno de los nuevos hospitales ni de los privados se han convertido en centros relevantes de formación. La dificultad para ello se debe a organización y comprensión de la naturaleza de la formación avanzada en salud.

Recalca que la crítica a la norma es que está completamente desalineada a las características de un buen hospital académico, pues acepta la fragmentación a diferencia de la articulación e integración, consagra un modelo en que un profesional contratado a honorarios pase a hacer docencia con un paciente, que no es su paciente, en un hospital que habitualmente no trabaja. Que, en vez de mantener un sistema integrado, propone que la unidad mínima de adjudicación de campos clínicos sea la cama o la cuna, de tal manera que: en la cama 1 podría estar la Universidad A, en la cama 2 la Universidad B y en la cama 3 la Universidad C, lo que ha todas luces es una aberración. Por otra parte, acepta la disociación entre la formación de postgrado y la de pregrado, rompiendo la estructuralidad virtuosa propuesta, permitiendo postgrados de la Universidad A y pregrado de la Universidad C, o que distintas Universidades estén con diferentes carreras. Esto es impensable en un sistema de calidad.

Finaliza, destacando que esto es una pérdida de oportunidad para hacer mejor nuestro sistema, de voluntad de adoptar un mejor modelo. Subraya que es posible una visión diferente con un par de consideraciones, que se tome en cuenta que un buen hospital deba integrarse a la asistencia y a la docencia y eso implica medidas administrativas menores. Por otro lado, termina indicando que la adjudicación debería privilegiar el uso completo de un determinado hospital con una determinada Universidad en el largo plazo y que, sabiendo que en nuestro país existen distintas Universidades con distintos niveles de desarrollo se debería permitir una implementación gradual con un umbral ambicioso.

Por su parte el Decano de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile Dr. Ibáñez, menciona que hay Universidades de distinta calidad y trayectoria que ha generado una pugna de los campos clínicos que ha desvirtuado en muchos aspectos la naturaleza de una facultad de medicina con un campo clínico, para ello se requiere un compromiso de largo plazo, un compromiso de desarrollo conjunto, donde la Universidad aporte al campo clínico formación, capacitación, desarrollo de nuevas oportunidades terapéuticas, investigación, soluciones, de manera que efectivamente la Universidad y el servicio de salud trabajen

integralmente. El que una Universidad ocupe ampliamente un campo clínico en distintas áreas, hace que esto sea más virtuoso en las distintas carreras de la salud. En tercer lugar, es grave que la norma actual solo considere al pregrado, ya que los profesionales de la salud requieren de una formación continua, una mirada integral entre el pregrado y postgrado es un elemento fundamental en esta materia.

En el mismo sentido, el Director de la Escuela de Medicina de la PUC don Klaus Puschel, refuerza que la norma nueva propuesta debe focalizarse en la contribución al desarrollo, versus la retribución monetaria a profesionales en forma aislada. Asimismo, debe recoger la integralidad, entre pregrado y postgrado, además de la territorialidad de los Servicios y la calidad institucional y de carreras y programas.

Finalmente menciona que los aspectos que se explicitar son la cohabitación entre los estudiantes de pre y postgrado a cargo de diferentes instituciones en un mismo espacio asistencial, que termina afectando el cuidado y seguridad de los pacientes, además de la gestión y calidad formativa. Propone que la norma debiera permitir coparticipación de centros formadores en la misma área geográfica pero no en el mismo centro asistencial. Adicional que la norma debiera explicitar que aporte de centros formadores a campos clínicos es valorizables, pero sin pago directo en dinero y sin pago directo a profesionales de salud. Por ultimo y sobre la formación de post grado la norma debiera ponderar fuertemente el aporte del centro formador en programas de especialidad en el campo clínico y regular con estándares similares a pregrado.

Dada la palabra a la Subsecretaria de Redes Asistenciales, esta entrega antecedentes y alcances de una nueva normativa del Ministerio de Salud que rediseña un nuevo régimen de uso de los campos clínicos para las carreras impartidas por las instituciones de educación superior.

En dicha oportunidad la Subsecretaria, inició su intervención haciendo algunas precisiones que dan cuenta de cómo se comienza a trabajar en esta norma. *“Lo primero es señalar que cuando llegamos a este gobierno nos encontramos con que el 83% de los convenios que en ese minuto estaban funcionando entre las diferentes universidades con los hospitales públicos, no cumplían los acuerdos que se habían fijado previamente”*.

Agregó que esta norma en particular, que comienza a trabajarse en 2015, comienza a otorgarle un sentido distinto a la asignación de campos clínicos, *“ya que la única forma de lograr avanzar en un país en términos de salud significa tener dentro de un hospital o centro de salud un desarrollo por la docencia, por la investigación y por la*

invocación, por lo tanto, cuando hablamos de actividad asistencial y de actividad académica, estamos hablando de actividad sinérgica”.

Ya, en esa ocasión la Subsecretaria afirma que la nueva norma considera la gratuidad como un valor público.

Sin embargo, una vez más se decide solucionar administrativa un problema que es mucho más de fondo, **no hay estrategia en la formación en salud.**

NORMATIVA VIGENTE:

Actualmente los campos clínicos se encuentran regulados bajo la norma técnica administrativa N°19 que Regula la Relación Asistencial Docente y Establece proceso de asignación de campo clínico docente de formación profesional y técnica de pregrado, de fecha 05 de septiembre de 2017, la que no ha sido modificada hasta la fecha, precediéndole un Decreto dictado en el año 2012.

El decreto está dividido en un Título I, que contiene disposiciones generales divididas en:

1. **Ámbito de aplicación y conceptos**
2. **Principios de la Relación Asistencial Docente**

El Título II, se refiere a los Intervinientes en la Relación Asistencial Docente y sus funciones, entre ellas las que corresponden al Ministerio de Salud, a la Subsecretaria de Redes Asistenciales, al Director/a del Servicio de Salud, el encargado de la relación asistencial docente del Servicio de Salud, al Director/a del establecimiento autogestionado en red, al encargado de la relación asistencial docente de un establecimiento autogestionado en red, al centro formador, al Director/a del establecimiento que opera como campo clínico docente, y a los funcionarios del establecimiento o del Servicio de Salud que se desempeñen como encargados de la actividad asistencial docente o en el rol de contraparte técnica en los convenios.

El Título III habla sobre el procedimiento para la asignación del campo clínico docente, que contiene la elaboración de Bases Administrativas y Técnicas del Proceso de Asignación, las etapas y plazos del procedimiento de asignación de campo clínico docente y la comisión de evaluación.

El Título IV sobre responsabilidad vuelve a mencionar como pilar fundamental la seguridad y calidad de la atención del paciente, la política de buen trato institucional, el principio de buena fe y colaboración entre las partes. Además,

menciona que el cumplimiento del convenio se rige por las normas del Código Civil sin perjuicio de las responsabilidades penales que puedan generarse. En cuanto, a la responsabilidad del personal académico y estudiantes del centro formador, estas se regirán por sus propios estatutos y normas legales atinentes. En el caso de que causen daños a particulares imputables a falta de servicio se remite a la ley sobre el Régimen de Garantías en Salud. En cuanto a la responsabilidad administrativa de un funcionario público, se remite a las normas del Estatuto Administrativo.

El Título V sobre orientaciones técnicas, serán las que llevarán a cabo la metodología de cálculo de la capacidad formadora de todos los establecimientos de la red de un Servicio de Salud, gastos operacionales, formato de bases de asignación del campo clínico, convenio tipo y todas aquellas materias relacionadas con la gestión, administración y desarrollo de la relación asistencial docente.

El Título VI se refiere a la vigencia de la norma y el Título VII las disposiciones transitorias.

Por último, la norma incorpora anexos sobre la evaluación criterio, puntaje y ponderación para la asignación de los campos clínicos.

Esta norma es la que su oportunidad criticaron los Decanos de las Facultades Medicina de las dos Universidades más grandes del país, haciendo principalmente mención a su falta de integración, integralidad y voluntad de gestionar una reforma real en el ámbito de la formación en salud, que si bien avanza en la consideración de calidad de las instituciones de educación a partir de su acreditación y la eliminación de pagos que determinan el acceso a un campo clínico, no comprende a cabalidad la formación profesional en salud, perdiendo la oportunidad de aplicar la experiencia internacional exitosa que han tenido en educación otros hospitales docentes a lo largo del mundo.

En este aspecto, el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Manuel Kukuljan, en la Revista Medica de Chile vol. 145, año 2017, refiere que: *“(...) el ordenamiento propuesto debe considerar los sistemas de salud y particularmente los hospitales como entidades integrales y complejas, y no divisibles en servicios asignados a instituciones diversas, a menos que existan programas formales y explícitos de colaboración entre universidades que abarquen en su conjunto todos los niveles y ámbitos de la educación profesional en salud.*

La participación de los profesionales asistenciales en la docencia en todos los niveles posibles constituye un elemento central para la calidad de un hospital, por múltiples factores.

(...) Chile consiguió excelencia en educación en salud cuando era un país de mucho menor desarrollo, gracias a la visión de las universidades y gobiernos de sus épocas; no hay razón para que eludamos la responsabilidad de proyectarlo al futuro, sobre la base de la evidencia, el resguardo del interés público y la mirada de largo plazo que el bienestar de nuestra población requiere.”¹

La ausencia de una visión estrategia para enfrentar la salud en Chile, también pasa en como el Estado se hace cargo de asegurar que la oferta de prestaciones de salud esté acorde a las necesidades de formación de profesionales calificados que considere la atención de calidad, educación, investigación, desarrollo e innovación dentro de su proceso formativo, considerando las prioridades del país y el modelo que queremos para el siglo XXI.

NORMATIVA INTERNACIONAL COMPARADA:

ESPAÑA

La Constitución española, establece en su artículo 27 como competencia del Estado la regulación de las condiciones de obtención, expedición y homologación de título académicos y profesionales, por ello es que el sistema de prácticas clínicas se encuentra normado a nivel nacional.

Ahora bien, el marco normativo se regula fundamentalmente en el Real Decreto 1558/1986 que establece las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias. Estos convenios, disponen que las Universidades, deben hacer un estudio de las necesidades docentes e investigadoras, que debieran ser atendidas por las Instituciones que realizarán el convenio. Este estudio debe ser entregado a los órganos responsables de la enseñanza universitaria y de sanidad de la Comunidad Autónoma correspondientes, quienes, con acuerdo de la universidad y del Sistema Nacional de Salud de la comunidad, fijarán la Institucion sanitaria con la que deben realizar el convenio. ² A raíz de ello, se constituye una comisión que debe elaborar el proyecto de convenio una vez acordado entre el Sistema Nacional de Salud o Entidad de la

¹ Kukuljan, Manuel. (2017). La oportunidad de desarrollar hospitales de alta calidad asistencial y docente para Chile. *Revista médica de Chile*, 145(1), 72-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000100010>

² Convenios para las practicas clínicas de los estudiantes del área de la salud. España e Inglaterra. Asesoría Técnica Parlamentaria. Diciembre de 2020, Biblioteca del Congreso Nacional.

que dependa la Institución Sanitaria y la Universidad correspondiente, para su aprobación y publicación.

En este caso solo participan del convenio las instituciones sanitarias que reúnan los requisitos que se establezcan, por los Ministerios competentes, para desarrollar la docencia. En el caso de que se realicen convenio con instituciones privadas, esta debe estar previamente acreditada.

Para utilizar la denominación de hospital universitario, el convenio debe referirse al hospital en su conjunto o que abarque la mayoría de sus servicios o unidades asistenciales y vinculado con una universidad y para una misma titulación. Para la realización de prácticas específicas, puede haber estudiantes de otras universidades, previa consulta por escrito a la universidad vinculada. En el caso de que solo se trate de algunos servicios, se tratarán como hospitales asociados a la universidad.

INGLATERRA

Las prácticas clínicas o Clinical Placements se definen como un convenio en el que un estudiante de medicina ejerce la práctica médica en un entorno que brinda atención médica o servicios relacionados a pacientes o al público. Estas prácticas pueden ser en todos los niveles de los servicios, participando activamente en la atención al paciente o como observadores.

Por lo general, las prácticas se llevan a cabo dentro de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud Nacional.

Existen juntas locales de educación y formación (Local education and training boards, LETB) como estructuras regionales en el sistema de educación y formación sanitaria del Health Education England (HEE) y actualmente son 13. Se trata de una unidad organizativa que se encuentra dentro del Servicio Nacional de Salud que generalmente presta servicios de salud en un área geográfica o realiza una función especializada. Las LETBs actúan como intermediario entre los servicios del Servicio Nacional y las universidades, con respecto a los acuerdos sobre las prácticas clínicas de pregrado. Además, una de sus principales funciones es que administran los

fondos de financiamiento para encargar practicas clínicas médicas en el Servicio Nacional de Salud para estudiantes de pregrado.³

Desde el año 2013 el Service Increment for Teaching ha estado haciendo la transición al Sistema de Pagos de Tarifas Nacional (Tariff payment) sistema que se encuentra establecido en Care Act de 2014. La Tarifa no es un pago por servicios de enseñanzas, sino que está diseñada para cubrir el financiamiento de todos los costos directos involucrados en la entrega de educación y capacitación en que debe incurrir el proveedor de salud. Actualmente, aunque las universidades actúan como intermediarias para la financiación de las tarifas, ellas mismas no reciben ningún financiamiento.⁴

IDEA MATRIZ

El departamento de planificación y Control de Gestión de RHS dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en documento denominado: "Oferta de profesionales de salud en Chile evolución 2007-2015 de la matrícula y los titulados en las Universidades nacionales", a lo menos, menciona que de un total de 58 Universidades y 6 Institutos Profesionales la matrícula de primer año creció en un 49,5% entre el 2007 y el 2015, siendo las carreras con más alta tasa de crecimiento: Terapia ocupacional (+323%), Obstetricia (+149,6%), Fonoaudiología (+104%), Enfermería (77,8%), Tecnología Médica (68,1%) y Nutrición y Dietética (+65,8%).

En el mismo análisis, se proyecta el número de nuevos titulados en las carreras profesionales de salud para el periodo 2015-2020, mencionando que tendrían el mayor número de titulados adicionales las siguientes carreras: Fonoaudiología y Medicina con aproximadamente 10.000 en el periodo, Kinesiología con más de 13.000 y Enfermería y Psicología con más de 25.000 nuevos titulados. Así el país llegaría a contar con mas de 127.559 nuevos titulados en este tipo de carreras.⁵

Frente a este escenario, se requiere avanzar en regular vía ley de la República la relación asistencial docente, en el cual queden establecidos los principios por los cuales se regirá, definiciones, método de asignación y requisitos, prohibiendo

³ Convenios para las practicas clínicas de los estudiantes del área de la salud. España e Inglaterra. Asesoría Técnica Parlamentaria. Diciembre de 2020, Biblioteca del Congreso Nacional.

⁴ Convenios para las practicas clínicas de los estudiantes del área de la salud. España e Inglaterra. Asesoría Técnica Parlamentaria. Diciembre de 2020, Biblioteca del Congreso Nacional.

⁵ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Evoluci%C3%B3n-Oferta-Prof.-de-Salud022016.pdf>

expresamente el pago en dinero de cualquier contraprestación otorgada con la finalidad de que los estudiantes realicen sus programas de formación.

Esta propuesta pretende legislar en la materia, estableciendo un marco de entendimiento, que va más allá de la asignación de los campos clínicos, sino como funcionan los hospitales públicos que forman profesionales en salud cambiando la estructura actual, definiendo los hospitales docentes como una política pública de país, fortaleciendo el proceso y siendo capaces de enfrentar la diversidad y la realidad que vive nuestro país, colocando la atención en la Salud Primaria, como principales centros de vigilancia en materia de salud, la investigación y el desarrollo tecnológico del centro formador, que vaya en directa relación con las necesidades de la población, rompiendo el paradigma actual como simples centros de prácticas.

En consideración a los argumentos anteriormente expuestos, es que vengo en proponer el siguiente proyecto de ley:

PROYECTO DE LEY

PROYECTO DE LEY QUE DEFINE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD COMO ASISTENCIALES-DOCENTES Y LAS CARACTERISTICAS DE LA RELACION ENTRE LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y LAS INSTITUCIONES DE EDUCACION.

ARTICULO UNICO

ARTÍCULO 1.- OBJETIVOS: El presente proyecto de ley tiene por objeto asegurar la calidad, pertinencia y articulación de la oferta de prestaciones de salud que posee el sistema nacional de servicios de salud con las necesidades de formación de profesionales calificados, generando una capacidad nacional que considere, además de la atención sanitaria de calidad, el desarrollo de la educación en salud, la investigación en salud pertinente a las necesidades del país y el desarrollo y la innovación.

Para efectos de lo anterior, se deberá considerar preponderantemente la territorialidad de las Instituciones de salud y educación, de forma tal que la capacidad formadora que genere se potencie dentro de la misma región y se priorice su asignación.

Todas las instituciones involucradas deberán cooperar y participar activamente para el logro de este objetivo.

ARTÍCULO 2.- DEFINICIONES: Para los efectos de esta ley se entenderá por:

- a) **Relación asistencial docente:** Vínculo estratégico de largo plazo que une al Sector Público y Privado de Salud con Instituciones de educación tras el objetivo de formar y disponer de profesionales y técnicos competentes para satisfacer las necesidades de salud de la población, generando un beneficio sobre la calidad de atención que reciben los usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y la formación en salud.
- b) **Institución de educación superior:** Institución que imparte educación en programas de formación profesional y técnica en el área de la salud.
- c) **Red de Salud:** Conjunto de Instituciones de Salud que reúnen a lo menos los niveles de atención primaria y secundaria, donde se desarrolla la relación asistencial docente.
- d) **Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS):** Conjunto de personas naturales o jurídicas, públicas y privadas que laboran en salud coordinadamente, dentro de los marcos fijados por el Ministerio de Salud para el cumplimiento de las normas y planes que éste apruebe.
- e) **Convenio asistencial docente:** Vinculo jurídico entre una Red de Salud y una Institución de educación para la formación de estudiantes de programas de formación profesional, académica y técnicas en el área de la salud, según las disposiciones contenidas en la presente ley con especial sujeción a los elementos que constituyen la Relación Asistencial Docente, estableciendo derechos y deberes recíprocos, con la finalidad de mejorar continuamente la educación profesional en salud, la generación de conocimiento y la innovación.
- f) **Profesional asistencial docente:** Profesional contratado por una Red de Salud para el cumplimiento de las funciones asistenciales y docentes.
- g) **Estudiante:** Persona adscrita a una Institución de educación que es parte del convenio asistencial docente.

ARTÍCULO 3.- PRINCIPIOS: Las políticas, planes, programas, normas y acciones que se realicen en el marco de la presente ley, se regirán por los siguientes principios:

- a) El respeto por los derechos y el cumplimiento de los deberes de los usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, así como de sus trabajadores, de los académicos y estudiantes.

- b) El resguardo de la calidad, seguridad y continuidad de la atención y formación en salud, cuyo centro es el usuario.
- c) La contribución de la Red de Salud y de las Instituciones de educación, al propósito de maximizar el aporte de cada una a la mejoría del nivel de salud de la población y al fomento de una cultura de servicio público.
- d) La coherencia de los Perfiles de egreso con los perfiles de competencias sociales y técnicas de desempeño requeridos por el sector para satisfacer las necesidades de salud de la población en el marco del modelo de atención cuyo énfasis es la promoción y fomento de la salud en los distintos niveles de atención.
- e) Colaboración, confianza y reconocimiento de los roles y atribuciones de cada institución.
- f) Calidad en el ejercicio de todas las funciones, expresada a partir de indicadores y procesos explícitos y formales.
- g) Transparencia en la información y en los procesos derivados de la relación asistencial - docente.
- h) Consideración de la red asistencial de manera integrada.
- i) Integralidad entre la Institución de Educación y la Red de Salud.
- j) Integridad en la relación entre la Institución de educación y la Red de Salud, asegurando la transparencia, objetividad, ecuanimidad y ordenamiento de la Relación Asistencial Docente.
- k) La utilización en el proceso de formación de los diferentes niveles de la Red Asistencial, contribuyendo al logro de los objetivos educativos, a la integración de la red asistencial y al desarrollo de equipos multidisciplinarios de salud.
- l) La pertinencia de los proyectos educativos de las Instituciones de Educación respecto del modelo de salud vigente
- m) Desarrollo de capacidad nacional de largo plazo para la mejora continua en educación profesional en salud, la generación de conocimiento pertinente y la innovación en el ámbito sanitario de manera adecuada a las necesidades del país.

ARTÍCULO 4.- DE LAS FUNCIONES DEL PROFESIONAL ASISTENCIAL DOCENTE: Todo profesional de la salud dentro de sus actividades tendrá la función asistencial y docente a la vez, entendida esta última como la enseñanza de su disciplina profesional a través de la acción y supervisión.

ARTÍCULO 5.- DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN: Deberán proveer los cargos o recursos necesarios para el desarrollo disciplinar, investigación, capacitación docente y gestión académica, estableciéndose servicios, departamentos u otra entidad organizacional definida y estable, con planes de desarrollo compartidos de largo plazo.

Los profesionales podrán tener adscripciones compartidas entre las instituciones de educación y las instituciones asistenciales, con tal de asegurar el acceso a responsabilidades clínicas y a la injerencia en aspectos académicos de manera integral y articulada.

ARTÍCULO 7.- REQUISITOS PARA ACCEDER A UN CONVENIO ASISTENCIAL DOCENTE: Los requisitos se distinguirán entre:

A. De las Instituciones de Salud:

1. Explicitar dentro de su misión el compromiso de asumir un rol asistencial docente.
2. Contar con una cartera de servicios y demanda asistencial que contribuya a la realización de aspectos específicos de un programa de formación o investigación.
3. Tener capacidad para acoger la actividad docente y de investigación sin afectar la prestación de servicios asistenciales.
4. Incentivar dentro de su personal una actitud positiva y de valoración de la actividad docente y de investigación.
5. Disponer de programas de inducción para académicos y estudiantes que permitan su adecuada inserción en el Centro formador y la correcta aplicación de las normas técnicas y administrativas vigentes.
6. Disponer de infraestructura para generar un espacio físico para la docencia.

B. De las Instituciones de Educación:

1. Ser instituciones legalmente constituidas y que estén acreditadas por el organismo pertinente, cuando corresponda, o se encuentren en período de Licenciamiento, en el caso de las Instituciones de educación de reciente creación, en los términos establecidos por la normativa vigente
2. Estar acreditado conforme a la normativa establecida en la ley n° 20.129, que establece un sistema de aseguramiento de la calidad de la educación superior o, alternativamente, encontrarse en proceso de renovación de la acreditación.
3. Tener un cuerpo académico integrado por profesionales registrados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo establecido en la ley n° 19.937 que modifica el D.L n° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana, cuyos respectivos vínculos contractuales constituyan garantía de continuidad y correcta ejecución de los programas de formación, especialmente la supervisión clínica de los estudiantes en sus actividades prácticas.
4. Demostrar que el proyecto educacional que desarrolla contribuye a satisfacer las necesidades de salud de la población en el marco del modelo de salud vigente.

ARTICULO 8.- PRESTADORES DE SALUD PRIVADO: Los prestadores de salud privados, que voluntariamente, suscriban un convenio asistencial docente, se someterán a las normas establecidas en la presente ley.

ARTÍCULO 9.- DE LAS ASOCIACIÓN DE LA RED DE SALUD: La Red de Salud podrá vincularse con una Institución de Educación o un conjunto de ellos asociados de manera explícita y formal.

ARTÍCULO 10.- DE LA ASIGNACIÓN: Se establecerán prioridades para la asignación de los cupos y recursos, según el siguiente orden de prelación:

- a) Cumplir con lo establecido en el Título V, de la ley 21.091 sobre Educación Superior.
- b) Haber obtenido a lo menos 5 años de acreditación institucional de acuerdo con lo establecido en la Ley n° 20.129 que Establece un Sistema Nacional de Aseguramiento de la calidad de la Educación Superior.
- c) Haber presentado un plan de desarrollo.
- d) Cumplir con un indiscutible rol público y con prestigio avalado por su trayectoria en la generación de conocimiento y servicio al país.

Se deberán realizar lineamientos generales en términos de las áreas disciplinarias, profesionales o técnicas de mayor necesidad para el país, las proyecciones de mediano y largo plazo y la distribución territorial en el país, entre otras que requieren una visión sistémica y de conjunto.

Se definirán las unidades de asignación sobre la base de la evidencia disponible y sus proyecciones, tales como si es hospital base con determinados centros de atención primaria, todo un servicio de salud, solo un establecimiento, si se desarrollan todos los ámbitos en todas partes o si hay centros de referencia especializados a nivel nacional, macrozonas u otros y se velará por el cumplimiento de los criterios y los lineamientos anteriormente señalados.

ARTICULO 11.- PROHIBICION: Las Instituciones de educación no podrán entregar a título gratuito u oneroso cualquier incentivo con la finalidad de que sus estudiantes realicen sus programas de formación en las dependencias de la Institución de salud.

ARTICULO TRANSITORIO: Los convenios asistenciales docentes suscritos y aprobado en conformidad a la Norma Técnica Administrativa N° 19 de 2017 o por resolución exenta n° 254 de 2012, ambas del Ministerio de Salud, o anteriores, seguirán ejecutándose hasta su termino de acuerdo con lo convenido.