

INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, instaurar distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

BOLETÍN N° 2.980-11.

HONORABLE SENADO:

Vuestra Comisión de Hacienda tiene el honor de emitir su informe relativo al proyecto de la referencia, iniciado en mensaje del Presidente de la República, con urgencia calificada de "simple".

A algunas de las sesiones en que se estudió este asunto asistieron, además de los integrantes de la Comisión, los Honorables Diputados señores Enrique Accorsi, Patricio Cornejo y Alberto Robles.

La Comisión contó con la presencia de los invitados que a continuación se consignan:

En representación del Ministerio de Salud concurrieron el Ministro de Salud, señor Pedro García; el Jefe del Departamento de Asesoría Jurídica, señor Andrés Romero, y los Abogados Asesores de ese Departamento señores Rodrigo Gómez y Sebastián Pavlovic.

En representación del Ministerio de Hacienda asistieron el Coordinador de Políticas Económicas, señor Marcelo Tockman, y los Asesores señora Consuelo Espinosa y señor Julio Valladares.

La Comisión de Reforma de la Salud estuvo representada por su Secretario Ejecutivo, don Hernán Sandoval.

En representación de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional asistieron el Superintendente, señor

Manuel Inostroza, el Fiscal, señor Ulises Nancuante, y el Jefe de Asesoría Jurídica, señor Raúl Ferrada.

En representación de la Fundación Jaime Guzmán concurrió don Nicolás Figari.

Se escuchó, asimismo, la opinión del Presidente del Colegio Médico, señor Juan Luis Castro; de los representantes de la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud (CONFENATS), señores Jorge Araya, Germán Rodríguez y Hernán González, Presidente, Vice-Presidente y Director Nacional del Departamento Técnico, respectivamente; de los representantes de Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipalizada, señor Esteban Maturana y señoras Eugenia Muñoz y Soledad Barría, Presidente, Secretaria General y Asesora de la entidad, respectivamente, y de los representantes de la Asociación de ISAPRES A.G., señores Rafael Caviedes y Gonzalo Simon, Director Ejecutivo y Gerente de Estudios.

El proyecto de ley en estudio fue analizado previamente por la Comisión de Salud.

- - -

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 124 del Reglamento del Senado, cabe dejar constancia de lo siguiente, respecto de las indicaciones que fueron conocidas por la Comisión de Hacienda:

I.- Artículos que no fueron objeto de indicaciones ni de modificaciones: 4º permanente y decimotercero y decimonoveno, transitorios.

II.- Indicaciones aprobadas sin modificaciones: 11, 55, 61, 63, 66, 69, 72, 99, 110, 111, 112, 128, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 184, 188, 191, 192, 194, 201, 203, 205, 224, 228, 229, 230, 255, 256, 257, 258, 267, 278, 280, 281, 283, 284, 285, 288, 291, 292, 293, 294, 304, 305, 314, 315, 317, 320, 339, 340, 359, 361, 362, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 376 y 378.

III.- Indicaciones aprobadas con modificaciones: 10, 50, 51, 52, 62, 115, 116, 117, 118, 137, 148, 154, 190, 193, 195, 197, 200, 202, 217, 218, 219, 220, 225, 226, 227, 232, 233, 235, 238, 239, 240, 260, 261, 262, 263, 264, 277, 279, 282, 289, 316, 343, 352, 353, 356, 357, 358, 360, 363 y 377.

IV.- Indicaciones rechazadas: 12, 13, 49, 53, 54, 60, 64, 65, 67, 68, 70, 71, 109, 113, 144, 147, 158, 159, 180, 181, 182, 183, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 221, 222, 223, 236, 237, 259, 266, 268, 290 y 341.

V.- Indicaciones retiradas: no hay.

VI.- Indicaciones declaradas inadmisibles: no hay.

Cabe hacer presente que esta constancia es complementaria al cuadro reglamentario contenido en el segundo informe de la Comisión de Salud.

- - -

Cabe hacer presente que las normas que la Comisión de Salud señalaba como de rango orgánico constitucional en su segundo informe fueron suprimidas en la Comisión de Hacienda a solicitud del Ejecutivo, que sostuvo que dichas disposiciones eran innecesarias, en atención a que eran suficientes las normas generales existentes en la materia, por lo que no se requería contemplar esas disposiciones en la iniciativa en informe.

- - -

Vuestra Comisión de Hacienda se pronunció respecto de las siguientes normas:

- ARTICULO 1º: N° 1); N° 2); N° 6); N° 11), artículos 14 D y 14 E; N° 14, artículo 16 ter; N° 18), letras c) y s); N° 21; N° 22), artículos 25 A, 25 D, 25 F, 25 L, 25 M, 25 Ñ, 25 O y 25 P, y N° 33);

- ARTÍCULOS 3º, 4º, y 5º;

- ARTÍCULO 6º: Artículos 1º, 2º, 10, 11, 12, 14, 21, 22, 23 (pasa a ser 21), 26 (pasa a ser 24) y 27 (pasa a ser 25);

- ARTÍCULOS 7º y 8º;

- Artículos transitorios: primero al noveno, decimotercero, decimocuarto, decimoquinto, decimosexto, decimonoveno, vigesimosegundo y vigesimotercero.

- - -

DISCUSIÓN EN PARTICULAR

En forma previa al análisis de las disposiciones de competencia de la Comisión, el señor Ministro de Salud realizó una exposición general en que situó el proyecto en el contexto de la reforma general de la salud y las correspondientes iniciativas que se encuentran en tramitación legislativa.

Informó que la corrección de los problemas de los sistemas público y privado de salud, pero respetando y promoviendo su existencia, constituye el desafío de la reforma a la salud, el que se enfrenta en cinco proyectos de ley que abordan la materia desde distintas perspectivas.

Precisó que las estrategias contenidas en los proyectos de ley que constituyen la reforma pueden resumirse en:

- Fortalecimiento de la institucionalidad y funciones de autoridad sanitaria.

- Integración de la red asistencial y separación de funciones de autoridad sanitaria de las de prestación de servicios de salud.

- Creación de hospitales de autogestión en red con mayor flexibilidad para administrar sus recursos y mayor responsabilidad respecto a su gestión.

- Incentivos remuneracionales a los trabajadores del sector, asociados al cumplimiento de metas sanitarias y de gestión y establecimiento de un programa de estímulo a la jubilación.

- Definición de un paquete estándar de beneficios que deberán asegurar el sistema público y privado, con garantías explícitas de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad para un conjunto de problemas de salud prioritarios.

- Creación de un Fondo de compensación para reducir discriminación en el sistema privado.

- Perfeccionamiento de la regulación del sistema ISAPRE para aumentar solvencia, transparencia y protección de cotizantes cautivos.

- Financiamiento adicional proveniente de impuestos generales para los beneficiarios más pobres del sistema público de salud.

- Regulación de la relación entre pacientes y prestadores de salud, públicos o privados, tanto institucionales como individuales, con el fin de cautelar derechos tales como el consentimiento informado, el acceso a la ficha clínica, la participación informada en investigaciones clínicas, etc.

Explicó que los cinco proyectos que constituyen la reforma son los siguientes: proyecto de autoridad sanitaria y gestión; proyecto del régimen de garantías en salud; proyecto de ley de ISAPRES corto; proyecto de ley de ISAPRES largo, y proyecto de derechos y deberes de las personas en salud. Informó que otro proyecto, destinado a financiar la reforma, ya fue aprobado por el Congreso (Ley N° 19.888, que aumentó el Impuesto al Valor Agregado).

A continuación se refirió al proyecto en informe, y señaló que en él se tratan, fundamentalmente, tres aspectos: autoridad sanitaria, gestión de la red de salud y gestión de los recursos humanos.

- Autoridad Sanitaria:

Hizo presente que en las normas relativas a la autoridad sanitaria se determinan facultades, funciones y estructura del Ministerio de Salud, reemplazando la actual Subsecretaría por dos Subsecretarías, una de Redes Asistenciales y otra de Salud Pública; se otorgan facultades a los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud y se establece la Superintendencia de Salud.

- Gestión de la Red:

Señaló que en las disposiciones respectivas se definen los Servicios de Salud, se establece la Red Asistencial y los Establecimientos Autogestionados en Red y de menor complejidad.

- Gestión de Recursos Humanos:

Sobre el particular se contemplan incentivos de carácter remuneratorio; modificaciones a la carrera funcionaria; normas sobre dotación de personal y un programa especial de incentivo al retiro.

Manifestó que el proyecto de ley sobre autoridad sanitaria es el que estructura el sistema, con separación de funciones, definición de roles y rendición de cuentas, para que las acciones de salud se sustenten en un sistema que se articule en buena forma.

Mencionó que en la actualidad un Director de Servicio tiene roles que se contraponen unos con otros, tales como los de proveedor, a través de hospitales de su dependencia, y los de ente normativo o fiscalizador, por lo que en definitiva se descuidan algunas de las funciones. Por ello algunas de las materias que hoy en día son de su competencia se trasladan a los Secretarios Regionales Ministeriales, quienes asumirán el papel de ente normativo y fiscalizador en la región. En definitiva, aseveró, se busca que se deje de normar, operar y fiscalizar al mismo tiempo.

Por esta misma razón, señaló, en materia medioambiental serán los Secretarios Regionales Ministeriales los llamados a resolver, bajo la subordinación de la Subsecretaría de Salud Pública.

Hizo presente que el proyecto de ley en informe, que modifica la estructura sanitaria pública, interviene en tres grandes materias: autoridad sanitaria; gestión de los servicios de salud y recursos humanos.

I.- Señaló que por autoridad sanitaria se entiende las instituciones públicas que regulan, fiscalizan y controlan el funcionamiento de todo el sector sanitario chileno, encabezadas por el Ministerio de Salud. Forman parte de la autoridad sanitaria las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y la nueva Superintendencia de Salud, que reemplaza a la actual Superintendencia de ISAPRES.

- El Ministerio de Salud es la principal institución del sector Salud. Le corresponden las funciones de rectoría, regulación y control sobre las materias de su competencia. La fiscalización se efectúa fundamentalmente a través de las SEREMIS y la Superintendencia de Salud.

Se estructura en torno a dos subsecretarías, una de Salud Pública, cuya misión básica son las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades, y otra denominada de Redes Asistenciales, cuya función primordial es velar por la correcta y eficiente coordinación, articulación y desarrollo de la Red Asistencial del país, constituida por los establecimientos públicos del Sistema Nacional de Servicios de salud, los establecimientos de la atención primaria municipalizados y las instituciones privadas con convenio, que constituyen la red asistencial dependiente de cada uno de los servicios de salud.

- Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud son organismos desconcentrados del Ministerio de Salud, que constituirán la autoridad sanitaria en cada Región del país, y pasarán a ellas todas las funciones que hoy desarrollan los Servicios de Salud que no son prestación de atenciones de salud, esto es, fiscalización del Código

Sanitario, autorizaciones para funcionar, las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, etc.

- La Superintendencia de Salud será la sucesora de la actual Superintendencia de ISAPRES, pasarán a ella todas las actuales funciones que dicha institución desempeña y fiscalizará también a FONASA en el cumplimiento del régimen de garantías (AUGE), de manera tal que tendrá la función de fiscalizar a las ISAPRES en las materias actuales y además en el cumplimiento del Régimen y también a FONASA exclusivamente en lo que dice relación con el cumplimiento del Régimen y la modalidad de libre elección. Asimismo, se le encomienda la función de registro de los prestadores de salud, tanto individuales como institucionales, públicos y privados, a través de dos mecanismos nuevos: la acreditación, destinada a garantizar la calidad de los prestadores institucionales, y la mantención de un registro de prestadores certificados en sus especialidades y subespecialidades, para prestadores individuales.

II.- Respecto de la gestión de los Servicios de Salud, explicó que se modifica sustancialmente la estructura y funciones de los Servicios de Salud, para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y permitir la toma de decisiones en el nivel local, se garantiza la participación y se vela por la efectiva coordinación de la Red para la derivación y referencia de pacientes entre los distintos niveles de complejidad.

- Red Asistencial: la red asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenios con el Servicio de Salud respectivo, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver las necesidades de salud de la población. Con la misma finalidad la red asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud.

- Director del Servicio de Salud: deberá ser “gestor” de la Red que le corresponde, es decir, tendrá a su cargo la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la red asistencial del territorio de su competencia, tendrá la misión de velar por la efectiva derivación, referencia y contrareferencia de los usuarios de la red entre sus distintos niveles de complejidad y también de la eficaz coordinación con las redes de otros servicios.

- Establecimientos Autogestionados en Red: los establecimientos de mayor complejidad (actuales tipo 1 y 2) entrarán en un proceso gradual que les permitirá ganar espacios de mayor flexibilidad y autonomía para administrar sus recursos propios, fomentando un eficiente

uso de los recursos y estimulando la capacidad para generar recursos propios, cautelando a la población beneficiaria, pues lo que deben hacer en materia asistencial estará determinado por las políticas e instrucciones impartidas por el Director del Servicio de acuerdo a las políticas nacionales definidas por el Ministerio a través de la Subsecretaría de Redes.

- Establecimientos de menor complejidad: si bien no se les dan las mismas herramientas que a los autogestionados, se les entregan mayores competencias para el mejor uso de sus recursos financieros, físicos y humanos, sin perjuicio del control ejercido por el Director del Servicio y de las facultades que éste delegue en el director del establecimiento.

III.- Recursos Humanos.

Se hizo notar que la iniciativa en informe es producto de un intenso proceso de diálogo entre el Ministerio de Salud y los gremios representativos del sector, que culminó en diversos acuerdos para impulsar una nueva política de modernización del personal en el marco de la reforma.

En este contexto se formuló la iniciativa, para el personal regulado por la ley N° 18.834, Estatuto Administrativo, de los Servicios de Salud, Subsecretaría de Salud, Instituto de Salud Pública y Central nacional de Abastecimiento de los Servicios de Salud, que está orientada a potenciar el mejoramiento de la gestión hospitalaria, el fortalecimiento del trabajo de los equipos de salud y el desarrollo de su personal.

- Modernización de la carrera funcionaria: se introducen elementos que permiten desarrollar sistemas de promoción diferenciados, que privilegien la capacidad de los funcionarios y resguarden la igualdad de oportunidades.

- Incorpora nuevos incentivos de carácter remuneratorio: la nueva política se expresa a través de la creación de asignaciones de estímulos al desempeño de los equipos de salud, al fortalecimiento de la función directiva, y a la creación de una asignación de turno. Estos incentivos se otorgarán, en forma gradual, en un período de 4 años, a contar del 2004: asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo; asignación de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo; asignación de estímulo a la función directiva; asignación de responsabilidad; asignación de turno; modificación de las asignaciones de desempeño institucional e individual de la ley 19.490, para el Instituto de Salud Pública, la Central Nacional de Abastecimientos y la Subsecretaría de Salud. Hay un programa transitorio de incentivo al retiro para los funcionarios que se desempeñen en los Servicios de Salud, en el I.S.P., en la CENABAST

y en los establecimientos de salud de carácter experimental. Durante el año 2004 podrán acceder al beneficio 2.494 funcionarios, privilegiándose aquellos de menores rentas y más edad. Los funcionarios que no alcancen a acogerse al beneficio antes del 31 de diciembre de 2004 podrán hacerlo hasta el 30 de septiembre de 2005, acumulándose para el segundo período los cupos no utilizados en el primero.

- Inversión pública: la parte del proyecto que moderniza la política de desarrollo del personal significa una importante inversión adicional, en forma progresiva en un período de 4 años.

El Honorable Diputado señor Robles expresó que si bien le parecen positivos algunos de los cambios que introdujo a la iniciativa la Comisión de Salud del Senado en su segundo informe, el texto despachado varía en aspectos fundamentales, respecto de la filosofía del proyecto que el Ejecutivo presentó en el primer trámite constitucional en la Cámara de Diputados.

Consultó por la razón de tres cambios en materias que son de iniciativa del Ejecutivo:

- Entrega de facultades normativas y también de fiscalización al Ministerio de Salud, de control a las Direcciones de Servicio y ejecución a los hospitales. En su opinión a los Secretarios Regionales Ministeriales les corresponde la fijación de políticas, pero la fiscalización debe quedar entregada a otros entes.

- Entrega a los hospitales de la posibilidad de asignar camas al sector privado.

- Entrega de facultades administrativas al Director del Hospital.

Los representantes del Ejecutivo respondieron al señor Diputado que la separación de funciones que se consagra en el proyecto se enmarca en los mismos criterios que originalmente tuvo el Gobierno en la materia.

El Honorable Senador señor Foxley manifestó dudas acerca del enfoque de los proyectos de reforma a la salud. Estimó que era posible mejorar gestión en una parte y corregir las distorsiones en el otro, construyendo un sistema que gradualmente cubre las necesidades de la ciudadanía.

El Honorable Senador señor Ominami manifestó ser partidario de restablecer el carácter imperativo de los Consejos de Participación y de buscar maneras de asegurar la participación de los usuarios.

Al respecto el señor Ministro hizo presente la disposición del Ejecutivo a reponer el texto aprobado en el primer trámite constitucional.

El Honorable Senador señor Ominami destacó la importancia del aporte que podría hacer esta Comisión al proyecto en lo referente a la distribución del per cápita y a los gastos en salud de los distintos municipios, garantizando en la ley que recibirán un per cápita mayor los municipios más pobres.

El Honorable Diputado señor Accorsi destacó que el per cápita actual no permite cubrir los costos fijos de los Consultorios. Hizo presente, asimismo, su preocupación por la forma en que se pueda garantizar que los beneficiarios del sistema público van a tener prioridad en el uso de las camas.

El señor Ministro señaló que se contempla una indicación para precisar que las camas que se podrá utilizar serán las de Pensionado.

A continuación se escuchó la opinión de los representantes del Colegio Médico, de la CONFENATS, de CONFUSAM y de la Asociación de ISAPRES de Chile A.G.

El Presidente del Colegio Médico expuso acerca de los elementos contenidos en el proyecto de ley en informe con los cuales dicha asociación gremial no concuerda:

I.- Facultades del Ministro que guardan relación con:

a) Definición de estándares mínimos para el funcionamiento de los Servicios de Atención en Salud.

b) Sistema de acreditación de prestadores institucionales de salud.

c) Sistema de certificación de especialidades médicas.

d) Establecer normas de protocolos.

e) Sistema de solución de controversias sobre responsabilidad civil de los médicos e instituciones de salud.

Reconocieron la conveniencia de que la autoridad pública en salud tenga estas facultades, pero se requiere acotar:

- Debe asesorarse por un Consejo definido en la ley, con la participación amplia de representantes de sociedades científicas, de escuelas de medicina y colegios profesionales, para asegurar la idoneidad técnica de las normas y evitar la arbitrariedad política.

- Eliminar del artículo 4º la facultad discrecional del Ministro de definir la obligatoriedad de los protocolos, que rigidizaría una materia en que el avance de la ciencia siempre obliga a cambios.

- Definir en la ley que todos los organismos o instituciones encargados de la aplicación de las normas estipuladas por estas funciones serán de carácter público y sin fines de lucro.

- Debe consagrarse en la ley la existencia del Consejo Consultivo de Salud; con la definición obligatoria de sus funciones y componentes. Un órgano de este tipo no puede quedar sujeto en su constitución y funcionamiento al arbitrio del Ministro de Salud de turno.

- Reponer la facultad del Ministro de Salud para la dictación de normas sanitarias. Debe reponerse el numeral 2 del artículo 4º aprobado en la Cámara de Diputados.

- Asegurar en la ley que las actividades de fiscalización de las normas sanitarias serán realizadas por instituciones públicas sin fines de lucro.

II.- Superintendencia de Salud:

- La homologación del FONASA como institución previsional de salud.

- La exclusión de la fiscalización a los beneficiarios de las Fuerzas Armadas y particulares.

- La consolidación de la separación Auge – No Auge, al controlar solamente el Auge en el FONASA.

III.- Autoridad Sanitaria Regional:

El Colegio Médico de Chile A.G. comparte que algunas facultades del Director del Servicio se traspasen al SEREMI , tales como oficinas de profesiones médicas, actividades de control y regulación en general, pero considera inconveniente que actividades vinculadas a actividades netamente clínicas y ambientales queden bajo la tutela de una autoridad eminentemente política.

IV.- Servicios de Salud:

- Traspaso de todas las funciones de acción sanitaria al SEREMI, y todo lo que no diga relación con la ejecución de acciones integradas de curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

- Se minimiza gravemente el ámbito de acción de los servicios al separarlos totalmente de las acciones de promoción y prevención, lo que va en contra del discurso de fortalecer tales actividades, tanto en los servicios como en la red. Deben reincorporarse a dichas acciones, señalando la necesaria coordinación con el SEREMI.

- Mantiene la facultad del Director de Servicio de enviar a los funcionarios en comisiones de servicio por dos años, generando una gran incertidumbre laboral, ya que un número importante de funcionarios se encuentra a contrata. Se prestaría, además, para arbitrariedades y represalias.

V.- Red Asistencial:

- Se consagra la apertura de la red a los prestadores privados, los que en igualdad de condiciones jurídico técnicas entran a competir con los hospitales y consultorios públicos desfinanciados y con retraso humano y tecnológico, lo que determinará una competencia asimétrica.

- Se establece que los establecimientos del nivel primario prestaran atenciones de salud, cuando debiera señalarse que son "acciones de salud", para incluir todas las actividades, entre ellas las de promoción y prevención.

- Se eliminó del Consejo de Red Asistencial la participación de los usuarios.

- No existen elementos concretos que resuelvan la integración de los diferentes niveles de atención.

VI.- Establecimientos Autogestionados en Red:

- La creación de una red de alta complejidad y la red de 56 hospitales autogestionados en red porque se sancionará la falta de equidad entre los hospitales públicos. Debe volverse al texto aprobado por la Cámara de Diputados, en que todos los hospitales podían gozar de los privilegios de los establecimientos autogestionados en red.

- Se estimula la complejización y la super especialización.

- La red de alta complejidad significará una duplicación de funciones y, por ende, encarecimiento de las prestaciones.

- El cumplimiento de los requisitos para aprobar la gestión está centrado en indicadores financieros y de gestión, ignorándose los indicadores sanitarios.

- La red de 56 establecimientos autogestionados en red dependerá en la práctica del Subsecretario y será inoperante administrativamente.

- Los mecanismos de control social desaparecen. El Consejo Técnico no tiene poder real y el director del establecimiento autogestionado en red puede establecer su propia organización interna.

- Permite que el director del establecimiento autogestionado en red pueda comprar hasta un 20% de su presupuesto en servicios, incluyendo no sólo los de apoyo sino que también los clínicos. (¿se externalizarán los servicios de urgencia?).

- Permite la venta de servicios, sin limitaciones, a los privados con fines de lucro, es decir, venta de camas públicas a las ISAPRES. La atención de privados y de beneficiarios de ISAPRES debe acotarse a las camas de pensionado, excepto las urgencias.

- La elaboración del presupuesto corresponde, en la práctica, al director del establecimiento autogestionado en red, el director de servicio actúa sólo como correo, para que en definitiva sea el Subsecretario quien lo aprueba.

- La provisión de recursos del FONASA se hará directamente al director del establecimiento autogestionado en red vía convenios y no al director del servicio, quien tiene la visión integral del territorio.

- Al competir los 56 establecimientos autogestionados en red se producirá una pérdida de la economía de escala y en la sinergia sanitaria.

- Se mantiene la facultad del director del establecimiento autogestionado en red de solicitar el término de la destinación de los funcionarios en el establecimiento, dejándolos a disposición del Servicio de Salud. Se agrava así la inestabilidad laboral.

- Los directores de hospitales seguirán siendo seleccionados y nombrados en sus cargos por la autoridad política y no por concurso público.

- La destinación de los cargos directivos seguirá siendo de resorte de la autoridad política y por razones fundamentalmente financieras.

Los representantes de la CONFUSAM manifestaron que si bien están de acuerdo, en principio, con la necesidad de efectuar una reforma en materia de salud, en los Mensajes de los proyectos que al respecto se enviaron a tramitación legislativa se señalaba que buscaban conseguir ciertos objetivos que a juicio de esta entidad no se cumple, lo que obligaría a revisar los proyectos.

Expresaron que los aludidos objetivos eran los siguientes:

- Fortalecer el sistema público y la red pública de salud.

- Lograr mayor regulación del sector privado.

- Mejorar las relaciones laborales.

- La reforma se desarrollaría en un escenario de participación permanente.

Afirmaron que estos objetivos no se han cumplido y que no existe coherencia entre el enunciado de que la atención primaria de salud es prioritaria para el Gobierno y lo que se está legislando al respecto.

Plantearon observaciones acerca de los siguientes aspectos fundamentales:

- Relación con niveles reguladores y coordinación sanitaria:

Sostuvieron que el proyecto obliga a la atención primaria a relacionarse y firmar convenios con multiplicidad de entidades:

Servicio de Salud; SEREMI, para los efectos de promoción y prevención; Subsecretaría de Salud Pública, para asuntos como vacunas, y con establecimientos autogestionados, todo lo cual produce confusión y mayor segmentación.

Solicitaron cautelar la verdadera integridad de la red, para lo cual todas las relaciones deben pasar a través del coordinador de la red, que es el Servicio de Salud.

- Mecanismos de participación:

Mencionaron que en el primer trámite constitucional el proyecto consideraba, al menos Consejos Consultivos.

Es así como en el nivel ministerial se contemplaba, por ley, un Consejo Consultivo de nivel ministerial estratégico, y un Consejo nacional Consultivo de calidad (normas de acreditación y certificación). Ahora, en cambio, sólo se da la facultad para poder citar a Consultivos para fines precisos, con tiempos limitados, sin definir los participantes ni temas relevantes.

En el nivel regional el proyecto aprobado por la Cámara de Diputados consideraba un Consejo de Red que ahora no existe.

Por último, la participación de los usuarios, que antes se consagraba en el Consejo de Red de los Servicios de Salud y establecimientos autogestionados, tampoco se considera en el proyecto actual.

Solicitaron reponer los mecanismos de participación que se habían establecido, incluyendo a usuarios y trabajadores.

- Red y Atención Primaria:

En cuanto a la conformación de la red, afirmaron que la definición de funciones de atención primaria cambió de “sanitarias” a “asistenciales” o “de atención”. Deja fuera acciones relevantes: promoción, trabajo comunitario, etc., y es, además, contradictorio con el modelo de salud familiar.

Abre la red, al permitir que por reglamento se salte el paso de la atención primaria antes de llegar a la atención secundaria.

Señalaron que se sacó a los hospitales de pequeñas localidades que forman parte de la red de atención primaria.

Al respecto solicitaron clarificar la realización de acciones de salud y mantener la coherencia y eficiencia de los niveles.

Hicieron presente, asimismo, que los establecimientos de la red debieran compartir normas técnicas y financieras para las respectivas poblaciones; que las facultades del Director del Servicio de Salud para enviar en "Comisión de Servicio" hasta por dos años, si es a un establecimiento municipal debiera ser con convenio, para mejorar la resolutivez, y que todo traspaso debe realizarse a través de municipios, agregando que se debe llevar el financiamiento como centro de costo separado, para aumentar la transparencia del uso.

Sobre el particular solicitaron equidad de condiciones técnicas y financieras para los establecimientos de la red, cautelando que el financiamiento se invierta efectivamente en salud.

- Relación con hospitales autogestionados:

Expresaron que debe quedar clara la obligación de éstos de recibir pacientes de la atención primaria; que establecer convenios directos con atención primaria, por fuera del Servicio de Salud, complejiza y descoordina la red; que las actuales dificultades de hospitalización en hospitales complejos aumentará si no se restringe el acceso de particulares a 10% de las camas, y rechazaron las atribuciones de gestión sin contrapeso, desde organizar hasta enajenar bienes públicos, en que el Servicio de Salud sólo se pronuncia sobre 7.000 U.F.

Solicitaron que se cautele efectivamente la prioridad de los beneficiarios del sistema público y sus bienes.

- Superintendencia de Salud:

Respecto de la Intendencia de prestadores, destacaron que la facultad de acreditar establecimientos que atienden beneficiarios de la ley 18.933 y 18.469 debe ser privativa del Estado.

Acerca de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud manifestaron que homologa FONASA e ISAPRES y que el control de FONASA consagra la separación Auge – No Auge y libre elección institucional.

Solicitaron ampliar las facultades de acreditación a todos los establecimientos, realizadas por entidades públicas y eliminar la facultad de fiscalizar a FONASA.

- Importancia real de la atención primaria:

El eje de la reforma, que se ha dicho que es la atención primaria y un modelo que privilegie la promoción y prevención, parece contradictorio, ya que se limita el papel de la atención primaria a lo asistencial o de atención; no se mencionan elementos que superen inequidades financieras internas del sistema y déficit actual; no se nombra la atención primaria en la estructura futura del Ministerio de Salud, y el estímulo al desempeño de los directivos de los Servicios se asocia en 3% al cumplimiento de metas sanitarias por parte de la atención primaria y el 8% a que los establecimientos hospitalarios sean declarados autogestionados.

Solicitaron perfeccionar el proyecto para representar efectivamente lo buscado con la reforma.

Los representantes de la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (CONFENATS) criticaron los siguientes aspectos de la iniciativa:

A) En primer lugar, en cuanto a los hospitales autogestionados, hicieron presente las siguientes observaciones:

- El artículo 25 F letra d) señala que el director del establecimiento define y elabora el presupuesto anual, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones. Si el presupuesto elaborado por el Subsecretario de Redes asistenciales es menor que el solicitado por el director del establecimiento, el Subsecretario será quien decida donde debe reducirse y ajustarse. De esta forma no sería posible que el director cumpla con las funciones, planes y programas que se le exigen, como los exigidos en las letras E, F, K y Q del artículo 25.

- El artículo 25 E letra g) dispone la compra de servicios hasta un 20% del presupuesto, incluyendo las tareas propias y habituales del establecimiento, situación contradictoria con las funciones que le son propias al Servicio. La compra de servicios no debiera ser superior al 10% del presupuesto del establecimiento.

- El artículo 25 F letra k) plantea que en los convenios se puede considerar proveer de todo tipo de recursos, entendiéndose que los convenios son para atraer recursos y mejorar la gestión de los hospitales para entregar una mejor atención a los usuarios y no para traspasar recursos a terceros. El proyecto no establece porcentaje de libre disposición dentro de los recursos propios que generará la gestión financiera anual del establecimiento autogestionado.

- El artículo 25 E letra d) define las materias que deben ser tomadas en consideración en los presupuestos de los hospitales autogestionados, excluyendo las remuneraciones permanentes y otras de carácter variable actualmente vigentes, además de las que fija la ley.

B) En segundo término, hicieron presente sus aprensiones acerca del financiamiento de los distintos beneficios (asignaciones, bonificaciones e incentivos) establecidos en el proyecto de ley, que a su juicio sería deficitario desde su origen.

Los representantes de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional de Chile plantearon también diversas consideraciones respecto de la iniciativa en informe.

Manifestaron que si bien en términos generales creen que el proyecto contiene elementos que podrían permitir a quienes están gestionando los hospitales públicos operar con mayor eficiencia, los inquietan ciertos puntos, y emitieron comentarios acerca de los que se indican a continuación:

1.- La debida complementariedad público–privada.

Señalaron que el país requiere hacer un óptimo uso de las instalaciones de salud de que dispone y que en tal sentido se hace necesario un uso adecuado de los recursos disponibles, un aumento de su productividad y de los recursos financieros para el cumplimiento de su función. El proyecto, a su juicio, contiene elementos que permitirán promover el uso más intensivo de los hospitales estatales.

Afirmaron que, por otra parte, hoy no existen limitaciones, salvo las económicas, para el uso de establecimientos privados por pacientes del sistema estatal y que la mayoría de FONASA libre elección usan prestadores privados, y utilizan hospitales públicos bajo la modalidad de atención institucional. No obstante, dijeron, ello no es recíproco para los pacientes privados, quienes ven limitadas sus posibilidades de utilizar las instalaciones públicas bajo la modalidad de atención institucional, pues sólo lo pueden hacer en pensionados como paciente privado del médico tratante.

Sobre el uso de camas públicas por pacientes privados, expresaron que la ley 18.469 indica, en el artículo 16, que las personas que no sean beneficiarias del régimen podrán requerir y obtener de los organismos creados por el decreto ley N° 2.763 el otorgamiento de prestaciones de acuerdo con el reglamento, pagando su valor según el arancel. Consecuente con ello no se pueden establecer normas que prohíban la atención de pacientes particulares en los recintos hospitalarios, pues este derecho está reconocido por la ley.

Se refirieron a la práctica privada en hospitales públicos, que consiste en el uso de camas públicas en los pensionados de

los hospitales por pacientes de FONASA libre elección, privados e ISAPRES. Señalaron que, asimismo, la denominada “ley de urgencias” obliga a los hospitales públicos a atender a cualquier persona que requiera prestación de urgencia vital y a las ISAPRES a pagar dichos servicios, por lo que la facultad para atender a pacientes privados en pensionados y urgencias existe. Afirmaron que la eventual facultad que establece el proyecto para que los hospitales vendan servicios “institucionales” genera conflictos de intereses con aquellos profesionales que ven amenazados sus ingresos si se estableciera dicha posibilidad de atender a enfermos privados como “pacientes institucionales”, porque se generarían ingresos para el hospital pero no necesariamente honorarios privados.

2.- Resguardos contemplados en el proyecto de ley:

- Atención preferente a pacientes del régimen estatal: el proyecto establece que la prioridad en la atención de los establecimientos públicos siempre corresponde a los beneficiarios del propio sistema, y por lo tanto la atención de las personas que no son beneficiarias del régimen se realiza cuando hay capacidad disponible. Establece, además, que los establecimientos autogestionados en red tendrán la facultad de celebrar convenios con entidades privadas y que lo anterior no podrá significar menoscabo ni postergación a las prestaciones que se deba entregar a los pacientes del sistema estatal.

Manifestaron que entienden que los establecimientos están dirigidos por médicos calificados que actuarán correctamente y con el criterio suficiente para calificar esta situación, sin perjuicio de que esos establecimientos estarán estrictamente vigilados por el Ministerio de Salud a través de los organismos que correspondan, lo que garantiza el cumplimiento de la norma.

- Garantía de pago total para pacientes privados: hicieron presente que para el caso de los convenios con ISAPRES se establece la obligación para que estas instituciones se responsabilicen por el pago total por cada paciente, esto es, la bonificación del plan y el copago del afiliado.

3.- Determinación de la prima universal para el plan Auge: el proyecto de reforma considera la creación de un fondo solidario para la compensación de riesgos, mecanismo que requiere para su funcionamiento establecer un monto respecto del cual se efectúa dicha compensación de riesgo. Consecuente con lo anterior, se debe permitir a los pacientes privados elegir la red pública del régimen, para que así puedan acceder a las mismas condiciones de calidad y precio con la cual se calculó la prima universal. De esta forma se eliminan las discriminaciones arbitrarias entre personas pertenecientes a distintos sistemas de salud.

Informaron que los beneficios que la complementación público-privada arrojaría son:

- Mayor disponibilidad de recursos financieros para la atención de los beneficiarios del sector público y para mejorar las condiciones de trabajo del personal.

- Asociación con el sector privado para invertir en equipamiento, infraestructura y capacitación del personal.

- Mayor desarrollo de experiencia para la atención de patología compleja, concentrando los esfuerzos.

- Los ingresos médicos adicionales facilitarían a los hospitales la contratación de especialistas en aquellas áreas actualmente en déficit.

Por lo tanto, concluyeron, se debe facultar a los hospitales para ofrecer servicios a privados, cuando ello sea factible. Asimismo, se debe confiar en la habilidad y buen juicio de los profesionales que dirijan las instalaciones para decidir acertadamente la forma de optimizar la utilización de los recursos, los mecanismos para mejorar la atención de la población de menores recursos y los medios para incrementar, por la vía de venta de servicios, los ingresos de los hospitales públicos.

ARTÍCULO 1º

Este precepto introduce diversas modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Numeral 1)

Sustituye el artículo 4º del referido cuerpo legal, mediante el cual se establecen las funciones y atribuciones del Ministerio de Salud.

Nº 3

El artículo 4º número 3 confiere al Ministerio de Salud la facultad de fiscalizar el cumplimiento de las normas que determine la ley.

Su inciso segundo encarga, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos, a la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva la fiscalización de las disposiciones del Código Sanitario y de otras leyes complementarias, en ámbitos tales como el de la higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias.

Finalmente, el inciso tercero faculta la externalización de las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de normas, en cuanto dichos terceros cumplan requisitos de idoneidad y certificación.

Afectan a este numeral las indicaciones N°s 10, 11, 12 y 13.

La **indicación N° 10**, del Honorable Senador señor Frei, don Eduardo, propone reemplazar esta facultad por la de “Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud.”.

Enseguida, el Presidente de la República, mediante la **indicación N° 11**, propone reemplazar, en su inciso segundo, la frase “La fiscalización de las normas contenidas en el Código Sanitario y demás leyes complementarias” por “La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarios y la sanción a su infracción cuando proceda”.

- La Comisión aprobó las indicaciones números 10, y 11, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Los Honorables Senadores señores Ruiz-Eskvide y Ríos formularon las **indicaciones N° 12 y N° 13**, con el objetivo de suprimir el inciso tercero.

- Fueron rechazadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

En seguida la Comisión acordó reemplazar el párrafo tercero propuesto para el número 3 por la Comisión de Salud, por el siguiente:

“La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos

debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo dispuesto en la ley N° 19.886, debiendo cumplir la entidad, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, las bases de la licitación deberán considerar esta condición con un mayor factor de ponderación.”.

El acuerdo fue adoptado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Numeral 2)

El N° 2 intercala, en el decreto ley N° 2.763, a continuación del artículo 4º, dos nuevos preceptos: los artículos 4º bis y 4º ter. El primero de ellos dispone que, para cumplir su función de formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud, o Plan Nacional de Salud, el Ministro contará con un Consejo Consultivo de Salud de carácter asesor.

El inciso segundo del artículo 4º bis señala que dicho Consejo será presidido por el Ministro de Salud e integrado por las personas que indica, a saber:

1. Dos directores o profesores de reconocida trayectoria de las Escuelas o Departamentos de Salud Pública de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegidos por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile;

2. Un decano o profesor de reconocida trayectoria de las Facultades de Economía o Administración de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegido por el Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas;

3. Un representante de la Sociedad Chilena de Salubridad, elegido por ésta;

4. Un representante del Colegio Médico de Chile, elegido por éste;

5. Dos representantes de Colegios Profesionales del área de la salud, elegidos por éstos conforme el reglamento;

6. Un representante de los prestadores públicos de salud, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud;

7. Un representante de las Asociación Chilena de Municipalidades, elegido por ésta;

8. Un representante de los prestadores privados de salud, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;

9. El Director de Fondo Nacional de Salud o su representante;

10. Un representante de las Instituciones de Salud Previsional, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;

11. Un representante organizaciones no gubernamental sin fines de lucro que haya desarrollado actividades relevantes en el ámbito de la salud ambiental, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud.

El inciso tercero agrega que estos consejeros servirán períodos de cinco años, prorrogables por una única vez, sin percibir remuneración alguna por su desempeño.

Finalmente, el inciso cuarto entrega al reglamento la regulación del funcionamiento del Consejo.

En dicho artículo inciden las indicaciones N°s 49 a 54.

La **indicación N° 49**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone la supresión del artículo en comento.

La **indicación N° 50**, del Honorable Senador señor Ruiz-Eskude, tiene como finalidad reemplazar el inciso primero por los siguientes:

“Artículo 4° bis.- Para el cumplimiento de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud convocará un Consejo Consultivo de Salud que tendrá el carácter de asesor en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de los lineamientos estratégicos del sector.

El Consejo deberá reunirse a lo menos una vez cada semestre del año, tendrá la facultad de auto convocarse y de emitir opiniones dirigidas al Ministro de Salud quien podrá acogerlas o rechazarlas en cualquier caso fundadamente.

Los integrantes del Consejo podrán requerir de cualquier organismo público los antecedentes que le sean necesarios para otorgar una adecuada asesoría al Ministro de Salud ya sea por habersele requerido o por iniciativa propia.

El referido Consejo será presidido por el Ministro de Salud y estará integrado por: ...”.

La **indicación N° 51**, formulada por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone intercalar, en el inciso primero, a continuación de la expresión “Consejo Consultivo de Salud”, la frase “con la participación de los gremios representantes de los trabajadores de la salud”.

En el mismo sentido, la **indicación N° 52**, del Honorable Senador señor Ríos, plantea que se agregue la participación de los gremios.

La **indicación N° 53**, presentada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone suprimir el número 11 del artículo 4° bis.

La **indicación N° 54**, presentada por la Honorable Senadora señora Matthei, tiene como finalidad reemplazar, en el inciso tercero del artículo 4° bis, la expresión “cinco años” por “tres años”.

Artículo 4° ter

En su primer inciso, el artículo 4° ter dispone que el Ministerio de Salud para establecer estándares mínimos de condiciones sanitarias seguras; un sistema de acreditación de prestadores institucionales de salud; un sistema de certificación de especialidades y sub especialidades, y protocolos de atención de salud, contará con un Consejo Nacional Consultivo de la Calidad, de carácter asesor, convocado y presidido por el Ministro de Salud.

El mismo inciso establece la integración del Consejo en los siguientes nueve literales:

a) Un científico de connotada trayectoria en el área de calidad en salud, representante de sociedades científicas con personalidad jurídica, elegido por éstas en la forma que señale el reglamento;

b) Un director o profesor de reconocida trayectoria de las Facultades, Escuelas o Departamentos de Medicina o de Salud Pública de las Universidades estatales o reconocidas por el Estado, elegido por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile;

c) Un experto en el área de la calidad en salud de reconocida idoneidad y trayectoria, elegidos por el Ministro de Salud;

d) Un representante del Instituto de Salud Pública, elegido por éste;

e) Un representante de las Mutuales de Seguridad, elegido por éstas;

f) Un representante de los prestadores públicos de salud, elegido por el Presidente de la República de una terna propuesta por el Ministro de Salud;

g) Un representante de los prestadores privados de salud, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país;

h) El Director del Fondo Nacional de Salud o su representante;

i) Un representante de las Instituciones de Salud Previsional, elegido por la organización de estas instituciones de mayor representatividad en el país.

El inciso segundo entrega al reglamento la regulación del funcionamiento del Consejo y agrega que los consejeros no percibirán renta por sus actuaciones, y servirán períodos de tres años, prorrogables por una única vez. Un reglamento normará el funcionamiento del Consejo.

La **indicación N° 55**, formulada por el Honorable Senador señor Ruiz-Eskide, propone su supresión.

La Comisión de Salud reemplazó los artículos 4° bis y 4° ter, por el siguiente 4° bis:

“Artículo 4° bis.- Para el cumplimiento de las funciones señaladas en el artículo anterior, el Ministro de Salud podrá convocar la formación de Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales o representantes de personas jurídicas, del sector público y privado, de acuerdo a las materias a tratar.

La resolución que disponga la creación del consejo respectivo señalará el plazo de duración en el cargo de los integrantes, el quórum para sesionar y las demás normas necesarias para su funcionamiento.”.

Se informó que al adoptar la decisión antes señalada, la Comisión de Salud consideró que la proliferación de consejos es inconveniente, debido a que dificulta la acción de la autoridad sanitaria, pudiendo convertirse en un canal para la acción de grupos de presión que no coincidan con el interés general.

El Honorable Senador señor Ominami manifestó que era partidario de que la convocatoria a formar Consejos Consultivos no se planteara en términos facultativos para el Ministro de Salud, sino en carácter obligatorio. Ello, afirmó, en atención a que estima apropiado que existan canales formales de participación para la comunidad, porque en temas complejos, como los que dicen relación con la salud, es importante que los usuarios se involucren, y por ello la participación adecuadamente orientada permite que las cosas funcionen mejor.

La Honorable Senadora señora Matthei consideró peligroso transformar en obligatoria la convocatoria a Consejos Consultivos, y señaló que no siempre los intereses de los gremios, que por esa vía ejercerán presión sobre la autoridad, son coincidentes con los intereses de la sociedad.

Vuestra Comisión de Hacienda reemplazó el inciso primero del artículo 4° bis propuesto por la Comisión de Salud en su segundo informe, por otro que hace imperativo para el Ministro de Salud convocar la formación de Consejos Consultivos, en la forma que se consignará en su oportunidad. El acuerdo fue adoptado por tres votos a favor, uno en contra y una abstención. Se pronunciaron en favor del nuevo texto los Honorables Senadores señores Boeninger, Foxley y Ominami. La Honorable Senadora señora Matthei votó en contra. Se abstuvo el Honorable Senador señor García.

En virtud de la aprobación del nuevo texto que se dio al artículo 4° bis, la Comisión, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami, adoptó los siguientes acuerdos respecto de las indicaciones números 49, 50, 51, 52, 53, 54 y 55:

- Las indicaciones números 49, 53 y 54 fueron rechazadas.

- Las indicaciones números 50, 51 y 52 fueron aprobadas, con modificaciones.

- La indicación número 55 fue aprobada.

Numeral 6)

Reemplaza, en su literal a) los incisos primero y segundo del artículo 8º y crea el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales.

El inciso primero encomienda al Subsecretario de Redes Asistenciales las materias relativas a la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema y la regulación de la prestación de servicios de salud.

El inciso segundo agrega que respecto de las materias antes señaladas, deberá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento y coordinar su ejecución por los organismos que integran el Sistema, impartiendo instrucciones.

El inciso tercero, en materia de funciones propias del Subsecretario de Redes Asistenciales, se remite al decreto ley Nº 1.208, de 1975, así como a las contenidas en otros cuerpos legales.

Finalmente, el inciso cuarto le otorga la calidad de superior jerárquico de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda.

Inciden en el presente artículo las indicaciones Nºs 59 a 72.

La **indicación Nº 59**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone reemplazar el inciso primero, por el siguiente:

“Artículo 8º.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del sistema y la función de velar por el cumplimiento de las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para la atención integral de la salud de las personas y de los estándares de calidad que le serán exigibles.”.

- Fue retirada por su autor, en la Comisión de Salud.

La **indicación N° 60**, del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), tiene por objeto suprimir, en el inciso primero, las frases que siguen a la palabra “Sistema”.

- Fue rechazada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 61**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso primero, la palabra “servicios”, por “acciones”.

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 62**, de la Honorable Senadora señora Matthei, tiene como finalidad reemplazar, en el inciso primero, la frase “la atención integral de la salud de las personas”, por “distintos tipos de prestaciones”.

- La indicación N° 62 fue aprobada con modificaciones, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 63**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone reemplazar el inciso segundo. por el siguiente:

“Para ello, el Subsecretario de Redes propondrá al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema.”.

- Fue aprobada por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 64**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso segundo, la frase “los organismos que integran el Sistema”, por “las demás entidades que integran el Sistema conforme al artículo 2° de esta ley”.

- Fue rechazada con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 65**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo, tiene por objeto agregar, al inciso segundo, la oración: “Le corresponderá, asimismo, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud en todo lo relativo a las redes asistenciales de salud e impartirles instrucciones.”.

- La Comisión la rechazó por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 66**, del Presidente de la República, propone suprimir el tercer inciso.

Se fundamenta en que la referencia general a la ley es innecesaria, y la específica, al decreto ley N° 1.208, de 1975, es errónea.

- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Las **indicaciones N° 67**, del Honorable Senador señor Parra, y **N° 68**, formulada por el Honorable Senador señor Ríos, eliminan el inciso cuarto.

- Fueron rechazadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 69**, del Presidente de la República, propone intercalar, en el inciso cuarto, después de la palabra “Ministeriales”, la frase “en las materias de su competencia, y de las”.

- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 70**, del Honorable Senador señor Muñoz Barra, propone sustituir el inciso final, por el siguiente:

“El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda.”.

- Fue rechazada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 71**, del Honorable Senador señor Frei (don Eduardo), propone reemplazar el inciso final, por el siguiente:

“El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de los Directores de los Servicios de Salud, divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además le corresponderá, en su calidad de colaborador del Ministro, coordinar a las Secretarías Regionales Ministeriales en el ámbito de sus competencias.”.

- Fue rechazada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 72**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objeto agregar el siguiente inciso:

“El Subsecretario de Redes Asistenciales subrogará al Ministro de Salud a falta del Subsecretario titular de Salud Pública.”.

- La Comisión aprobó la indicación N° 72 por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Numeral 11)

La **indicación N° 99**, formulada por el Presidente de la República, propone agregar los siguientes artículos 14 D y 14 E, nuevos:

“Artículo 14 D.- Los recursos financieros que recauden las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud por concepto de las tarifas que cobren por los servicios que presten, cuando corresponda, y por las multas que les corresponda percibir, ingresarán al presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública, la que lo distribuirá entre las referidas Secretarías Regionales.

Artículo 14 E.- Existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señale esta ley y sus reglamentos y las que el Secretario

Regional Ministerial le someta a su consideración. Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

El Secretario Regional Ministerial deberá convocar al Consejo en el primer trimestre de cada año y tendrá por objeto informar acerca de la gestión del año anterior y la planificación del año correspondiente. Un reglamento regulará la forma de nombrar a los integrantes, el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento.”.

Al debatir la proposición de incorporar el artículo 14 E, el señor Ministro de Salud indicó que la referida norma es de especial interés debido a que el Consejo Asesor asegura la presencia y participación regional y representa una útil herramienta de apoyo para el Secretario Regional Ministerial de Salud.

- La indicación número 99 fue aprobada por tres votos a favor, uno en contra y una abstención. Se pronunciaron favorablemente los Honorables Senadores señores Boeninger, Foxley y Ominami. Votó en contra la Honorable Senadora señora Matthei. El Honorable Senador señor García se abstuvo.

Numeral 14)

Intercala, a continuación del artículo 16, los artículos 16 bis y 16 ter, nuevos.

El artículo 16 ter, en su primer inciso, describe la organización de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud en base a un primer nivel de atención primaria y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley o los reglamentos.

El inciso segundo impone a los establecimientos de atención primaria la obligación de cubrir la población del territorio del Servicio de Salud respectivo, aplicándose las mismas reglas técnicas a estos establecimientos, públicos o privados, y quedando sujetos a la supervisión y coordinación del Servicio de Salud respectivo.

Enseguida, el inciso tercero dispone que los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada, espontánea y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.

El inciso cuarto agrega que el establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud en relación con el ingreso de datos y los sistemas de información que deberá mantener.

Finalmente, el inciso quinto indica que los beneficiarios de la ley N° 18.469, deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud correspondiente a su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que le prestará las acciones que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento. El beneficiario no podrá cambiar su lugar de inscripción antes de transcurrido un año desde la fecha de inscripción, salvo que comprobara, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distinto al declarado en la inscripción anterior.

Inciden en el presente artículo las indicaciones N°s 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117 y 118.

La **indicación N° 108**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone reemplazar, en el inciso segundo, la frase “deberán cubrir, en el territorio del Servicio respectivo” por “serán responsables de”.

- Fue retirada por su autora, en la Comisión de Salud.

La **indicación N° 109**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, reemplaza el punto final (.) de su inciso segundo por coma (,), agregando la frase “conforme a las instrucciones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la respectiva Secretaría Regional Ministerial”.

La **indicación N° 110**, del Presidente de la República, tiene como finalidad reemplazar, en el inciso primero, la palabra “sanitarias” por “asistenciales”.

La **indicación N° 111**, presentada por el Presidente de la República, persigue reemplazar, en el inciso segundo, la palabra “cubrir” por “atender”.

La **indicación N° 112**, también del Presidente de la República, propone suprimir, en el inciso tercero, la palabra “espontánea” y la coma que la precede.

La **indicación N° 113**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone incorporar, al inciso tercero, la siguiente oración: “Estos establecimientos pondrán en práctica planes y programas de salud familiar, conforme a las instrucciones generales del Ministerio de Salud.”.

La **indicación N° 115**, del Presidente de la República, incide en el inciso final del artículo 16 ter y tiene por objetivo reemplazarlo por otro, del siguiente tenor:

“Los beneficiarios de la ley N° 18.469, deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria, que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que le prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. El beneficiario no podrá cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acredite mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo ubicado en la red asistencial correspondiente a otro Servicio de Salud.”.

La **indicación N° 116**, formulada por el Honorable Senador señor Ríos, tiene la finalidad de agregar un inciso nuevo, en los siguientes términos:

“Los funcionarios beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán ser atendidos en el establecimiento en que se desempeñan de la misma manera que sus correspondientes cargas, sin perjuicio de lo anterior podrán ser referidos a otros centros de salud.”.

Las **indicaciones N° 117**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo, **y N° 118** del señor Viera-Gallo, proponen agregar el siguiente inciso:

“Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios del Ministerio de Salud beneficiarios de la ley N° 18.469 y sus cargas podrán ser atendidos en el mismo establecimiento en que desempeñan sus labores, aún cuando se hubieran inscrito en el establecimiento de su domicilio, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud.”.

El Honorable Senador señor Ominami consideró preferible eliminar la mención a los reglamentos que se hace en el inciso primero del artículo 16 ter, en atención a que considera que la materia debe quedar entregada en su integridad a la ley.

Asimismo, propuso efectuar una enmienda en el inciso segundo, con la finalidad de establecer en el texto que los establecimientos de atención primaria, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros, por tipo de población, servicios brindados y calidad de éstos. **La Comisión aprobó esta enmienda por cuatro votos a favor y una abstención. Votaron favorablemente los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley y Ominami. El Honorable Senador señor García se abstuvo.**

En seguida, adoptó los siguientes acuerdos respecto de las indicaciones números 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117 y 118:

- Las indicaciones números 110, 111, 112, 115, 116, 117 y 118 fueron aprobadas, las cuatro últimas con enmiendas, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

- Las indicaciones números 109 y 113 fueron rechazadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Numeral 18)

El numeral 18 introduce modificaciones al artículo 20, norma que consagra las atribuciones de los Directores de los Servicios.

Letra c)

Agrega un párrafo segundo a la letra h) del artículo 20, que señala las atribuciones del Director en el desempeño de sus funciones.

El párrafo que se agrega es del siguiente tenor:

"Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo en favor del Fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud."

La **indicación N° 128**, del Presidente de la República, con el fin de efectuar una mera adecuación al texto, propone sustituir en su encabezamiento la palabra "segundo", por "tercero".

- Fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger; Foxley, García y Ominami.

Letra s)

Es del siguiente tenor:

“s) Elaborar el presupuesto de la Red Asistencial de Salud a su cargo y de los establecimientos que la integran, incluyendo los hospitales autogestionados.”.

Este literal fue incorporado en el segundo informe de la Comisión de Salud en virtud de la aprobación de la **indicación N° 137**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Eskuide y Viera-Gallo, que proponía agregar una nueva letra.

- La indicación número 137 fue aprobada, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Numeral 21)

El numeral 21 aprobado en el primer informe, que sustituye el artículo 24, referido al financiamiento de los Servicios de Salud, por otro que regula la misma materia y que especifica las fuentes de los recursos en diversos literales, es del siguiente tenor.

“21) Sustitúyese el artículo 24 por el siguiente:

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

a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;

b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la ejecución de acciones de salud pública;

c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;

e) Con los bienes que adquieran por donación, herencia o legado;

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios."."

En el literal a) incide la **indicación N° 144**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y que propone agregar la siguiente frase final: "a valores que representen al menos los costos efectivos de las prestaciones".

El literal b) fue objeto de la **indicación N° 145**, del Presidente de la República, que propone sustituir la referencia a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, por otra a la de Salud Pública y al Secretario Regional Ministerial.

A la letra e) se formuló la **indicación N° 146**, del Presidente de la República, que propone su reemplazo por el siguiente:

"e) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación."

Los representantes del Ejecutivo hicieron presente que la norma aprobada en el segundo informe de la Comisión de Salud en virtud de la indicación número 144, que establece que los Servicios se financiarán, entre otros recursos, con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los usuarios de la ley N° 18.469, "a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones limita las facultades del FONASA, porque no existe una forma clara de establecer los costos esperados.

El Honorable Senador señor Ominami señaló estar de acuerdo en eliminar la frase en esta iniciativa, en el entendido de que la discusión sobre el fondo del asunto se postergaba para el momento en que se debatiera el proyecto del AUGE.

- Sometida a votación la indicación número 144, se registraron dos votos a favor, dos en contra y una abstención. Votaron a favor los Honorables Senadores señora Matthei y señor García. En contra lo hicieron los Honorables Senadores señores Foxley y Ominami. El Honorable Senador señor Boeninger se abstuvo. Repetida la votación en atención a que el asunto quedaba sin resolver, por incidir la abstención en el resultado, el Honorable Senador señor Boeninger cambió su voto por el de rechazo, resultando en definitiva rechazada la indicación por tres votos contra dos.

- Las indicaciones números 145 y 146 fueron aprobadas, sin enmiendas, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Numeral 22)

El numeral 22 intercala, a continuación del artículo 25, los Títulos IV y V, nuevos.

Artículo 25 A

El Título IV, denominado “De los Establecimientos de Autogestión en Red”, se desglosa en dos párrafos y el primero de ellos, “De la Creación y Funciones, se inicia con el artículo 25A.

Esta disposición, en su inciso primero, reconoce la calidad de “Establecimientos de Autogestión en Red” a aquellos establecimientos asistenciales que, cumpliendo con los restantes requisitos que imponga el reglamento pertinente, dependan de los Servicios de Salud y tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones.

En dicho primer inciso recae la **indicación N° 147**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo, que propone suprimir la frase “que tengan mayor complejidad

técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones,”.

El inciso segundo del artículo 25 A entrega a un reglamento, que deberá ser suscrito por los Ministros de Salud y Hacienda, la regulación de las siguientes materias, entre otras: el sistema de obtención de la calidad de establecimiento de autogestión en red; el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos para obtener dicha calidad; los mecanismos de evaluación y control de gestión, y el registro que deberá mantener el Ministerio de Salud con el fin de identificar los establecimientos.

En el inciso en comento inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 148 a 153.

La **indicación N° 148**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, reemplaza la frase “también suscrito por el Ministro de Hacienda” por “suscrito por el Ministro de Salud”, y suprime la frase “y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos”.

La **indicación N° 149**, de los mismos señores Senadores, propone sustituir el punto que precede a la última oración del inciso segundo por una coma, reemplazando la expresión “Los requisitos”, que la sigue, por “los que”.

Las **indicaciones N°s 150 y 151**, de los Honorables Senadores señores Romero y Ruiz-Esquide, respectivamente, proponen el reemplazo de la oración final del inciso segundo por la siguiente:

“Los requisitos deberán estar referidos al menos a gestión financiera, gestión de personal, gestión del cuidado, indicadores y estándares fijados en convenios y normas.”.

En el mismo sentido, el Presidente de la República formuló la **indicación N° 152**, que tiene por finalidad intercalar, en la oración final del inciso segundo, a continuación de “gestión de personal”, la frase “gestión del cuidado”.

La **indicación N° 153**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, en la oración final del inciso segundo, a continuación de la expresión “al menos,” la frase “al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios,”.

La **indicación N° 154**, del Honorable Senador señor Frei, tiene por objetivo intercalar, a continuación del inciso segundo, el siguiente, nuevo:

“Estos establecimientos deben tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de la satisfacción de los usuarios. Asimismo, estarán facultados para comprar y vender servicios a prestadores o usuarios privados.”.

Las **indicaciones N°s 155 y 156**, del Honorable Senador señor Muñoz Barra y de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, proponen suprimirlo.

- Ambas indicaciones fueron retiradas en la Comisión de Salud.

La **indicación N° 157**, del Presidente de la República, propone reemplazar el inciso final del artículo 25 A por otro, del siguiente tenor:

“Los Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que les corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley.”.

Las **indicaciones N°s 158 y 159**, de los Honorables Senadores señor Romero y señores Matthei y Viera-Gallo, respectivamente, proponen agregar el siguiente inciso nuevo:

“Un Reglamento deberá establecer los términos de la gestión de cuidados, los cuales no podrán ser de menor alcance a lo señalado en el artículo 113, inciso cuarto del Código Sanitario.”.

Vuestra Comisión de Hacienda acordó efectuar una enmienda al texto despachado por la Comisión de Salud en su segundo informe, modificando el inciso segundo propuesto para el artículo 25 A, en el sentido de que el reglamento al que allí se alude debe ser suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda.

En virtud de lo expuesto, la Comisión, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami, adoptó los siguientes acuerdos respecto de las indicaciones que se formularon al precepto:

Las indicaciones números 149, 150, 151, 152 y 153 fueron aprobadas, sin modificaciones.

Las indicaciones números 148 y 154 fueron aprobadas, con enmiendas.

Las indicaciones números 147, 158 y 159 fueron rechazadas.

Artículo 25 D

Su inciso primero crea el Consejo Consultivo de los Usuarios, organismo integrado por cinco representantes de la comunidad usuaria y dos representantes de los trabajadores del Establecimiento.

Los incisos segundo y tercero señalan sus funciones.

El inciso cuarto entrega al reglamento la determinación de las funciones, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo.

El inciso quinto establece el Consejo Técnico, organismo asesor del director, cuyo objeto es colaborar en los aspectos de gestión en que el director requiera su opinión y propender a la mejor coordinación de las actividades del Establecimiento.

El inciso sexto alude a la integración del Consejo y entrega al reglamento las demás funciones y procedimientos que correspondan.

Finalmente, el inciso séptimo y final agrega que el Consejo contará con la asesoría de comités sobre asuntos específicos, integrados por los funcionarios designados por el Director del Establecimiento.

Incidan en el presente artículo las indicaciones individualizadas en los N°s 180, 181, 182, 183 y 184.

Las indicaciones N°s 180 y 181, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, respectivamente, coinciden en proponer la supresión de los incisos primero a cuarto.

Las indicaciones N°s 182 y 183, de los Honorables Senadores señor Ríos y señor Ruiz-Esquide, respectivamente y que proponen sustituir, en el inciso primero, la expresión “2 representantes” por “3 representantes”.

La **indicación N° 184**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone suprimir, en el inciso quinto, la palabra “también”.

La Comisión acordó reponer, con enmiendas formales, el texto de los incisos aprobados en general por el Senado para los cuatro primeros incisos del artículo 25 D, manteniendo, sin embargo, el texto despachado por la Comisión de Salud en lo relativo a la regulación del Consejo Técnico. Este acuerdo fue adoptado por tres votos a favor, uno en contra y una abstención. Se pronunciaron a favor de esta reposición los Honorables Senadores señores Boeninger, Foxley y Ominami. La Honorable Senadora señora Matthei votó en contra. El Honorable Senador señor García se abstuvo.

En virtud de lo anterior la Comisión, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Bboeninger, Foxley, García y Ominami, tuvo por aprobada la indicación número 184 y rechazó las indicaciones números 180, 181, 182 y 183.

Artículo 25 F

El artículo 25 F aprobado en general es del siguiente tenor:

“Artículo 25 F.- En el director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento.
- 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 incorpóreas que hayan sido asignadas o afectadas al establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.

Las transacciones a que se refiere el párrafo anterior deberán ser aprobadas por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas de los decretos leyes N°1.056 de 1975, o N°1.939, de 1977.

Asimismo, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra s), podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas.

j) Celebrar convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 36, del Ministerio de Salud, de 1980.

k) Celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud, y con entidades administradoras de salud primaria, en los que se podrán proveer todos los recursos necesarios para la ejecución del convenio, mediante la destinación de funcionarios a prestar colaboración en éste, el traspaso de fondos presupuestarios u otras modalidades adecuadas a su naturaleza. En particular, podrá estipularse el aporte de medicamentos, insumos y otros bienes fungibles 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.”.

Respecto del artículo 25 F se formularon las indicaciones N°s 188 a 240.

En el literal d) recayeron las indicaciones individualizadas con los N°s 188 a 200.

El literal d), en su párrafo primero, otorga al Director la potestad de elaborar y presentar, al Subsecretario de Redes Asistenciales, el proyecto de presupuesto del establecimiento, el plan anual de actividades asociado al mismo y el plan de inversiones, conforme a las necesidades de reposición del equipamiento del establecimiento y a las políticas del Ministerio de Salud.

La **indicación N° 188**, formulada por el Presidente de la República, propone sustituir la frase “elaborar y presentar al Subsecretario de Redes Asistenciales”, por “elaborar y presentar al director del Servicio de Salud correspondiente, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales con un informe”, y suprimir la oración final que señala: “Para estos efectos se requerirá un informe del Servicio de Salud respectivo.”.

En el mismo sentido, la **indicación N° 189**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y

Viera-Gallo, tiene por objetivo reemplazar la expresión “Subsecretario de Redes Asistenciales” por “Director del Servicio de Salud correspondiente”.

- Fue retirada en la Comisión de Salud.

La **indicación N° 190**, presentada por el Honorable Senador señor Muñoz Barra, propone sustituir la frase “al Subsecretario de Redes Asistenciales” por “al Director del Servicio, quien a su vez lo presentará al Subsecretario de Redes Asistenciales”.

La **indicación N° 191**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone intercalar, a continuación de la expresión “conforme a las necesidades”, la frase “de ampliación o reparación de la infraestructura,”.

La **indicación N° 192**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, coincide parcialmente con la indicación N° 188 del Presidente de la República, para suprimir la oración final del párrafo primero.

La **indicación N° 193**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone agregar las siguientes oraciones al primer párrafo: “El Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas. Asimismo, deberá justificar financieramente y mediante un estudio de rentabilidad social, la priorización propuesta. El presupuesto deberá indicar detalladamente el estado de cobro de prestaciones otorgadas a personas no beneficiarias legales, de los seguros obligatorios de accidentes del tránsito, y de cada uno de los convenios suscritos”.

El segundo párrafo del literal d) aprobado en general, que pasa a ser párrafo tercero conforme a la decisión previamente adoptada, continúa señalando que el Subsecretario de Redes Asistenciales aprobará los presupuestos de los establecimientos autogestionados y el del Servicio durante la primera quincena de diciembre de cada año. La aprobación deberá ser visada por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y se efectuará en base al presupuesto otorgado al Servicio de Salud correspondiente y a las instrucciones de la mencionada Dirección de Presupuestos.

La **indicación N° 194**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone suprimir en este párrafo la oración “sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos”.

La **indicación N° 195**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone reemplazar la frase “dentro de los primeros quince días del mes de diciembre de cada año” por “antes del 15 de diciembre de cada año o, si este día fuere inhábil, antes del primer día siguiente hábil”.

La **indicación N° 196**, presentada por el Honorable Senador señor Ríos, persigue la supresión de la última oración, que exige la visación de la resolución dictada por el Subsecretario de Redes Asistenciales por parte de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

La **indicación N° 197**, propuesta por la Honorable Senadora señora Matthei, establece un efecto jurídico específico en la hipótesis de silencio administrativo que indica. Con este fin, agrega lo siguiente: “Si llegado último día hábil de diciembre el Subsecretario no hubiere dictado la resolución o la Dirección de Presupuesto no hubiere efectuado la autorización señalada, el presupuesto presentado por el director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley.”.

La **indicación N° 198**, también formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone agregar además el siguiente texto:

“El presupuesto aprobado deberá ir acompañado por un informe financiero que señale al menos lo siguiente: producción realizada por cada unidad del Servicio, valorada a precios reales; presupuesto asignado el año anterior; déficit o superávit básico del año anterior; esfuerzo realizado por la unidad para conseguir recursos extras; déficit o superávit real del año anterior; subsidios cruzados entre distintos establecimientos hospitalarios; listas de espera para cada establecimiento, por especialidad; principales carencias, en cuanto a equipos y recursos humanos para cada establecimiento; estudio de rentabilidad social que justifique la manutención de los establecimientos deficitarios, considerando su localización, la población que atiende, su tamaño y los servicios que provee.”.

-Fue retirada por su autora, en la Comisión de Salud.

La **indicación N° 199**, del Honorable Senador señor Ríos, propone el reemplazo del inciso tercero por el siguiente:

“En cada uno de los presupuestos de los Servicios de Salud se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de

la ley N° 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto de las direcciones de servicio, hospitales autogestionados, hospitales de mejor complejidad, CDT, CRS y consultorios.”.

- La indicación fue retirada por su autor.

La **indicación N° 200**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone agregar al texto del párrafo tercero, las siguientes oraciones:

“Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el Director del Hospital, el Subsecretario deberá indicar los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que recomienda reducir para ajustarse al presupuesto aprobado, y por qué. El Subsecretario podrá, asimismo, modificar fundadamente la priorización propuesta por el Director del Hospital Autogestionado en Red.”.

Las indicaciones individualizadas con los N°s 201 y 202 inciden en la letra e).

La **indicación N° 201**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esqvide y Viera-Gallo, propone suprimir, en el párrafo primero, la frase “en el marco presupuestario”.

La **indicación N° 202**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, tiene como finalidad reemplazar, en el párrafo segundo, las frases “autorizadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo a las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Copia de la resolución deberá ser remitida a la Dirección de Presupuestos”, por la siguiente: “informadas al Subsecretario de Redes Asistenciales y a la Dirección de Presupuestos, con un detalle de las causas de las modificaciones. Las modificaciones no podrán significar un déficit mayor en el resultado financiero final del establecimiento”.

En el literal f) inciden las indicaciones N°s 203, 204 y 205.

La **indicación N° 203**, presentada por el Presidente de la República, propone intercalar, en el inciso primero, después de las palabras “reconocimiento de remuneraciones”, la frase “incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director de Servicio,”.

La **indicación N° 204**, formulada por la Honorable Senadora señora Matthei, persigue sustituir, en el inciso segundo, la frase “Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios” por “Respecto del personal a contrata y al personal que de acuerdo a sus funciones pueda ser contratado sobre la base de honorarios”.

- Fue retirada por su autora, en la Comisión de Salud.

La **indicación N° 205**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone suprimir, en el párrafo segundo de la letra f), la palabra “descentralizado”.

Las **indicaciones N°s 206, 207, 208, 209 y 210**, presentadas por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo; Parra; Ríos; Ruiz-Esquide, y Muñoz Barra, respectivamente, recaen en la letra g), y reemplazan, en el párrafo segundo, la expresión “20%” por “10%”.

En el literal i) inciden las **indicaciones N°s 212 y 213**, formuladas por los Honorables Senadores señores Parra, y Muñoz Barra, respectivamente, las que proponen reemplazar, en el segundo inciso, la expresión “cinco mil unidades de fomento” por “tres mil unidades de fomento”.

Letra k)

A la letra k) se formularon las indicaciones N°s 215 a 220.

La **indicación N° 215**, del Honorable Senador señor Ríos, propone cambiar la oración “con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud” por: “Celebrar convenios con entidades administradoras de salud primaria”.

- La indicación fue retirada por su autor, en la Comisión de Salud.

La **indicación N° 216**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objeto suprimir la frase “con el Servicio de Salud respectivo,”.

- Fue retirada en la Comisión de Salud.

La **indicación N° 217**, de la Honorable Senadora señora Matthei, propone intercalar, a continuación de la expresión “respectivo,”, la frase “con otros Servicios de Salud,”.

La **indicación N° 218**, propuesta por la Honorable Senadora señora Matthei, tiene por objeto sustituir la frase “creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, todos del año 2000 y del Ministerio de Salud,” por “con establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad,”.

Enseguida, la **indicación N° 219**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, a continuación de “salud primaria,”, la frase “pertenecientes a su territorio”.

La **indicación N° 220**, del Honorable Senador señor Parra, intercala, a continuación de la expresión “salud primaria,”, la frase “que formen parte de la red asistencial del Servicio de Salud respectivo,”.

En el literal l) inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 221 a 224.

La **indicación N° 221**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone suprimir, en el párrafo primero, la expresión “y de Hacienda”.

La **indicación N° 211**, del Presidente de la República, propone agregar al párrafo primero la siguiente oración: “Los convenios que regula este párrafo no podrán superar el 25% de la totalidad de las camas disponibles en el establecimiento.”.

La **indicación N° 214**, presentada por el Honorable Senador señor Muñoz Barra, propone intercalar, a continuación del inciso segundo, el siguiente, nuevo:

“Estos convenios sólo podrán referirse a la utilización de pensionados, unidades de cuidados intensivos y atención en Servicio de Urgencia.”.

La **indicación N° 222**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone intercalar, en el inciso segundo, a continuación de la

palabra “beneficiarios”, la frase “en pensionados especialmente habilitados para estos efectos”.

La **indicación N° 223**, del Honorable Senador señor Boeninger, tiene como finalidad agregar al párrafo segundo, la siguiente oración:

“Sólo un 20% del total de camas de los establecimientos de autogestión en red del Servicio de Salud respectivo pueden ser destinados para este efecto, para lo cual el director del Servicio determinará el total que cada establecimiento pueda destinar a este objeto, conforme las disponibilidades existentes.”.

La **indicación N° 224**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone sustituir, en el párrafo tercero de la letra l), la frase “la atención de las personas” por “los convenios”.

En la letra m) recaen las **indicaciones N°s 225 y 226**, de los Honorables Senadores señores Parra y Muñoz Barra, respectivamente, que proponen sustituir, en el inciso primero, la expresión “11 horas” por “22 horas”.

En la letra n (que pasa a ser m) inciden las indicaciones N°s 227, 228, 229 y 230.

La **indicación N° 227**, formulada por el Honorable Senador señor Muñoz Barra, tiene como finalidad reemplazar el párrafo segundo por el siguiente:

“Con el exclusivo objeto de verificar que los convenios cumplan con lo dispuesto en el artículo 25 B y se resguarde la facultad de coordinación que corresponde, el respectivo Director de Servicio de Salud en el caso de los Establecimientos de Autogestión en Red de mayor complejidad o el Subsecretario de Redes Asistenciales para los de Alta Especialidad, deberá aprobarlos previamente.”.

La **indicación N° 228**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el párrafo segundo de la letra n), la expresión “según corresponda” por la oración “en el caso de los establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad”.

La **indicación N° 229**, presentada por la Honorable Senadora señora Matthei, propone agregar, al párrafo segundo, las frases “dentro de los quince días hábiles siguientes a su recepción. Después de este plazo, si no se han hecho objeciones fundadas, los convenios se entenderán aprobados”.

La **indicación N° 230**, formulada por el Presidente de la República, tiene por objeto sustituir, en el párrafo tercero, la frase “la aplicación de esta letra” por “el párrafo precedente”.

En el literal o) (que pasa a ser n)), inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 231 y 232.

La **indicación N° 231**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone su supresión.

- Fue retirada en la Comisión de Salud.

La **indicación N° 232**, del Honorable Senador señor Ríos, propone reemplazarla por la siguiente:

“o) Otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469.”.

En relación con el literal p) (que pasa a ser ñ)) se formularon las indicaciones individualizadas con los N°s 233, 234 y 235.

La **indicación N° 233**, presentada por el Honorable Senador señor Ríos, propone sustituirlo por el siguiente:

“p) Ejecutar acciones de salud pública.”.

La **indicación N° 234**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, tiene por objeto reemplazar la expresión “Celebrar convenios” por “Colaborar”.

La **indicación N° 235**, formulada por el Presidente de la República, propone intercalar, a continuación de la palabra “correspondiente”, los términos “y el Subsecretario de Salud Pública”.

En la letra r), que pasó a ser p), recayó la **indicación N° 236**, del Honorable Senador señor Ríos, propone sustituir el literal r) por el siguiente:

“r) Invertir excedentes estacionales de caja en el mejoramiento del propio establecimiento.”.

A la letra u), que pasó a ser s) se presentó la **indicación N° 237**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, que propone su supresión.

En el literal v), que pasó a ser t), recae la **indicación N° 238**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, la cual agrega el siguiente inciso nuevo:

“Las inversiones que superen las mil unidades tributarias mensuales, deberán contar con la autorización del Director del Servicio de Salud respectivo.”.

- - -

La **indicación N° 239**, presentada por el Presidente de la República, propone consultar la siguiente letra nueva:

“...) Condonar, total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, la diferencia de cargo del afiliado de la ley N° 18.469, de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud.”.

- - -

La **indicación N° 240**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone agregar, al inciso final del artículo 25 F, la frase “, siempre que el asunto en cuestión no exceda la suma referida en el inciso precedente”.

El pronunciamiento respecto de la indicaciones formuladas a este artículo 25 F, fue el siguiente:

Se aprobaron simplemente las indicaciones signadas con los números 188, 191, 192, 194, 201, 203, 205, 224, 228, 229 y 230.

Se aprobaron con enmiendas las indicaciones números 190, 193, 195, 197, 200, 202, 217, 218, 219, 220, 225, 226, 227, 232, 233, 235, 238, 239 y 240.

Fueron rechazadas las signadas con los números 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 221, 222, 223, 236 y 237.

La resolución respecto de las indicaciones enumeradas precedentemente se adoptó por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y

señores Boeninger, Foxley, García y Ominami, salvo en el caso de la indicación N° 200, la que fue aprobada con el voto en contra del Honorable Senador señor Ominami.

Además, y por la misma unanimidad, la Comisión acordó efectuar las concordancias necesarias en el decreto ley N° 2.763, en orden a reemplazar la palabra “transacciones”, por “contrato de transacción”, para precisar el término jurídico al cual se alude.

Artículo 25 L

El artículo 25 L del número 22) del ARTÍCULO 1° aprobado en el primer informe es del siguiente tenor:

“Artículo 25 L.- El establecimiento, para el desarrollo de sus funciones, contará con los siguientes recursos:

- a) Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que 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.”.

La **indicación N° 255**, formulada por el Presidente de la República, incide en el literal c) y propone intercalar, después de la palabra “efectúe”, la frase “el Subsecretario de Salud Pública o”.

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

En el literal f) incide la **indicación N° 256**, presentada por el Presidente de la República, que propone reemplazarlo por el siguiente:

“f) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación.”.

- Fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

En la letra i) incide la **indicación N° 257**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y que persigue intercalar, a continuación de la expresión “que reciba de”, la frase “la ley de Presupuestos del Sector Público, de”, y sustituir los términos “y los empréstitos” por “y con los empréstitos”.

- La indicación fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 25 M

Concede al Establecimiento el uso, goce y disposición exclusivos de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos, de bienestar de su personal u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de “Establecimiento de Autogestión en Red”, y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título.

El inciso segundo concede un plazo de un año, contado de la fecha señalada en el inciso anterior, para individualizar los

bienes muebles e inmuebles de propiedad del Servicio de Salud que se destinen al funcionamiento del establecimiento.

Finalmente, el inciso tercero declara inembargables los bienes señalados en este artículo, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios y administrativos.

En esta disposición incide la **indicación N° 258**, presentada por el Presidente de la República, que propone suprimir, en el inciso primero, la frase “de bienestar de su personal”.

- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 25 Ñ

Este precepto dispone que los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, de menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, otorgándoles las atribuciones de este título, en cuanto cumplan los requisitos que se determinen conforme al artículo 25 P.

La **indicación N° 259**, del Honorable Senador señor Ríos, que propone reemplazar la frase “que tengan menor complejidad técnica” por “que tengan mediana y baja complejidad técnica”.

El inciso segundo encomienda a un reglamento, también suscrito por el Ministro de Hacienda, la regulación del sistema de obtención de las atribuciones y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos, los mecanismos de evaluación y control de su gestión y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos, entre otras materias. Agrega, además, las materias que podrán ser reguladas por dicho reglamento.

Fue rechazada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

En este inciso inciden las indicaciones N°s 260, 261, 262 y 263.

La **indicación N° 260**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone reemplazar la frase “también suscrito por el Ministro de

Hacienda” por “suscrito por el Ministro de Salud”, y suprimir la frase “y el registro que deberá llevar el Ministerio de Salud para los efectos de identificar los establecimientos”.

Fue aprobada, con enmiendas, de la forma que se señalará en su oportunidad, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 261**, del Presidente de la República, propone agregar la siguiente frase final: “entre los que se deberá contemplar gestión de personal y gestión del cuidado”.

Las **indicaciones N°s 262 y 263**, de los Honorables Senadores señores Romero y Ruiz-Esquide, proponen agregar, al inciso segundo, la siguiente oración: “Los requisitos deberán estar referidos al menos a gestión de personal y gestión de cuidado.”.

Las indicaciones N°s 261, 262 y 263 fueron aprobadas, con modificaciones, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud.

El inciso tercero del artículo 25 Ñ dispone que los establecimientos que cumplan los estándares señalados, serán reconocidos a través de una resolución fundada, dictada en forma conjunta por los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Inciden en este inciso las indicaciones N°s 264, 265 y 266.

La **indicación N° 264**, presentada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, propone sustituir la frase “conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda” por “del Ministerio de Salud”.

La Comisión la aprobó, con enmiendas, de la forma que se consignará en su oportunidad, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Las **indicaciones N°s 265 y 266**, presentadas por los Honorables Senadores señores Matthei y Viera-Gallo, y señor Romero, respectivamente, las que coinciden en agregar el siguiente inciso nuevo:

“Un reglamento deberá establecer los términos de la gestión de cuidados, los cuales no podrán ser de menor alcance a lo señalado en el artículo 113, inciso tercero del Código Sanitario.”.

- La indicación N° 265 fue retirada en la Comisión de Salud, y la indicación N° 266 fue rechazada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 25 O

Dispone que al Director del Establecimiento le corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades del mismo, para que se desarrollen de modo regular y eficiente. El inciso primero estipula, además, que para el logro de este propósito, tendrá las atribuciones que señala.

En este artículo incide la **indicación N° 267**, formulada por los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, que propone reemplazar la frase “actividades del establecimiento” por “actividades de éste”.

- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La Comisión acordó, con idéntica unanimidad, introducir una enmienda en el literal f) del artículo 25 O, de la forma que se consignará en su oportunidad.

Artículo 25 P

Dispone que un reglamento, suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda, regulará los requisitos que deberá cumplir el Establecimiento, los que al menos se referirán a ciertas materias que indica.

Respecto del presente artículo se formuló la **indicación N° 268**, de los Honorables Senadores señores Muñoz Barra, Ominami, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, que propone eliminar la participación del Ministro de Hacienda en la dictación del referido reglamento, entregándolo exclusivamente al Ministerio de Salud.

La Comisión rechazó la indicación N° 268 por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami. Con idéntica unanimidad introdujo una enmienda, encaminada a perfeccionar la norma, en el encabezamiento del artículo 25 P, la que se consignará en su oportunidad.

Número 33)

Efectúa, en dos literales, sendas modificaciones en el Capítulo VI. La letra a) intercala, entre el epígrafe del capítulo y el artículo 56, otro epígrafe denominado "TÍTULO I Normas Generales", y la letra b) intercala, a continuación del artículo 60, los siguientes Títulos II, III, IV, V, VI, VII y VIII, nuevos, pasando los actuales artículos 61 y 62 a ser 84 y 85, respectivamente.

"TÍTULO II

De la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo

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

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

Artículo 62.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2° de la ley N° 19.699.

El componente base ascenderá al 5,5% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente variable será de 5,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas

para el año anterior, y de 2,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

En este artículo recayeron las **indicaciones números 275 y 276**, ambas del Honorable Senador señor Ominami, que fueron declaradas inadmisibles por la señora Presidenta de la Comisión de Salud.

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

1.- El Ministerio de Salud fijará, antes del 10 de septiembre de cada año, las metas sanitarias nacionales para el año siguiente y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de cada uno de los Servicios de Salud.

2.- Conforme al marco señalado en el número anterior, el Director de cada Servicio de Salud determinará para cada uno de sus establecimientos, incluida la Dirección del Servicio, las metas específicas y los indicadores de actividad.

3.- Para efectos de la determinación de las metas, el respectivo Director de Servicio deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo, presidido por dicha autoridad e integrado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud, por los Directores de establecimientos de salud del Servicio, por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de técnicos tenga mayor representación y por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de administrativos y auxiliares tenga, en su conjunto, mayor representación, en el respectivo Servicio de Salud; sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

4.- En relación con dichas metas específicas, se evaluará el desempeño de cada establecimiento.

5.- La evaluación del nivel de cumplimiento de las metas fijadas a cada establecimiento se efectuará por el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, en el plazo que señale el reglamento, a partir de la información proporcionada por los Servicios de Salud y por los propios establecimientos, la que deberá ser entregada por dichas entidades a la señalada autoridad, a más tardar, el 31 de enero de cada año. La resolución que dicte el Secretario Regional Ministerial de Salud será apelable ante el Ministro de Salud en el plazo de diez días, contado desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la resolución por carta certificada dirigida al domicilio del Servicio de Salud correspondiente.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los procedimientos destinados a la definición y evaluación del grado de cumplimiento de las metas anuales, los plazos que deberán cumplirse durante el proceso de evaluación, el mecanismo para determinar las asociaciones de funcionarios con mayor representatividad y sus representantes, y las demás disposiciones necesarias para el otorgamiento de esta asignación.

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

Artículo 64.- Establécese, para el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de planta o a contrata, de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, y para el personal de la planta de directivos de carrera ubicados entre los grados 17º y 11º, ambos inclusive, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

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

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

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.

A este artículo se formuló la **indicación número 277**, de S.E. el Presidente de la República, que reemplaza la frase "efecto para el cual las asociaciones de funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán un solo representante" por "para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación."

- Fue aprobada con enmiendas, en la forma que se señalará en su oportunidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

TÍTULO IV

De la Asignación de Estímulo a la Función Directiva

Artículo 68.- Establécese, para el personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de estímulo que se regirá por las siguientes normas:

1.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud que, conforme a lo señalado en el artículo 21 A de la presente ley, pueden optar a la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente a la obtención por parte del establecimiento de la categoría mencionada.

2.- Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a dos factores: la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia, y el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y/o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813.

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

La **indicación N° 278**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazar, en el N° 1 del artículo 68, la referencia al "artículo 21 A", por otra al "Capítulo II, Título IV", y la palabra "categoría" por "calidad", las dos veces que aparece.

- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, garcía y Ominami.

- - -

La **indicación N° 279**, propuesta por el Presidente de la República, tiene por objeto intercalar, a continuación del N° 1 del artículo 68, el siguiente número, nuevo:

“...- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud de menor complejidad, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título V de la presente ley, esta asignación estará asociada íntegramente al cumplimiento de los requisitos que establece el artículo 25 P.”.

- Fue aprobada con modificaciones, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

En el número 2, que pasó a ser 3, inciden las indicaciones N°s 280 y 281.

La **indicación N° 280**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazar las palabras “dos” y “categoría”, por “tres” y “calidad”, respectivamente.

La proposición adecúa la redacción a la incorporación de un factor adicional al cual se debe asociar el pago de la asignación e intenta uniformar la terminología utilizada.

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 281**, presentada por el Presidente de la República, propone la antes mencionada incorporación del “cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad” como nuevo factor al cual se debe asociar el pago de la asignación.

- La indicación N° 281 fue aprobada, sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 69

Regula la forma de cálculo del monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la Planta Directiva por concepto de asignación de estímulo, lo que se hará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley N° 19.185 y, cuando corresponda, más la asignación de responsabilidad superior

otorgada por el decreto ley N° 1.770, de 1977, y la asignación del artículo 2° de la ley N° 19.699.

El inciso segundo agrega que esta asignación será de 11% sobre la base indicada por el inciso anterior, para funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la clasificación en la categoría de Establecimiento de Autogestión en Red.

El inciso tercero, finalmente, dispone que, para el personal directivo que se desempeñe en la Dirección de los Servicios de Salud, la asignación será de 11% de la base de cálculo señalada en el inciso primero, conforme a la distribución que indica.

En el inciso segundo del presente artículo inciden las indicaciones N°s 282 y 283.

La **indicación N° 282**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazar la palabra “categoría” por “calidad”.

- Fue aprobada, con una enmienda formal, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

A continuación, la **indicación N° 283**, también formulada por el Presidente de la República, propone que los funcionarios de la planta directiva de los establecimientos de menor complejidad, que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 25 P de esta ley, perciban también el 11% sobre la base señalada en el inciso primero.

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Letra a)

El literal a), que indica la forma de distribuir la asignación, señala que hasta un 8% se pagará por la obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia y señala la forma de calcular el porcentaje a pagar en cada establecimiento.

En este literal incide la **indicación N° 284**, formulada por el Presidente de la República, para reemplazarlo por el siguiente:

“a) Hasta 8% por la obtención de la calidad de “Establecimiento de Autogestión en Red” de los establecimientos de su dependencia y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación y que hayan cumplido los requisitos referidos, según el caso, por el total de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio; y.”.

O sea, agrega una condición para obtener este componente, cual es el cumplimiento de los requisitos exigidos para establecimientos de menor complejidad.

- Fue aprobada, sin enmiendas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 70

Prescribe que un reglamento, dictado por el Ministerio de Salud, y suscrito, además, por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo y las demás disposiciones necesarias para otorgar el componente por obtención de la categoría de "Establecimiento de Autogestión en Red", de la asignación señalada en el artículo 68.

La **indicación número 285**, de S.E. el Presidente de la República, propone suprimir la frase “el componente por obtención de la categoría de “Establecimiento de Autogestión en Red, de”.

- Fue aprobada, sin enmiendas, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 71

Es del siguiente tenor:

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

Estas asignaciones tendrán carácter de impositivos para fines de previsión y salud. Para determinar las impositivos e impuestos a que se encuentren afectas, se distribuirá su monto en proporción a los meses

que comprenda el período que corresponda y los 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 impondibilidad.”.

Artículo 72

El inciso primero establece una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud que indica, en cuanto trabajen en forma efectiva y permanente en puestos de trabajo que requieran atención durante las 24 horas del día y durante todo el año y laboren en un sistema de turno de tres o cuatro funcionarios que lo cubren en forma alternada, con turnos rotativos y en jornadas de hasta doce horas.

El inciso segundo agrega que el objetivo de la asignación será la retribución pecuniaria por el cumplimiento de jornadas de trabajo de duración especial debido a las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

Finalmente, el inciso tercero agrega que la Ley de Presupuestos expresará, respecto de cada Servicio de Salud, el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y tres funcionarios, separadamente.

Los artículos 71 y 72 fueron aprobados en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 73

Indica que la asignación de turno será imponible sólo para efectos de pensiones y de salud y que será incompatible con la de horas extraordinarias establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

Asimismo, establece una prohibición para el personal que labora en el sistema de turnos de que trata este Título, el cual no podrá desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto, motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el Director del establecimiento respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 60 de la ley N° 18.834, que ordena compensar los trabajos extraordinarios, en primer lugar, con descanso complementario.

El Honorable Senador señor Ominami formuló la **indicación N° 286**, que recae en este artículo y propone agregar al mismo los siguientes incisos nuevos:

“Cada Servicio de Salud, expresará anualmente el número de funcionarios afectos al Sistema de Turno integrado por cuatro y tres funcionarios separadamente, de acuerdo a lo requerido por los establecimientos dependientes, lo que se expresará anualmente en la Ley de Presupuesto.

El personal que sufra modificación en su actual sistema de turno pasando de tercero a cuarto turno mantendrá la diferencia que hoy percibe por concepto de horas extraordinarias en el tercer turno a través de la planilla.”.

- La indicación fue declarada inadmisibles por la señora Presidenta de la Comisión de Salud.

Artículo 74

El artículo 74 establece los requisitos necesarios para tener derecho a percibir la asignación de turno.

La **indicación N° 287**, formulada por el Honorable Senador señor Ominami, propone que esta asignación sea imponible exclusivamente para efectos de previsión y de salud.

- Fue declarada inadmisibles por la señora Presidenta de la Comisión de Salud.

Artículo 75

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

Fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 76

El artículo 76 establece una asignación de responsabilidad para los profesionales de planta y a contrata de los Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que tengan contratos de 44 horas y desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

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

Finalmente, el inciso tercero establece que, durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de Jefe Directo para los efectos previstos en el Párrafo 3 del Título II de la ley N° 18.834, esto es, para calificar al delegado de personal.

Inciden en el presente artículo las indicaciones individualizadas con los N°s 288, 289 y 290.

La **indicación N° 288**, del Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso primero, la palabra “contratos” por “jornadas”.

- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami

La **indicación N° 289**, formulada igualmente por el Presidente de la República, propone agregar al inciso segundo la siguiente oración:

“Asimismo, no se considerará base de cálculo de ninguna otra remuneración y será incompatible con la percepción de la asignación por desempeño de funciones críticas establecida en el ARTICULO SEPTUAGÉSIMO TERCERO de la ley N° 19.882.”.

- Puesta en votación, la indicación fue aprobada, con modificaciones, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 290**, del Presidente de la República, propone intercalar, a continuación del inciso segundo del artículo 76, el siguiente, nuevo:

“Mientras el profesional perciba la asignación de responsabilidad, y la autoridad decida concederle la asignación por desempeño de funciones críticas, el funcionario deberá optar en forma expresa por solo una de ellas.”.

- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 77

El artículo 77, en su inciso primero, prescribe una serie de reglas para el otorgamiento de la asignación de responsabilidad.

El inciso segundo entrega a un reglamento, dictado por el Ministerio de Salud y suscrito también por el de Hacienda, la determinación de las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación, así como las restantes normas necesarias para la aplicación del beneficio.

La **indicación N° 291**, del Presidente de la República, incide en este artículo y propone incorporar, al inciso final, la siguiente oración: “Asimismo clasificará los establecimientos de salud, cuyos funcionarios tengan derecho a concursar a esta asignación, acorde al nivel de complejidad señalado en el artículo siguiente.”.

- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 78

El artículo 78 establece el monto máximo anual por establecimiento de la asignación de responsabilidad y regula su distribución y reajustabilidad. Además, el inciso primero fija límites mínimo y máximo a la asignación individual y prohíbe que el establecimiento exceda el monto máximo anual asignado o el número de cupos establecidos.

A continuación, se comprende la tabla que asocia tipos de establecimiento; cupos máximos por establecimiento, y monto anual por persona.

Tipo de Establecimiento	Cupos Máximos por Establecimiento	Máximo Anual por Establecimiento.	Monto Anual por Persona

Alta Complejidad	12	6.960.000	\$580.000
Hospital Media Complejidad	9	366.000	\$374.000
Hospital Baja Complejidad	2	424.000	\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales	1	212.000	\$212.000

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

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

La **indicación N° 292**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 78.- Para efecto de la concesión de la asignación de responsabilidad, el número total de cupos a nivel nacional será de 1.259, con un costo anual máximo de \$ 515 millones. La Ley de Presupuestos fijará, para cada Servicio de Salud, el número máximo de beneficiarios y los recursos que se pueden destinar para su pago.

Los cupos máximos por tipo de establecimiento y el valor individual anual de la asignación será el señalado en la tabla siguiente. No obstante, el monto indicado para cada caso, podrá ser aumentado o disminuido hasta un 10%.

Tipo de Establecimiento	Cupos Máximos por Establecimiento	Monto Anual por Persona
Alta Complejidad	13	\$580.000
Hospital Media Complejidad	9	\$374.000
Hospital Baja Complejidad	2	\$212.000
Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS)	2	\$212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales	1	\$212.000

La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre del 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.

La asignación otorgada se pagará en cuotas mensuales e iguales, la primera de las cuales el primer día hábil del mes siguiente al de la total tramitación de la resolución que la conceda.”.

- La indicación N° 292 fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foixley, García y Ominami.

Artículo 79

El artículo 79 dispone que lo señalado en la oración final de la letra h) del artículo 1° de la ley N° 19.490 será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68, 72 y 76 de esta ley.

Cabe señalar que dicho artículo de la ley N° 19.490 establece una asignación de estímulo por experiencia y desempeño funcionario, para el personal del sector salud. La letra h) regula el pago en cuatro cuotas de la misma y dispone que perderá el derecho a la cuota el funcionario que tenga ausencias injustificadas en el trimestre anterior.

Inciden en este artículo las indicaciones N°s 293 y 294.

La **indicación N° 293**, formulada por el Presidente de la República, propone suprimir el guarismo “72”.

- La indicación fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 294**, del Presidente de la República, que propone agregar al artículo 79 el siguiente inciso nuevo:

“A los funcionarios que perciban la asignación de turno establecida en el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, y que hayan tenido ausencias injustificadas conforme al artículo 66 de la ley N° 18.834, se les descontará el monto correspondiente de acuerdo a lo indicado en dicho artículo.”.

- La indicación se aprobó, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 82

El artículo 82 aprobado en el primer informe de la Comisión de Salud establece que hasta el 50% de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, se expresará, para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

Prescribe que los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas, por lo que los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas podrán reducir su jornada a empleos de 22 horas, facultando al Servicio para contratar profesionales, haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Se dispone que los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir, en un porcentaje proporcional del 50%, los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales.

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

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

Las **indicaciones N°s 304 y 305**, presentadas por los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo tienen por objeto reemplazar, en el inciso primero, el guarismo "50%" por "15%".

- Ambas indicaciones fueron aprobadas, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La **indicación N° 306**, propuesta por el Honorable Senador señor Ruiz-Esqvide, tiene por objeto sustituir, en el inciso primero, el guarismo "50%", por "20%".

- Fue retirada por su autor en la Comisión de Salud.

ARTÍCULO 3°

Esta disposición modifica la ley N° 19.490, que establece asignaciones y bonificaciones para el personal del sector salud.

El Presidente de la República formuló la **indicación N° 314**, que incide en el encabezamiento de este artículo y propone consultar, como N° 1, el siguiente, nuevo:

“1.- Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 3°, la expresión “la Subsecretaría” por “las Subsecretarías”.”.

N° 2

Este numeral modifica el inciso segundo del artículo 3° del citado cuerpo legal, que regula la bonificación de estímulo por desempeño funcionario, y precisa que aquélla se regulará por lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 19.479. Este último precepto fija en 12% del sueldo base para el tercio mejor calificado de cada planta, y en 6% para el tercio vigente.

La modificación consiste en fijar otros montos para el personal de planta y a contrata de la Subsecretaría de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974. La bonificación será de 15,5% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 7,75% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar 66%. Para el personal de planta y a contrata del Fondo Nacional de Salud, esta bonificación será de 10% para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados, y de 5% para el 33% que le siga en orden descendiente de evaluación, hasta completar el 66%.

La **indicación N° 315**, presentada por el Presidente de la República, sustituye en este número la expresión “la Subsecretaría de Salud;” por “las Subsecretarías del Ministerio de Salud;”.

N° 3

El N° 3 modifica el artículo 4°, que regula el programa de mejoramiento de gestión y las metas de cada Servicio de la ley N° 19.490.

La **indicación N° 316**, formulada por el Presidente de la República, propone consultar como letra a), nueva, la siguiente:

“a) Sustitúyese en el inciso primero, el término “El Subsecretario de Salud”, por “Los Subsecretarios del Ministerio de Salud”.”.

Letra b)

Agrega, en el inciso cuarto del artículo 4° de la ley N° 19.490, una oración que eleva de 10% a 15,5% el límite máximo de la bonificación por desempeño institucional que podrá percibir el personal de planta y a contrata de las Subsecretarías de Salud y de Redes Asistenciales; del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974.

La **indicación N° 317**, presentada por el Presidente de la República, propone reemplazar la expresión “Subsecretarías de Salud y de Redes Asistenciales”, por la expresión “Subsecretarías del Ministerio de Salud”.

- Las indicaciones números 314, 315, 316 y 317 fueron aprobadas, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud.

ARTÍCULO 4°

Sustituye, en el inciso tercero del artículo 4° de la ley N° 19.086, el párrafo relativo a la planta de profesionales, por el siguiente: “PLANTA DE PROFESIONALES: De grado 18° al grado 5°.”.

- La Comisión lo aprobó por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

ARTÍCULO 5°

Dispone que, desde la fecha de publicación de este proyecto como ley, los funcionarios que tengan la calidad de Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos podrán acceder, entre los grados 18° al 5°, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones o a los empleos a contrata asimilados a los referidos grados.

La **indicación N° 320**, presentada por el Presidente de la República, propone intercalar, a continuación del término “Fonoaudiólogos,”, el vocablo “también”.

- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

ARTÍCULO 6°

Crea la Superintendencia de Salud y fija su ley orgánica, la que consta de 27 artículos agrupados en seis títulos.

Artículo 1°

Crea la Superintendencia de Salud, organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonios propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Fija su domicilio en la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las oficinas regionales que establezca el Superintendente en otras ciudades del país.

Dispone que estará afecta al Sistema de Alta Dirección Pública establecido en la ley N° 19.882.

- La Comisión lo aprobó por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 2°

El artículo 2° aprobado por la Comisión de salud en su segundo informe establece, en su primer inciso, la misión de la Superintendencia de Salud, señalando al efecto que le corresponderá la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen el Régimen de Garantía en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.

El inciso segundo señala que, asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de

Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en el Régimen de Garantías en Salud y la modalidad de libre elección.

El Honorable Senador señor Ominami manifestó su disconformidad con la redacción que se dio a este precepto en el segundo informe, por cuanto al fijarse el campo de competencia de la Superintendencia de Salud no se puede, a su juicio, efectuar una remisión a las obligaciones que impone un Régimen de Garantías en Salud que es materia de un proyecto de ley que aún se encuentra en tramitación.

La Honorable Senadora señora Matthei enfatizó que la Comisión de Salud había tenido especial cuidado en dar a la Superintendencia competencia para fiscalizar en todo aquello en que le corresponden labores de fiscalización a dicha entidad.

Para salvar la situación planteada por el Honorable Senador señor Ominami, la Comisión acordó dar una nueva redacción a los incisos primero y segundo del artículo 2º, de la forma que se consigna en el Capítulo de Modificaciones de este informe.

- La nueva redacción del artículo 2º fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

La Comisión, a solicitud del Honorable Senador señor Ominami, dejó constancia de que la norma del inciso final del texto que se propone para este artículo 2º no altera la naturaleza jurídica del FONASA.

Artículo 10

Regula lo relativo a la apelación ante el Superintendente de Salud, de las resoluciones del Intendente de Seguros Previsionales de Salud.

El último inciso señala que “Contra lo resuelto por el Superintendente sólo procederá el recurso de queja ante la Corte Suprema”.

Los representantes del Ejecutivo hicieron presente que esta norma final no necesita ser consagrada en forma expresa, pues se ajusta a las normas generales existentes en la materia.

- La Comisión aprobó el artículo 10 por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami, suprimiendo el inciso final del precepto.

Artículo 11

Dispone que, sin perjuicio de la facultad del Intendente de Seguros Previsionales de Salud para resolver las controversias que se susciten, las partes pueden convenir en someterlas previamente a mediación, y establece normas al respecto.

Los representantes del Ejecutivo señalaron que el inciso final de este precepto es innecesario, por cuanto la situación que contempla, esto es, la posibilidad de recurrir a la justicia ordinaria o someter la controversia a la decisión del Intendente de Seguros Previsionales de Salud es procedente de acuerdo a las normas generales existentes.

- La Comisión, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami, suprimió el inciso final del artículo 11.

Artículo 12

Consagra las funciones y atribuciones de la Superintendencia, las que dicen relación con la fiscalización de los prestadores de salud, públicos y privados, en cuanto al otorgamiento de prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, y la ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Instituciones de Salud Previsional.

El mismo inciso agrega que dichas funciones y atribuciones serán ejercidas a través de la Intendencia de Prestadores de Salud.

Para no limitar el campo de acción de la Superintendencia, la Comisión, a solicitud del Ejecutivo, eliminó la oración “en el otorgamiento de prestaciones a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933”.

- El acuerdo fue adoptado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

1.-

El numeral 1 señala entre las atribuciones de la Superintendencia el ejercicio de las funciones vinculadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud. Corresponde al Intendente dictar la resolución que sancione la evaluación que realice la entidad acreditadora.

En este numeral recaen las **indicaciones N°s 339 y 340**, presentadas por el Presidente de la República y por la Honorable Senadora señora Matthei, quienes coinciden en proponer la supresión de su oración final.

- Ambas indicaciones fueron aprobadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

2.-

Se refiere a la función de autorizar a las personas jurídicas que actúen como acreditadoras de los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento, y designar en forma aleatoria a la entidad que desarrollará el proceso.

La **indicación N° 341**, presentada por el Presidente de la República, incide en el numeral en comento y propone suprimir la frase final y la coma que la precede.

El señor Superintendente de Salud fundó la indicación señalando que se desea evitar que, por efecto de la aleatoriedad, sean siempre designadas las mismas entidades.

La Comisión adoptó la decisión de rechazar la indicación, por unanimidad, por considerar que la designación aleatoria de la entidad acreditadora es básica para el correcto diseño del sistema.

- Fue rechazada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

6.-

Consagra como función de la Intendencia la mantención de un registro nacional y regional actualizado de los prestadores individuales certificados en sus especialidades y subespecialidades, y de las entidades certificadoras, conforme al reglamento correspondiente.

La **indicación N° 343**, formulada por el Presidente de la República, recae en este numeral y propone intercalar, a continuación de “prestadores individuales”, la frase “de salud, estén o no”.

La Comisión acordó aprobar la presente indicación, con modificaciones, redactando este número en los siguientes términos:

“6.- Mantener registros nacionales y regionales actualizados de los prestadores individuales de salud, de sus especialidades y subespecialidades, si las tuvieran, y de las entidades certificadoras, todo ello conforme al reglamento correspondiente.”.

- Fue aprobada por unanimidad, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 14

Dispone que tratándose de infracciones cometidas por las entidades acreditadoras, el Intendente de Prestadores de Salud podrá aplicar a la entidad diversas sanciones, de acuerdo a la gravedad de la falta o su reiteración.

El número 2 consagra como una de las sanciones la multa de hasta 1.000 unidades de fomento. Señala que en el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado.

- La Comisión lo aprobó, sin enmiendas, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 23

(Pasa a ser artículo 21)

Señala que la Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de institución fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.

Hace aplicables a la Superintendencia, los artículos 17 de la ley N° 18.091 y 5° de la ley N° 19.528, para lo cual el Superintendente deberá informar anualmente al Ministro de Hacienda.

- La Comisión lo aprobó sin modificaciones, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 26
(Pasa a ser artículo 24)

Se refiere al patrimonio de la Superintendencia, y es del siguiente tenor:

“Artículo 26.- El patrimonio de la Superintendencia estará formado por:

- 1.- El aporte que se contemple anualmente en la Ley de Presupuestos;
- 2.- Los recursos otorgados por leyes especiales;
- 3.- Los bienes muebles e inmuebles, corporales e incorporales que se le transfieran o adquiera a cualquier título.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objetivo de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren; en el caso de los bienes inmuebles, la resolución se reducirá a escritura pública y el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente;

- 4.- Los frutos de sus bienes;
- 5.- Las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;
- 6.- Los ingresos que perciba por los servicios que preste, y
- 7.- Los aportes de la cooperación internacional que reciba a cualquier título.

Las multas que aplique la Superintendencia serán a beneficio fiscal.”.

- La Comisión lo aprobó, sin modificaciones, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo 27
(Pasa a ser artículo 25)

Deroga, a contar de la fecha de creación de la Superintendencia de Salud, diversas normas de la ley N° 18.933, que creó la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

- Fue aprobado, con una enmienda de concordancia con la supresión del Título V, de la que se dio cuenta anteriormente, y en la forma que se consignará en su oportunidad, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

ARTÍCULO 7°

Este artículo, incorporado en el segundo informe de la Comisión de Salud a raíz de la aprobación de la **indicación número 352**, de S.E. el Presidente de la República, es del siguiente tenor:

“ARTÍCULO 7°.- La bonificación por retiro establecida en el Título II de la ley N° 19.882 no será aplicable al personal perteneciente a los establecimientos de salud de carácter experimental. Estos personales quedarán adscritos a la normativa establecida en el artículo primero transitorio de la presente ley.”.

- La Comisión lo aprobó por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

ARTÍCULO 8°

El precepto, incorporado en el segundo informe de la Comisión de Salud en virtud de la aprobación de la **indicación número 353**, del Honorable Senador señor Viera-Gallo, dispone textualmente:

“ARTÍCULO 8º.- Modifícase la ley Nº 19.378, de la siguiente forma:

a.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 49, entre la frase “Servicios de Salud” y la palabra “correspondientes” la frase “y por intermedio de las municipalidades”.

b.- Incorpórase el siguiente artículo 55 bis, nuevo:

“Artículo 55 bis.- Toda transferencia de recursos públicos dirigida a las entidades administradoras se hará por intermedio de la municipalidad respectiva.”.

- La Comisión aprobó este artículo, con una enmienda, destinada a precisar que las transferencias deben quedar reflejadas en el presupuesto respectivo y constar en el balance a que se refiere el artículo 50. El acuerdo fue adoptado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero

Establece un programa de incentivo al retiro para aquellos funcionarios que se desempeñen los Servicios de Salud, en las Subsecretarías del Ministerio de Salud, en el ISP y en la CENABAST y cumplan ciertos requisitos de edad. Si ejercen la opción dentro del plazo que al efecto se fija tendrán derecho a percibir una indemnización, no imponible ni constitutiva de renta para ningún efecto legal, de un mes del promedio de las últimas doce remuneraciones imponibles, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses, con un tope de ocho mensualidades.

El inciso segundo agrega que este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$ 270.000 mensuales, y en un mes para aquellos que, a la fecha de publicación de la ley, cumplan requisitos de edad más elevados. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

La disposición continúa regulando los cupos anuales para este beneficio y especifica que un reglamento, dictado por el Ministerio de Salud y suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará los

calendarios de postulación y pago, los mecanismos para el otorgamiento y las demás disposiciones necesarias para la implementación del mismo.

Finalmente, se dispone que los funcionarios que se acojan a este beneficio no podrán ser nombrados ni contratados asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos señalados en el inciso primero, durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido, con reajustes e intereses.

En este artículo inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 355 a 361.

La **indicación N° 355**, presentada por el Honorable Senador señor Ominami, propone sustituir su inciso primero por el siguiente:

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

Podrán acogerse a este beneficio los funcionarios a quienes se les halla declarado salud incompatible por el organismo competente, durante el período 2002 – 2004.”.

- Fue declarada inadmisibles por la señora Presidenta de la Comisión de Salud.

La **indicación N° 356**, formulada por el Presidente de la República, propone reemplazar, en el inciso primero, las expresiones “la Subsecretaría” y “31 de diciembre de 2004”, por las expresiones “las Subsecretarías” y “30 de junio del 2005”, respectivamente.

La **indicación N° 357**, propuesta por el Presidente de la República intercala, en el inciso primero, a continuación de “Sistema Nacional de Servicios de Salud” la siguiente frase: “así como los funcionarios

de los establecimientos de salud de carácter experimental, creados por los decretos con fuerza de ley del Ministerio de Salud N^{os} 29, 30 y 31 todos del 2000”.

La indicación N° 358, presentada por el Honorable Senador señor Ominami, propone sustituir el inciso segundo, por el siguiente:

“El monto de este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$291.728 mensuales y en un mes para aquéllos que tengan, a la fecha de publicación de la ley más de 63 años si son mujeres y más de 68 años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.”.

La indicación N° 359, del Presidente de la República, reemplaza, en el inciso segundo, el valor “\$270.000” por “\$291.728”.

La indicación N° 360, formulada por el Presidente de la República propone sustituir el inciso tercero por el siguiente:

“Para poder acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Entre dicha data y el 31 de diciembre del 2004, podrán acceder a este beneficio 2.494 funcionarios, privilegiándose aquéllos de menores rentas y mayor edad. Durante el primer semestre del año 2005, podrán acogerse otros 1.700 funcionarios. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio antes del 31 de diciembre del 2004, podrán hacerlo durante el primer semestre del año 2005. Los cupos que no fueren utilizados en el primer periodo de concesión del beneficio, serán acumulables para el período siguiente.”.

La indicación N° 361, formulada por el Presidente de la República reemplaza, en el inciso sexto, la expresión “inciso primero” por “este artículo”.

- Las indicaciones números 356, 357, 358, 359, 360 y 361 fueron aprobadas, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo Segundo

Este artículo regula el otorgamiento gradual de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, establecida en el artículo 61 del decreto ley N° 2.763, de 1979, e incluye el cronograma correspondiente.

En este artículo recayó la **indicación N° 362**, formulada por el Presidente de la República para agregarle el siguiente inciso, nuevo:

“Durante el año 2004, por concepto del componente variable, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.”.

- Fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo Tercero

Dispone que el componente por acreditación individual, al que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, se implementará gradualmente entre el año 2003 y el 2006, según una tabla de progresión que el mismo precepto determina.

El inciso segundo agrega que el proceso de acreditación comenzará a operar el año 2005.

Finalmente, el inciso tercero señala que en los años 2003 y 2004, el componente será pagado a todos los funcionarios señalados en el artículo 64 del referido decreto ley, sin necesidad de acreditarse, conforme a la tabla del inciso primero.

En este artículo recayó la **indicación N° 363**, presentada por el Presidente de la República para agregar al inciso segundo la siguiente oración: “No obstante, los funcionarios que tengan 9 o más años de servicio a la fecha de entrada de publicación de esta ley, dicho proceso se entenderá aprobado por el solo ministerio de esta ley.”.

- La Comisión la aprobó, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo Cuarto

Establece que el componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, a que se refieren los artículos 64, 65 y 67 del decreto ley N° 2.763, se otorgará durante los años 2003 al 2006 según la tabla que incluye.

En este artículo recayó la **indicación N° 364**, presentada por el Presidente de la República con el propósito de agregarle el siguiente inciso, nuevo:

“Durante el año 2004, por concepto del componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.”.

- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo Quinto

Se refiere a la asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, y dispone que la misma se otorgará a los funcionarios señalados en el número 1 del mismo artículo, en forma gradual, durante un período de tres años, conforme al cronograma allí dispuesto.

En este artículo recayó la **indicación N° 365**, presentada por el Presidente de la República, para sustituir, en el inciso primero, la expresión “el número 1” por “los números 1 y 2”.

- La Comisión la aprobó por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo Sexto

Dispone un cronograma gradual de tres años para el otorgamiento de la asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68.

Se formularon dos indicaciones que inciden en este artículo.

En primer término, el Presidente de la República formuló la **indicación N° 366** con el fin de reemplazar, en el inciso primero, la expresión “número 2” por “número 3”.

A continuación, la **indicación N° 367**, también formulada por el Presidente de la República, persigue sustituir, en las letras a) y b), la palabra “categoría” por “calidad”, e intercalar, a continuación de “establecimientos dependientes”, la frase “y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad”.

- Fueron aprobadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo Séptimo

Establece un cronograma por un período de cuatro años, para el otorgamiento de los beneficios consultados en las modificaciones a la ley N° 19.490 contenidas en los numerales 1), con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y 2), letra a), del artículo 4° de la presente ley.

La **indicación N° 368**, formulada por el Presidente de la República, reemplaza, en el inciso primero, el guarismo “1)” por “2)”, y la expresión “2), letra a)” por “3), letra b)”.

- Fue aprobada por unanimidad, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo Octavo

Establece, respecto del personal que integre el sistema de turnos rotativos, la entrada en vigencia de la asignación de turno y la bonificación compensatoria a que se refieren los artículos 72, 73 y 74 del decreto ley N° 2.763 y decimotercero transitorio de esta ley.

Además, dispone un cronograma para la entrega de la asignación de turno y bonificación compensatoria para los funcionarios que integren el sistema de turnos rotativos cubiertos por tres funcionarios.

En este artículo recayó la **indicación N° 369**, formulada por el Presidente de la República con el fin de reemplazar, en el inciso primero y en el número 2 del inciso segundo, la expresión “letra l)” por “letra d)”.

Enseguida, la **indicación N° 370**, presentada igualmente por el Presidente de la República, propone agregar el siguiente inciso nuevo:

“Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, a contar de la fecha de publicación de esta ley, y mientras la asignación de turno a que se refiere este artículo no se aplique en todos sus términos, el tercer y cuarto turnos se continuará pagando de acuerdo a lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, no aplicándose a su respecto lo señalado en los artículos 73 inciso segundo y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.”.

- La Comisión aprobó ambas indicaciones por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo Noveno

Regula la entrada en vigencia del artículo 76, que establece la asignación de responsabilidad.

En este artículo inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 371 y 372.

La **indicación N° 371**, fue formulada por el Presidente de la República y propone intercalar, en el encabezamiento, a continuación de “a nivel nacional”, la frase “y el monto anual por establecimiento”.

La **indicación N° 372**, fue propuesta por el Presidente de la República, con el fin de agregar el siguiente inciso nuevo:

“La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre del 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.”.

- Fueron aprobadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo Decimotercero

Es del siguiente tenor:

“Artículo decimotercero - El personal a que se aplica el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se encuentre en funciones a la fecha de publicación de la presente ley, tendrá derecho a una bonificación no imponible destinada a compensar las deducciones por concepto de cotizaciones para pensiones y salud a que esté afecta la asignación de turno, cuyo monto será el que resulte de aplicar los siguientes porcentajes sobre el valor de dicha asignación, según sea el sistema o régimen previsional de afiliación del trabajador:

a) 20,5% para los afiliados al sistema del decreto ley N° 3.500, de 1980.

b) 25,62% para los afiliados al régimen general de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Sección Empleados Públicos.

c) 21,62% para los afiliados al régimen previsional de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, con rebaja de imposiciones de la letra a) del artículo 14 del decreto con fuerza de ley N° 1.340 bis, de 1930.

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

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

- La Comisión lo aprobó, sin enmiendas, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo Decimocuarto

Concede, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63, pagadera en una sola cuota, la

que beneficiará a los funcionarios que se encuentren entre los grados 19 y 28 de la Escala Única de Remuneraciones.

El inciso segundo adiciona a la base de cálculo de esta asignación, en el caso de los funcionarios a los que se aplica este artículo decimocuarto transitorio, la bonificación compensatoria del artículo 21 de la ley N° 19.429.

En este artículo inciden las indicaciones individualizadas con los N°s 375, 376 y 377.

La indicación N° 375, presentada por el Honorable Senador señor Ominami, propone reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo decimocuarto.- Procede la cancelación de un bono para el personal de las plantas técnica administrativa y auxiliares ubicadas entre los grados 19 y 28 entre la escala única en conformidad al acuerdo suscrito con fecha 05 de septiembre de 2002 y ratificado en el protocolo sobre nueva política de remuneraciones de fecha 12 de julio de 2002 y que demandará un costo máximo de \$2.700 millones.”.

- La indicación fue declarada inadmisibles por la señora Presidenta de la Comisión de Salud.

Enseguida, la **indicación N° 376**, formulada por el Presidente de la República, propone agregar al encabezamiento de este artículo transitorio, lo siguiente: “a continuación. Este anticipo no será imputable al incremento de renta que se produzca por efecto de lo dispuesto en el artículo segundo transitorio de esta ley.”.

Esta indicación implica que el anticipo, que se otorga por una sola vez, no será descontado de incrementos de remuneraciones que se produzcan por la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo.

La **indicación N° 377**, presentada por el Presidente de la República, agrega el siguiente inciso nuevo:

“El beneficio establecido en el inciso anterior también se aplicará, por una sola vez, al personal señalado en el artículo cuarto, numeral 3, letra b), de esta ley, en las mismas condiciones, plazos, atributos, grados y porcentajes que se establecen en este artículo.”.

En otros términos, la norma amplía la base de cálculo de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo

para los funcionarios de las Subsecretarías del Ministerio de Salud, del Instituto de Salud Pública y de la CENABAST.

- Fueron aprobadas por unanimidad, en los mismos términos en que lo hizo la Comisión de Salud, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo Decimoquinto

Establece un listado de los establecimientos que tendrán la calidad de “Establecimientos de Autogestión en Red” cuando cumplan los requisitos que establezca el reglamento que señala el artículo 25 A del decreto ley N° 2.763.

La parte final del segundo inciso del precepto dispone que el personal directivo de estos establecimientos tendrá derecho a los beneficios remuneracionales establecidos en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, asociados al cumplimiento de los estándares establecidos en el artículo 25 G del mismo, que dependan de la gestión del establecimiento, cuando éste cumpla dichos estándares.

- La Comisión aprobó este artículo, con una enmienda, consistente en eliminar la parte de la norma que se refiere al cumplimiento de los estándares “que dependan de la gestión del establecimiento”. El acuerdo fue adoptado por cuatro votos a favor y una abstención. Se pronunciaron favorablemente los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley y García. El Honorable Senador señor Ominami se abstuvo.

Artículo Decimosexto

Dispone que el mayor gasto resultante de la aplicación de esta ley será financiado con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud. Sin perjuicio de lo cual, la parte del gasto que no pueda financiarse con cargo a estos recursos será provista por el Ministerio de Hacienda, con cargo a la asignación 50-01-03-25-33.104, “Provisión para Financiamientos Comprometidos”, correspondiente a la Partida 50, relativa al Tesoro Público.

En este artículo incide la **indicación N° 378**, propuesta por el Presidente de la República con el propósito de agregar el siguiente inciso, nuevo:

“En todo caso, el beneficio establecido en el inciso tercero del artículo décimo cuarto transitorio, se financiará mediante

reasignaciones internas de los presupuestos de las instituciones correspondientes.”.

- Fue aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Hgonorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo Decimonoveno

Establece, en su inciso primero, que el Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministro de Hacienda, conformará el primer presupuesto de la Superintendencia de Salud.

En su inciso segundo señala que el gasto que se derive de las nuevas plantas que se fijen, del encasillamiento que se practique y del traspaso de personal desde otras instituciones que se disponga, no podrá exceder de la suma de las remuneraciones que se estén pagando al personal de la Superintendencia de ISAPRES más las del personal traspasado correspondientes al nuevo régimen de remuneraciones a que estarán afectos con motivo de dicho traspaso, cualesquiera sea la calidad jurídica de estos personales, todo ello considerando su efecto año completo.

- Fue aprobado, sin enmiendas, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo vigesimosegundo

Este precepto, incorporado en el segundo informe de la Comisión de Salud, es del siguiente tenor:

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

a) Fijar la planta de personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El encasillamiento en esta planta incluirá sólo a personal proveniente de la Subsecretaría de Salud.

b) Fijar la planta de personal de la Superintendencia de Salud. El encasillamiento en esta planta podrá incluir personal proveniente de la Subsecretaría de Salud, de los Servicios de Salud y de la Superintendencia de Isapres. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de esta última institución.

c) Fijar la planta de la Subsecretaría de Salud Pública. El encasillamiento en esta planta incluirá personal proveniente de la Subsecretaría de Salud y de los Servicios de Salud. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de la Subsecretaría de Salud.

La Subsecretaría de Salud Pública será la continuadora legal de la Subsecretaría de Salud, para todos los efectos legales.

d) Las plantas de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública contendrán, a lo menos, dos cargos de jefe de división cada una.

e) Las áreas funcionales que competarán al Ministerio de Salud a través de las estructuras internas de sus Subsecretarías, estarán asociadas, a lo menos, a redes asistenciales, recursos humanos, planificación y presupuesto, prevención y control de enfermedades, políticas públicas en salud y administración y servicio interno.

f) Para ordenar el traspaso de funcionarios titulares de planta y a contrata entre las instituciones señaladas en las letras a), b) y c) precedentes, sin alterar la calidad jurídica de la designación y sin solución de continuidad, y el traspaso de los recursos que se liberen por este hecho. El traspaso del personal titular de planta, y de los cargos que sirven, se efectuará en el mismo grado que tenían a la fecha del traspaso, salvo que se produzca entre instituciones adscritas a diferentes escalas de sueldos base, caso en el cual se realizará en el grado más cercano al total de remuneraciones que perciba el funcionario traspasado. A contar de esa misma fecha, el cargo del que era titular el funcionario traspasado se entenderá suprimido de pleno derecho en la planta de la institución de origen.

g) Modificar las plantas de los Servicios de Salud que se verán reducidas por el traspaso del personal que cumpla funciones de autoridad sanitaria, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refieren las letras b), c) y f) de este artículo.

h) Establecer las normas complementarias al artículo 13 bis de la ley N° 18.834, respecto de los encasillamientos

derivados de las plantas que fije de conformidad con las atribuciones establecidas en este artículo. Asimismo, en el ejercicio de ellas, podrá establecer los requisitos para el desempeño de los cargos, sus denominaciones, los niveles jerárquicos para efectos de la aplicación de la ley N° 19.882, las fechas de vigencia de las plantas, las dotaciones máximas de personal y todas las normas necesarias para la adecuada estructuración y operación de las plantas que fije.

i) El uso de las facultades señaladas en este artículo quedará sujeto a las siguientes restricciones, respecto del personal al que afecte:

-No podrá tener como consecuencia ni podrán ser considerados como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral del personal traspasado y del que no se traspase.

-No podrá significar pérdida del empleo, disminución de remuneraciones, modificación de los derechos estatutarios y previsionales del personal traspasado y del que no se traspase. Tampoco podrá importar cambio de la residencia habitual de los funcionarios fuera de la Región en que estén prestando servicios, salvo con su consentimiento.

-Cualquier diferencia de remuneraciones deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que se absorberá por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Dicha planilla mantendrá la misma imponibilidad que aquélla de las remuneraciones que compensa.

-Los funcionarios encasillados conservarán la asignación de antigüedad que tengan reconocida, como también el tiempo computable para dicho reconocimiento.

-No se podrá modificar la suma de las dotaciones máximas de personal que tienen a la fecha de publicación de esta ley el Ministerio de Salud y las Instituciones y Servicios dependientes o relacionados con éste, sin perjuicio de la creación de los cargos de Subsecretario de Redes Asistenciales, Intendente de Seguros Previsionales de Salud e Intendente de Prestadores de Salud.

j) Establecer el procedimiento para la determinación del monto que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá

percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por tres y cuatro personas respectivamente, durante el primer año presupuestario de vigencia.

k) Determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, la que en ningún caso podrá exceder de dos años a contar de la fecha de publicación de esta ley, establecer el destino de sus recursos y el traspaso de su personal, el que deberá efectuarse al Ministerio de Salud. En tanto no se suprima dicho Servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios primero, séptimo y undécimo de esta ley. Asimismo, dichos funcionarios tendrán derecho a los incrementos pecuniarios dispuestos en los artículos transitorios séptimo y decimocuarto de esta ley.”.

- La Comisión aprobó este artículo, con las enmiendas que se consignan en su oportunidad, por la unanimidad de sus miembros, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

Artículo vigesimotercero

La disposición, incorporada por la Comisión de Salud en su segundo informe, señala lo siguiente:

“Artículo vigesimotercero.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministerio de Hacienda, conformará el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública, los Servicios de Salud y la Superintendencia de Salud, y traspasará a ellos los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítemes y glosas presupuestarias que sean pertinentes.”.

- Fue aprobado, sin enmiendas, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Foxley, García y Ominami.

- - -

FINANCIAMIENTO

El informe financiero emanado de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, de fecha 12 de enero de 2004, señala que esta iniciativa legal genera diversos beneficios al personal de los Servicios de Salud y sus establecimientos hospitalarios como la creación de incentivos al cumplimiento de metas sanitarias por centro hospitalario, la creación de una asignación de turno, un plan de incentivo al retiro entre otras medidas que mejorarán la gestión hospitalaria.

Agrega que “Lo anterior conlleva a un mayor gasto fiscal para el período 2004 a 2006. El costo total para el año 2004 es de \$ 23.959 millones y de \$ 23.422 millones para el año 2005 y el costo total anual para el año 2006 y en régimen es de \$ 26.766 millones. Las cifras corresponden a incrementos respecto del gasto del año 2003 y están expresadas en millones de pesos del año 2004.”.

En consecuencia, las normas del proyecto no producirán desequilibrios presupuestarios, ni incidirán negativamente en la economía del país.

- - -

MODIFICACIONES

En mérito de los acuerdos precedentemente expuestos, vuestra Comisión de Hacienda tiene el honor de proponeros la aprobación del proyecto de ley en informe, con las siguientes modificaciones:

ARTÍCULO 1º

Numeral 1)

Modificar el número 3 del artículo 4º propuesto, en la siguiente forma:

1.- En su párrafo segundo colocar en femenino la palabra “complementarios”.

2.- Reemplazar el párrafo final por el siguiente:

“La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y

que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo dispuesto en la ley N° 19.886, debiendo cumplir la entidad, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, las bases de la licitación deberán considerar esta condición con un mayor factor de ponderación.”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0)

Numeral 2)

Reemplazar el inciso primero del artículo 4° bis propuesto en este numeral, por el siguiente:

“Artículo 4° bis.- Para el cumplimiento de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud deberá convocar la formación de Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales y representantes de personas jurídicas, del sector público y del privado, de acuerdo a las materias a tratar.”.

(Aprobado por mayoría, 3 a favor x 1 en contra x 1 abstención).

Numeral 6)

Suprimir, en el segundo inciso que se propone para el artículo 8°, la oración final que dice “Le corresponderá, asimismo, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud en todo lo relativo a las redes asistenciales de salud.”.

(Aprobado unanimidad 5 x 0).

Numeral 11)

- Reemplazar el encabezado del numeral 11) por el siguiente:

“11) Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D y 14 E, nuevos:”

- Agregar, a continuación del artículo 14 D propuesto, el siguiente artículo 14 E, nuevo:

“Artículo 14 E.- Existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señale esta ley y sus reglamentos y las que el

Secretario Regional Ministerial le someta a su consideración. Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

El Secretario Regional Ministerial deberá convocar al Consejo en el primer trimestre de cada año con el objetivo de informar acerca de la gestión del año anterior y la planificación del año correspondiente. Un reglamento regulará la forma de nombrar a los integrantes, el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento.”.

(Aprobado por mayoría 3 x 1 en contra x 1 abstención).

Numeral 14)

Efectuar las siguientes enmiendas en el artículo 16 ter:

- Reemplazar el inciso segundo, por el siguiente:

“Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios, sean dependientes de municipios, de Servicios de Salud o tengan convenios con éstos, deberán atender, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos, y serán supervisados y coordinados por el Servicio de Salud respectivo.”.

(Aprobado por mayoría, 4 x 1 abstención).

- Suprimir la oración final del inciso tercero : “Estos establecimientos pondrán en práctica planes y programas de salud familiar, conforme a las instrucciones generales del Ministerio de Salud.”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

Numeral 18)

Sustituir la letra c), por la siguiente:

“c) Modificase la letra h) de la siguiente manera:

- Reemplázase en el párrafo segundo las palabras “Las transacciones a que se refiere el inciso anterior” por “Los contratos de transacción”

- Agrégase el siguiente párrafo tercero: "Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, solo a favor del fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud"

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

Numeral 21)

Suprimir, en la letra a) del artículo 24 que se propone, la parte que dice "a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos aprobados".

(Aprobado mayoría 3 x 2).

Numeral 22)

- En el inciso segundo del artículo 25 A que contiene, reemplazar la frase "suscrito por el Ministro de Salud", por "suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda".

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

- Sustituir el artículo 25 D propuesto en este numeral, por el siguiente:

"Artículo 25 D.- Existirá un Consejo Consultivo de los Usuarios, el que estará compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del Establecimiento.

El Consejo Consultivo tendrá la función de asesorar al Director del Establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.

Asimismo, en el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por el Establecimiento durante el año, así como la cuenta pública anual del mismo.

Un Reglamento determinará las materias, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo.

El Director contará también con la asesoría de un Consejo Técnico, el que tendrá por objetivo colaborar en los aspectos de gestión en que el Director requiera su opinión, así como propender a la mejor coordinación de todas las actividades del Establecimiento.

El Consejo será presidido por el Director y estará constituido por representantes de las distintas jefaturas del Establecimiento, conforme lo establezca el reglamento.”.

(Aprobado por mayoría, 3 x 1 abstención x 1 en contra).

- En el artículo 25 F contenido en el numeral 22:

a) Reemplazar el párrafo segundo, que se propone para la letra d), por el siguiente:

“Sin perjuicio de las instrucciones generales que imparta la Dirección de Presupuestos para estos efectos, el Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas y justificando la priorización propuesta. El presupuesto indicará detalladamente el estado del cobro de las prestaciones otorgadas y devengadas.”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

b) Sustituir el párrafo tercero de la citada letra d), por el siguiente:

“El Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante resolución, aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio, a más tardar el 15 de diciembre de cada año, o el siguiente día hábil, si el 15 fuera feriado, sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos. Si vencido el plazo el Subsecretario no hubiera dictado la resolución, el presupuesto presentado por el Director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley.”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

c) Reemplazar el párrafo cuarto de la letra d), por el siguiente:

“En cada uno de los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley N° 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto, todo ello conforme a las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos para la elaboración del proyecto de Ley de Presupuestos. Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el Director del Establecimiento, el Subsecretario deberá indicar

los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que deberán reducirse para ajustarse al presupuesto aprobado.”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0 y por mayoría 4 x 1).

d) - Sustituir el párrafo segundo de la letra i), por el siguiente:

“Los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.”.

- Sustituir, en el párrafo final de esta letra i) la referencia a la letra “q)” por otra a la letra “r)”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

e) Reemplazar la letra l), por la siguiente:

“l) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objetivo de que el establecimiento otorgue prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Las personas o instituciones que celebren dichos convenios estarán obligadas al pago íntegro de la prestación otorgada. El incumplimiento de las obligaciones por parte del beneficiario de la prestación o acción de salud no afectará a la obligación contraída con el establecimiento por parte de las personas o instituciones celebrantes del convenio.

Los convenios con las Instituciones de Salud Previsional estarán sujetos a lo dispuesto en los artículos 22 y 33 de la ley N° 18.933 en relación con el uso de camas.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 25 H deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.

La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 116 de la ley N° 18.834.”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0, salvo en lo referente al párrafo tercero, que fue aprobado por mayoría 3 x 2).

f) Intercalar la siguiente letra m), nueva:

“m) Celebrar convenios con profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales cuando tengan por objeto atender a sus pacientes particulares en el establecimiento. En estos casos, dicha atención deberá realizarse fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada se podrá autorizar convenios con profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales o con profesionales que no sean funcionarios del Sistema, previa aprobación del Director del Servicio de Salud. Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente, deberán ajustarse al Reglamento y a las instrucciones que impartan conjuntamente los Ministerios de Salud y de Hacienda y, en virtud de ellos, se podrán destinar a hospitalización los pensionados.

El paciente particular deberá garantizar debidamente el pago de todas las obligaciones que para éste se generan con el Establecimiento por la ejecución del convenio, conforme a las instrucciones de los Ministerios de Salud y de Hacienda.

En todo caso, se dará prioridad al pago de los gastos en que haya incurrido el Establecimiento, y éste no será responsable de los daños que se produzcan como consecuencia de dichas prestaciones o acciones de salud, con excepción de los perjuicios causados directamente por negligencia del establecimiento.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 25 H deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.

La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 116 de la ley N° 18.834.”.

((Aprobado por unanimidad 5 x 0).

g) Las letras m), n), ñ), o), p), q), r), s), t) y u) pasan a ser letras n), ñ), o), p), q), r), s), t), u) y v), respectivamente, sin enmiendas.

- En el artículo 25 Ñ:

a) Sustituir, en el inciso segundo, las palabras “suscrito por el Ministro de Salud” por “suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda”.

b) Reemplazar, en el inciso tercero, los vocablos “del Ministerio de Salud” por las palabras “de los Ministerios de Salud y de Hacienda”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

- En el artículo 25 O:

Eliminar, en la letra f), la oración “con excepción de las presentadas por funcionarios de la exclusiva confianza del Presidente de la República” y la coma que la precede.
(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

- En el artículo 25 P:

Reemplazar, en su encabezamiento, la frase: “que será suscrito por el Ministro de Salud,” por “suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda,”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

Agregar el siguiente numeral 23 bis), nuevo:

“23 bis) Sustitúyese, en el párrafo segundo de la letra g) del artículo 30, las palabras “Las transacciones a que se refiere el inciso anterior” por “Los contratos de transacción”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

Numeral 27)

Agregar una nueva letra a), del siguiente tenor, pasando las actuales letras a), b) y c) a ser b), c) y d), respectivamente, sin otra enmienda:

“a) Reemplázase en el párrafo segundo de la letra d) las palabras “Las transacciones a que se refiere el inciso anterior” por “Los contratos de transacción”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

Numeral 30)

Agregar una letra a) nueva, con el siguiente texto, pasando las actuales letras a) y b) a ser b) y c), respectivamente, sin otra modificación:

“a) Reemplázase en el párrafo segundo de la letra b) las palabras “Las transacciones a que se refiere el inciso anterior” por “Los contratos de transacción”

Numeral 33)

- Sustituir en el artículo 67 propuesto en el literal b), la oración final “para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación.”, por la siguiente: “para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a que un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación integre el comité señalado en el referido artículo 63.”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

- Sustituir en el número 3 del artículo 68, las palabras “y/o” por “y”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

- Reemplazar, en la letra b) del artículo 69, las palabras “y/o” por “o”, la primera vez que aparece en el texto, y por “y” las otras dos veces que se utiliza.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

- Intercalar, en el inciso primero del artículo 82, una coma (,) después de la palabra “expresará”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

ARTÍCULO 6°

Título I

Artículo 2°

Reemplazar los incisos primero y segundo del artículo 2°, por los siguientes:

“Artículo 2°.- Corresponderá a la Superintendencia supervigilar y controlar a las Instituciones de Salud Previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.

Asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Régimen de Garantías en Salud.”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

Artículo 4°

Reemplazar, en el número 7, el vocablo “esta” por el artículo “la”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

Título II

Artículo 10

Suprimir el inciso final del artículo 10 propuesto.
(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

Artículo 11

Eliminar el inciso final del artículo 11 propuesto.
(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

Artículo 12

Reemplazar su encabezado por el siguiente:

“Artículo 12.- Le corresponderán a la Superintendencia, para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

Título IV

Artículo 19

Sustituir las palabras finales “Título V”, por los vocablos “la ley”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

Título V

Suprimirlo.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

Título VI

- Pasa a ser Título V.

- Los artículos 23, 24, 25 y 26 pasan a ser artículos 21, 22, 23 y 24, respectivamente, sin enmiendas.

- El artículo 27 pasa a ser artículo 25, eliminándose la referencia a los artículos 6º y 7º en él contenida.

(Unanimidad 5 x 0).

ARTÍCULO 8º

Agregar al artículo 55 bis, nuevo, propuesto en la letra b), la siguiente oración final, precedida de una coma (,):

“debiendo quedar reflejada en el presupuesto respectivo y constar en el balance a que se hace referencia en el artículo 50.”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo decimoquinto

Reemplazar la frase final: “del mismo que dependan de la gestión del Establecimiento, cuando éste cumpla dichos estándares”, por la siguiente: “cuando el Establecimiento cumpla dichos estándares.”, precedida de una coma (,).

(Aprobado mayoría 4 x 1 abstención).

Artículo vigesimosegundo

- Intercalar la siguiente letra f), nueva:

“f) Modificar la planta del Fondo Nacional de Salud que se verá aumentada por el traspaso de personal que cumpla funciones de autorización y pago de subsidios de incapacidad laboral en los Servicios de Salud, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refiere la letra g) de este artículo.”.

- Las letras f), g), h), i), j) y k) pasan a ser letras g), h), i), j), k) y l), respectivamente.

- Reemplazar, en la letra f), que pasa a ser g), las palabras “letras a), b) y c)” por los vocablos “letras a), b), c) y f)”.

- Sustituir, en la letra g), que pasa a ser h), la referencia a las letras “b), c) y f)” por otra a las letras “b), c), f) y g)”.

(Aprobado por unanimidad 5 x 0).

Como consecuencia de las modificaciones anteriores, el proyecto de ley queda como sigue:

PROYECTO DE LEY:

“ARTÍCULO 1°.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 2.763, de 1979:

1) Sustitúyese el artículo 4° por el siguiente:

"Artículo 4°.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones:

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

a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.

b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.

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

d) La coordinación y cooperación internacional en salud.

e) La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas **a la provisión de acciones de salud**, de acuerdo con las políticas fijadas.

2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de **prevención, promoción, fomento**, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.

3.- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud.

La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarias y la sanción a su infracción cuando proceda, en materias tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, será efectuada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.

La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo dispuesto en la ley N° 19.886, debiendo cumplir la entidad, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, las bases de la licitación deberán considerar esta condición con un mayor factor de ponderación.

4.- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.

5.- **Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud.** Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628 y **sobre secreto profesional.**

6.- Formular el presupuesto sectorial.

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

8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, **conformado** por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.

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

10.- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

11.- **Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de**

garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.

Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.

12.- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones.

Un reglamento del Ministerio de Salud establecerá el sistema de acreditación, la entidad o entidades acreditadoras, públicas o privadas, o su forma de selección; los requisitos que deberán cumplir; las atribuciones del organismo acreditador en relación con los resultados de la evaluación; la periodicidad de la acreditación; las características del registro público de prestadores acreditados, nacional y regional, que deberá mantener la Superintendencia de Salud; los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.

La acreditación deberá aplicar iguales estándares a los establecimientos públicos y privados de salud.

13.- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.

Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual se reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencias relevantes en un determinado ámbito del trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.

Mediante un reglamento de los Ministerios de Salud y Educación, se determinarán las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades, como asimismo las condiciones generales que aquéllas deberán cumplir con el objetivo de recibir la autorización para ello. El reglamento establecerá, asimismo, las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema y la forma en que las entidades certificadoras deberán dar a conocer lo siguiente: los requisitos mínimos de conocimiento y experiencia que exigirán para cada especialidad o subespecialidad, los procedimientos de examen o verificación de antecedentes que emplearán para otorgar la certificación, los antecedentes respecto del cuerpo de evaluadores que utilizarán, los antecedentes que deberán mantener respecto del proceso de certificación de cada postulante y las características del registro público nacional y regional de los prestadores certificados, que deberá mantener la Superintendencia de Salud.

Las universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras respecto de los alumnos que hayan cumplido con un programa de formación y entrenamiento ofrecido por ellas mismas, si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente.

14.- Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.

15.- Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes. Los sistemas podrán contemplar la intervención de entidades públicas y privadas que cumplan con condiciones técnicas de idoneidad.

16.- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.

17.- Las demás que le confieran las leyes y reglamentos.”.

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

“Artículo 4º bis.- Para el cumplimiento de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud deberá convocar la formación de Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales y representantes de personas jurídicas, del sector público y del privado, de acuerdo a las materias a tratar.

La resolución que disponga la creación del Consejo respectivo señalará el plazo de duración en el cargo de los integrantes, el quórum para sesionar y las demás normas necesarias para su funcionamiento.”.

3) Sustitúyese el artículo 5º por el siguiente:

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

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

4) Derógase el inciso final del artículo 6º.

5) Derógase el artículo 7º.

6) En el artículo 8º:

a) Reemplázanse los incisos primero y segundo por los siguientes:

“Artículo 8º.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema **para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de **acciones** de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para **distintos tipos de prestaciones** y los estándares de calidad que serán exigibles.**

Para ello, el Subsecretario de Redes propondrá al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, la

Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema.

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

b) Modifícase el inciso tercero, que ha pasado a ser **cuarto**, del siguiente modo:

i.- Agrégase, en la letra b), a continuación del punto (.), la conjunción "y".

ii.- Sustitúyense, en la letra c), la conjunción "y" con que termina y la coma (,) que la precede, por un punto aparte (.).

iii.- Suprímese la letra d) con sus dos párrafos.

c) Elimínase el inciso final.

d) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:

"El Subsecretario de Redes Asistenciales subrogará al Ministro de Salud en ausencia del Subsecretario titular de Salud Pública."

7) Sustitúyese el artículo 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 y el Instituto de Salud Pública, e impartirles instrucciones.

Asimismo, administrará el financiamiento previsto para las acciones de salud pública, correspondientes a las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional y aquellas que la ley obligue que sean financiadas por el Estado, independientemente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie, **pudiendo ejecutar dichas acciones directamente, a través**

de las Secretarías Regionales Ministeriales, de las entidades que integran el Sistema, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

El Subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además, como colaborador del Ministro, coordinará las mencionadas Secretarías Regionales.”.

8) Derógase el artículo 10.

9) Deróganse los artículos 11 a 13.

10) En el artículo 14:

a) Reemplázase, en el primer párrafo, la oración que empieza con la frase "el que deberá" y termina con la palabra "siguientes:", por "sin perjuicio de las oficinas provinciales que pudieran requerirse.”.

b) Suprímense los literales desde la a) a la j).

11) Intercálanse, a continuación del artículo 14, los siguientes artículos 14 A, 14 B, 14 C, 14 D y 14 E, nuevos:

"Artículo 14 A.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.

El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades certificadas en el ámbito de la salud pública.

Artículo 14 B.- Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud:

1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad. Asimismo, adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región, dentro del marco fijado para ello por las autoridades nacionales.

2.- Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio

ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones sobre la materia, para lo cual se encontrará dotado de todas las facultades y atribuciones que el Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias sanitarioambientales le confieren, de conformidad con lo previsto en el Artículo 14 C.

3.- Adoptar las medidas sanitarias que correspondan según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias y elaborar informes en materias sanitarias. Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, serán homogéneos para los establecimientos públicos y privados.

4.- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada Servicio de Salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

En el ejercicio de estas funciones, coordinará aquellas acciones de promoción y prevención cuya ejecución recaiga en los Servicios de Salud.

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

6.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

7.- Cumplir las acciones de fiscalización y acreditación que señalen la ley y los reglamentos y aquéllas que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.

8.- Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, conforme a lo dispuesto en el artículo 4º de la ley N° 19.813.

9.- Organizar bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

10.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Artículo 14 C.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, todas aquellas materias que corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de carácter asistencial en salud, sin perjuicio de la ejecución de acciones de salud pública conforme al número 4 del artículo anterior.

En relación a las materias que trata este artículo, los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud deberán ajustarse a las normas técnicas y administrativas de carácter general que imparta el Ministerio de Salud, ya sea a nivel nacional o regional.

Artículo 14 D.- Los recursos financieros que recauden las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud por concepto de tarifas que cobren por los servicios que presten, cuando corresponda, y por las multas que les corresponda percibir, ingresarán al presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública, la que lo distribuirá entre las referidas Secretarías Regionales.

Artículo 14 E.- Existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señale esta ley y sus reglamentos y las que el Secretario Regional Ministerial le someta a su consideración. Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

El Secretario Regional Ministerial deberá convocar al Consejo en el primer trimestre de cada año con el objetivo de informar acerca de la gestión del año anterior y la planificación del año correspondiente. Un reglamento regulará la forma de nombrar a los integrantes, el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento.”.

12) Derógase el artículo 15.

13) En el artículo 16:

a) En el encabezamiento, sustitúyese la frase “la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y

recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas”, por la siguiente: “la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas”.

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

14) Intercálanse, a continuación del artículo 16, los siguientes artículos 16 bis y 16 ter, nuevos:

“Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

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

Artículo 16 ter.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones **asistenciales** en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios, sean dependientes de municipios, de Servicios de Salud o tengan convenios con éstos, deberán atender, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos, y serán supervisados y coordinados por el Servicio de Salud respectivo.

Los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán

atención de salud programada y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.

El establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud con relación a la recolección y tratamiento de datos y a los sistemas de información que deberá mantener.

Los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que les prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. Los beneficiarios no podrán cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acrediten, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distintos.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios públicos del sector salud que sean beneficiarios de la ley N° 18.469, y sus cargas, podrán ser atendidos en el mismo establecimiento asistencial en que desempeñan sus labores, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud.”.

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

16) Sustitúyese el artículo 18 por el siguiente:

"Artículo 18.- Cada Servicio estará a cargo de un Director seleccionado, designado y evaluado conforme **al Título VI de la ley N° 19.882.**”.

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

"Artículo 18 bis.- Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención.

Con este objetivo, conforme a la ley N° 19.813, determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria. Sobre esta base se evaluará el desempeño de cada entidad administradora. Para efectos de la determinación de dichas metas, deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo presidido por el Director e integrado por el Director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad, todo ello sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

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

18) En el artículo 20:

a) Reemplázase el encabezamiento del artículo 20 por el siguiente:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en los Títulos IV y V de este Capítulo, para el desempeño de sus funciones el Director tendrá, entre otras, las siguientes atribuciones:"

b) Sustitúyese la letra a) por la siguiente:

"a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como, asimismo, coordinar, asesorar y controlar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos del Servicio.

Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los hospitales autogestionados y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la Red, en los términos del artículo 25 B."

c) Modificase la letra h) de la siguiente manera:

- Reemplázase en el párrafo segundo las palabras "Las transacciones a que se refiere el inciso anterior" por "Los contratos de transacción"

- Agrégase el siguiente párrafo tercero: "Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, solo a favor del fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud"

d) Sustitúyese la letra m) por la siguiente:

"m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;"

e) Sustitúyense, en la letra n), la conjunción "y" y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

f) Intercálanse, a continuación de la letra n), las siguientes letras o), p), q), **r) y s)**, nuevas, pasando la actual letra ñ) a ser letra **t)**:

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

p) Disponer, mediante resolución fundada, la comisión de servicios de los funcionarios de su dependencia **y que no formen parte del personal del Establecimiento de Autogestión en Red, conforme al artículo 25 K**, en cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, siempre que dicho establecimiento esté situado en la misma ciudad en que éste se **desempeñe. La comisión de servicio podrá tener lugar en una ciudad diferente, siempre que el funcionario consienta en ello.**

En caso alguno estas comisiones podrán significar el desempeño de funciones de inferior jerarquía a las del cargo o ajenas a los conocimientos que éste requiere, ni podrán importar menoscabo para el funcionario.

Podrá disponerse que dicha comisión sea cumplida en jornadas totales o parciales, así como en días determinados de la semana.

Los funcionarios no podrán ser designados en comisión de servicios durante más de dos años. No obstante, a petición del funcionario y de común acuerdo podrá prorrogarse la comisión por el plazo que convengan las partes.

Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren.

El funcionario respecto de quien se disponga la comisión de servicios, que estime que ésta le produce menoscabo podrá solicitar la reposición de la resolución ante el Director. La resolución del Director podrá ser apelada ante el Secretario Regional Ministerial de Salud dentro del término de diez días hábiles contado desde la fecha en que se le comunique dicha resolución o la que deseche la reposición.

Sin perjuicio de lo dispuesto en esta letra, el Director podrá designar en comisión de servicios a los funcionarios conforme a las normas que establece la ley N° 18.834, Estatuto Administrativo;

q) Celebrar convenios de gestión con las respectivas entidades administradoras de salud municipal, **o con establecimientos de atención primaria**, que tengan por objetivo, entre otros, asignar recursos asociados al cumplimiento de metas sanitarias, aumento de la resolutivez de sus establecimientos y mejoramiento de los niveles de satisfacción del usuario. Los referidos convenios deberán contemplar, en general, los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores, medios de verificación y las medidas que se adoptarán en caso de incumplimiento de las obligaciones contraídas.

Los convenios de gestión deberán aprobarse por resolución fundada del Director del Servicio, en la que se consignarán los antecedentes que justifiquen su celebración y los criterios utilizados para elegir a los establecimientos participantes. Los convenios podrán extenderse a otros establecimientos municipales de atención primaria que lo soliciten, siempre que exista disponibilidad presupuestaria para esos fines y que se presenten antecedentes que lo justifiquen desde los puntos de vista económico y sanitario;

r) **Evaluar el cumplimiento de las normas técnicas, planes y programas que imparta el Ministerio de Salud a los establecimientos de atención primaria de salud, y el cumplimiento de las metas fijadas a dichos establecimientos en virtud de los convenios celebrados conforme a la letra anterior y al artículo 57 de la ley N° 19.378. Si el Director del Servicio verificara un incumplimiento grave de las obligaciones señaladas anteriormente, podrá representar tal circunstancia al alcalde respectivo. Asimismo, dicha comunicación será remitida al intendente regional, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 9° de la ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;**

s) **Elaborar el presupuesto de la Red Asistencial de Salud a su cargo y formular las consideraciones y observaciones que le merezcan los presupuestos de los hospitales autogestionados, y”.**

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

“Artículo 21 A.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial, en adelante el Consejo de Integración, de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los Hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

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

Artículo 21 B.- El nombre de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud será determinado mediante decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud, a proposición del respectivo Director del Servicio de Salud, quien deberá acompañar, para estos efectos, la opinión del Consejo Regional correspondiente.”.

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

21) Sustitúyese el artículo 24 por el siguiente:

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

a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469;

b) Con los fondos que ponga a su disposición la **Subsecretaría de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial** para la ejecución de acciones de salud pública;

c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;

e) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios."

22) Intercálanse, a continuación del artículo 25, los siguientes Títulos IV y V, nuevos:

"TITULO IV
DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTION EN RED
Párrafo I
DE LA CREACION Y FUNCIONES

Artículo 25 A.- Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala este título, si cumplen los requisitos que se determinen en el reglamento a que se refiere el inciso siguiente.

Un reglamento, que será **suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda**, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de dicha calidad y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y

comunes que todos éstos deberán cumplir, **los que deberán estar referidos, al menos, al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios, a gestión financiera, gestión de personal, gestión del cuidado e indicadores y estándares fijados en convenios y normas.**

Estos establecimientos deberán tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios.

Mediante resolución fundada conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerá la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" a aquellos que cumplan los requisitos señalados en el reglamento, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme al inciso primero.

Los establecimientos que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N° 18.575 y a las normas de la presente ley.

No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 25 L y 25 M.

Los Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley.

Artículo 25 B.- El Establecimiento, como parte integrante de la Red Asistencial, deberá a lo menos:

1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio de Salud respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red Asistencial;
2. Atender beneficiarios de la ley N° 18.469 y la ley N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de **la ley y los convenios correspondientes;**

3. Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales;

4. Entregar información estadística y de atención de pacientes que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud, la Superintendencia de Salud, **los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.**

Los Establecimientos de Autogestión en Red que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, formarán parte de una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional coordinada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, conforme a un reglamento del Ministerio de Salud. Para los efectos de lo dispuesto en los números 1 y 2 del inciso primero, deberán sujetarse exclusivamente a las normas que imparta dicho Subsecretario.

Artículo 25 C.- El Establecimiento estará a cargo de un Director, el que corresponderá al segundo nivel jerárquico del Servicio de Salud para los efectos del ARTÍCULO TRIGESIMO SEPTIMO de la ley N° 19.882. Tendrá las atribuciones a que se refieren los artículos 25 E y 25 F.

El cargo de Director de Establecimiento deberá ser servido en jornada completa de 44 horas semanales y remunerado conforme al sistema del decreto ley N° 249, de 1974, y sus normas complementarias, según el grado de la escala en que se encuentre ubicado el cargo en la respectiva planta de personal. **Deberá ser un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión en salud.**

Los mecanismos y procedimientos de coordinación y relación entre el Director del Establecimiento y el Director del Servicio de Salud correspondiente se regirán **por lo establecido en la ley** y por los convenios de desempeño que se celebren de conformidad con **ella.**

El convenio de desempeño deberá establecer especialmente directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la Red, como asimismo metas de desempeño presupuestario.

Sin perjuicio de lo establecido en los artículos QUINCUAGESIMO SEPTIMO Y QUINCUAGESIMO OCTAVO de la ley N° 19.882, el Director del Establecimiento será removido por el Director del Servicio de Salud de comprobarse el incumplimiento del convenio de

desempeño o falta grave a sus deberes funcionarios. En los casos de remoción se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud, salvo en las situaciones previstas en el inciso cuarto del artículo 25 I.

Artículo 25 D.- Existirá un Consejo Consultivo de los Usuarios, el que estará compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del Establecimiento.

El Consejo Consultivo tendrá la función de asesorar al Director del Establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.

Asimismo, en el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por el Establecimiento durante el año, así como la cuenta pública anual del mismo.

Un Reglamento determinará las materias, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo.

El Director contará también con la asesoría de un Consejo Técnico, el que tendrá por objetivo colaborar en los aspectos de gestión en que el Director requiera su opinión, así como propender a la mejor coordinación de todas las actividades del Establecimiento.

El Consejo será presidido por el Director y estará constituido por representantes de las distintas jefaturas del Establecimiento, conforme lo establezca el reglamento.

Artículo 25 E.- La administración superior y control del Establecimiento corresponderán al Director. El Director del Servicio de Salud no podrá interferir en el ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título al Director del Establecimiento, ni alterar sus decisiones. Con todo, podrá solicitar al Director del Establecimiento la información necesaria para el cabal ejercicio de las funciones de éste.

Artículo 25 F.- En el Director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente Establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:

a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento.

b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento.

c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y la demás normativa vigente.

d) Elaborar y presentar **al Director del Servicio de Salud correspondiente, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales con un informe**, el proyecto de presupuesto del Establecimiento, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones, conforme a las necesidades **de ampliación y reparación de la infraestructura**, de reposición del equipamiento de éste y a las políticas del Ministerio de Salud.

Sin perjuicio de las instrucciones generales que imparta la Dirección de Presupuestos para estos efectos, el Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas y justificando la priorización propuesta. El presupuesto indicará detalladamente el estado del cobro de las prestaciones otorgadas y devengadas.

El Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante resolución, aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio, a más tardar el 15 de diciembre de cada año, o el siguiente día hábil, si el 15 fuera feriado, sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos. Si vencido el plazo el Subsecretario no hubiera dictado la resolución, el presupuesto presentado por el Director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley.

En cada uno de los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley N° 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto, todo ello conforme a las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos para la elaboración del proyecto de Ley de Presupuestos. Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el Director del Establecimiento, el Subsecretario deberá indicar los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que deberán reducirse para ajustarse al presupuesto aprobado.

e) Ejecutar el presupuesto y el plan anual del Establecimiento, de acuerdo con las normas relativas a la Administración Financiera del Estado.

El Director podrá modificar el presupuesto y los montos determinados en sus glosas.

Dichas modificaciones podrán ser rechazadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo con las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Si el Subsecretario no se pronuncia en el plazo de quince días, contados desde la recepción de la solicitud, ésta se entenderá aceptada.

Copia de todos los actos relativos a las modificaciones presupuestarias deberán ser remitidas al Servicio de Salud correspondiente y a la Dirección de Presupuestos.

f) Ejercer las funciones de administración del personal destinado al Establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones **incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director del Servicio**, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el reglamento.

Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios, el Director del Establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio.

Un reglamento, emitido a través del Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, establecerá las normas necesarias para ejercer las funciones de que trata el presente literal.

g) Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aún cuando sean propias o habituales del Establecimiento.

El gasto por los contratos señalados en esta letra no podrá exceder el 20% del total del presupuesto asignado al Establecimiento respectivo.

h) Celebrar contratos regidos por la ley N° 18.803.

i) Ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorpóreas que hayan sido asignadas o afectadas al Establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.

Los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas de los decretos leyes N° 1.056, de 1975, o N° 1.939, de 1977. **La enajenación de bienes muebles que exceda de siete mil unidades tributarias mensuales requerirá la autorización previa del Director del Servicio de Salud respectivo.**

Asimismo, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra r), podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas.

j) Celebrar convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 36, del Ministerio de Salud, de 1980.

k) Celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental y con entidades administradoras de salud primaria **pertenecientes a su territorio**, en los que se podrán proveer todos los recursos necesarios para la ejecución del convenio, mediante la destinación de funcionarios a prestar colaboración en éste, el traspaso de fondos presupuestarios u otras modalidades adecuadas a su naturaleza. En particular, podrá estipularse el aporte de medicamentos, insumos y otros bienes fungibles de propiedad del Establecimiento. Los bienes inmuebles, equipos e instrumentos podrán cederse en comodato o a otro título no traslativo de dominio, y serán restituidos a su terminación.

Los convenios con entidades que no sean parte de su Red Asistencial deberán contar con la aprobación del Director del Servicio.

l) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objetivo de que el establecimiento otorgue prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Las personas o instituciones que celebren dichos convenios estarán obligadas al pago íntegro de la prestación otorgada. El incumplimiento de las obligaciones por parte del beneficiario de la prestación o acción de salud no afectará a la obligación contraída con el establecimiento por parte de las personas o instituciones celebrantes del convenio.

Los convenios con las Instituciones de Salud Previsional estarán sujetos a lo dispuesto en los artículos 22 y 33 de la ley N° 18.933 en relación con el uso de camas.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 25 H deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.

La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 116 de la ley N° 18.834.

m) Celebrar convenios con profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales cuando tengan por objeto atender a sus pacientes particulares en el establecimiento. En estos casos, dicha atención deberá realizarse fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada se podrá autorizar convenios con profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales o con profesionales que no sean funcionarios del Sistema, previa aprobación del Director del Servicio de Salud. Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente, deberán ajustarse al Reglamento y a las instrucciones que impartan conjuntamente los Ministerios de Salud y de Hacienda y, en virtud de ellos, se podrán destinar a hospitalización los pensionados.

El paciente particular deberá garantizar debidamente el pago de todas las obligaciones que para éste se generan con el Establecimiento por la ejecución del convenio, conforme a las instrucciones de los Ministerios de Salud y de Hacienda.

En todo caso, se dará prioridad al pago de los gastos en que haya incurrido el Establecimiento, y éste no será

responsable de los daños que se produzcan como consecuencia de dichas prestaciones o acciones de salud, con excepción de los perjuicios causados directamente por negligencia del establecimiento.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 25 H deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.

La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 116 de la ley N° 18.834.

n) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud y con el **Servicio de Salud correspondiente** por las prestaciones que otorgue el Establecimiento a los beneficiarios de la ley N° 18.469 en la Modalidad de Atención Institucional. En el caso de la Modalidad de Libre Elección, se aplicarán las normas generales de la ley N° 18.469.

Con el exclusivo objetivo de verificar que los convenios cumplan con el artículo 25 B, el respectivo Director del Servicio de Salud, o el Subsecretario de Redes Asistenciales en el caso de los establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad, deberá aprobarlos previamente, dentro de los quince días siguientes a su recepción. Después de ese plazo, si no se han hecho objeciones fundadas, los convenios se entenderán aprobados.

Las controversias que se originen por el párrafo precedente serán resueltas por el Ministro de Salud.

ñ) Otorgar prestaciones a los beneficiarios de la ley N° 18.469, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con los Servicios de Salud, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.

o) Ejecutar acciones de salud pública, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial y el Subsecretario de Salud Pública, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.

- p) Establecer en forma autónoma un Arancel para la atención de personas no beneficiarias de la ley N° 18.469, el cual en ningún caso podrá ser inferior al Arancel a que se refiere el artículo 28 de dicha ley.
- q) Realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización expresa del Ministerio de Hacienda.
- r) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso y dar de baja los bienes muebles del Establecimiento, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación.
- s) Delegar, bajo su responsabilidad, y de conformidad con lo establecido en la ley N° 18.575, atribuciones y facultades en los funcionarios de su dependencia.
- t) Conferir mandatos en asuntos determinados.
- u) Desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y reglamentos.
- v) **Condonar, total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, con acuerdo del Director del Servicio de Salud respectivo, la diferencia de cargo del afiliado de la ley N° 18.469, de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud.**

Las inversiones que se financien con recursos propios y que superen las diez mil unidades tributarias mensuales, deberán contar con la autorización del Director del Servicio de Salud respectivo.

Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo. **Notificada la demanda, deberá ponerla, en el plazo de 48 horas, en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, quien deberá adoptar las medidas administrativas que procedieran y podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio.**

Artículo 25 G.- El Establecimiento estará sujeto a una evaluación anual del Subsecretario de Redes Asistenciales, para verificar el cumplimiento de los estándares determinados por resolución

conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que incluirán a lo menos las siguientes materias:

a) Cumplir las obligaciones que establece el artículo 25 B, para lo que se requerirá un informe del Director del Servicio de Salud correspondiente, **salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad;**

b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;

c) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de cuenta pública a la comunidad, entre otras;

d) Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días;

e) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios;

f) Lograr una articulación adecuada **dentro de** la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe **del Director del Servicio** de Salud correspondiente, **salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad,** y

g) Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieran convenido con el Director del Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, para lo que se requerirá un informe **del Director del Servicio** de Salud correspondiente, **salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad.**

Artículo 25 H.- El Establecimiento deberá efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Sin perjuicio de lo anterior y de las respectivas normas de contabilidad gubernamental, el Establecimiento deberá elaborar estados financieros trimestrales en la forma que defina el reglamento.

Se enviará copia de los informes y estados financieros al Subsecretario de Redes y al Director del Servicio de Salud respectivo.

Artículo 25 I.- Detectado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud respectivo o el Superintendente de Salud el incumplimiento de los estándares señalados en el artículo 25 G, el Subsecretario representará al Director del Establecimiento la situación y le otorgará un plazo de 15 días hábiles, el que podrá ser prorrogado por una sola vez, para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia.

La Subsecretaría, conjuntamente con la Dirección de Presupuestos, dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia, ya sea aprobándolo o rechazándolo.

Si la Subsecretaría aprueba el Plan presentado, éste deberá ejecutarse en el plazo que acuerden, el que no podrá exceder de ciento veinte días. Al cabo de este plazo, deberá evaluarse si se subsanaron los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación.

La no presentación del Plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento el cual, en estos casos, cesará en sus funciones **de Director** por el solo ministerio de la ley. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo Establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley.

Artículo 25 J.- Mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, se regulará la forma en que la población usuaria del Establecimiento podrá manifestar sus peticiones, críticas y sugerencias.

Párrafo II
NORMAS ESPECIALES DE PERSONAL

Artículo 25 K.- Los funcionarios de planta o a contrata que se desempeñen en el Establecimiento a la fecha de otorgamiento de la calidad de “Establecimiento de Autogestión en Red” permanecerán destinados a éste. Sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del Establecimiento, podrá ponerse término a la

destinación en el Establecimiento de determinados funcionarios, quienes quedarán a disposición del Servicio de Salud correspondiente.

Los contratos a honorarios vigentes a la fecha indicada continuarán surtiendo sus efectos conforme a las disposiciones contenidas en ellos.

Párrafo III
DE LOS RECURSOS Y BIENES DEL ESTABLECIMIENTO

Artículo 25 L.- El Establecimiento, para el desarrollo de sus funciones, contará con los siguientes recursos:

- a) Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N° 18.469;
- b) Con aquellos pagos que le efectúe el Servicio de Salud respectivo por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N° 18.469;
- c) Con aquellos pagos que le efectúe **el Subsecretario de Salud Pública** o el Secretario Regional Ministerial por la ejecución de acciones de salud pública;
- d) Con los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijados en aranceles, convenios u otras fuentes;
- e) Con los frutos que produzcan los bienes destinados a su funcionamiento y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes;
- f) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;**
- g) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones y otros recursos que le corresponda percibir;
- h) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios; e
- i) Con los aportes, transferencias, subvenciones que reciba de **la ley de Presupuestos del Sector Público**, de personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras y **con** los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.

Artículo 25 M.- El Establecimiento tendrá el uso, goce y disposición exclusivos de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, que se encuentren destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de "Establecimiento de Autogestión en Red", y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título.

En el plazo de un año, contado de la fecha señalada en el inciso anterior, mediante una o más resoluciones del Subsecretario de Redes Asistenciales, se individualizarán los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Servicio de Salud que se destinen al funcionamiento del Establecimiento.

Los bienes señalados en este artículo, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios y administrativos, gozan de inembargabilidad.

Párrafo IV

DE LAS CONTIENDAS DE COMPETENCIA

Artículo 25 N.- Las contiendas de competencia que surjan entre los Directores de los Servicios de Salud y los Directores de los "Establecimientos de Autogestión en Red", serán resueltas por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

TITULO V

DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MENOR COMPLEJIDAD

Artículo 25 Ñ.- Los Establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, tendrán las atribuciones que señala este título si cumplen los requisitos que se determinen conforme al artículo 25 P.

Un reglamento, que será **suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda**, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de las atribuciones y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y

prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir, **entre los que se deberá contemplar la gestión del personal y la gestión del cuidado.**

Mediante resolución fundada **de los Ministerios de Salud y de Hacienda**, se reconocerán los Establecimientos que cumplan los estándares señalados, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme al inciso primero.

Artículo 25 O.- Al Director del Establecimiento corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades **de éste** para que ellas se desarrollen de modo regular y eficiente, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento;
- b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento;
- c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y la demás normativa vigente;
- d) Presentar anualmente al Director del Servicio el proyecto de presupuesto del Establecimiento y ejecutarlo una vez aprobado, de acuerdo a las normas vigentes sobre la materia;
- e) Estudiar y presentar al Director del Servicio, iniciativas y proyectos con sus respectivos análisis y antecedentes, que tiendan a ampliar o mejorar las acciones de salud, indicando sus fuentes de financiamiento;
- f) En materias de personal, el Director podrá:
 - designar suplentes;
 - contratar personal, siempre que no implique aumento de la dotación del Establecimiento;
 - **aceptar renunciaciones voluntarias;**
 - designar funcionarios en comisiones de servicios y cometidos funcionales;
 - destinar funcionarios dentro del mismo Establecimiento o a otros dependientes del Servicio;
 - autorizar, conceder o reconocer feriados; permisos con o sin goce de remuneraciones dentro del país; licencias por enfermedad, reposos preventivos o maternales; y reconocer, prorrogar y poner término a asignaciones familiares y prenatales;

- ordenar la instrucción de investigaciones sumarias y sumarios administrativos; aplicar medidas disciplinarias, inclusive la suspensión de funciones; absolver, sobreseer y resolver sobre todas las materias relacionadas con esos procedimientos;
- declarar accidentes en actos de servicio, y

g) Desempeñar las demás funciones y atribuciones específicas que le deleguen o encomienden el Director del Servicio y el reglamento.

Artículo 25 P.- Un reglamento **suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda, regulará** los requisitos que deberá cumplir el Establecimiento, los que se referirán a las siguientes materias, a lo menos:

a) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;

b) Administrar eficientemente los recursos asignados;

c) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios, y

d) Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial.

Artículo 25 Q.- El Establecimiento será evaluado anualmente por el Director del Servicio de Salud respectivo, en la mantención del cumplimiento de los estándares señalados en el artículo anterior. En caso de que no fuere satisfactoria, se deberá remover **de su función o cargo, según corresponda**, al Director del Establecimiento. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo Establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley."

23) En el inciso primero del artículo 27:

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

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

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

"e) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que

fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley;

f) Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuera necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628, y”.

23 bis) Sustitúyese, en el párrafo segundo de la letra g) del artículo 30, las palabras “Las transacciones a que se refiere el inciso anterior” por “Los contratos de transacción”.

24) Sustitúyese, en el inciso segundo del artículo 31, el numeral "28" por el numeral "31".

25) Agrégase, en el inciso tercero del artículo 35, a continuación de la palabra “farmacología”, los términos “imagenología, radioterapia, bancos de sangre”.

26) En el artículo 37, incorpórase la siguiente letra g), nueva:

“g) Fiscalizar el cumplimiento de normas de calidad y acreditación de los laboratorios señalados en la letra a) precedente, conforme al reglamento a que se refiere el número **12** del artículo 4º, y las que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.”.

27) En el artículo 39:

a) Reemplázase en el párrafo segundo de la letra d) las palabras “Las transacciones a que se refiere el inciso anterior” por “Los contratos de transacción”.

b) Sustitúyese, en la letra k), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 42".

c) Sustitúyese la letra l) por la siguiente:

"l) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575.”.

d) Agrégase la siguiente letra m), nueva, pasando las actuales letras m) y n) a ser letras n) y ñ), respectivamente:

“m) Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;”.

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

29) Sustitúyese el artículo 42 por el siguiente:

“Artículo 42.- La estructura y organización interna del Instituto se determinarán conforme a lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes.”.

30) En el artículo 50:

a) Reemplázase en el párrafo segundo de la letra b) las palabras “Las transacciones a que se refiere el inciso anterior” por “Los contratos de transacción”

b) Sustitúyese, en la letra e), la palabra "reglamento" por la siguiente expresión: "artículo 51".

c) Reemplázase la letra f) por la siguiente:

"f) Delegar sus atribuciones conforme a la ley N° 18.575.".

31) Sustitúyese el artículo 51 por el siguiente:

"Artículo 51.- La estructura y organización interna de la Central se determinarán conforme a lo establecido en el artículo 31 de la ley N° 18.575, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes.".

32) Sustitúyense, en el inciso segundo del artículo 52, las letras a) y b) por las siguientes:

"a) El Subsecretario de Redes Asistenciales, o su representante, quien la presidirá;

b) Un representante del Ministro de Salud;".

33) En el capítulo VI:

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

"TÍTULO I

Normas Generales"

b) Intercálanse, a continuación del artículo 60, los siguientes Títulos II, III, IV, V, VI, VII y VIII, nuevos, pasando los actuales artículos 61 y 62 a ser 84 y 85, respectivamente:

"TÍTULO II

De la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo

Artículo 61.- Establécese, para el personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos, sea de planta o a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, la que 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 17º y 11º, ambos inclusive, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

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

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

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

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

1.- **El personal a que se refiere el artículo 64 deberá** participar en el proceso de acreditación cada tres años, el que consistirá en la evaluación de las actividades de capacitación que sean pertinentes al mejoramiento de la gestión de los organismos y al mejoramiento

de la atención proporcionada a los usuarios. Para estos efectos, el respectivo Servicio de Salud deberá disponer, al menos una vez al año, para quienes cumplan el respectivo período, de todas las medidas necesarias para implementar dicho proceso.

2.- Accederán al beneficio los funcionarios que hubieren aprobado el proceso de acreditación.

3.- El monto del componente de acreditación individual dependerá de los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, según la siguiente tabla:

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

4.- Para los funcionarios que tengan más de nueve años de servicio, la asignación pasará a ser permanente, con un porcentaje igual al de la última acreditación que hayan aprobado.

5.- En caso de que un funcionario no apruebe uno de los procesos de acreditación, no accederá al incremento del componente, pero mantendrá el porcentaje obtenido por las acreditaciones anteriores.

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

Artículo 67.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, de la asignación señalada en el artículo 64, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 63, **para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a que un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación integre el comité señalado en el referido artículo 63.**

TÍTULO IV

De la Asignación de Estímulo a la Función Directiva

Artículo 68.- Establécese, para el personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por

la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, una asignación de estímulo que se regirá por las siguientes normas:

1.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud que, conforme a lo señalado en el **Capítulo II, Título IV** de la presente ley, pueden optar a la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación estará asociada íntegramente a la obtención por parte del Establecimiento de la **calidad** mencionada.

2.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud de menor complejidad, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título V de la presente ley, esta asignación estará asociada al cumplimiento de los requisitos que establece el artículo 25 P.

3.- Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a **tres** factores: la obtención de la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia, **el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad** y el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813.

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

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

Esta asignación será de 11% sobre la base señalada en el inciso primero, para aquellos funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red". **El mismo porcentaje será percibido por los funcionarios de la planta directiva de los establecimientos de menor complejidad que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 25 P de esta ley.**

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

a) Hasta 8% por la obtención de la calidad de “Establecimiento de Autogestión en Red” de los establecimientos de su dependencia y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cociente resultante de dividir el número de establecimientos que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación y que hayan cumplido los requisitos referidos, según el caso, por el total de los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio; y

b) Hasta 3% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813. En este caso, el porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 3% por el cociente resultante de dividir el número de entidades y establecimientos que efectivamente hayan cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, por el total de entidades administradoras y sus establecimientos, ubicados en el territorio jurisdiccional del Servicio.

Artículo 70.- Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo y las demás disposiciones necesarias para otorgar la asignación señalada en el artículo 68.

Artículo 71.- Las asignaciones señaladas en los artículos 61, 64 y 68, se pagarán en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto por pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos precedentemente.

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

TÍTULO V

De la Asignación de Turno

Artículo 72.- Establécese una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta doce horas, mediante turnos rotativos. Estos turnos podrán comprender un número de horas superior a la jornada ordinaria de trabajo del funcionario.

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

La Ley de Presupuestos, respecto de cada Servicio de Salud, expresará el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y por tres funcionarios, separadamente. **Para estos efectos, se considerará la información sobre la dotación de personal, la carga de trabajo y la complejidad en la atención prestada por los establecimientos de salud.**

Artículo 73.- Esta asignación será imponible sólo para efectos de pensiones y de salud y será incompatible con la asignación establecida en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834.

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

Artículo 74.- Para tener derecho a la asignación de turno, los funcionarios deberán estar formalmente destinados a prestar servicios en los puestos de trabajo cuya jornada sea ininterrumpida, a través de resoluciones anuales del Director del Establecimiento de salud correspondiente.

Esta asignación se percibirá mientras el trabajador se encuentre en funciones en los puestos de trabajo mencionados, e integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro o tres funcionarios,

manteniendo el derecho a percibirla durante los períodos de ausencia con goce de remuneraciones originados por permisos, licencias y feriado legal. Asimismo, será considerada como estipendio de carácter general y permanente, para efectos del inciso tercero del artículo 21 de la ley N° 19.429.

Artículo 75.- Las horas extraordinarias que, en virtud de lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, puedan percibir los funcionarios de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, cualquiera que sea el motivo de su origen, no constituirán remuneración permanente para ningún efecto legal. En consecuencia, no se percibirán durante los feriados, licencias y permisos con goce de remuneraciones.

TÍTULO VI

De la Asignación de Responsabilidad

Artículo 76.- Establécese una asignación de responsabilidad para el personal de la planta de profesionales, de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, con **jornadas** de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

Esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público. **Asimismo, no se considerará base de cálculo de ninguna otra remuneración.**

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

Artículo 77.- Esta asignación se otorgará conforme a las reglas siguientes:

1.- El número de cupos por Establecimiento es el determinado en el artículo siguiente.

2.- Para los efectos de realizar el o los concursos correspondientes, se constituirá en el Establecimiento respectivo un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 18 de la ley

Nº 18.834. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

3.- En el o los concursos para acceder a esta asignación, se considerarán los siguientes factores y con la ponderación indicada en cada caso:

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

4.- El o los cupos disponibles se asignarán en orden de prelación al funcionario o funcionarios que logren el mayor puntaje en el proceso de concurso y sólo en la medida en que cumplan con los requisitos mínimos para su asignación.

5.- Se otorgará por un período máximo de tres años, siempre que se desempeñe efectivamente la función de responsabilidad de gestión en el Establecimiento en el que fue otorgada. En todo caso, el funcionario podrá concursar nuevamente por la asignación, en la medida en que cumpla los requisitos para ello.

6.- Se deberá realizar concurso cada vez que uno o más de los cupos asignados al Establecimiento queden disponibles.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación y todas las otras normas necesarias para la aplicación de este beneficio. **Asimismo, clasificará los Establecimientos de salud cuyos funcionarios tengan derecho a concursar a esta asignación, acorde al nivel de complejidad señalado en el artículo siguiente.**

Artículo 78.- Para efecto de la concesión de la asignación de responsabilidad, el número total de cupos a nivel nacional será de 1.259, con un costo anual máximo de \$ 515 millones. La Ley de Presupuestos fijará, para cada Servicio de Salud, el número máximo de beneficiarios y los recursos que se pueden destinar para su pago.

Los cupos máximos por tipo de Establecimiento y el valor individual anual de la asignación será el señalado en la tabla siguiente. No obstante, el monto indicado para cada caso, podrá ser aumentado o disminuido hasta un 10%.

Tipo de Establecimiento	Cupos Máximos por Establecimiento	Monto Anual por Persona
Alta Complejidad;	13	\$ 580.000
Hospital Media Complejidad;	9	\$ 374.000
Hospital Baja Complejidad;	2	\$ 212.000
Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS);	2	\$ 212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales;	1	\$ 212.000

La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponde a valores vigentes al 30 de noviembre de 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.

La asignación otorgada se pagará en cuotas mensuales e iguales, la primera de las cuales el primer día hábil del mes siguiente al de la total tramitación de la resolución que la conceda.

Artículo 79.- Lo dispuesto en la **oración final** de la letra h) del artículo 1° de la ley N° 19.490 será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 61, 64, 68 y 76 de esta ley.

A los funcionarios que perciban la asignación de turno establecida en el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, y que hayan tenido ausencias injustificadas conforme al artículo 66 de la ley N° 18.834, se les descontará el monto correspondiente de acuerdo a lo indicado en dicho artículo.

TÍTULO VII

De la Promoción en la Carrera Funcionaria

Artículo 80.- La promoción de los funcionarios de las plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de **las Subsecretarías del Ministerio de Salud**, del Instituto de Salud Pública de Chile, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal

en el período objeto de acreditación, **con una ponderación de 33%, 33% y 34%, respectivamente.**

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

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

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

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, fijará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas para cada planta y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento del sistema de acreditación, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación de la competencia e idoneidad de los funcionarios. **Asimismo, establecerá las disposiciones necesarias para que los funcionarios dispongan de información oportuna sobre la capacitación a que se refiere este artículo y de los procedimientos para acceder a ella.**

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

Respecto del personal señalado en este artículo y en el siguiente, no será aplicable lo dispuesto en el artículo 48 de la ley N° 18.834.

Artículo 81.- Para todos los efectos legales, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales de **las Subsecretarías del Ministerio de Salud**; del Instituto de Salud Pública de Chile; de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, se hará por concursos internos.

Las bases de los concursos internos considerarán cuatro factores, a saber: capacitación pertinente, evaluación del desempeño,

experiencia calificada y aptitud para el cargo. Cada uno de estos factores tendrá una ponderación de 25%.

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

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

GRADO VACANTE	GRADOS QUE PUEDEN PARTICIPAR
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 **15%** de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, se expresará, para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución del Ministerio de Salud.

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

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

Los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir en un porcentaje proporcional del 50% los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales, cualquiera que sea la regulación específica de cada uno de ellos.

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

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

Artículo 83.- La Junta Calificadora que existirá en cada uno de los hospitales que integran los Servicios de Salud, conforme a lo establecido en el inciso sexto del artículo 30 de la ley N° 18.834, estará integrada por los tres funcionarios de más alto nivel jerárquico, a excepción del Director del hospital, y por un representante del personal elegido por 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 regulan, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado válidamente sus atribuciones."

ARTÍCULO 3°.- Modifícase la ley N° 19.490, del siguiente modo:

1.- Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 3°, la expresión "la Subsecretaría" por "las Subsecretarías".

2.- Sustitúyese el inciso segundo del artículo 3° por el siguiente:

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

mejor evaluados, y de 5% para el 33% que le siga en orden descendente de evaluación, hasta completar el 66%."

3.- En el artículo 4°:

a) Sustitúyense, en el inciso primero, los términos "El Subsecretario de Salud" por "Los Subsecretarios del Ministerio de Salud".

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

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

"Con independencia de la calificación que se obtenga, la bonificación de que trata este artículo será percibida por el 100% de los funcionarios de cada planta y los funcionarios a contrata asimilados a éstas."

ARTÍCULO 4°.- Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 4° de la ley N° 19.086, el párrafo relativo a la planta de profesionales, por el siguiente: "PLANTA DE PROFESIONALES: De grado 18° al grado 5°."

ARTÍCULO 5°.- Déjase establecido que, a contar de la fecha de publicación de esta ley, los funcionarios de las profesiones de asistentes sociales, enfermeras, kinesiólogos, matronas, nutricionistas, tecnólogos médicos, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos, **también** podrán acceder, entre los grados 18° al 5°, a los cargos vacantes de las plantas de las respectivas instituciones, o a los empleos a contrata asimilados a los mismos grados.

ARTÍCULO 6°.- Créase la Superintendencia de Salud y fíjase como su ley orgánica la siguiente:

"TÍTULO I

NORMAS GENERALES

Párrafo 1°

De la naturaleza y objeto

Artículo 1°.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Su domicilio será la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las oficinas regionales que establezca el Superintendente en otras ciudades del país.

La Superintendencia estará afecta al Sistema de Alta Dirección Pública establecido en la ley N° 19.882.

Artículo 2°.- Corresponderá a la Superintendencia supervigilar y controlar a las Instituciones de Salud Previsional, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.

Asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Régimen de Garantías en Salud.

Igualmente, concernirá a la Superintendencia la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, **así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.**

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 3º.- La Superintendencia se estructurará orgánica y funcionalmente en la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud.

Los funcionarios que ejerzan los cargos de Intendentes corresponden al segundo nivel jerárquico de la Superintendencia, para los efectos del ARTÍCULO TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N° 19.882.

Artículo 4º.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República **en conformidad a lo establecido en la ley N° 19.882**, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Corresponderá al Superintendente, especialmente:

1.- Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar el funcionamiento de la Superintendencia y ejercer, respecto de su personal, las atribuciones propias de su calidad de Jefe Superior de Servicio;

2.- Establecer oficinas regionales **o provinciales** cuando las necesidades del Servicio así lo exijan y existan las disponibilidades presupuestarias;

3.- Celebrar las convenciones y ejecutar los actos necesarios para el cumplimiento de los fines de la Superintendencia;

4.- Delegar atribuciones o facultades específicas en funcionarios de la Superintendencia;

5.- Encomendar a las distintas unidades de la Superintendencia las funciones que estime necesarias;

6.- Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;

7.- Conocer y fallar los recursos que **la** ley establece;

8.- Rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el

objetivo de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta, y

9.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Sin perjuicio de la facultad del Ministerio de Salud para dictar las normas sobre acreditación y certificación de los prestadores de salud y de calidad de las atenciones de salud, el Superintendente podrá someter a la consideración de dicho Ministerio las que estime convenientes.

TÍTULO II

De la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud

Párrafo 1°

De la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional **y del Fondo Nacional de Salud**

Artículo 5°.- La supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional que le corresponde a la Superintendencia, la ejercerá a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud, en los términos que señala esta ley, la ley N° 18.933 y demás disposiciones que le sean aplicables.

La Superintendencia ejercerá la supervigilancia y el control del Fondo Nacional de Salud a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud. En relación con la modalidad de libre elección, corresponderá a dicho Intendente velar porque las contribuciones que deban hacer los afiliados para financiar el valor de las prestaciones se ajusten a la ley, al reglamento y demás normas e instrucciones, y por el correcto otorgamiento de los préstamos de salud, teniendo para ello las facultades que establecen los Párrafos 2° y 3° de este Título.

Párrafo 2°

De la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 6°.- Le corresponderán a la Superintendencia las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Seguros Previsionales de Salud, respecto de la supervigilancia y control del Régimen de Garantías en Salud:

1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen, impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;

2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;

3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud y los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objetivo de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar porque éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;

5.- Difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que impone el referido Régimen de Garantías e informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud;

6.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas. La Superintendencia deberá adoptar las medidas que sean necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica;

7.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento del Régimen sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos;

8.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y

beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud;

9.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud;

10.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;

11.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley, y

12.- Las demás que contemplen las leyes.

Artículo 7º.- El Fondo Nacional de Salud **y las Instituciones de Salud Previsional devolverán** lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, según lo determine la Superintendencia mediante resolución, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

Dichas resoluciones y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

Párrafo 3º

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

Artículo 8º.- La Superintendencia, a través del Intendente de Seguros Previsionales de Salud, quien actuará en calidad de árbitro arbitrador, resolverá las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la instancia a la que se refiere el artículo 11 o a la justicia ordinaria. El Intendente no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta función y las partes podrán actuar por sí o por mandatario.

La Superintendencia, a través de normas de general aplicación, regulará el procedimiento que deberá observarse en la

tramitación de las controversias, debiendo velar porque se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados, la facultad del reclamante de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes. En el procedimiento se establecerá, a lo menos, que el árbitro oirá a los interesados, recibirá y agregará los instrumentos que se le presenten, practicará las diligencias que estime necesarias para el conocimiento de los hechos y dará su fallo en el sentido que la prudencia y la equidad le dicten.

El Intendente de Seguros Previsionales de Salud, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, por sí o por un funcionario que designe, podrá citar al afectado y a un representante del Fondo Nacional de Salud o de las Instituciones de Salud Previsional a una audiencia de conciliación, en la cual ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitarán para seguir conociendo de la causa.

Artículo 9º.- En contra de lo resuelto por el Intendente de Seguros Previsionales de Salud en su calidad de árbitro arbitrador, podrá deducirse recurso de reposición ante la misma autoridad, el que deberá interponerse dentro del plazo fatal de 10 días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la sentencia arbitral.

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

Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, el Intendente de Seguros Previsionales de Salud deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

Artículo 10.- Resuelto por el Intendente de Seguros Previsionales de Salud el recurso de reposición, el afectado podrá apelar ante el Superintendente, dentro de los 10 días hábiles siguientes a su notificación, para que se pronuncie en calidad de árbitro arbitrador.

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

Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, el Superintendente deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

Con todo, el Superintendente podrá declarar inadmisibile la apelación, si ésta se limita a reiterar los argumentos esgrimidos en la reposición de que trata el artículo anterior.

Artículo 11.- Sin perjuicio de la facultad del Intendente de Seguros Previsionales de Salud para resolver las controversias que se susciten, en los términos de esta ley, las partes podrán convenir en que dicha dificultad sea sometida previamente a mediación.

Para el efecto anterior, la Superintendencia deberá llevar un registro especial de mediadores a los que las partes podrán acudir.

Corresponderá a la Superintendencia fijar, mediante normas de general aplicación, los requisitos que deberán cumplir los mediadores a que se refiere este precepto, así como las normas generales de procedimiento a las que deberán sujetarse y las sanciones que podrá aplicar por su inobservancia. Dichas sanciones serán amonestación, multa de hasta 1.000 unidades de fomento, suspensión hasta por 180 días o cancelación del registro.

Cada parte asumirá el costo de la mediación.

TÍTULO III

De la Intendencia de Prestadores de Salud

Artículo 12.- Le corresponderán a la Superintendencia, para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:

1. Ejercer, de acuerdo a las normas que para tales efectos determinen el reglamento y el Ministerio de Salud, las funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud.
2. Autorizar a las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento, y designar aleatoriamente la entidad que desarrollará el proceso.
3. Fiscalizar el debido cumplimiento por parte de la entidad acreditadora de los procesos y estándares de acreditación de los prestadores institucionales de salud.
4. Fiscalizar a los prestadores institucionales acreditados en la mantención del cumplimiento de los estándares de acreditación.
5. Mantener un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras, conforme al reglamento correspondiente.

6. Mantener registros nacionales y regionales actualizados de los prestadores individuales de salud, de sus especialidades y subespecialidades, si las tuvieran, y de las entidades certificadoras, todo ello conforme al reglamento correspondiente.

7. Efectuar estudios, índices y estadísticas relacionadas con las acreditaciones efectuadas a los prestadores institucionales y las certificaciones de los prestadores individuales. Asimismo, informar sobre las sanciones que aplique y los procesos de acreditación o reacreditación que se encuentren en curso.

8. Requerir de los organismos acreditadores y certificadores y de los prestadores de salud, institucionales e individuales, toda la información que sea necesaria para el cumplimiento de su función.

9. Requerir de las entidades y organismos que conforman la Administración del Estado, la información y colaboración que sea pertinente para el mejor desarrollo de las funciones y atribuciones que esta ley le asigna.

10. Conocer los reclamos que presenten los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respecto de la acreditación y certificación de los prestadores de salud, tanto públicos como privados.

La Intendencia de Prestadores de Salud no será competente para pronunciarse sobre el manejo clínico individual de casos.

11. Imponer las sanciones que corresponda, en conformidad a la ley, y

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

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

Artículo 13.- El Intendente de Prestadores de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá solicitar una nueva evaluación de un prestador institucional si verificare que éste no ha mantenido el cumplimiento de los estándares de acreditación, pudiendo convenir previamente un Plan de ajuste y corrección.

El Intendente podrá hacer observaciones al Director del Establecimiento sobre faltas graves en el cumplimiento de las tareas esenciales del organismo, informando al respecto al Director del Servicio de Salud y al Subsecretario de Redes.

Asimismo, en casos graves el Superintendente deberá hacer presente al Secretario Regional Ministerial, en su calidad de autoridad sanitaria regional, de la necesidad de que aplique las medidas de clausura o cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.

Artículo 14.- Tratándose de infracciones cometidas por las entidades acreditadoras, el Intendente de Prestadores de Salud podrá aplicar a la entidad las siguientes sanciones, de acuerdo a la gravedad de la falta o su reiteración:

- 1.- Amonestación;
- 2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado;
- 3.- Cancelación de la inscripción en el registro de entidades acreditadoras, y
- 4.- Las demás que autoricen las leyes y reglamentos.

La multa que se determine será compatible con cualquiera otra sanción.

Artículo 15.- Sin perjuicio de las atribuciones de los Ministerios de Salud y Educación establecidas en el numeral 13 del artículo 4° del decreto ley N° 2.763, de 1979, la Superintendencia podrá proponer fundadamente al Ministerio de Salud la incorporación o la revocación del reconocimiento otorgado a una entidad certificadora de especialidades.

TÍTULO IV

De las normas comunes a ambas Intendencias

Artículo 16.- En caso de incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud por causa imputable a un funcionario, la Superintendencia deberá requerir al Director del Fondo Nacional de Salud para que instruya el correspondiente sumario administrativo, sin perjuicio de las obligaciones que sobre esta materia poseen dicho Director y la Contraloría General de la República.

Asimismo, podrá requerir del Ministro de Salud que ordene la instrucción de sumarios administrativos en contra del Director del Fondo Nacional de Salud, el Director del Servicio de Salud o el Director del

establecimiento público de salud respectivo, cuando éstos no dieren cumplimiento a las instrucciones o dictámenes emitidos por la Superintendencia en uso de sus atribuciones legales. **Tratándose de establecimientos de salud privados, se aplicará una multa de hasta 500 unidades de fomento, la que podrá elevarse hasta 1.000 unidades de fomento si hubiera reiteración dentro del plazo de un año. En este último caso, la Superintendencia deberá publicar dicha sanción.**

Artículo 17.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece esta ley y las demás que le encomienden las leyes y reglamentos, la Superintendencia podrá, a través de la respectiva Intendencia, inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, que obren en poder de los organismos o establecimientos fiscalizados, y requerir de ellos o de sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de su actividad.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.

Finalmente, podrá pedir a las Instituciones de Salud Previsional la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.

Artículo 18.- Los afiliados y beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 sólo podrán deducir reclamos administrativos ante la Intendencia respectiva en contra del Fondo Nacional de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional o los prestadores de salud, una vez que dichos reclamos hayan sido conocidos y resueltos **por la entidad que corresponda, fundadamente y por escrito o por medios electrónicos, a menos que su naturaleza exija o permita otra forma más adecuada de expresión y constancia.** Si la Intendencia de que se trate recibe un reclamo sin que se haya dado cumplimiento a lo señalado precedentemente, ésta procederá a enviar el reclamo a quien corresponda.

La Superintendencia fijará, a través de normas de general aplicación, el procedimiento que se seguirá en los casos señalados en el inciso anterior.

Artículo 19.- La Superintendencia, para la aplicación de las sanciones que procedan, deberá sujetarse a las siguientes reglas:

- 1.- El procedimiento podrá iniciarse de oficio o a petición de parte.
- 2.- Deberá solicitarse un informe al afectado, el que dispondrá de diez días hábiles para formular sus descargos, contados desde su notificación.
- 3.- Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente respectivo dictará una resolución fundada resolviendo la materia.
- 4.- En contra de lo resuelto por el Intendente respectivo, procederán los recursos contemplados en **la ley**.

Artículo 20.- Las notificaciones que efectúe la Superintendencia se efectuarán conforme a las normas establecidas en la ley

N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.

Asimismo, en los procedimientos arbitrales o administrativos y en la dictación de instrucciones generales o específicas, se podrá considerar la utilización de medios electrónicos, caso en el cual se sujetarán a las normas de las leyes N° 19.799 y N° 19.880, en lo que corresponda.

TÍTULO V

Disposiciones Finales

Artículo 21.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de Institución Fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.

En materia de remuneraciones, le serán aplicables a la Superintendencia los artículos 17 de la ley N° 18.091 y 5° de la ley N° 19.528. Para este efecto, el Superintendente deberá informar anualmente al Ministro de Hacienda.

Artículo 22.- El personal de la Superintendencia se regirá por el Estatuto Administrativo y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.

El personal a contrata de la Superintendencia podrá desempeñar funciones de carácter directivo o de jefatura, las que serán asignadas, en cada caso, por el Superintendente. El personal que se asigne a tales funciones no podrá exceder del 5% del personal a contrata de la institución.

Artículo 23.- La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

Artículo 24.- El patrimonio de la Superintendencia estará formado por:

- 1.- El aporte que se contemple anualmente en la Ley de Presupuestos;
- 2.- Los recursos otorgados por leyes especiales;
- 3.- Los bienes muebles e inmuebles, corporales e incorporales que se le transfieran o adquiera a cualquier título.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objetivo de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren; en el caso de los bienes inmuebles, la resolución se reducirá a escritura pública y el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente;

- 4.- Los frutos de sus bienes;
- 5.- Las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;
- 6.- Los ingresos que perciba por los servicios que preste, y

7.- Los aportes de la cooperación internacional que reciba a cualquier título.

Las multas que aplique la Superintendencia serán a beneficio fiscal.

Artículo 25.- Deróganse, a contar de la fecha de creación de la Superintendencia de Salud, las siguientes normas legales: el artículo 1°, el numeral 5 del artículo 3° y los artículos 8°, 9°, 10, 15, 15 bis y 16 de la ley N° 18.933.

ARTÍCULO 7°.- La bonificación por retiro establecida en el Título II de la ley N° 19.882 no será aplicable al personal perteneciente a los establecimientos de salud de carácter experimental. Estos personales quedarán adscritos a la normativa establecida en el artículo primero transitorio de la presente ley.

ARTÍCULO 8°.- Modifícase la ley N° 19.378, de la siguiente forma:

a.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 49, entre la frase “Servicios de Salud” y la palabra “correspondientes” la frase “y por intermedio de las municipalidades”.

b.- Incorpórase el siguiente artículo 55 bis, nuevo:

“Artículo 55 bis.- Toda transferencia de recursos públicos dirigida a las entidades administradoras se hará por intermedio de la municipalidad respectiva, debiendo quedar reflejada en el presupuesto respectivo y constar en el balance a que se hace referencia en el artículo 50.”.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- Los funcionarios de planta y a contrata regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249, de 1974, que se desempeñen en alguno de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 del decreto ley N° 2.763, de 1979; en **las Subsecretarías** del Ministerio de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud; **así como los funcionarios de los establecimientos de salud de carácter experimental**, mayores de sesenta años de edad, si son mujeres, y de sesenta y cinco años, si son hombres, que, después de los noventa días posteriores a la publicación de esta ley y hasta el **30 de septiembre de 2005**, presenten su

renuncia voluntaria, tendrán derecho a percibir una indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones imponibles, actualizadas según el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, por cada año de servicio y fracción superior a seis meses prestados a alguno de los organismos señalados, con un tope de ocho meses de dicha remuneración.

El monto de este beneficio se incrementará en un mes para aquellos funcionarios cuyas remuneraciones imponibles sean inferiores a \$ 291.728 mensuales y en un mes para aquellos que tengan, a la fecha de publicación de la ley, más de sesenta y tres años si son mujeres y más de sesenta y ocho años tratándose de hombres. Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de indemnización. En ningún caso este beneficio podrá ser superior a once meses de la remuneración señalada.

Para acceder a este beneficio, los funcionarios deberán reunir las condiciones señaladas en el inciso primero de este artículo a la fecha de publicación de esta ley. Entre dicha data y el 31 de diciembre de 2004, podrán acceder a este beneficio 2.494 funcionarios, privilegiándose aquellos de menores rentas y mayor edad. Aquellos funcionarios que, cumpliendo los requisitos antes señalados, no alcancen a acogerse a este beneficio antes del 31 de diciembre de 2004, podrán hacerlo hasta el 30 de septiembre de 2005. Los cupos que no fueran utilizados en el primer periodo de concesión del beneficio, serán acumulables para el período siguiente.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, también podrán acogerse a este beneficio aquellos funcionarios que, excediendo los cupos antes señalados, cumplan con los requisitos o condiciones establecidos en los incisos anteriores y se encuentren inscritos al 30 de septiembre de 2005 en el registro que al efecto establecerá el reglamento. Estos funcionarios accederán a la indemnización entre dicha data y el 31 de diciembre del mismo año.

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

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

Los funcionarios que cesen en sus empleos por aplicación de lo dispuesto en este artículo, no podrán ser nombrados ni contratados asimilados a grado o a honorarios en alguno de los organismos

señalados en **este artículo**, durante los cinco años siguientes al término de su relación laboral, a menos que previamente devuelvan la totalidad del beneficio percibido, expresado en unidades de fomento, más el interés corriente para operaciones reajustables.

Artículo segundo.- La asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en el artículo 61 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará conforme al siguiente cronograma:

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

Durante el año 2004, por concepto del componente variable, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.

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

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

El proceso de acreditación a que se refieren los artículos 64, 65 y 66 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar el año 2005. **No obstante, en el caso de los funcionarios que tengan nueve**

o más años de servicio a la fecha de publicación de esta ley, dicho proceso se entenderá aprobado por el solo ministerio de esta ley.

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

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

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

Durante el año 2004, por concepto del componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias, se pagará al personal beneficiario una suma equivalente al 1,65% de las remuneraciones que le sirven de base de cálculo. Para estos efectos, y sólo por dicho año, no se exigirá el cumplimiento de las metas sanitarias correspondientes.

Artículo quinto.- La asignación de estímulo a la función directiva, establecida en el artículo 68 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se otorgará para los funcionarios señalados en **los números 1 y 2** del mismo artículo, en forma gradual durante un período de tres años, conforme al siguiente cronograma:

- año 2004: hasta 5,5%
- año 2005: hasta 8,25%
- año 2006: hasta 11%.

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

a) Año 2004: hasta el 5,5%, según la siguiente distribución: hasta el 4% por la obtención de la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes **y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad**; y de hasta 1,5% por el cumplimiento

de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos cuando corresponda. El porcentaje a pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

b) Año 2005: hasta el 8,25%, según la siguiente distribución: hasta el 6% por la obtención de la **calidad** de "Establecimiento de Autogestión en Red" de sus establecimientos dependientes **y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad**; y hasta el 2,25% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, y sus establecimientos, cuando corresponda. El porcentaje por pagar se determinará conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

c) Año 2006: hasta el 11%, conforme a las reglas señaladas en el artículo 69 del decreto ley N° 2.763, de 1979.

Artículo séptimo.- Las modificaciones a la ley N° 19.490, contenidas en los numerales **2)**, con la excepción del personal del Fondo Nacional de Salud, y **3), letra b)**, del artículo **3°** de la presente ley, se otorgarán en forma gradual, durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

1) Bonificación de estímulo por desempeño funcionario:

a) Para el 33% de los funcionarios de cada planta mejor evaluados:

i) año 2003	:	12,75%
ii) año 2004	:	13,85%
iii) año 2005	:	14,95%
iv) año 2006	:	15,5%.

b) Para los funcionarios que sigan en orden descendente de evaluación, hasta completar el 66% mejor evaluado respecto de cada planta:

i) año 2003	:	6,38%
ii) año 2004	:	6,93%
iii) año 2005	:	7,48%
iv) año 2006	:	7,75%.

2) Bonificación por desempeño institucional: El cumplimiento de las metas del año precedente dará derecho a los funcionarios:

a) año 2003	:	hasta el 12,75%
-------------	---	-----------------

- b) año 2004 : hasta el 13,85%
- c) año 2005 : hasta el 14,95%
- d) año 2006 : hasta el 15,5%.

Artículo octavo.- La asignación de turno y la bonificación compensatoria a que se refieren los artículos 72, 73 y 74, respectivamente, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, y decimotercero transitorio de esta ley, respectivamente, comenzarán a regir a contar del día primero del mes siguiente al de la publicación en el Diario Oficial del decreto con fuerza de ley a que se refiere **la letra j) del Artículo vigesimosegundo transitorio** de esta ley, respecto del personal que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios.

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

1. A partir del segundo semestre de 2004, se pagarán, por concepto de asignación de turno y bonificación compensatoria, los mismos montos que a esa fecha tenga asignados el personal de igual grado y planta que integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro funcionarios. La diferencia correspondiente al mayor número de horas trabajadas será considerada como trabajo extraordinario y pagado de acuerdo con la normativa vigente, no aplicándose, en este caso, lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.

2. A partir del segundo semestre de 2005, se pagarán los montos que, para esa fecha, haya determinado el decreto con fuerza de ley a que se refiere **la letra j) del Artículo vigesimosegundo transitorio** de la presente ley, para la asignación en que el turno esté integrado por tres funcionarios, pasando a ser plenamente aplicable lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979. La correspondiente bonificación compensatoria se pagará conforme a la normativa contenida en el artículo decimotercero transitorio de este cuerpo legal.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, a contar de la fecha de publicación de esta ley, y mientras la asignación de turno a que se refiere este artículo no se aplique en todos sus términos, el tercero y cuarto turnos se continuarán pagando de acuerdo a lo dispuesto en la letra c) del artículo 93 de la ley N° 18.834, no aplicándose a su respecto lo señalado en los artículos 73, inciso segundo, y 75, ambos del decreto ley N° 2.763, de 1979.

Artículo noveno.- El artículo 76 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a regir a contar del primer día del mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento respectivo. Para el primer año, los cupos totales a nivel nacional **y el monto anual por Establecimiento** serán asignados de acuerdo con la clasificación de complejidad de los establecimientos vigente al momento de publicarse la presente ley, conforme a la siguiente tabla:

Tipo de establecimiento	Cupos máximos por establecimiento	Monto máximo anual por establecimiento	Monto promedio anual por persona
HOSPITAL TIPO 1	13	\$ 7.540.000	\$ 580.000
HOSPITAL TIPO 2	12	\$ 5.460.000	\$ 455.000
HOSPITAL TIPO 3	9	\$ 3.366.000	\$ 374.000
HOSPITAL TIPO 4	2	\$ 424.000	\$ 212.000
Consultorios Generales Urbanos y Rurales	1	\$ 212.000	\$ 212.000
Centros de Referencia de Salud (CRS)	1	\$ 212.000	\$ 212.000
Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT)	1	\$ 212.000	\$ 212.000.

La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponden a valores vigentes al 30 de noviembre de 2002, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.

Artículo décimo.- El sistema de promoción mediante concurso interno a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar **ciento veinte días después de publicada la presente ley**, respecto de todos los cargos vacantes existentes a esa fecha, salvo el grado de inicio de cada planta, el que seguirá regulado conforme a las normas generales.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el cumplimiento del plazo que en él se establece, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 81 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se regirá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882.

Artículo undécimo.- El proceso de acreditación de competencias a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, comenzará a operar a contar de ciento ochenta días después de publicada esta ley. Con el resultado de este proceso, que evaluará los factores de experiencia calificada, calificación ponderada y capacitación,

se confeccionará el escalafón de mérito que registrá durante el año siguiente.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, y hasta el 1° de enero de 2005, la promoción de los funcionarios a que se refiere el artículo 80 del decreto ley N° 2.763, de 1979, se registrá por las disposiciones de los artículos 48 al 54 de la ley N° 18.834, vigentes antes de la fecha de publicación de la ley N° 19.882.

Artículo duodécimo.- Los reglamentos a que se refieren el inciso segundo del artículo 63, el inciso segundo del artículo 66, el artículo 70 y el inciso segundo del artículo 77, todos del decreto ley N° 2.763, de 1979, deberán dictarse dentro de los ciento ochenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley.

Artículo decimotercero - El personal a que se aplica el artículo 72 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se encuentre en funciones a la fecha de publicación de la presente ley, tendrá derecho a una bonificación no imponible destinada a compensar las deducciones por concepto de cotizaciones para pensiones y salud a que esté afecta la asignación de turno, cuyo monto será el que resulte de aplicar los siguientes porcentajes sobre el valor de dicha asignación, según sea el sistema o régimen previsional de afiliación del trabajador:

a) 20,5% para los afiliados al sistema del decreto ley N° 3.500, de 1980.

b) 25,62% para los afiliados al régimen general de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Sección Empleados Públicos.

c) 21,62% para los afiliados al régimen previsional de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, con rebaja de imposiciones de la letra a) del artículo 14 del decreto con fuerza de ley N° 1.340 bis, de 1930.

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

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

Artículo decimocuarto.- Concédese, por una sola vez, un anticipo del componente base de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo establecida en los artículos 61 al 63 del decreto ley N° 2.763, de 1979, que se pagará en una sola cuota en el curso del mes siguiente al de la publicación de la presente ley, el que beneficiará a los funcionarios que dichas disposiciones señalan que se encuentren ubicados entre los grados 19° y 28° de la Escala Única, ambos inclusive, y cuyos montos serán equivalentes a la aplicación de los porcentajes que se indican **a continuación. Este anticipo no será imputable al incremento de renta que se produzca por efecto de lo dispuesto en el artículo segundo transitorio de esta ley.**

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

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

El beneficio establecido en el inciso anterior también se aplicará, por una sola vez, al personal señalado en el artículo 3°, numeral 3, letra b), de esta ley, en las mismas condiciones, plazos, atributos, grados y porcentajes que se establecen en este artículo.

Artículo decimoquinto.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 25 A del decreto ley N° 2.763, de 1979, los siguientes establecimientos tendrán la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala el Título IV del decreto ley N° 2.763, de 1979, cuando cumplan los requisitos que establezca el reglamento señalado en el mencionado artículo:

N°	COMUNA	ESTABLECIMIENTO
1	ANGOL	HOSPITAL ANGOL
2	ANTOFAGASTA	HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DOCTOR LEONARDO GUZMAN
3	ARICA	HOSPITAL DOCTOR JUAN NOE CREVANI
4	CASTRO	HOSPITAL CASTRO
5	CHILLAN	HOSPITAL HERMINDA MARTIN
6	CONCEPCION	HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE
7	COQUIMBO	HOSPITAL COQUIMBO
8	CORONEL	HOSPITAL CORONEL

9	COYHAIQUE	HOSPITAL COYHAIQUE
10	CURICO	HOSPITAL CURICO
11	INDEPENDENCIA	HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO
12	INDEPENDENCIA	INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER
13	INDEPENDENCIA	HOSPITAL SAN JOSE
14	IQUIQUE	HOSPITAL DOCTOR ERNESTO TORRES GALDAMES
15	LA SERENA	HOSPITAL LA SERENA
16	LINARES	HOSPITAL LINARES
17	LOS ANDES	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LOS ANDES
18	LOS ANGELES	HOSPITAL VICTOR RIOS RUIZ
19	LOTA	HOSPITAL LOTA
20	MELIPILA	HOSPITAL MELIPILLA
21	OSORNO	HOSPITAL BASE DE OSORNO
22	OVALLE	HOSPITAL OVALLE
23	PEÑALOLEN	HOSPITAL DOCTOR LUIS TISNÉ BROUSSE
24	PROVIDENCIA	INSTITUTO DE NEUROCIROLOGIA
25	PROVIDENCIA	HOSPITAL DEL SALVADOR
26	PROVIDENCIA	HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA
27	PROVIDENCIA	INSTITUTO DE GERIATRIA PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA
28	PROVIDENCIA	INSTITUTO PEDRO AGUIRRE CERDA
29	PROVIDENCIA	INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX
30	PUENTE ALTO	HOSPITAL DOCTOR SOTERO DEL RIO GUNDIAN
31	PUERTO MONTT	HOSPITAL PUERTO MONTT
32	PUNTA ARENAS	HOSPITAL REGIONAL DOCTOR LAUTARO NAVARRO AVARIA
33	QUILLOTA	HOSPITAL SAN MARTÍN
34	QUILPUE	HOSPITAL QUILPUE
35	QUINTA NORMAL	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
36	QUINTA NORMAL	HOSPITAL FELIX BULNES
37	RANCAGUA	HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA
38	RECOLETA	INSTITUTO PSIQUIATRICO DOCTOR JOSE HORWITZ BARAK
39	SAN ANTONIO	HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA
40	SAN CARLOS	HOSPITAL SAN CARLOS
41	SAN FELIPE	HOSPITAL SAN CAMILO
42	SAN FERNANDO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN FERNANDO
43	SAN MIGUEL	HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU
44	SAN MIGUEL	HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES
45	SANTIAGO	HOSPITAL ASISTENCIA PUBLICA
46	SANTIAGO	HOSPITAL PAULA JARA QUEMADA

47	SANTIAGO	<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 esa fecha**, por el solo ministerio de la ley, y se encontrarán regidos por las normas establecidas en el mencionado Título. El personal directivo de estos Establecimientos tendrá derecho a los beneficios remuneracionales establecidos en el artículo 68 **del decreto ley N° 2.763, de 1979**, asociados al cumplimiento de los estándares establecidos en el artículo 25 G, **cuando el Establecimiento cumpla dichos estándares.**

Artículo decimosexto.- El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo al ítem 50-01-03-25-33.104 de la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere financiar con esos recursos.

En todo caso, el beneficio establecido en el inciso tercero del artículo decimocuarto transitorio se financiará mediante reasignaciones internas de los presupuestos de las instituciones correspondientes.

Artículo decimoséptimo.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, el que deberá ser también suscrito por el Ministro de Hacienda, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado de **las leyes N° 18.469 y N° 18.933.**

Artículo decimoctavo.- Las normas de la presente ley entrarán en vigencia el 1 de enero del año 2005, salvo lo dispuesto en el numeral 33) del artículo 1°, en los artículos 3°, 4°, 5° y 7°, y en las disposiciones transitorias.

Artículo decimonoveno.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministro de Hacienda, conformará el primer presupuesto de la Superintendencia de Salud.

El gasto que se derive de las nuevas plantas que se fijen, del encasillamiento que se practique y del traspaso de personal desde otras instituciones que se disponga, no podrá exceder de la suma de las remuneraciones que se estén pagando al personal de la Superintendencia de ISAPRES más las del personal traspasado correspondientes al nuevo régimen de remuneraciones a que estarán afectos con motivo de dicho traspaso, cualesquiera sea la calidad jurídica de estos personales, todo ello considerando su efecto año completo.

Artículo vigésimo.- Lo dispuesto en el inciso final del número **13** del artículo 4° del decreto ley N° 2.763, de 1979, no se aplicará mientras no entren en vigencia las normas relativas a la acreditación de los programas correspondientes.

Artículo vigesimoprimer.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año contado desde la publicación de la presente ley, mediante un decreto con fuerza de ley expedido por intermedio del Ministerio de Salud, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, del año 1979.

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

a) Fijar la planta de personal de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El encasillamiento en esta planta incluirá sólo a personal proveniente de la Subsecretaría de Salud.

b) Fijar la planta de personal de la Superintendencia de Salud. El encasillamiento en esta planta podrá incluir personal proveniente de la Subsecretaría de Salud, de los Servicios de Salud y de la Superintendencia de Isapres. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de esta última institución.

c) Fijar la planta de la Subsecretaría de Salud Pública. El encasillamiento en esta planta incluirá personal proveniente de la Subsecretaría de Salud y de los Servicios de Salud. En todo caso, deberá encasillarse en primer lugar a los funcionarios que son titulares de cargos de planta de la Subsecretaría de Salud.

La Subsecretaría de Salud Pública será la continuadora legal de la Subsecretaría de Salud, para todos los efectos legales.

d) Las plantas de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública contendrán, a lo menos, dos cargos de jefe de división cada una.

e) Las áreas funcionales que competarán al Ministerio de Salud a través de las estructuras internas de sus Subsecretarías, estarán asociadas, a lo menos, a redes asistenciales, recursos humanos, planificación y presupuesto, prevención y control de enfermedades, políticas públicas en salud y administración y servicio interno.

f) Modificar la planta del Fondo Nacional de Salud que se verá aumentada por el traspaso de personal que cumpla funciones de autorización y pago de subsidios de incapacidad laboral en los Servicios de Salud, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refiere la letra g) de este artículo.

g) Para ordenar el traspaso de funcionarios titulares de planta y a contrata entre las instituciones señaladas en las letras a), b), c) y f) precedentes, sin alterar la calidad jurídica de la designación y sin solución de continuidad, y el traspaso de los recursos que se liberen por este hecho. El traspaso del personal titular de planta, y de los cargos que sirven, se efectuará en el mismo grado que tenían a la fecha del traspaso, salvo que se produzca entre instituciones adscritas a diferentes escalas de sueldos base, caso en el cual se realizará en el grado más cercano al total de remuneraciones que perciba el funcionario traspasado. A contar de esa misma fecha, el cargo del que era titular el funcionario traspasado se entenderá suprimido de pleno derecho en la planta de la institución de origen.

h) Modificar las plantas de los Servicios de Salud que se verán reducidas por el traspaso del personal que cumpla funciones de autoridad sanitaria, como consecuencia del ejercicio de la facultad a que se refieren las letras b), c), f) y g) de este artículo.

i) Establecer las normas complementarias al artículo 13 bis de la ley N° 18.834, respecto de los encasillamientos

derivados de las plantas que fije de conformidad con las atribuciones establecidas en este artículo. Asimismo, en el ejercicio de ellas, podrá establecer los requisitos para el desempeño de los cargos, sus denominaciones, los niveles jerárquicos para efectos de la aplicación de la ley N° 19.882, las fechas de vigencia de las plantas, las dotaciones máximas de personal y todas las normas necesarias para la adecuada estructuración y operación de las plantas que fije.

j) El uso de las facultades señaladas en este artículo quedará sujeto a las siguientes restricciones, respecto del personal al que afecte:

-No podrá tener como consecuencia ni podrán ser considerados como causal de término de servicios, supresión de cargos, cese de funciones o término de la relación laboral del personal traspasado y del que no se traspase.

-No podrá significar pérdida del empleo, disminución de remuneraciones, modificación de los derechos estatutarios y previsionales del personal traspasado y del que no se traspase. Tampoco podrá importar cambio de la residencia habitual de los funcionarios fuera de la Región en que estén prestando servicios, salvo con su consentimiento.

-Cualquier diferencia de remuneraciones deberá ser pagada por planilla suplementaria, la que se absorberá por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Dicha planilla mantendrá la misma impositividad que aquella de las remuneraciones que compensa.

-Los funcionarios encasillados conservarán la asignación de antigüedad que tengan reconocida, como también el tiempo computable para dicho reconocimiento.

-No se podrá modificar la suma de las dotaciones máximas de personal que tienen a la fecha de publicación de esta ley el Ministerio de Salud y las Instituciones y Servicios dependientes o relacionados con éste, sin perjuicio de la creación de los cargos de Subsecretario de Redes Asistenciales, Intendente de Seguros Previsionales de Salud e Intendente de Prestadores de Salud.

k) Establecer el procedimiento para la determinación del monto que percibirá el personal por concepto de la asignación de turno a que se refiere el artículo 72 del decreto ley N°

2.763, de 1979. Asimismo, fijará el número máximo de funcionarios que podrá percibir la asignación de turno y la bonificación compensatoria respecto del sistema integrado por tres y cuatro personas respectivamente, durante el primer año presupuestario de vigencia.

l) Determinar la fecha de supresión del Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, la que en ningún caso podrá exceder de dos años a contar de la fecha de publicación de esta ley, establecer el destino de sus recursos y el traspaso de su personal, el que deberá efectuarse al Ministerio de Salud. En tanto no se suprima dicho Servicio, los funcionarios continuarán remunerados por el sistema que legalmente les correspondía a la fecha de publicación de este cuerpo legal, como asimismo les serán aplicables las normas contenidas en el Título VII del decreto ley N° 2.763, de 1979, y en los artículos transitorios primero, séptimo y undécimo de esta ley. Asimismo, dichos funcionarios tendrán derecho a los incrementos pecuniarios dispuestos en los artículos transitorios séptimo y decimocuarto de esta ley.

Artículo vigesimotercero.- El Presidente de la República, por decreto expedido por intermedio del Ministerio de Hacienda, conformará el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública, los Servicios de Salud y la Superintendencia de Salud, y traspasará a ellos los fondos de las entidades que traspasan personal o bienes, necesarios para que cumplan sus funciones, pudiendo al efecto crear, suprimir o modificar las asignaciones, ítemes y glosas presupuestarias que sean pertinentes.”.

- - -

Acordado en sesiones de fecha 7, 9, 12 y 13 de enero 2004, con asistencia de los Honorables Senadores señor Alejandro Foxley Rioseco (Presidente), señora Evelyn Matthei Fornet y señores Edgardo Boeninger Kausel, José García Ruminot y Carlos Ominami Pascual.
Valparaíso, 14 de enero de 2004.

ROBERTO BUSTOS LATORRE
Secretario

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA, RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRAMITE CONSTITUCIONAL, QUE MODIFICA EL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979, CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER UNA NUEVA CONCEPCION DE LA AUTORIDAD SANITARIA, INSTAURAR DISTINTAS MODALIDADES DE GESTION Y FORTALECER LA PARTICIPACION CIUDADANA.

(BOLETIN N° 2.980-11)

I. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISION:

- 1) Separar claramente las funciones de rectoría, regulación y fiscalización, de las de administración de las acciones y prestaciones de salud. Las primeras corresponden al Ministerio, a la Subsecretaría de Salud Pública, al Instituto de Salud Pública (ISP) y a la Superintendencia de Salud. Las segundas, al sistema de provisión de prestaciones de salud, que incluye la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud, los establecimientos autogestionados en red, los municipales de atención primaria, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST).
- 2) Fortalecer las Redes Asistenciales en el territorio de cada Servicio de Salud, a las que se integrarán los establecimientos dependientes del Servicio respectivo, los de atención primaria municipal y los privados que suscriban el respectivo convenio. La puerta de ingreso al sistema será la atención primaria de salud.
- 3) Crear la categoría de Establecimientos de Autogestión en Red, como órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, que podrán generar ingresos propios, y celebrar convenios y contratos con FONASA y con terceros, para obtener y otorgar prestaciones de y a terceros.
- 4) Proporcionar canales de participación a la ciudadanía, estableciendo Consejos asesores en los diversos niveles del sistema.
- 5) Otorgar incentivos remuneratorios, modernizar la carrera funcionaria e impulsar una nueva política de recursos humanos, a través de la incorporación de normas relativas a los trabajadores de la salud.

II. ACUERDOS:

Indicación N° 10: Aprobada
Indicación N° 11: Aprobada
Indicación N° 12: Rechazada
Indicación N° 13: Rechazada
Indicación N° 49: Rechazada
Indicación N° 50: Aprobada
Indicación N° 51: Aprobada
Indicación N° 52: Aprobada
Indicación N° 53: Rechazada
Indicación N° 54: Rechazada
Indicación N° 55: Aprobada
Indicación N° 60: Rechazada
Indicación N° 61: Aprobada
Indicación N° 62: Aprobada
Indicación N° 63: Aprobada
Indicación N° 64: Rechazada
Indicación N° 65: Rechazada
Indicación N° 66: Aprobada
Indicación N° 67: Rechazada
Indicación N° 68: Rechazada
Indicación N° 69: Aprobada
Indicación N° 70: Rechazada
Indicación N° 71: Rechazada
Indicación N° 72: Aprobada
Indicación N° 99: Aprobada
Indicación N° 109: Rechazada
Indicación N° 110: Aprobada
Indicación N° 111: Aprobada
Indicación N° 112: Aprobada
Indicación N° 113: Rechazada
Indicación N° 115: Aprobada
Indicación N° 116: Aprobada
Indicación N° 117: Aprobada
Indicación N° 118: Aprobada
Indicación N° 128: Aprobada
Indicación N° 137: Aprobada
Indicación N° 144: Rechazada
Indicación N° 145: Aprobada
Indicación N° 146: Aprobada
Indicación N° 147: Rechazada
Indicación N° 148: Aprobada
Indicación N° 149: Aprobada
Indicación N° 150: Aprobada
Indicación N° 151: Aprobada
Indicación N° 152: Aprobada
Indicación N° 153: Aprobada

Indicación N° 154: Aprobada
Indicación N° 158: Rechazada
Indicación N° 159: Rechazada
Indicación N° 180: Rechazada
Indicación N° 181: Rechazada
Indicación N° 182: Rechazada
Indicación N° 183: Rechazada
Indicación N° 184: Aprobada
Indicación N° 188: Aprobada
Indicación N° 190: Aprobada
Indicación N° 191: Aprobada
Indicación N° 192: Aprobada
Indicación N° 193: Aprobada
Indicación N° 194: Aprobada
Indicación N° 195: Aprobada
Indicación N° 197: Aprobada
Indicación N° 200: Aprobada
Indicación N° 201: Aprobada
Indicación N° 202: Aprobada
Indicación N° 203: Aprobada
Indicación N° 205: Aprobada
Indicación N° 206: Rechazada
Indicación N° 207: Rechazada
Indicación N° 208: Rechazada
Indicación N° 209: Rechazada
Indicación N° 210: Rechazada
Indicación N° 211: Rechazada
Indicación N° 212: Rechazada
Indicación N° 213: Rechazada
Indicación N° 214: Rechazada
Indicación N° 217: Aprobada
Indicación N° 218: Aprobada
Indicación N° 219: Aprobada
Indicación N° 220: Aprobada
Indicación N° 221: Rechazada
Indicación N° 222: Rechazada
Indicación N° 223: Rechazada
Indicación N° 224: Aprobada
Indicación N° 225: Aprobada
Indicación N° 226: Aprobada
Indicación N° 227: Aprobada
Indicación N° 228: Aprobada
Indicación N° 229: Aprobada
Indicación N° 230: Aprobada
Indicación N° 232: Aprobada
Indicación N° 233: Aprobada
Indicación N° 235: Aprobada

Indicación N° 236: Rechazada
Indicación N° 237: Rechazada
Indicación N° 238: Aprobada
Indicación N° 239: Aprobada
Indicación N° 240: Aprobada
Indicación N° 255: Aprobada
Indicación N° 256: Aprobada
Indicación N° 257: Aprobada
Indicación N° 258: Aprobada
Indicación N° 259: Rechazada
Indicación N° 260: Aprobada
Indicación N° 261: Aprobada
Indicación N° 262: Aprobada
Indicación N° 263: Aprobada
Indicación N° 264: Aprobada
Indicación N° 266: Rechazada
Indicación N° 267: Aprobada
Indicación N° 268: Rechazada
Indicación N° 277: Aprobada
Indicación N° 278: Aprobada
Indicación N° 279: Aprobada
Indicación N° 280: Aprobada
Indicación N° 281: Aprobada
Indicación N° 282: Aprobada
Indicación N° 283: Aprobada
Indicación N° 284: Aprobada
Indicación N° 285: Aprobada
Indicación N° 288: Aprobada
Indicación N° 289: Aprobada
Indicación N° 290: Rechazada
Indicación N° 291: Aprobada
Indicación N° 292: Aprobada
Indicación N° 293: Aprobada
Indicación N° 294: Aprobada
Indicación N° 304: Aprobada
Indicación N° 305: Aprobada
Indicación N° 314: Aprobada
Indicación N° 315: Aprobada
Indicación N° 316: Aprobada
Indicación N° 317: Aprobada
Indicación N° 320: Aprobada
Indicación N° 339: Aprobada
Indicación N° 340: Aprobada
Indicación N° 341: Rechazada
Indicación N° 343: Aprobada
Indicación N° 352: Aprobada
Indicación N° 353: Aprobada

Indicación N° 356: Aprobada
Indicación N° 357: Aprobada
Indicación N° 358: Aprobada
Indicación N° 359: Aprobada
Indicación N° 360: Aprobada
Indicación N° 361: Aprobada
Indicación N° 362: Aprobada
Indicación N° 363: Aprobada
Indicación N° 364: Aprobada
Indicación N° 365: Aprobada
Indicación N° 366: Aprobada
Indicación N° 367: Aprobada
Indicación N° 368: Aprobada
Indicación N° 369: Aprobada
Indicación N° 370: Aprobada
Indicación N° 371: Aprobada
Indicación N° 372: Aprobada
Indicación N° 376: Aprobada
Indicación N° 377: Aprobada
Indicación N° 378: Aprobada

Los acuerdos fueron adoptados por unanimidad 5 x 0, salvo en lo referente a las indicaciones N°s 99, 144 y 200, que se aprobaron de la siguiente forma:

Indicación N° 99: mayoría 3 x 1 en contra x 1 abstención
Indicación N° 144: mayoría 3 x 2.
Indicación N° 200: mayoría 4 x 1.

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: 8 artículos permanentes y 23 transitorios.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: no hay.

V. URGENCIA: "simple".

VI. ORIGEN INICIATIVA: Mensaje del Presidente de la República, iniciado en la Cámara de Diputados.

VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: segundo.

VIII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS: en sesión de fecha 8 de octubre de 2002, con 58 votos a favor y 43 abstenciones.

IX. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 3 de diciembre de 2002.

X. TRÁMITE REGLAMENTARIO: informe de la Comisión de Hacienda.

XI. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

1. D.L. N° 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
2. Ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.
3. Ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapre
4. D.F.L. N° 725, de 1968, Código Sanitario, artículo 5º, sobre interpretación de la expresión autoridad sanitaria.
5. Ley N° 19.378, Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal.
6. Ley N° 19.607, que modifica el Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal.
7. Ley N° 19.490, que establece asignaciones y bonificaciones para el personal del sector salud.
8. Ley N° 19.086, que establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas de personal del sector salud.
9. Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo.
10. D.L. N° 249, de 1974, Escala Unica de Remuneraciones.
11. D.F.L. N°s. 29,30 y 31, del Ministerio de Salud, de 2000, que crean los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental Hospital Padre Alberto Hurtado, Centro de Referencia de Salud (CRS) de Peñalolén Cordillera Oriente y CRS de Maipú.
12. D.L. N° 1.953, de 1977 y ley N° 18.091, que estableces normas de carácter presupuestario y financieras.
13. Leyes N° 19.185 y N° 19.429, sobre reajuste de remuneraciones del sector público.
14. D.S. N° 320, del Ministerio de Salud, de 2003, que determina el aporte estatal a las entidades administradoras de salud municipal (per cápita) para el año en curso.
15. Ley N° 19.886, de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.
16. Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.
17. Ley N° 18.695, organica constitucional de municipalidades.

18. Ley N° 18.575, orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
19. Ley N° 16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
20. Ley N° 19.882, que regula nueva política de personal a los funcionarios públicos.
21. Ley N° 19.664, que establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud y modifica la ley N° 15.076.
22. Ley N° 18.803, que autoriza a los servicios públicos para externalizar acciones de apoyo a funciones que no correspondan a potestades.
23. Ley N° 19.699, que otorga compensaciones y otros beneficios que indica a funcionarios públicos estudiantes de carreras técnicas de nivel superior.
24. Ley N° 19.799, sobre documentos electrónicos, firma electrónica y servicios de certificación de dicha firma.
25. Ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del estado.
26. D.L. N° 1.939, 1977, sobre adquisición, administración y disposición de bienes del Estado.
27. D.L. N° 3.500, de 1980, que establece nuevo sistema de pensiones.
28. D.L. N° 3.551, 1981, sobre remuneraciones y personal del sector público.
29. D.F.L. N° 36, del Ministerio de Salud, de 1980, sobre normas para los convenios que celebren los servicios de salud.
30. D.F.L. N° 1.340 bis, del Ministerio de Bienestar Social, de 1930, Estatuto de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas.

Valparaíso, 14 de enero de 2004.

ROBERTO BUSTOS LATORRE
Secretario de la Comisión