INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, recaído en el proyecto de ley que modifica las leyes N°s 19.378 y 19.813, y concede otros beneficios al personal de la atención primaria de salud.

BOLETÍN Nº 4639-11.

_____

HONORABLE SENADO:

Vuestra Comisión de Salud tiene el honor de informaros respecto del proyecto de ley de la referencia, iniciado en Mensaje de Su Excelencia la Presidenta de la República.

La iniciativa ingresó al Senado con fecha 28 de noviembre de 2006, pasando a la Comisión de Salud y a la de Hacienda.

- - -

Cabe señalar que Su Excelencia la Presidenta de la República ha hecho presente urgencia para el despacho del proyecto, en todos sus trámites constitucionales, en el carácter de “suma”.

- - -

Se hace presente que la iniciativa fue discutida sólo en general, en virtud de lo dispuesto en el artículo 36 del Reglamento de la Corporación.

Como se indicó anteriormente, en cumplimiento de lo acordado por el Senado en su oportunidad, el proyecto deberá ser considerado por la Comisión de Hacienda, por contener normas propias de su competencia.

A una o más de las sesiones en que la Comisión consideró esta iniciativa de ley concurrió, además de sus integrantes, la señora Ministra de Salud, doña María Soledad Barría, y el Honorable Senador señor Juan Pablo Letelier.

Concurrieron asimismo, especialmente invitados por la Comisión, las siguientes personas:

-Del Ministerio de Salud: el asesor de la Ministra, señor Alan Mrugalski; el Jefe del Departamento Jurídico, señor Sebastián Pavlovic; la Jefa del Departamento Recursos y Evaluación de Desempeño, señora Soledad Zuleta Reyes; la Jefa de la División Gestión de las Personas, señora Sabina Pineda, y el asesor legislativo, señor Patricio Cornejo.

-De la CONFUSAM: el Presidente, doctor Esteban Maturana, y el Secretario General, señor Juan Muñoz Barahona.

NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL

Se deja constancia que los numerales 9 y 10 del artículo 2°, que introducen modificaciones a los artículos 35 y 45, respectivamente, de ley N° 19.378, sobre Estatuto de Atención Primaria de la Salud Municipal, contienen normas de rango orgánico constitucional.

- El artículo 35 de la citada ley se refiere a normas propias de las leyes orgánicas constitucionales de Bases de la Administración del Estado y de Municipalidades, de acuerdo a lo prescrito en los artículos 38 y 119 de la Constitución Política de la República.

- El artículo 45, sustituido por el numeral 10 del artículo 2° del proyecto, otorga una nueva atribución al Concejo Municipal, lo que, de conformidad al artículo 119 de la Carta Fundamental, es materia de ley orgánica constitucional.

- - -

OBJETIVOS DEL PROYECTO

En lo fundamental, dispone un mejoramiento de los incentivos económicos al desempeño creados por la ley N° 19.813, así como la creación de otros beneficios especiales para el personal regido por la ley N° 19.378, contemplando una bonificación por retiro voluntario de este personal. Asimismo se establecen una serie de modificaciones estatutarias, con un criterio modernizador, tendientes a corregir problemas derivados de la aplicación del Estatuto, a fin de mejorar su implementación, como también a establecer nuevos derechos para el personal.

- - -

ANTECEDENTES

I.- ANTECEDENTES JURÍDICOS.

1- Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

2- Ley N° 19.813, que otorga beneficios a la salud primaria.

II.- ANTECEDENTES DE HECHO.

En su Mensaje, Su Excelencia la Presidenta de la República indica que la presente iniciativa materializa el acuerdo a que se llegó, en el marco de las negociaciones tripartitas sostenidas por el Ministerio de Salud, con la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipalizada, CONFUSAM, y la Asociación Chilena de Municipalidades, contemplando un mejoramiento de los incentivos económicos al desempeño creados por la ley N° 19.813, así como la creación y perfeccionamiento de otras bonificaciones especiales orientadas a seguir mejorando la calidad de los servicios prestados cotidianamente a los millones de ciudadanas y ciudadanos que concurren a los establecimientos de salud municipal.

Este esfuerzo conjunto con los actores del sector, continúa, se enmarca y es consistente con la política de priorizar la atención primaria de salud, lo que se expresa, además, en las importantes inversiones en infraestructura y equipamiento destinadas a atenuar las brechas de acceso a la atención y a la calidad de las prestaciones y en generar mejoras de resolutividad y conectividad con la red asistencial, todo ello acompañado de un mayor desarrollo de tecnologías y sistemas de información y comunicaciones. El fortalecimiento del nivel de atención de salud primaria se inserta en un sistema de redes asistenciales conectadas y mejoradas que permitan resolver integralmente los desafíos del sector en el marco de un modelo con enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario.

La presente iniciativa, agrega, significa un importante reforzamiento al funcionamiento del modelo descentralizado de la atención primaria y ratifica la permanente vocación de diálogo que tiene el Gobierno para impulsar reformas que mejoren la calidad de vida y la salud de los chilenos. Este esfuerzo gubernamental hacia el personal de los establecimientos de la salud primaria, apunta a seguir mejorando sus condiciones de trabajo y sus remuneraciones, fortaleciendo los premios al

desempeño colectivo de los equipos de salud de los establecimientos de atención primaria municipal.

En cuanto al contenido del proyecto**,** el Mensaje señala:

1.- Incremento de la Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo.

En primer lugar, el proyecto de ley persigue reforzar los estímulos al desempeño colectivo creados por la ley N° 19.813, cuya percepción está ligada al cumplimiento de metas sanitarias y de mejoramiento de la atención. El incremento remuneracional se orienta a continuar mejorando las condiciones y la calidad del servicio que prestan los más de 24.000 funcionarios de la atención primaria de salud municipal.

Dicho incremento, precisa, se otorgará en forma gradual durante un período de cuatro años, de manera tal que el componente fijo que es hoy de un 5,3%, en el año 2010 alcanzará un 10,3%; por su parte el componente variable, en el mismo período se elevará de un 5,3 a un 11,9% para aquellos establecimientos que alcancen el 90% o más de sus metas anuales y de un 2,65% a 5,95% para aquellos establecimientos que cumplan desde el 75% hasta menos del 90% de sus metas.

2.- Modificaciones a la Asignación de Desempeño Difícil.

Al respecto, con miras a focalizar de manera más adecuada la concesión de la asignación de desempeño difícil, su otorgamiento, hasta hoy unificado, se divide entre los establecimientos de atención primaria de salud reconocidos como urbanos o rurales por el Ministerio de Salud, estableciéndose reglas particulares para cada caso.

La calificación de establecimiento urbano de desempeño difícil, deberá hacerse por el Ministerio de Salud cada tres años. Los establecimientos urbanos, de acuerdo a su grado de dificultad y siempre que no excedan del 25% del total nacional de horas de dotación urbana, darán derecho a la asignación de desempeño difícil cuyo porcentaje es distinto: es de un 15% para los establecimientos que presenten un mayor grado de dificultad y hasta un 10% de las horas de la dotación urbana nacional consideradas para el beneficio; de un 10% para aquellos que, ubicados a continuación del tramo anterior y sumados con éste, completan hasta un 20% de las horas de la dotación urbana nacional consideradas para el beneficio; y es de un 5% para el restante porcentaje de horas de la dotación urbana nacional, hasta completar el mencionado 25%.

En el caso de todos los establecimientos rurales, señala la señora Presidenta, recibirán esta asignación sin necesidad de postular a ella. Sin perjuicio de lo anterior, el Ministerio de Salud, cada cinco años, calificará el grado de dificultad del desempeño de dichos establecimientos para el otorgamiento del beneficio. Los establecimientos rurales, de acuerdo a su grado de dificultad, darán derecho a la asignación de desempeño difícil también de un porcentaje distinto: de un 26% para aquellos que presentan mayor grado de dificultad y hasta un 10% de las horas de dotación rural nacional; de un 19% para aquellos que, ubicados a continuación del tramo anterior y sumados con éste, completan hasta un 20% de las horas de dotación rural nacional; y de un 10% para el restante porcentaje, hasta completar el 100% de horas de dotación rural nacional. Se dispone en ambos casos, que el cálculo de los porcentajes de asignación correspondiente se efectuará respecto del sueldo base del nivel y categoría del funcionario más la asignación de atención primaria, calculado sobre la base de una carrera referencial lineal diseñada a partir del sueldo base mínimo nacional de su categoría.

3.- Creación de una nueva bonificación para los conductores que transportan pacientes y equipos de salud.

Su Excelencia indica que el proyecto contempla asimismo la creación de una bonificación mensual para los conductores de vehículos que transportan pacientes y equipos de salud fuera del respectivo establecimiento, a fin de compensar pecuniariamente la responsabilidad de sus funciones y la necesidad de contar con una mayor preparación para desempeñarlas.

Esta bonificación, señala, equivale al 17% del sueldo base más la asignación de atención primaria de salud municipal, correspondiente a su nivel de la categoría f), calculada en una carrera referencial lineal diseñada a partir del sueldo base mínimo nacional de dicha categoría, en relación con una jornada de cuarenta y cuatro horas semanales.

4.- Técnicos de Salud.

Enseguida, el Mensaje se refiere al personal que a la fecha de publicación de la presente ley, esté clasificado en la categoría d), técnicos de salud, que pasará, por el sólo ministerio de la ley, a la categoría c), técnicos de nivel superior, en la medida que acredite a dicha fecha o hasta el 31 de diciembre del 2010 estar en posesión de un título técnico de nivel superior.

5.- Bono.

Su Excelencia la Presidenta de la República agrega que también se concede, por una sola vez, un bono a los trabajadores de atención primaria de salud de $122.500, respecto de una jornada de 44 horas semanales y proporcional para las jornadas menores.

6.- Modificaciones Estatutarias.

Enmarcado en un criterio modernizador, se proponen, por otra parte, una serie de modificaciones al Estatuto de Atención Primaria, orientadas, por un lado, a corregir algunos problemas derivados de su aplicación, a fin de mejorar su implementación y, por el otro, a establecer nuevos derechos para el personal. En este sentido, se refiere a los siguientes aspectos:

a) Jornada.

Se modifican las normas sobre distribución de jornada, ello sin perjuicio de conciliar adecuadamente dos bienes: de un lado, que los trabajadores puedan compatibilizar la vida familiar y laboral; y, del otro, que los establecimientos entreguen eficaz y oportunamente las acciones de atención primaria de salud.

b) Permutas.

A fin de facilitar la permuta de los funcionarios, la que por criterios interpretativos se ha visto restringida, se elimina la exigencia de igual especialidad respecto de los cargos a permutar.

c) Asignación de Responsabilidad.

En lo que respecta a la asignación de responsabilidad que corresponde al Director del Consultorio, el Mensaje establece su incompatibilidad respecto de cualquier otra asignación vinculada al desempeño de un cargo de jefatura en el mismo consultorio.

Agrega que, de conformidad con la transformación que han experimentado las funciones de jefatura, se elimina la denominación taxativa de determinados programas que habilitan a la percepción de la asignación de responsabilidad, para utilizar una denominación genérica, más acorde a la flexibilidad con que cuentan las entidades administradoras para darse su estructura interna. Las asignaciones que se concedan por esta causa serán al menos seis y hasta nueve por consultorio; con todo, si la entidad administradora define una estructura de más de seis jefaturas para el consultorio, las que excedan de dicho número deberán financiarse con cargo

a los recursos que legalmente le correspondan, sin dar origen a incrementos de éstos o aporte adicional alguno.

d) Integración Comisiones.

Consistente con lo anterior, los integrantes de las comisiones de concursos y las comisiones técnicas de salud intercomunal adecuan su denominación a fin de hacerlas acordes a las denominaciones genéricas que se establecen a partir de la ley que creó la Autoridad Sanitaria.

e) Opción de que las entidades administradoras otorguen asignaciones especiales.

Asimismo, el proyecto dispone que las entidades administradoras, en la medida que cuenten con disponibilidad presupuestaria, pueden conceder más de una asignación especial de carácter transitorio, evitando los criterios restrictivos imperantes actualmente, que hablan sólo de una asignación especial municipal vinculada a la especialidad.

f) Concurso Interno.

En relación a la exigencia que las dotaciones de atención primaria no excedan de un 20% de personal contratado a plazo fijo, el proyecto incluye una norma transitoria que establece que las entidades administradoras que, a la fecha de publicación de esta ley, hayan excedido dicho límite deberán ajustarse a él, mediante el llamado a un concurso interno al que sólo podrán presentarse los funcionarios que se hayan desempeñado en calidad de contratados a plazo fijo en la misma comuna, durante a lo menos tres años continuos o discontinuos anteriores a dicha fecha. De este modo, se preserva el principio de la concursabilidad de los contratos indefinidos, al mismo tiempo que se da una excepcional oportunidad a aquellos funcionarios que han servido varios años al mismo municipio en la condición de contratados a plazo fijo.

g) Sustitución de los valores de sueldos bases mínimos nacionales.

Por último, se propone sustituir, al 01 de octubre de 2006, los valores del sueldo base mínimo nacional para cada categoría funcionaria.

7.- Incentivo al Retiro.

El proyecto establece un programa transitorio de incentivos al egreso, a fin de incentivar el retiro voluntario del personal que haya cumplido con el requisito de edad que se establece y decida acogerse a

este beneficio, contemplando que ellos tendrán derecho a una bonificación equivalente a 10 meses de remuneración, la que se incrementará en un mes en el caso de las funcionarias.

Finalizada la descripción del proyecto, Su Excelencia la Presidenta de la República hace referencia a ciertos acuerdos complementarios**.**

En efecto, adicionalmente a los beneficios establecidos en esta iniciativa legal, y dando cumplimiento al acta de acuerdo y su anexo, suscritos entre el Gobierno, la CONFUSAM y la ACHM el pasado 29 de agosto de 2006, se efectuará una adecuación al reglamento de la ley N° 19.378, destinada a precisar el ámbito de aplicación del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, clarificando el sentido y alcance de la expresión "...ejecutan personalmente funciones y acciones directamente relacionadas con la atención primaria de salud", contenida en el artículo 3° de la ley N° 19.378, a fin de precisar el personal que quedará afecto a referida norma.

Por otro lado, continúa, se constituirá una comisión técnica de carácter intersectorial (Salud- Educación y Dirección de Presupuestos) destinada a analizar y buscar un adecuado tratamiento al reconocimiento de los títulos técnicos de nivel medio en áreas de salud tales como técnico en atención de enfermería, técnico estadístico en salud o técnico social, entre otros.

Finalmente, a modo de conclusión, la señora Presidenta señala que el conjunto de materias contenidas en la iniciativa que se viene a proponer, que son parte del acuerdo suscrito con los actores del sector, significarán, por un lado, un progreso para los funcionarios de la atención primaria de salud y, por el otro, una mejora en los niveles de atención a los millones de chilenos y chilenas que concurren diariamente a los establecimientos de atención primaria de salud del país.

- - -

DISCUSIÓN EN GENERAL

En la sesión en que la Comisión debatió acerca del proyecto escuchó, en primer lugar, a la señora Ministra de Salud, doña María Soledad Barría, quien señaló que el año 1997 el Ministerio de Salud, la CONFUSAM y la Asociación Chilena de Municipalidades crearon una Comisión Tripartita que ha venido abordando todas las temáticas relativas a la Atención Primaria de Salud Municipal. El último acuerdo Gobierno – Trabajadores – Municipalidades, data del año 2002 y se terminó de concretar el presente año. Destacó que el contexto de tal acuerdo es la prioridad por la atención primaria de salud. En efecto, hay consenso entre las partes en

mantener la política de priorización de la Atención Primaria, que se expresa en los siguientes puntos:

1.- Inversiones en infraestructura y equipamiento destinadas a atenuar las brechas de acceso y de calidad;

2.- Potenciar el desarrollo y estabilidad de las personas que trabajan en el sector;

3.- Generar mejorías de resolutividad y conectividad con la red asistencial, y

4.- Desarrollo de tecnología y sistemas de información y comunicación.

Indicó que dicha prioridad se inscribe en el desarrollo de redes asistenciales que permitan resolver íntegramente los desafíos del sector en el marco de un modelo con enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario.

En relación al acuerdo para modificar la ley Nº 19.378, sobre Estatuto de Atención Primaria, y la ley Nº 19.813, que otorga incentivo por cumplimiento de metas, la señora Ministra indicó que se llega a consenso respecto de la vigencia y pertinencia de la ley que rige al sector y se concuerdan los cambios a la ley, los que dicen relación con áreas de difícil o conflictiva interpretación o que deben adaptarse a la realidad del sector en reforma, en las áreas de discusión predefinida: modificaciones a la asignación de desempeño difícil; aplicación universal del estatuto; definiciones y titularidad de jefaturas, y asignaciones municipales.

Respecto al acuerdo para perfeccionar el financiamiento de la salud municipal señaló que hay consenso en que el mecanismo financiero debe mejorarse y que no está desarrollado aún el contenido de los cambios requeridos. Se constituirá una mesa técnica para revisar el mecanismo de asignación y cálculos asociados, que deberá entregar públicamente sus resultados en enero de 2007. Los cambios concordados se aplicarán en las transferencias 2008 – 2010.

En cuando al acuerdo para mejorar las remuneraciones, se refirió, en primer término a la asignación al desempeño colectivo contemplada por la ley Nº 19.813.

Al respecto, señaló que el proyecto contempla aplicar un incremento a la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo por cumplimiento de metas en 4 años, del siguiente modo: componente variable de 6,6 % y un componente fijo de 5,0 %.

También contempla una asignación de 17% para los conductores de vehículos que transportan pacientes y equipos de salud, y un bono, por una vez, para todos los funcionarios de atención primaria municipal de $ 122.500 antes de finalizar el año 2006.

A continuación, la señora Ministra de Salud anunció que explicaría el modo como los acuerdos a los cuales ha aludido se materializan en las normas contenidas en el proyecto de ley en discusión.

En relación al artículo 1°, indicó que persigue reforzar los estímulos al desempeño colectivo creados por la ley N° 19.813, cuya percepción está ligada al cumplimiento de metas sanitarias y de mejoramiento de la atención.

El incremento de las remuneraciones se orienta a continuar mejorando las condiciones y la calidad del servicio que prestan los más de 24.000 funcionarios de la Atención Primaria de Salud Municipal.

Dicho incremento se otorgará en forma gradual durante un período de cuatro años, de manera tal que el componente fijo, que es hoy de un 5,3%, en el año 2010 alcanzará un 10,3%; el componente variable, en el mismo período, se elevará de un 5,3 a un 11,9% para aquellos establecimientos que alcancen el 90% o más de sus metas anuales, y de un 2,65% a 5,95% para aquellos establecimientos que cumplan desde el 75% hasta menos del 90% de sus metas.

Respecto al artículo 2º del proyecto, señaló que contiene 13 numerales que modifican diversos aspectos de la ley Nº 19.378, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

1.- En relación a la jornada de trabajo, se modifican las normas sobre distribución de jornada, ello sin perjuicio de conciliar adecuadamente dos bienes: de un lado, que los trabajadores puedan compatibilizar la vida familiar y laboral; y, del otro, que los establecimientos entreguen eficaz y oportunamente las acciones de atención primaria de salud.

2.- Respecto de la permutas, señaló que, a fin de facilitar la permuta de los funcionarios, la que por criterios interpretativos se ha visto restringida, se elimina la exigencia de igual especialidad respecto de los cargos a permutar.

3.- En cuanto a las asignaciones de responsabilidad en postas, la señora Ministra de Salud señaló que el proyecto modifica el artículo 23 en el sentido de eliminar la referencia a que la asignación de responsabilidad directiva es sólo para directores de

consultorios, para incluir aquellas comunas que sólo administran postas de salud.

4.- Respecto a las asignaciones de jefaturas, precisó lo siguiente:

a) En lo que respecta a la asignación de responsabilidad directiva, se establece la incompatibilidad del director del consultorio de percibir cualquier otra asignación vinculada al desempeño de un cargo de jefatura en el mismo consultorio.

b) De conformidad con la transformación que han experimentado las funciones de jefatura, se elimina la denominación taxativa de “jefaturas de programas” para percibir la asignación de responsabilidad; se establece una denominación genérica, más acorde a la flexibilidad con que cuentan las entidades administradoras para darse su estructura interna.

Las asignaciones que se concedan por esta causa serán al menos seis y hasta nueve por consultorio. Con todo, si la entidad administradora define una estructura de más de seis jefaturas para el consultorio, las que excedan de dicho número deberán financiarse con cargo a los recursos que legalmente le correspondan, sin dar origen a incrementos de éstos o aporte adicional alguno.

5.- En cuanto a las modificaciones a la asignación de desempeño difícil, indicó que se reemplaza el artículo 28, creándose dos asignaciones diferentes de desempeño difícil y se establece su base de cálculo, separando el mundo urbano del rural. Establece que los funcionarios de los SAPU tendrán derecho a un 15% de esta asignación sin que los beneficiados sobrepasen el 5% de la dotación nacional.

6.- Sobre las modificaciones a la asignación de desempeño difícil, la señora Ministra de Salud señaló que los criterios para calificar desempeño difícil a los establecimientos urbanos son: 1) inseguridad y riesgo, y 2) marginalidad económica, social y cultural.

Los establecimientos urbanos deberán postular y sólo el 25% de la dotación urbana obtendrá el beneficio.

Los tramos de dotación beneficiados serán divididos en 10%, 10% y 80% de las horas de dotación con un 15%, 10% y 5% de asignación, respectivamente.

7.- Agregó que se modifica el artículo 30 para establecer la asignación de desempeño difícil rural al 100% de estos establecimientos. Cada proceso durará 5 años y lo realizará el Ministerio de Salud en la forma que disponga el reglamento.

Contempla tres criterios de calificación, a saber, marginalidad económica, social y cultural; dispersión de la población, y aislamiento. Asimismo, establece los tramos de 10%, 10% y 80% de las horas dotación y los porcentajes de asignación que le corresponden a cada una, los que son 26%, 19% y 10%, respectivamente.

8.- En cuanto a la permanencia de directores, la señora Ministra de Salud expresó que el proyecto modifica el artículo 33 para establecer que los directores de consultorios, que habiendo sido parte de la dotación con contrato indefinido y que al término de su periodo no postulen a él, o que postulando no ganen el concurso, podrán retornar a su situación contractual de origen.

9.- En relación a la comisión de concurso, el proyecto modifica el artículo 35 con el doble propósito de corregir el nombre de la “jefatura de programa” por el que corresponda según se establece en el nuevo artículo 56 que se propone, y de integrar a un concejal en las comunas que no tienen consultorios y para señalar quien es el ministro de fe.

10.- En cuanto a la asignación municipal, el proyecto contempla que las entidades administradoras, en la medida que cuenten con disponibilidad presupuestaria, pueden conceder más de una asignación especial de carácter transitorio, evitando los criterios restrictivos imperantes actualmente, que hablan sólo de “una asignación especial municipal” vinculada a “especialidad”, lo que no fue intención del legislador.

11.- Las modificaciones al artículo 56 referidas a la estructura organizacional de salud tienen por finalidad permitir que las direcciones comunales de salud puedan definir su propia estructura y la de los establecimientos que administran.

12.- Respecto a la Comisión Técnica de Salud Intercomunal, se elimina la denominación de los integrantes de las comisiones técnicas de salud intercomunal, a fin de hacerlas acordes a las denominaciones genéricas que se establecen a partir de la ley que creó la Autoridad Sanitaria.

13.- Finalmente, en relación al sueldo base mínimo nacional, el proyecto explicita el sueldo base mínimo nacional vigente para cada categoría funcionaria, evitando algunos problemas de interpretación producidos con posterioridad a la publicación de la ley N° 19.813.

Agregó que el articulo 3° establece una bonificación para los conductores que transportan pacientes y equipos de

salud, de carácter permanente, de un 17% sobre categoría f y nivel del funcionario, en una carrera referencial lineal.

Luego se refirió a los artículos transitorios del proyecto.

El artículo primero contempla normas de incentivo al retiro. En efecto, establece un programa transitorio a fin de incentivar el retiro voluntario del personal que haya cumplido con el requisito de edad que se establece. Tendrán derecho a una bonificación equivalente a 10 meses de remuneración, la que se incrementará en un mes para las funcionarias.

Por su parte, el artículo segundo se refiere al financiamiento del incentivo al retiro. Para ello, establece que el mecanismo de pago del incentivo al retiro será con adelantos del per cápita de cada comuna mediante convenios; y que su devolución será por la vía de descuentos de hasta 3% de la remesa mensual y 72 meses de plazo máximo. Se consideran anticipos de aportes hasta un máximo de 1.119 funcionarios, con normativa regulada en el reglamento.

El artículo tercero está referido a los técnicos de salud. El personal que a la fecha de publicación de la presente ley, esté clasificado en la categoría d), técnicos de salud, pasará, por el sólo ministerio de la ley, a la categoría c), técnicos de nivel superior, en la medida que acredite a dicha fecha o hasta el 31 de diciembre del 2010 estar en posesión de un título técnico de nivel superior.

El artículo cuarto, referido a la gradualidad del incremento de remuneraciones, dispone como se harán los incrementos anuales de las asignaciones variable y fija de la ley N° 19.813, definidas en el presente proyecto.

El artículo quinto concede por una sola vez un bono a los trabajadores de atención primaria de salud de $122.500, respecto de una jornada de 44 horas semanales y proporcional para las jornadas menores.

El artículo sexto se refiere al concurso interno para mantener la proporcionalidad 80/20% entre contratos indefinidos y contratos a plazo fijo respectivamente. Se establece un concurso interno para que los municipios regularicen la proporcionalidad que la ley exige entre los contratos indefinidos y los de plazo fijo, 80% y 20% respectivamente.

El artículo séptimo, referido a la vigencia de los concursos, establece que las disposiciones establecidas en el numeral 7 del artículo 2° de este proyecto de ley regirán para concursos posteriores a su publicación.

Por su parte, el artículo octavo dispone que las normas sobre desempeño difícil entrarán en vigencia un mes después de la publicación del reglamento respectivo.

Por último, el artículo noveno está referido al financiamiento de la presente ley.

Finalmente, la señora Ministra de Salud indicó que, complementariamente a los beneficios establecidos en esta iniciativa legal, y dando cumplimiento al acta de acuerdo y su anexo suscritos entre el Gobierno, CONFUSAM y ACHM, el pasado 29 de agosto de 2006, se efectuará una adecuación al reglamento de la ley N° 19.378, destinada a precisar el ámbito de aplicación del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, clarificando el sentido y alcance de la expresión "...ejecutan personalmente funciones y acciones directamente relacionadas con la atención primaria de salud", contenida en el artículo 3° de la ley N° 19.378, a fin de precisar el personal que quedará afecto a la referida norma.

Se constituirá una comisión técnica de carácter intersectorial (Salud-Educación y Dirección de Presupuestos) destinada a analizar y buscar un adecuado tratamiento al reconocimiento de los títulos técnicos de nivel medio en áreas de salud, tales como, técnico en atención de enfermería, técnico estadístico en salud o técnico social, entre otros.

Luego, hizo uso de la palabra el señor Esteban Maturana, quien en primer lugar, confirmó lo expresado por la señora Ministra de Salud, en el sentido de que el proyecto en discusión es el resultado de un acuerdo tripartito entre el Ministerio, la Asociación de Municipalidades y la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipalizada, y cuyas conversaciones se iniciaron el año pasado. Celebró que ello haya ocurrido de ese modo.

Agregó que el proyecto aborda temas que se arrastran desde hace muchos años, entre los cuales destacó el referido a las remuneraciones. Al respecto indicó que si bien originalmente se planteó la necesidad de modificar el sueldo base mínimo nacional, luego se logró un acuerdo con el Gobierno consistente en contemplar, además, normas de incremento de las remuneraciones en forma gradual durante un período de cuatro años, con un componente fijo y otro componente variable, tal como lo ha explicado la señora Ministra de Salud en su intervención. Destacó que el acuerdo logrado los satisface, pero que hubiera preferido que el incremento de las remuneraciones fuera sin perjuicio del desempeño.

En relación a las modificaciones que introduce el proyecto al Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, se refirió principalmente a las referidas a la jornada de trabajo, la diferenciación entre

posta rural y consultorio urbano para efectos de calificación de establecimiento de desempeño difícil, y a las que favorecen a los conductores de ambulancias.

Respecto a las normas relativas a la jornada de trabajo, indicó que la ley actualmente vigente sólo dispone que la jornada ordinaria de trabajo será de cuarenta y cuatro horas semanales. En cambio, el proyecto precisa el modo en que éstas serán distribuidas, estableciendo, como norma general que será de lunes a viernes, en horario diurno y continuo, comprendido entra las 8 de la mañana y las 8 de la noche, con un tope de 9 horas diarias. Indicó que esta limitación contenida en el proyecto es una justa aspiración de los funcionarios de la salud municipal.

En cuanto a la diferenciación entre posta rural y consultorio urbano para efectos de calificación de establecimiento de desempeño difícil, celebró que el criterio adoptado por el proyecto, según el cual la totalidad del mundo rural recibirá la asignación correspondiente, en distintos tramos, y que se incremente en el caso de los consultorios urbanos.

Por último, también celebró la solución que considera el proyecto para el problema que afecta a los conductores de vehículos que transportan pacientes y equipos de salud fuera del respectivo establecimiento, gracias a la creación de una bonificación mensual que compense pecuniariamente la responsabilidad de sus funciones y la necesidad de contar con una mayor preparación para desempeñarlas, equivalente al 17% del sueldo base más la asignación de atención primaria de salud municipal, correspondiente a su nivel de la categoría f), calculada en una carrera referencial lineal diseñada a partir del sueldo base mínimo nacional de dicha categoría, en relación con una jornada de cuarenta y cuatro horas semanales.

Finalizó su intervención apoyando el texto del proyecto y celebrando, una vez más, que éste sea el resultado de un acuerdo tripartito. Indicó que el proyecto cuenta con un respaldo unánime a nivel nacional de los funcionarios de atención primaria de salud municipal, así como con el apoyo de las municipalidades.

Ante una consulta del Honorable Senador señor Kuschel relacionada con la asignación especial para los funcionarios que se desempeñan en establecimientos de desempeño difícil, la señora Ministra de Salud señaló que el Ministerio requiriere de un instrumento que le permita captar profesionales que estén dispuestos a trabajar en establecimientos de estas características, toda vez que sin esta diferenciación puede resultar difícil conseguir personas interesadas en ocupar cargos vacantes en lugares donde las condiciones de trabajo son más difíciles. Es decir, se trata de un instrumento necesario que representa un estímulo para los funcionarios.

Por su parte, el Honorable Senador señor Letelier, en primer término, valoró el acuerdo alcanzado, que se refleja en el proyecto de ley en discusión.

No obstante, manifestó su desacuerdo con la norma contenida en el artículo 3° transitorio del proyecto, que exige a los técnicos de salud que se señala, acreditar estar en posesión de un título técnico de nivel superior de los que se indica, fijando como plazo para ello hasta diciembre del 2010. Lo anterior, con el fin de pasar, por el solo ministerio de la ley, a una categoría superior.

Al respecto, señaló que no le parece buena la solución que se ha adoptado. Ello por cuanto no reconoce la capacidad, experticia y conocimientos de los técnicos paramédicos que han sido formados en los servicios de salud, los que, en su opinión, aún cuando carecen de un título, cumplen su función de manera excepcional, igual o mejor incluso que aquellos que tienen un título. En definitiva, estos técnicos paramédicos, en caso de no obtener un título técnico, no van a poder acceder a mejores remuneraciones, y se van a ver perjudicados por la disposición. Cabe tener presente que la no obtención por parte de estos paramédicos de un título obedece, en la gran mayoría de los casos, a razones que escapan de su voluntad, como ausencia de tiempo o de medios económicos para estudiar.

El señor Maturana indicó que este problema surge a raíz de la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE) que contempla los “técnicos de nivel superior”. Cuando se estructuró la carrera funcionaria, en el Estatuto de Atención Primaria, se establecieron requisitos académicos para diseñar las categorías funcionarias, distinguiendo según la letra que se trate. En la categoría d), que es la de los técnicos paramédicos, se exigió un curso de 1500 horas en una institución reconocida por el Ministerio de Salud, y en el caso de la letra c), que debía ser contemplada porque estaba en la LOCE, se comprendió a los técnicos de nivel superior. En definitiva, en el Estatuto se reflejó lo contemplado en la LOCE.

Al cabo de un tiempo, continuó, los Institutos empezaron a formar paramédicos, que estaban en la categoría d) cumpliendo con esos requisitos, como técnicos de nivel superior, con cursos dictados al efecto. Así se generó el problema de dos categorías de técnicos de nivel paramédicos: los que son técnicos de nivel superior, y los que sólo son técnicos de salud de categoría d).

La idea de la propuesta es que, eventualmente, todos los técnicos paramédicos en Chile sean técnicos de nivel superior. De esta manera se entrega un mejor servicio, con gente con mayor preparación académica y mejores capacidades. La idea es que la gente se capacite.

El Honorable Senador señor Letelier reiteró que hay mucha gente en esa situación, que no va a poder estudiar y capacitarse, y por ende va a quedar excluida. Son personas que han sido preparadas por los servicios de salud, que quizás no otorgan un título, pero entregan una formación igual o mejor que los Institutos.

La señora Ministra, por su parte, indicó que la norma tiene por objeto la profesionalización de los servicios de salud. Compartió lo manifestado por el Honorable Senador señor Letelier, en cuanto a la capacidad de los técnicos paramédicos formados por los servicios de salud, y agregó que se ha terminado con esa labor formadora de técnicos en los servicios.

Agregó que el Ministerio de Salud ha hecho un esfuerzo para trabajar junto con el Ministerio de Educación y con los Institutos de Educación Superior, para poder hacer un currículum que de respuesta a las necesidades del sistema. Se celebró un acuerdo con el Ministerio de Educación, hace más de 10 años, para armar un currículum común para los técnicos y los así llamados técnicos de nivel superior. De esa manera aseguran la excelencia de los técnicos que egresan.

- Puesto en votación en general el proyecto, éste fue aprobado por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Matthei y señores Girardi, Kuschel, Ominami y Ruiz-Esquide.

- - -

TEXTO DEL PROYECTO

A continuación, se transcribe literalmente el texto del proyecto de ley que la Comisión de Salud os propone aprobar en general. Éste corresponde al despachado por la Honorable Cámara de Diputados en primer trámite constitucional, y cuyo tenor es el siguiente:

PROYECTO DE LEY

“Artículo 1°.- Sustitúyense en el inciso tercero del artículo 2° de la ley Nº 19.813, los porcentajes que se indican por los siguientes, en el mismo orden en que aparecen en el texto:“5,3%” por “10,3%”; “5,3%” por “11,9%”, y “2,65%” por “5,95%”.

Artículo 2°.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 19.378, sobre Estatuto de Atención Primaria de la Salud Municipal:

1) Intercálase en el inciso primero del artículo 15 a continuación del primer punto seguido (.) la siguiente frase:

“Se distribuirá de lunes a viernes, en horario diurno y continuo, comprendido entre las 08 y 20 horas, con tope de 9 horas diarias. Esta distribución no será aplicable a aquellos funcionarios cuya jornada ordinaria y normal de trabajo, por la naturaleza de los servicios que prestan, deba cumplirse fuera de los horarios precitados, sujetándose, a dichos efectos, a la modalidad de distribución que hubieren pactado en sus respectivos contratos.”.

2) Suprímese en el artículo 20 la expresión “especialidad y nivel,”.

3) Suprímese en el artículo 23, literal c), a continuación de la frase que inicia con “la asignación de responsabilidad directiva” la expresión “en un consultorio municipal de atención primaria”.

4) En el artículo 27:

a) Agrégase al final del inciso primero, a continuación del punto aparte (.) que pasa a ser seguido (.), la siguiente frase: “Esta asignación será incompatible con cualquier otra asignación de las señaladas en el inciso siguiente en el mismo consultorio que él dirige.”.

b) Sustitúyese el inciso segundo por los siguientes incisos segundo, tercero y cuarto nuevos, pasando el actual inciso tercero a ser quinto:

“Asimismo, el personal que ejerza funciones de responsabilidad, conforme a lo dispuesto en el artículo 56, tendrá derecho a percibir esta asignación de responsabilidad directiva, en un porcentaje de un 5% y hasta 15% aplicado sobre igual base. Las respectivas asignaciones serán al menos seis y hasta nueve por consultorio. Con todo, si la entidad administradora define una estructura de más de seis jefaturas, las que excedan de dicho número deberán financiarse con cargo a los recursos que legalmente le correspondan, sin dar origen a incrementos de éstos o aporte adicional alguno.

En el evento que la entidad administradora no cuente con consultorio de salud municipal, podrá otorgar hasta un máximo de tres asignaciones de responsabilidad directiva en las mismas condiciones establecidas en el inciso anterior.

Un mismo trabajador podrá percibir hasta un máximo de dos asignaciones de responsabilidad por cada entidad administradora de salud municipal.”.

5) Reemplázase el artículo 28 por el siguiente:

“Artículo 28.- Los funcionarios que laboren en establecimientos reconocidos como urbanos o rurales por el Ministerio de Salud y calificados como establecimientos de desempeño difícil por decreto supremo de esa Secretaria de Estado, tendrán derecho a una asignación de desempeño difícil, consistente en los porcentajes señalados en los artículos 29 y 30, aplicados sobre la suma del sueldo base y la asignación de atención primaria municipal correspondientes a su nivel y categoría funcionaria en una carrera referencial lineal diseñada a partir del sueldo base mínimo nacional, en relación con una jornada de cuarenta y cuatro horas semanales.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud establecerá el procedimiento de calificación, los grados en que se presenten las condiciones de dificultad y toda otra disposición necesaria para la adecuada calificación del establecimiento.

El funcionario que ejecute labores en un Servicio de Atención Primaria de Urgencia también tendrá derecho a esta asignación, la que ascenderá a un 15% calculado sobre la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondientes a su categoría y nivel funcionario. Esta asignación será incompatible con la que corresponda a los consultorios por concepto de desempeño difícil. En todo caso, si por aplicación del porcentaje fijado al consultorio al que esté adosado el Servicio de Atención Primaria de Urgencia resultare un monto superior al calculado sobre la base del 15% precedente, se pagará exclusivamente el que corresponda al consultorio.

El total de funcionarios de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia que reciba esta asignación no podrá exceder del 5% del total nacional de las dotaciones de los establecimientos de Atención Primaria de Salud del país, lo que será regulado por los parámetros generales que al efecto fije el Ministerio de Salud.”.

6) Sustitúyese el artículo 29, por el siguiente:

“Artículo 29.- La calificación de establecimiento urbano de desempeño difícil, deberá hacerse por el Ministerio de Salud cada tres años, considerando los siguientes factores:

a) Marginalidad económica, social y cultural de la población beneficiaria, y

b) Inseguridad y riesgo para el personal, derivado de las condiciones del lugar en que se ejecuten las acciones de atención primaria de salud.

Para efecto de lo anterior, la entidad administradora de salud municipal de cada comuna deberá proponer al Servicio de Salud correspondiente los establecimientos urbanos que considere que deban ser calificados de desempeño difícil. Los servicios deberán informar las proposiciones y antecedentes al Ministerio de Salud.

Los establecimientos, de acuerdo a su grado de dificultad y siempre que no excedan del 25% del total nacional de horas de dotación urbana, darán derecho a la asignación de desempeño difícil en los siguientes porcentajes y conforme a los tramos decrecientes que se indican:

Primer Tramo: 15% de asignación de desempeño difícil para aquellos establecimientos que presentan mayor grado de dificultad y hasta un 10% de las horas de la dotación urbana nacional consideradas para el beneficio.

Segundo Tramo: 10% de asignación de desempeño difícil para aquellos que, ubicados a continuación del tramo anterior y sumados con éste, completan hasta un 20% de las horas de la dotación urbana nacional consideradas para el beneficio.

Tercer Tramo: 5% de asignación de desempeño difícil para el restante porcentaje de horas de la dotación urbana nacional hasta completar el mencionado 25%.”.

7) Sustitúyese el artículo 30 por el siguiente:

“Artículo 30.- La calificación del grado de dificultad del desempeño de los establecimientos rurales deberá hacerse por el Ministerio de Salud cada cinco años, considerando los siguientes factores:

a) Condiciones de aislamiento geográfico,

b) Dispersión de la población beneficiaria, y

c) Marginalidad económica, social y cultural de la población beneficiaria.

Los establecimientos, de acuerdo a su grado de dificultad, darán derecho a la asignación de desempeño difícil en los siguientes porcentajes y conforme a los tramos decrecientes que se indican:

Primer Tramo: 26% de asignación de desempeño difícil para aquellos establecimientos que presentan mayor grado de dificultad y hasta un 10% de las horas de dotación rural nacional.

Segundo Tramo: 19% de asignación de desempeño difícil para aquellos que, ubicados a continuación del tramo anterior y sumados con éste, completan hasta un 20% de las horas de dotación rural nacional.

Tercer Tramo: 10% de asignación de desempeño difícil para el restante porcentaje de horas de dotación rural nacional hasta completar el 100% de éstas.”.

8) Agrégase en el artículo 33 el siguiente inciso final nuevo:

“El Director que, antes de ejercer como tal hubiere tenido contrato indefinido, volverá a desempeñarse en dicha calidad, sin necesidad de concurso, en establecimientos de la misma comuna y hasta por igual número de horas que tenía contratadas antes de ejercer la función de Director, en el evento que habiendo repostulado no resulte seleccionado en el concurso público respectivo o no vuelva a postular a dicho cargo.”.

9) En el artículo 35:

a) Sustitúyese la letra c) del inciso segundo por la siguiente:

“c) El jefe que corresponda de conformidad a la estructura definida en virtud del artículo 56 a la unidad en la que se desempeñará el funcionario.”.

b) Sustitúyese el inciso final por el siguiente:

“En aquellas comunas en que no existen consultorios, también integrará la comisión de concursos un Concejal. Siempre integrará la comisión, en calidad de ministro de fe, un representante del Director del Servicio de Salud en cuyo territorio se encuentre la entidad administradora de salud municipal.”.

10) Sustitúyese el artículo 45 por el siguiente:

“Artículo 45.- Con la aprobación del Concejo Municipal, la entidad administradora podrá otorgar a sus funcionarios asignaciones especiales de carácter transitorio. Dichas asignaciones podrán otorgarse a una parte o a la totalidad de la dotación de salud y fijarse de acuerdo con el nivel y la categoría funcionaria del personal de uno o más establecimientos dependientes de la municipalidad, según las necesidades del servicio. En cualquier caso, dichas asignaciones deberán adecuarse a la disponibilidad presupuestaria anual de la entidad administradora. Estas

asignaciones transitorias durarán, como máximo, hasta el 31 de diciembre de cada año.”.

11) Intercálase en el artículo 56 el siguiente inciso segundo nuevo, pasando el actual inciso segundo a ser inciso tercero:

“Las entidades administradoras definirán la estructura organizacional de sus establecimientos de atención primaria de salud y de la unidad encargada de salud en la entidad administradora, sobre la base del plan de salud comunal y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud.”.

12) Sustitúyese en el inciso segundo del artículo 59, la frase que se encuentra a continuación de la expresión “administradoras de salud municipal” por la siguiente: “y por tres profesionales que el Director del Servicio de Salud respectivo designe”.

13) En el artículo 15 transitorio:

a) Sustitúyense, a contar del 1 de octubre de 2006, los valores consignados en las letras a), b), c), d), e) y f) por los siguientes:

“a) $264.134.-
b) $200.678.-
c) $105.890.-
d) $101.725.-
e) $ 94.571.-
f) $ 83.392.-”.

b) Agrégase el siguiente inciso segundo:

“Estos montos se reajustarán, con posterioridad a dicha data, en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado o se determinen para las remuneraciones del sector público.”.

Artículo 3°.- Establécese, a contar del 1 de enero de 2007, una bonificación mensual para el personal perteneciente a la dotación de los establecimientos de atención primaria de salud municipal, que teniendo licencia de enseñanza media y licencia de conducir tipo A2 o A3, cumpla funciones de conductor de vehículos que transporten pacientes y equipos de salud fuera de los respectivos establecimientos.

Para tener derecho a esta bonificación, los funcionarios deberán estar asignados a prestar dichos servicios a través de resolución del director de la entidad administradora de salud municipal correspondiente.

Esta bonificación se percibirá sólo mientras el funcionario se encuentre en funciones en los puestos mencionados, manteniendo el derecho a percibirla durante los períodos de ausencia con goce de remuneraciones originados en permisos, licencias y feriado legal.

Esta bonificación ascenderá a un monto mensual equivalente al 17% del sueldo base más la asignación de atención primaria de salud municipal, correspondiente a su nivel de la categoría f), calculada en una carrera referencial lineal diseñada a partir del sueldo base mínimo nacional de dicha categoría, en relación con una jornada de cuarenta y cuatro horas semanales.

Esta bonificación será imponible para fines de previsión y salud.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo primero.- El personal regido por la ley Nº 19.378 que tenga o cumpla sesenta o más años de edad si es mujer, o sesenta y cinco o más años de edad si es hombre, y que desde los 60 días siguientes a la publicación de esta ley y hasta dos años posteriores a esta última data, deje de pertenecer voluntariamente a una dotación de salud municipal respecto del total de horas que sirve, tendrá derecho a percibir una bonificación por retiro voluntario equivalente a un mes de remuneración imponible por cada año de servicio y fracción superior a seis meses prestados en establecimientos de salud públicos, municipales o corporaciones de salud municipal, con un máximo de diez meses. La remuneración que servirá de base para el cálculo de la bonificación será el promedio de las remuneraciones mensuales imponibles que le haya correspondido al funcionario durante los 12 meses inmediatamente anteriores al retiro, actualizadas según el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas.

Las funcionarias tendrán derecho a un mes adicional de bonificación por retiro voluntario.

Esta bonificación no será imponible ni constituirá renta para ningún efecto legal y será compatible con cualquier otro beneficio homologable que se origine en una causal de similar otorgamiento, quedando sujeta a las condiciones que se establezcan para dicho otro beneficio.

Los funcionarios que cesen en sus empleos por aplicación de lo dispuesto en este artículo, no podrán ser nombrados ni contratados en una entidad administradora de salud municipal o Municipalidad, 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.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará los mecanismos, la periodicidad y las demás disposiciones necesarias para la implementación de esta bonificación.

Artículo segundo.- Las entidades administradoras de salud municipal, podrán solicitar al Ministerio de Salud, por intermedio del Servicio de Salud respectivo, un anticipo del aporte estatal definido en el artículo 49 de la ley Nº 19.378, para el financiamiento de la aplicación del beneficio establecido en el artículo anterior, el que no podrá exceder del monto total de las bonificaciones por retiro voluntario a pagar. Con todo, el Ministerio de Salud concederá anticipos de aportes hasta un máximo nacional de 1.119 funcionarios. El reglamento determinará las normas de precedencia para acceder a dichos anticipos.

Los recursos anticipados serán devueltos en su totalidad por la entidad administradora de salud municipal mediante una rebaja del aporte estatal, a contar del mes siguiente a aquel en que se otorgue el anticipo.

El monto de los recursos a rebajar será de hasta el 3% del aporte estatal mensual a las municipalidades respectivas, no pudiendo exceder de setenta y dos meses el plazo para la devolución total.

Para los efectos de lo señalado en los incisos anteriores, se suscribirán entre la Municipalidad y el Servicio de Salud correspondiente los convenios que sean necesarios, los que deberán ser aprobados por Resolución Exenta del Ministerio de Salud, visada por el Ministerio de Hacienda. Estos convenios deberán contener el monto del anticipo solicitado, plazo de pago, valor y número de cuotas mensuales en las cuales deberá ser devuelto, y los demás antecedentes que justifiquen la solicitud de recursos.

Artículo tercero.- Los técnicos de salud que, a la fecha de publicación de esta ley, estén clasificados en la categoría d) del artículo 5° de la ley Nº 19.378, y que a dicha fecha o hasta el 31 de diciembre de 2010 acrediten estar en posesión de un título de técnico de nivel superior, a los que se refiere el artículo 35 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Educación, pasarán, por el solo ministerio de la ley, a la categoría c), en la siguiente fijación de dotación, manteniendo la naturaleza del contrato que tengan al momento del traspaso.

Artículo cuarto.- Los porcentajes correspondientes a la asignación de estímulo al desempeño colectivo, establecidos en el artículo 1° de esta ley, se otorgarán en forma gradual durante un período de cuatro años, conforme al siguiente cronograma:

a) año 2007:
- componente fijo 6,7%
-componente variable:
i) cumplimiento de 90% o más de las metas 7%
ii) cumplimiento entre el 75% y menos del 90% de las metas 3,5%

b) año 2008:
- componente fijo 8%
- componente variable:
i) cumplimiento de 90% o más de las metas 8,6%
ii) cumplimiento entre el 75% y menos del 90% de las metas 4,3%

c) año 2009:
- componente fijo 9,2%
- componente variable:
i) cumplimiento de 90% o más de las metas 10,2%
ii) cumplimiento entre el 75% y menos del 90% de las metas 5,1%

d) año 2010:
- componente fijo 10,3%
- componente variable:
i) cumplimiento de 90% o más de las metas 11,9%
ii) cumplimiento entre el 75% y menos del 90% de las metas 5,95%

Artículo quinto.- Concédese un bono, por una sola vez, al personal de atención primaria de salud municipal, regido por la ley Nº 19.378, que se encontraba prestando servicios al 31 de agosto de 2006 y que continúe en servicio a la fecha del pago. Este bono no será imponible ni tributable y se pagará, en una sola cuota, en el mes de diciembre de 2006.

El monto será de $ 122.500 (ciento veintidós mil quinientos pesos) para jornadas de cuarenta y cuatro horas semanales, calculándose en forma proporcional a la jornada de trabajo por la cual esté contratado cada funcionario si esta última fuera inferior.

Los funcionarios que estén contratados por una jornada mayor o desempeñen funciones en más de un establecimiento, con

jornadas cuya suma sea superior a dicho máximo, sólo tendrán derecho al bono correspondiente a las mencionadas cuarenta y cuatro horas semanales.

Artículo sexto.- Las entidades administradoras de salud municipal que, a la fecha de publicación de esta ley, tengan en su dotación un porcentaje superior al 20% de funcionarios en calidad de contratados a plazo fijo, deberán llamar a concurso interno para incorporar a dichos funcionarios en calidad de contratados indefinidos, para ajustarse a lo estipulado en el artículo 14 de la ley Nº 19.378. El concurso deberá estar resuelto a más tardar el 30 de junio de 2007.

Podrán participar en este concurso interno los funcionarios que hayan pertenecido a la dotación de la respectiva entidad administradora de salud municipal en calidad de contratados a plazo fijo a la fecha de publicación de esta ley y que hayan servido en ésta durante a lo menos tres años continuos o discontinuos anteriores a dicha fecha.

Artículo séptimo.- La modificación a que se refiere el numeral 7) del artículo 2° de esta ley regirá para los concursos que se convoquen con posterioridad a la publicación de esta ley.

Artículo octavo.- Las modificaciones a que se refieren los numerales 3), 4) y 5) del artículo 2° de esta ley, comenzarán a regir a partir del día 1 del mes siguiente al de publicación del correspondiente reglamento.

Artículo noveno.- El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley durante el año 2006, se financiará con cargo a reasignaciones de la partida presupuestaria Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiere financiar con dichos recursos.”.

- - -

Acordado en sesión celebrada el día 5 de diciembre de 2006. Honorables Senadores señor Guido Girardi Lavín (Presidente), señora Evelyn Matthei Fornet y señores Carlos Ignacio Kuschel Silva, Carlos Ominami Pascual y Mariano Ruiz-Esquide Jara.

Sala de la Comisión, a 6 de diciembre de 2006.

PEDRO FADIC RUIZ
Abogado Secretario de la Comisión

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE MODIFICA LAS LEYES N°s 19.378 Y 19.813, Y CONCEDE OTROS BENEFICIOS AL PERSONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.
(BOLETÍN Nº 4639-11)

I. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN: En lo medular, el proyecto otorga un mejoramiento de los incentivos económicos al desempeño creados por la ley N° 19.813, que otorga beneficios a la salud primaria, así como la creación de otros beneficios especiales para el personal regido por la ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, contemplando una bonificación por retiro voluntario de este personal. Asimismo se establecen una serie de modificaciones estatutarias, con un criterio modernizador, tendientes a corregir problemas derivados de la aplicación del Estatuto, a fin de mejorar su implementación, como también a establecer nuevos derechos para el personal.

II. ACUERDOS: Aprobado en general (Unanimidad). (5x0).

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: El proyecto consta de tres artículos permanentes y nueve artículos transitorios.

IV. URGENCIA: Suma.

V. NORMAS DE QUORUM ESPECIAL: Los numerales 9 y 10 del artículo 2°, que introducen modificaciones a los artículos 35 y 45, respectivamente, de ley N° 19.378, sobre Estatuto de Atención Primaria de la Salud Municipal, contienen normas de rango orgánico constitucional.

VI. ORIGEN INICIATIVA: Mensaje de Su Excelencia la Presidenta de la República.

VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: Segundo trámite constitucional.

VIII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS: Fue aprobado en general por 98 votos a favor. No hubo votos en contra ni abstenciones.

IX. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 28 de noviembre de 2006.

X. TRÁMITE REGLAMENTARIO: Primer informe.

XI LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

- Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud municipal
- Ley N° 19.813, que otorga beneficios a la salud primaria.

- - -

Valparaíso, 6 de diciembre de 2006.

PEDRO FADIC RUIZ
Secretario Abogado de la Comisión