

SANTIAGO, 8 de Marzo de 2004

DE: ABOGADA ASESORA

A : SR PRESIDENTE COLEGIO DE QUÍMICO FARMACÉUTICOS  
DE CHILE (A.G)

Con ocasión de la publicación en el Diario Oficial, edición del día. 24 de Febrero de 2004, de la Ley N° 19.937, informo a Ud. y por su intermedio al Directorio Nacional, lo siguiente:

#### CONSIDERACIONES GENERALES:

El objetivo, de dicha Ley, como se indica en el Mensaje del Ejecutivo, fue establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y hacer efectiva la participación ciudadana. Ello, como parte del proceso de reforma del sector salud y de la forma como se accede al derecho a la salud por parte de la población. Ésta se concibe en un modelo centrado en la prevención y la promoción y por lo tanto, con énfasis en la atención primaria. Así, como se observará en el cuerpo de este informe, se introducen importantes cambios en la concepción y estructura del sector, separando las funciones regulatoria, de gestión y de control de cumplimiento de metas sanitarias y de satisfacción de los usuarios. Entre otras materias, se crean los Establecimientos de Autogestión en Red, los Establecimientos de Baja Complejidad en Red, se suprime el Servicio de Salud del Ambiente y la Superintendencia de Salud Previsional y se crea la Superintendencia de Salud. En materia de remuneraciones, se crean diversos incentivos para el personal de los establecimientos públicos de salud. Se establecen normas relativas a la participación ciudadana en materias de salud.

En relación con la autoridad Sanitaria, ésta comprende 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 el Código Sanitario, la ley o el reglamento radica en dichas autoridades y que ejerce 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 el Código Sanitario, la ley o el reglamento regula, sin perjuicio de los funcionarios en quienes estas autoridades hayan delegado validamente sus atribuciones.

- Las normas más importantes de la ley, que se refieren a los cambios de estructuras y funciones, iniciarán su vigencia partir del 1 de Enero del año 2005.

#### ANALISIS DEL TEXTO LEGAL:

I.-La Ley introduce diversas modificaciones al Decreto Ley N° 2763 de 1979, texto éste que en su momento, reorganizó el Ministerio de Salud y el sector salud.

A) El nuevo artículo 4° del DL. 2763 entrega al Ministerio de Salud obligaciones en la formulación, fijación y control de las políticas de salud con funciones en: -la rectoría del sector salud; -la dictación de normas generales a que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema; -el resguardo de las normas en materia de salud;-el tratamiento de datos con fines estadísticos y la mantención de registros o bancos de datos en materias de su competencia;-la formulación del presupuesto sectorial;-la formulación, evaluación y actualización de las herramientas estratégicas del sector o Plan Nacional de Salud;- la fijación de políticas y normas de inversión en los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales;-el resguardo de la coordinación de las redes asistenciales;-el establecimiento de estándares mínimos a cumplir por los prestadores institucionales de salud;-el establecimiento de un sistema de acreditación de prestadores institucionales autorizadas para funcionar. La acreditación se entiende como el proceso periódico de evaluación del cumplimiento de estándares mínimos de acuerdo al tipo de establecimiento y complejidad de las prestaciones. Se entrega el establecimiento del sistema de acreditación, a entidades públicas o privadas, de acuerdo al reglamento del Ministerio de Salud. -El establecimiento de un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de prestadores individuales. La certificación se entiende como el reconocimiento de que el prestador domina un cuerpo de conocimientos y experiencias relevantes en un determinado ámbito del trabajo asistencial. Las entidades públicas o privadas certificadoras y condiciones, se determinarán mediante D.S. de los Ministerios de Salud y Educación -El establecimiento de protocolos de atención en salud, esto es, instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Serán obligatorias para el sector público y privado existiendo causa sanitaria determinada por Resolución del Ministerio; - La implementación de sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, en el otorgamiento de acciones de salud.;-La formulación de políticas que incorporen un enfoque de salud intercultural, tratándose de comunas con alta concentración indígena;- Las demás funciones que le confieren las leyes y reglamento

En relación con las funciones que se entregan al Minsal, especial importancia, reviste la forma de velar por el cumplimiento de las normas sanitarias, por cuanto se entrega la fiscalización de éstas y la sanción frente a infracciones (hasta ahora radicadas en los Servicios de Salud) a la Secretaría Regional Ministerial de Salud, salvo que la ley otorgue competencia a otros organismos. Por su parte, la labor de inspección puede ser entregada a “terceros idóneos” (con a lo menos 3 años de experiencia, personal idóneo e infraestructura suficiente), que certifique el Ministerio y siempre que falte personal para desarrollar estas tareas.

De especial importancia para el Colegio, por afectar al ejercicio profesional, resultan la certificación de especialidades y subespecialidades, los protocolos de atención, la implementación de sistemas alternativos de solución de controversias y la entrega a terceros de labores de inspección.

B) También se introducen normas que, de acuerdo al Mensaje del Ejecutivo, pretenden hacer efectiva la participación ciudadana, a través de la formación de Consejos Consultivos de Salud integrados por personas naturales y representantes de personas jurídicas del sector público y privado, convocados por el Ministerio, para efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población. A nivel de los Establecimientos de Autogestión en Red, la participación ciudadana, se consagra a través de un Consejo Consultivo de los Usuarios, integrado por cinco representantes de la comunidad vecinal y dos de los trabajadores del establecimiento. Dicho Consejo asesora al Director en la fijación de políticas del establecimiento y en la definición y evaluación de los planes institucionales, conoce el plan de actividades a desarrollar y recibe la cuenta pública anual del mismo, todo ello de acuerdo al reglamento a dictarse

C) Se cambia la organización del Minsal, el que queda integrado por dos Subsecretarías: - la de Redes Asistenciales y la de Salud Pública; y las Secretarías Regionales Ministeriales. El Ministerio a su vez se organiza en Direcciones, Departamentos, Secciones y Oficinas (art.5°).

D) Se entrega al Subsecretario de Redes Asistenciales, la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema. El objetivo de ésta, es la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como, la definición de niveles de complejidad asistencial para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad exigibles. También coordina los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, CENABAST y demás organismos que integran el Sistema (art.8°)

E) Se entrega al Subsecretario de Salud Pública (que subroga al Ministro), la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a promoción de salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas, proponiendo políticas, normas,

planes y programas y velando por su cumplimiento. Coordina las acciones del Fondo Nacional de Salud y del Instituto de Salud Pública y les imparte instrucciones (art.9°).

F) Se refuerzan las atribuciones de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, a las que se asignan funciones antes radicadas en los Servicios de Salud. (estos quedan sólo con la ejecución de acciones integradas de carácter asistencial). Así se entregan: - las acciones de protección de los riesgos producidos por el medio ambiente, con las facultades del Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias; y - el otorgamiento de autorizaciones sanitarias (Art. 14B y 14C). Los ingresos de las Secretarías Regionales Ministeriales por tarifas, servicios y multas, deben ingresar a la Subsecretaría de Salud Pública, quien debe distribuirlos entre las Secretarías Regionales.

El Secretario Regional Ministerial debe convocar al Consejo Asesor (que se nombra de acuerdo a un Reglamento) en el primer trimestre de cada año, para informar la gestión del año precedente y la planificación anual.

G) En relación con los Servicios de Salud, éstos se reducen a seis en la Región Metropolitana, ya que desaparece el de Salud del Ambiente, cuyas funciones pasan al SEREMI; como se señaló. La función de los Servicios de Salud corresponde a 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”.

Por su parte, constituyen la Red Asistencial, el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, los establecimientos municipales de Atención Primaria de su territorio y demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo. Dicha Red colabora y se complementa con la de otros Servicios de Salud.

La Red se considera con un primer nivel de atención primaria y otros niveles de atención, que sólo pueden recibir derivaciones desde el primer nivel, salvo casos de urgencia y otras que señalen la Ley y los reglamentos.

Los establecimientos de Atención Primaria deben atender a la población a su cargo. Los beneficiarios de la Ley de Salud N° 18.469 deben inscribirse en el que corresponda a su domicilio o lugar de trabajo. Los beneficiarios no pueden cambiar su inscripción antes de transcurrido un año, salvo que acrediten cambio de domicilio o lugar de trabajo.

Se considera que los funcionarios públicos del sector salud, puedan ser atendidos en los establecimientos en que se desempeñan, pudiendo también ser referidos a otros centros de salud.

H) Se busca fortalecer la capacidad resolutoria del nivel primario, correspondiendo a los Servicios determinar conforme a la Ley N 19.813 para cada entidad de salud primaria y sus establecimientos, las metas e

indicadores en el marco de los definidos por el Minsal, evaluando a las entidades administradoras.

I) Se entrega al Director de Servicio de Salud, la atribución de determinar el tipo de atenciones de salud que harán los hospitales autogestionados y la forma en que éstos se relacionen con la Red. También, se entrega la facultad de 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, en cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, siempre que dicho establecimiento esté situado en la misma ciudad en que éste se desempeña. Se puede disponer en una ciudad diferente, si el funcionario consiente en ello. Las comisiones que pueden ser en jornadas totales o parciales y en determinados días de la semana, no pueden significar el desempeño de funciones de jerarquía inferior al cargo o ajenas a los conocimientos que éste requiere, importar menoscabo, ni superar los dos años (salvo plazo acordado con el funcionario). Se establece para el funcionario, recurso de reposición ante el Director del Servicio y apelación ante el SEREMI. Esta facultad podría configurar una especie de precaridad de los cargos funcionarios.

Se crea un Consejo de Integración de la Red Asistencial, que asesora al Director del Servicio, constituido por representantes de establecimientos de salud pública de todos los niveles de atención, públicos y privados, que integren la Red Asistencial del Servicio.

J) La Ley crea la calidad de Establecimientos de Autogestión en Red: se definen como aquellos dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones y que obtengan dicha calidad de acuerdo al Reglamento, debiendo someterse a evaluación y control de gestión. Deben tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios.

Los Establecimientos de Autogestión en Red, se reconocen como tales, mediante resolución fundada de los Ministerios de Salud y Hacienda, y son órganos funcionalmente desconcentrados del Servicio de Salud, que ejecutan dentro de su nivel de complejidad, las acciones que corresponden a los Servicios de Salud. Se considera también una Red Asistencial de Alta Especialidad, que coordina el Subsecretario de Redes Asistenciales..

La administración de los Establecimientos de Autogestión en Red, recae en el Director, (profesional universitario con competencia en gestión en salud), que tiene funciones de dirección de ejecución de programas y acciones de salud, diseño de plan del establecimiento, organización interna y elaboración del presupuesto y plan de inversiones, la ejecución del presupuesto y plan anual, la administración del personal y la celebración de contratos y convenios (artículo 25 F). En el presupuesto debe indicar

detalladamente el estado de cobro de las prestaciones otorgadas y devengadas. La relación entre el Director del Establecimiento y el Director del Servicio de Salud, se rige por la Ley y por los convenios que se celebren entre ambos. Se prohíbe a los Directores del Servicio interferir en la administración de estos establecimientos, pudiendo solicitar al Director del Establecimiento de Autogestión, la información necesaria para el cumplimiento de sus funciones.

Se describen con gran detalle en la Ley, las materias relativas a presupuestos. Así se aprueban por el Subsecretario de Redes Asistenciales, y se visan por la Dirección de Presupuestos. El Director está facultado también para modificar el presupuesto y los montos determinados en sus glosas, salvo que las rechace el Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo a instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. La falta de pronunciamiento dentro de los 15 días implica aprobación. Resulta especialmente importante, destacar que en el presupuesto propuesto, debe incluirse la dotación máxima de personal y la cantidad de recursos de disponibilidad máxima por aplicación de la Ley 19.664 (aplicable a profesionales Ley 15.076 no urgencia). El Director del Establecimiento ejerce las funciones propias de un jefe superior de servicio, respecto del personal a contrata y del contratado sobre la base de honorarios. Las normas para ejercer ésta atribución, deben contenerse en un reglamento emitido a través de los Ministerio de Salud y Hacienda.

Respecto de la compra de servicios de cualquier naturaleza para el desempeño de todo tipo de funciones o naturaleza, el Director puede contratarlos, aún cuando sean propios o habituales del establecimiento, con la sola limitación que el gasto no pueda exceder al 20% del total del presupuesto del establecimiento. También, está facultado para:- ejecutar y celebrar toda clase de actos o contratos, respecto de muebles o inmuebles asignados o afectados al establecimiento; - para celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Carácter Experimental y con entidades administradoras de salud primaria pertenecientes a su territorio. De acuerdo a estos convenios, puede proveer recursos humanos (mediante la destinación de funcionarios) o materiales, inclusive inmuebles y equipos que pueden cederse en comodato u otro título no traslativo de dominio.

Especial discusión pública, hubo en relación con la facultad para celebrar convenios con personas naturales o jurídicas de derecho público o privado, con o sin fines de lucro, para el otorgamiento por el establecimiento, de acciones de salud. Respecto de las Isapres, se mantuvo la limitación de la Ley 18.933 y en general, se establece que estos convenios no podrán significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe otorgar a los beneficiarios legales, los que se

preferirán a los no beneficiarios, salvo casos de emergencia o urgencia, debidamente calificados.

Similares limitaciones, se establecen respecto de la facultad del Director de celebrar convenios con profesionales de la salud funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud (no necesariamente del Establecimiento) para la atención de sus pacientes particulares, fuera de su jornada de trabajo. Se autoriza al Director, previa aprobación del Director del Servicio, para celebrar convenios con profesionales con 11 horas semanales o con aquellos que no sean funcionarios.

Los estándares que deben cumplir los Establecimientos de Autogestión en Red, se determinan por resolución conjunta de los Ministerios de la Salud y Hacienda. El incumplimiento de éstos, se puede representar al Director por el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud respectivo, o el Superintendente de Salud, quien tiene el plazo de 15 días prorrogable por una vez, para presentar un plan de Ajuste y Contingencia, el que aprobado por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, debe ejecutarse en el plazo que se convenga, sin exceder los 120 días, transcurrido el cual debe evaluarse para establecer si se subsanaron los incumplimientos. En el evento que el Director no presente el plan, o éste le sea rechazado o la evaluación fuese insatisfactoria, se configura incumplimiento grave del convenio de desempeño del Director, cesando en sus funciones por el sólo ministerio de la ley.

-En materias de personal se señala que los funcionarios de planta o a contrata de los establecimientos que sean reconocidos como de Autogestión en Red, permanecerán destinados a éste. También, por resolución fundada, del Director del Servicio, por necesidades y conveniencia del establecimiento, a petición del Director de este, podrá ponerse término a la destinación quedando a disposición del Servicio de Salud

- Se crea la calidad de Establecimiento de Salud de Menor Complejidad, que corresponde a aquellos dependientes de los Servicios de Salud con menor complejidad técnica, menor desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones. Su regulación la establecerá un reglamento suscrito por los Ministerios de Salud y Hacienda. El Establecimiento está sujeto a evaluación anual por el Director de Servicio respectivo. Frente a evaluación insatisfactoria, se debe remover al Director.

## II.-CREACIÓN DE INCENTIVOS REMUNERACIONALES:

Se establece la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, aplicable al personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos de planta o a contrata, que considera un componente base y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención a los usuarios. En las normas

transitorias se establece un cronograma entre los años 2003 a 2006, con componente base de 2,75% y variable de 0% para el 2003, culminando el 2006 con componente base de 5,5% y variables hasta 5,5%. Durante el 2004 se pagará el 1,65 de las remuneraciones base de cálculo, sin exigencia de cumplimiento de metas sanitarias .

-Se establece también la asignación de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo, aplicable al personal perteneciente a la planta de profesionales de planta o a contrata de los servicios de salud y paara el personal de planta de directivos de carrera ubicados en los grados 17° y 11. Esta asignación considera un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento de mEtas sanitarias y mejoramiento de la atención prestada. En las normas transitorias y tratándose de la acreditación individual, se establece gradualidad entre los años 2004 y 2006, correspondiendo el año 2003 un 2,75% cualquiera sean los años de servicio y culminando el año 2006 con 3%; 5%; 5,5% y 5,5% correspondiendo respectivamente a los tramos hasta 3 años de servicio; entre 3 a 6 años; entre 6 y 9 años y más de 9 años.

La acreditación se iniciará el año 2005 y quienes tengan 9 o más años de servicio, se entenderán aprobados en el proceso, por el sólo misterio de la Ley. (artículo 3° transitorio).

Cumplimiento de metas sanitarias: Se establece gradualidad entre los años 2004 a 2006, en tramos que van de 90% o más de cumplimiento de metas: entre 1.65% y de 5.5% entre el 90% y 75%. Durante el año 2004, se pagará al personal, el equivalente al 1,65% de las remuneraciones que sirven de base, no exigiéndose el cumplimiento de metas.

-Asignación de estímulo a la función directiva: es aplicable al personal de planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los servicios de salud de los establecimientos que obtengan la calidad de Autogestión en Red, en establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de la dirección de los servicios de salud, sobre la base del cumplimiento de requisitos de los establecimientos o de los que de estos dependen. Para los directivos de los Establecimientos de Autogestión en red y para los de Menor Complejidad, se estableen normas transorias con una gradualidad entre los años 2004 a 2006 de hasta 5,5; 8,25% y 115 % respectivamente. Tratándose del personal de la dirección de los Servicios de Salud, la gradualidad va de hasta 5,5%, 8,25% y 11 % en los mismos años.

Estas asignaciones se pgarán en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año.

-Asignación de turno: aplicable al personal de planta y a contrata que se desempeñe en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, en jornadas de hasta 12 horas en turnos rotativos. La ley de presupuestos fijará el número máximo de funcionarios afectos a esta asignación, considerando si el turno está compuesto por tres o cuatro funcionarios.

-Asignación de responsabilidad: se establece para el personal de la planta de profesionales de planta y a contrata de los Servicios de Salud regidos por el Estatuto Administrativo y el Decreto Ley 249 con jornadas de 44 horas en funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia en Salud y Centros de Diagnóstico Terapéutico. Se concede mediante concurso y sobre la base de cupos por establecimiento.

### III-CREACIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD:

De especial importancia, resulta la creación de dicho organismo, que reemplaza a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, manteniendo las funciones que a ésta correspondían y además, con funciones de velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud. También supervigila y controla al Fondo Nacional de Salud, en materias relacionadas con los derechos de los beneficiarios de la Ley 18.469 (de Salud), en las modalidades de atención institucional, de libre elección y en el Régimen de Garantías en Salud. El artículo 6° de la Ley en estudio, fija la Ley Orgánica de la Superintendencia. La Superintendencia que es un organismo público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, se relaciona con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud. Se estructura en la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y en la Intendencia de Prestadores de Salud.

Le corresponde la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, como también en el cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.

La ley regula especialmente la función de supervigilancia y control de Régimen de Garantías en Salud, respecto de las Isapres, FONASA y prestadores de salud.

-Las controversias que surjan entre las instituciones de salud previsional o el Fondo Nacional de Salud y los cotizantes o beneficiarios, siempre que queden en la esfera de supervigilancia y control que competen a la Superintendencia, se resuelven por el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en calidad de arbitro arbitrador. El afiliado o beneficiario puede también recurrir a la Justicia Ordinaria o al mecanismo de mediación (que introduce esta ley). La mediación se conviene entre las partes, e implica que éstas pueden, en forma previa al arbitraje, someter la controversia a un mediador que forme parte de un registro que lleva la Superintendencia y que debe sujetarse al procedimiento que fije dicho organismo. La mediación es costeadada por partes.

La Intendencia de Prestadores de Salud, fiscaliza a los prestadores de salud, para lo cual: -los acredita, - autoriza a las personas jurídicas acreditadoras de los prestadores de salud, - fiscaliza el cumplimiento de los procesos y estándares de acreditación, - fiscaliza a los prestadores institucionales acreditados en el cumplimiento de los estándares de acreditación; - mantiene un registro nacional y regional de prestadores institucionales acreditados y de entidades acreditadoras, - mantiene registros nacional y regionales de prestadore individuales, especialidades y entidades certificadoras; - efectúa estudios de acreditación e informa sobre sanciones y procesos de acreditación en curso; - requiere información necesaria, - conoce reclamos de los beneficiarios en relación a la acreditación y certificación, - impone sanciones y realiza otras funciones que la ley o el reglamento le asigne.

El Intendente está facultado para formular observaciones a los prestadores institucionales sobre faltas graves. El Secretario Regional Ministerial puede aplicarles cláusura o cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.

Por su parte, el Intendente puede imponer a las entidades acreditadoras, sanciones de amonestación, multa y cancelación de la inscripción en el registro. Para aquellos inscritos, el Superintendente puede proponer fundadamente al Ministerio de Salud la incorporación o revocación del reconocimiento otorgado a una entidad certificadora de especialidades.

El incumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, sea por funcionario, Director del Fondo Nacional de Salud, Director del Servicio de Salud o de establecimientos de salud público o privados, conlleva sanciones administrativas respecto de los primeros y de multa de hasta 1.000 U.F. respecto de las instituciones privadas. Esta sanción que aplica la Superintendencia, debe publicarse. Este organismo tiene amplias atribuciones inspectivas respecto de las operaciones, libros y registros de los organismos y personas bajo su supervigilancia. de establecimientos de salud público o privado.

La Superintendencia debe dictar instrucciones para la tramitación de reclamos que formulen los afiliados o beneficiarios en contra de FONASA, Isapres o prestadores de salud.

#### VIGENCIA DE LA LEY:

Se iniciará a partir del 1 de Enero del año 2005, con excepción de las normas siguientes:

- las del numeral 34) del Art. 1º que establece asignaciones para el sector salud.
- las del Art.4º relativo a la modificación de la ley 19.086 que establece normas sobre remuneraciones y cargos del sector salud,

- las del Art. 5º, norma que faculta a determinados profesionales (Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Técnicos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos) para acceder a cargos vacantes entre los grados 18º al 5º;
- las del Art. 7º relativo a la aplicabilidad al personal de los establecimientos de salud de carácter experimental, de la indemnización por retiro del art. 1º de esta ley y de las normas transitorias.

#### NORMAS TRANSITORIAS:

- Entre las normas transitorias, algunas de las cuales se han tratado precedentemente, se establece una indemnización por retiro, aplicable a los funcionarios de planta y a contrata regidos por el Estatuto Administrativo y la Escala Unica de Sueldos D. L. 249 de 1974 que se desempeñen en las Subsecretarías del Minsal, en el Instituto de Salud Pública, Central de Abastecimiento, establecimiento de salud de carácter experimental, mayores de 60 años si son mujeres o de 65 si son hombres, que presenten renuncia voluntaria que entre los 90 días posteriores a la publicación de la ley y el 30 de Septiembre del 2005, tienen derecho a percibir indemnización de un mes del promedio de las últimas 12 remuneraciones imponibles actualizadas con IPC por cada año de servicio y fracción superior a seis meses con tope de ocho meses. El tope incrementa en un mes para los funcionarios con remuneraciones mensuales imponibles inferiores a \$271.728 con más de 63 años si son mujeres y más de 68 si son hombres. Las mujeres tienen un mes adicional de indemnización. En éstos casos, el tope aumenta a 11 meses de remuneración. Se establece hasta el 31 de Diciembre del 2004, un cupo de 2.494 funcionarios pudiendo acceder aquellos que cumplan los requisitos a la fecha de publicación de la Ley, privilegiándose los de menor renta y mayor edad. El segundo período, se extiende hasta el 30 de Septiembre del 2005, acumulándose los cupos no utilizados en el primero al 30 de Septiembre del 2005 que exceden los cupos, pueden acceder a la indemnización entre esa fecha y el 31 de Diciembre del 2005. Respecto de los beneficios de esta indemnización, se establece prohibición de nombramiento, contratación u honorarios por cinco años.

#### OBSERVACIONES FINALES:

Los subrayados son de esta abogada, para resaltar materias que pueden ser de mayor importancia para el Colegio y existen materias que no fueron incluidas y que podrán ser parte de la exposición próxima.

Les saluda con la mayor atención

MARIA ANGELICA SOTOMAYOR.  
Abogada