

Edición 2021



MANUAL

PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

Aspectos regulatorios que necesitas saber



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE



FALMED



FONDO DE
SOLIDARIDAD GREMIAL



CLUB MÉDICO
Colegio Médico de Chile

PUBLICACIÓN

MANUAL PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO:
Aspectos legales y administrativos. Edición 2021.

Primera versión 2021 se terminó de revisar en julio de 2021.

Agradecemos la colaboración y supervisión de los contenidos 2021 a:

Dr. Carlos Becerra Verdugo: dr.becerra@falmed.cl
Dr. José Peralta Camposano : jperalta@colegiomedico.cl
Sr. Adelio Misseroni Raddatz: amisseroni@colegiomedico.cl
Sr. Juan Carlos Bello Pizarro: jcbello@falmed.cl
Sr. Gabriel Nieto Muñoz: gnieto@falmed.cl
Sra. Patricia Núñez Vargas: pnunez@colegiomedico.cl
Sra. Mariela Fu Rodríguez: mfu@falmed.cl
Dr. Jorge Lastra Torres: jlastra@falmed.cl

Diseño y diagramación:

Carolina Mardones Piñones, FALMED

Si desea contribuir para mejorar algún contenido, por favor
escribanos al Área de Docencia e Investigación adi@falmed.cl

Prólogo

Nuestro aprendizaje como profesionales médicos ha puesto énfasis en el conocimiento de las claves que explican los procesos internos de normalidad y alteración de las funciones de nuestro organismo. En esta perspectiva, procuramos contrastar esa información con los datos que cada paciente nos entrega, para reconocer la entidad nosológica que lo afecta y discernir cuáles son las indicaciones más adecuadas.

Así se forjó la medicina de la que hoy somos herederos, y sus directrices quedaron trazadas en el Informe Flexner de 1910. Sin embargo, cien años después, el conocido salubrista y destacado especialista, Julio Frenk, dirigió una comisión que planteó nuevos desafíos para la medicina del siglo XXI, dando respuestas a las demandas actuales de la sociedad. Por cierto, agregó características nuevas al profesional médico, asumiendo que la visión del ejercicio de 'lo médico' ya no es de nuestro patrimonio exclusivo y autónomo, sino también ámbito de preocupación de una sociedad que ha roto las barreras de las profesiones clásicas. Hoy debemos aceptar que la salud también es vista y evaluada por administradores, economistas, abogados, periodistas y desde muchas especialidades.

Las nuevas exigencias para el ejercicio médico también llegaron desde un cambio de relación médico paciente. Por un lado, el aumento de información ha equilibrado la interacción. Por otro, los aspectos emocionales y sociales también se han puesto de relevancia.

Aquellos autores que buscan la comprensión de esta nueva realidad hablan de la necesidad de un nuevo contrato entre la profesión médica y la sociedad, donde sin perder el reconocimiento de

las competencias propias de médicos y médicas, nos comprometamos a nuevas formas de relación entre profesionales y pacientes. Un nuevo acuerdo, más ajustado a las expectativas de lo que es o no posible, y también a relaciones transparentes, de respeto y colaboración.

Una respuesta a este complejo proceso fue poner por escrito esta nueva forma de hacer una buena medicina, que al igual que como nuestras guías clínicas, estandarizan prácticas, establecen los acuerdos sobre cómo relacionarnos y cuáles son los marcos éticos y legales de la atención médica. El presente manual pone a disposición de nuestros nuevos y nuevas colegas un conjunto de informaciones de normas y reglamentos cuyo principal aporte es dar estructura a lo que en FALMED entendemos pueden ser orientaciones o – eventualmente- restricciones de acción; elaborados por quienes han buscado colaborar en hacer este 'rayado de cancha'.

Para quienes nos hemos formado en otra escuela, estas normas no siempre resultan del todo entendibles. Sin embargo, la experiencia de la Fundación indica que comprenderlas adecuadamente pueden y deben ayudar para hacer la medicina que hoy se nos exige.

Hemos realizado una compilación de materiales que, sin ser exhaustivos; creemos son una valiosa base a modo de 'Manual para el Ejercicio profesional' que nuestros colegas deben conocer de mano directa de los especialistas.

Dr. Jorge Lastra Torres

Director Médico Área de Docencia e Investigación de Falmed

ÍNDICE

DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I: COLEGIO MÉDICO DE CHILE

1. ¿Cómo funciona el Colegio Médico? **12**
2. ¿Por qué colegiarse? **13**
3. Departamento de Solidaridad Gremial y Bienestar (FSG) **15**
4. Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile (FALMED) **17**

CAPÍTULO II: DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

1. Requisitos generales que la Ley exige para el ejercicio de la Medicina en Chile **23**
2. Estatutos jurídicos que rigen a los médicos **31**
3. Médicos funcionarios públicos **35**
4. Los programas de especialización médica **101**
5. Periodo Asistencial Obligatorio - PAO **107**
6. Situación de los médicos en el Sector Privado de Salud **112**
7. Protección a la maternidad, paternidad y vida familiar en la actividad médica **118**
8. Acoso laboral, acoso sexual y discriminación **128**
9. Probidad en la función pública y prevención de conflictos de intereses **138**
10. Calificación de trabajo pesado **141**
11. Situación especial: Covid-19 y su repercusión en el trabajo médico **144**

CAPÍTULO III: DE LA REGULACIÓN ATINGENTE AL TRABAJO MÉDICO

1. Derechos y deberes de los pacientes **159**
2. Notificación de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria **172**
3. Constancia de información al paciente GES **174**

4. Obligaciones a los médicos que emanan de la Ley N° 20.850, “Ley Ricarte Soto”	178
5. Constatación de lesiones: Estándares mínimos	181
6. Aspectos médico legales de las lesiones corporales	184
7. Instrucciones para realización de exámenes de alcoholemia	197
8. Licencias médicas	200
9. Recetas médicas	203
10. El certificado médico de defunción: ¿Cómo y por qué debemos llenarlo?	207
11. Orientaciones sobre Bioequivalencia	215
12. Resumen Ley N° 19.664	287
13. Objeción de Conciencia para profesionales de la salud: Ley de Interrupción del Embarazo en 3 causales	288
14. Circular 21: Un deber del personal de la salud con la atención de personas trans	289

CAPÍTULO IV: RECOMENDACIONES PARA UNA MEDICINA SEGURA

1. Recomendaciones para una medicina segura	292
2. Telemedicina	293
3. Precauciones generales para la implementación de telemedicina	298
4. Ética y pandemia en Chile	305
5. Comunicación efectiva en la práctica médica para la desjudicialización	308
6. Instrucciones ante amenazas o agresiones	311
7. Ley 21.188: protege a los profesionales o funcionarios de los establecimientos de Salud	312
8. Derivación de pacientes	315
9. ¿En qué circunstancias la policía puede tomar detenido a un médico?	316
10. Servicios médicos y libre competencia: ¿Riesgo ajeno al ejercicio médico?	318
11. Interculturalidad en salud: promoviendo el liderazgo médico	324
12. Propuesta para procedimiento de entrega de placenta a familias mapuche	337
13. Algunos deberes éticos de los médicos con sus pacientes	340

ANEXO Infografías	361
Agresiones	362
Trabajo Pesado	364
Acoso sexual	366
Maternidad y Paternidad	376
Buen Trato	378
Redes Sociales	380
Telemedicina 1	381
Telemedicina 2	



DRA.
IZKIA SICHES PASTÉN

Presidenta Colegio Médico de Chile A.G.
(2021-2024)

Quisiera comenzar dando la bienvenida a las y los colegas a lo largo y ancho del país, que se suman a la red asistencial y que inician su ejercicio profesional. A través de este “Manual para el ejercicio profesional médico”, preparado por nuestra Fundación de Asistencia Legal, FALMED, buscamos entregar información de utilidad para su trabajo diario, tanto desde la legislación, la ética, y otros temas prácticos, además de presentarles el funcionamiento de nuestra institución, con el fin de que puedan conocerla y aprovechar los beneficios e instancias de participación que posee.

Quienes comienzan en este camino profesional, han debido enfrentar una época compleja. Los últimos años de su formación estuvieron marcados por hitos que sin duda vinieron a cambiar los planes y la normalidad con la que debieron haber transcurrido este período.

Primero, el estallido social, que rompió con el status quo político y social y que dio inicio a distintos procesos de cambio, como la construcción de una nueva Constitución, y a una nueva relación entre los ciudadanos, la autoridad y las instituciones. Luego, la llegada de la peor pandemia de los últimos 100 años, que obligó a reordenar la red asistencial para hacerla crecer en capacidad y así poder dar respuesta a la gran cantidad de pacientes que requerían atención, para lo cual muchos de ustedes debieron ver pausados o modificados sus programas de formación, en pos apoyar a los equipos de salud en el enfrentamiento de la pandemia.

Y este año, las cosas no serán muy distintas. Si bien nuestro país ha comenzado con el proceso de vacunación, falta mucho tiempo para que venga a poner fin a la pandemia, por lo que, nuevamente, será un año en que tendremos que enfrentar una gran demanda asistencial, seguir

cuidándonos para no contagiarnos ni contagiar a nuestras familias, teniendo que mantenernos lejos de muchos de ellos, con jornadas de trabajo agotadoras y estresantes.

El desafío es grande, pero sepan que cuentan con su Colegio Médico para apoyarlos, defendiendo sus derechos laborales; para generar propuestas que permitan un mejor abordaje de la pandemia y así no colapsar la red asistencial; para poner a su disposición el conocimiento en contenidos clínicos relevantes; para poder abordar el cuidado de su salud mental; y para generar apoyos económicos para quienes lo necesiten, a través de nuestro Fondo de Solidaridad Gremial, entre otros.

Como Mesa Directiva Nacional, seguiremos trabajando en crear más y mejores espacios de participación para nuestros colegiados y manteniendo en alto el nombre y la relevancia

en el debate público que ha alcanzado nuestra institución. Los y las invitamos a acercarse a su Colegio Médico y a ser parte de las discusiones que nos permitan enfrentar y solucionar los principales desafíos que enfrentamos, desde las listas de espera, el financiamiento de la salud y la construcción de una nueva Constitución, donde esperamos dejar plasmadas nuestras ideas y propuestas para un mejor sistema sanitario para el país.

Esperamos que puedan aprovechar el contenido de este Manual, preparado con mucha dedicación, para que puedan estar al día en los diversos ámbitos vinculados con nuestro trabajo y que siempre ejerzan esta hermosa profesión con respeto a nuestros pacientes y apego a la ética.

Les deseo el mayor de los éxitos en la hermosa carrera que comienzan.



DR. JAIME SEPÚLVEDA CISTERNA

Presidente FALMED
(2021-2024)

Desde sus orígenes, la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile (FALMED), asume que defender y asesorar a los médicos en el ejercicio de su profesión trae de la mano prevenir la judicialización de la medicina y promover la buena práctica médica. Reconociendo que la formación del profesional es una tarea continua, recoge el gran esfuerzo desarrollado por el Consejo Regional Concepción, quien en 1996 elaboró el primer manual que busca orientar a los recién egresados de medicina en su etapa de destinación y formación en aspectos administrativos y legales.

La actualización anual de estos contenidos es parte de nuestro compromiso educativo con los médicos y médicas, sobre todo, para quienes hoy inician el mundo profesional y necesitan de material complementario para su desempeño asistencial.

Decimos complementario, porque entendemos que, en los años de formación, los énfasis fueron, razonablemente, predominantes en lo clínico. Sin embargo, el ejercicio de la profesión, por la materia sensible a la que se dedica y el poder que entrega a un profesional sobre otro ser humano -vulnerable, doliente, inseguro y asustado, como lo han señalado los estudios realizados por la Superintendencia de Salud (2013), es una de las prácticas más reguladas legalmente y normadas en nuestro país. Esta es

la razón por la cual se ha privilegiado este tipo de contenidos, que han sido elaborados por especialistas en estas materias.

La selección y preparación de los contenidos de esta publicación, se debe a la participación de todos los estamentos del Colegio Médico y, una vez más, se ha enriquecido con la colaboración de otras instituciones y actores, como especialistas en ética, seguridad del paciente y otros. Queremos destacar que es su participación la que permite que este material se encuentre plenamente vigente, incluyendo materias tan relevantes como las nuevas formas de trabajo impuestas por la crisis sanitaria del COVID-19.

Los artículos se agrupan en cuatro capítulos. El primero corresponde a aspectos gremiales respecto de cómo inscribirse al Colegio Médico y participar de sus principales estamentos, los beneficios del Fondo de Solidaridad Gremial (FSG), la Fundación de Asistencia Legal (FALMED). Como asociación gremial, asumimos nuestro compromiso e interés, reconociendo que creemos firmemente que colegiarse es un deber social de los médicos y médicas, por ello en nuestra historia hemos luchado por la afiliación y la mantención de un único Colegio responsable de la tuición ética profesional.

El segundo capítulo se refiere a los aspectos laborales y administrativos del trabajo médico, cuya base está en las leyes y reglamentos ad-hoc, bajo la interpretación de los abogados de la institución. Agradecemos especialmente el trabajo de la Unidad de Defensa Laboral (UDEL) por actualizar una vez más estos contenidos, especialmente en relación a temas de género y a la particular condición en que nos ha puesto la pandemia por Coronavirus.

El tercer capítulo constituye una compilación del Área Jurídica de Falmed que incluye diversas fuentes oficiales sobre los aspectos regulatorios que todo médico debe conocer y del cual se espera se mantenga al día. Consideramos de especial relevancia este capítulo, puesto que define el marco de acción médico legal del quehacer profesional y su conocimiento es fundamental para el desarrollo de una adecuada práctica médica.

En esta actualización, también participó el Departamento de Trabajo Médico y se incorporó información sobre la Objeción de Conciencia para profesionales de la salud en relación a la Ley de Interrupción del Embarazo en 3 causales y recomendaciones para la atención de personas trans, elaborados por el Departamento de Género y Salud del Colegio Médico.

La práctica médica, cada día más exigida por la sociedad, que en el caso particular chileno pone el derecho y acceso a la salud como una de las principales demandas de la ciudadanía, está llena de retos que desafían la relación entre el paciente y el médico. El

cuarto capítulo se hace cargo de este tema, procurando entregar recomendaciones para lo que hemos llamado una medicina de excelencia, incorporando aspectos que generan controversias como los son las agresiones a los profesionales de la salud (dando cuenta de Ley 21.188, conocida como "Consultorio Seguro"), cómo proteger la relación con los pacientes y familiares, cómo actuar correctamente en la oferta de los servicios médicos, entre otras materias plenamente vigentes. Finalmente, se agrega un anexo con infografías, en un esfuerzo por integrar contenidos sencillos de fácil difusión.

En la revisión del Manual 2021 participa también el Área de Docencia e Investigación de la Fundación de Asistencia Legal, cuya tarea es entregar contenidos formativos que ayuden a los y las profesionales a desarrollar sus competencias, frente a una relación médico paciente crecientemente más compleja, los avances de la medicina y el fortalecimiento de la autonomía de los y las pacientes. Este esfuerzo busca consolidar la tarea preventiva de la Fundación, a través de una mayor especialización y proyección.

Tras 25 años de existencia, para FALMED es un orgullo hacer entrega de esta nueva versión del Manual, ejemplo de lo que esperamos sea un trabajo sostenido de excelencia orientado a proteger la Lex Artis médica. Esperamos, además, que este texto de consulta les resulte de utilidad, y les motive a participar de nuestras diversas actividades, informadas permanentemente en nuestras plataformas online. Les invitamos a hacernos llegar sus comentarios para las futuras ediciones.

CAPÍTULO I

COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

EL COLEGIO MÉDICO?

El Colegio Médico de Chile es dirigido por el Honorable Consejo Nacional, integrado por representantes de los 20 Consejos Regionales del país –desde Arica a Punta Arenas – quienes se reúnen mensualmente en las oficinas de la Orden, en Esmeralda 678, Santiago Centro.

La conducción del gremio está a cargo de la Mesa Directiva Nacional, compuesta por un/a Presidente/a; cuatro Vicepresidentes (nacional y los presidentes de los Consejos Regionales de Santiago, Concepción y Valparaíso); un/a Secretario/a Nacional; un/a Prosecretario/a Nacional y un/a Tesorero/a Nacional. Sus miembros son elegidos por votación directa de carácter nacional por los médicos inscritos de todo el país, en elección que se efectúa simultáneamente con la de los Consejeros Regionales, por un período de tres años, pudiendo ser reelegidos solamente una vez para el cargo desempeñado.

Asimismo, el Colegio Médico cuenta con el Fondo de Solidaridad Gremial (FSG), la Fundación de Asistencia Legal (FALMED); junto con una red de Clubes de Campo y alojamientos en sus distintos Consejos Regionales.

Además, hay nueve departamentos técnicos que asesoran a la Mesa Directiva y el H. Consejo Nacional en las áreas de Género y Salud, Derechos Humanos, Ética, Trabajo Médico, Medicina Privada, Primeras Naciones, Políticas de Salud y Estudios; Formación y Acreditación; y Medio Ambiente. También, se pueden conformar comisiones técnicas de apoyo para ciertos temas de relevancia para el Gremio, entre las cuales están vigentes

las de Salud y Tecnología, Migrantes, Salud Mental y Trasplantes. Y con miras al proceso constitucional, se conformó una Comisión Pre Constituyente, grupo de trabajo que se dedicará a recopilar las propuestas del Colegio Médico para la Convención Constituyente, con el objetivo de influir en que la próxima Carta Magna incorpore las ideas de nuestro gremio.

EJES DE TRABAJO

La labor del Colegio Médico apunta al buen ejercicio de la profesión médica, apegada a las normas éticas, al trabajo gremial, a su buen funcionamiento interno y a relevar el contrato social entre médico y paciente y los relevantes roles que nos ha otorgado la sociedad.



Los distintos equipos del Colegio Médico, trabajan en forma sinérgica en los ejes planteados.

2. ¿POR QUÉ COLEGIARSE?

- Para ser parte de la organización médica del país, defensora del rol profesional, con una orientación sanitaria para Chile.
- Para fortalecer la diversidad de este Colegio Profesional que incluye a médicos y médicas jóvenes y mayores; del sector público y privado; residentes, generales de zona y de atención primaria; conservadores y liberales, formados en Chile y en el extranjero, entre otros.
- Para participar en los temas que son importantes para la salud del país y nuestra sociedad: ética, financiamiento, políticas públicas, educación sexual, salud mental, migración, entre otros.
- Para relevar el contrato social y los roles tan relevantes que nos ha otorgado la sociedad.
- Para ser parte de una red de apoyo solidario para los médicos y sus familias, que ofrece servicios y beneficios profesionales, especializados y permanentes.

DEBERES Y DERECHOS DE LOS ASOCIADOS

LOS DEBERES

- Respetar los reglamentos internos del Colegio Médico de Chile (A.G.), con especial énfasis en lo referido a los Estatutos Sociales y el Código de Ética, así como de los Acuerdos que adopten los Órganos Directivos, tales como los Consejos Regionales, el Consejo Nacional y la Mesa Directiva Nacional.

LOS DERECHOS

- A participar en la definición de los lineamientos fundamentales de la institución.
- A requerir y obtener el apoyo gremial del Colegio Médico de Chile (A.G.) en situaciones propias de la actividad profesional.
- A recibir los beneficios que el Colegio Médico de Chile (A.G.) contempla para sus asociados y familias, tales como los previstos por el Fondo de Solidaridad Gremial, previo cumplimiento de los requisitos específicos fijados para ello.

¿CÓMO INSCRIBIRSE EN COLEGIO MÉDICO?

Para realizar tu registro como nuevo colegiado o colegiada, solo debes realizar los siguientes pasos:

1. Enviar un correo a inscripciones@colegiomedico.cl, indicando en el asunto Rut -Nombre Completo e incluyendo en el mensaje:

- Rut y teléfono de contacto
- El Regional de afiliación, de acuerdo a tu lugar de trabajo
- Si deseas afiliarte a FALMED.
- Y los documentos solicitados, que dependen de si obtuviste tu título en Chile o el extranjero, detallados a continuación:

MÉDICOS TITULADOS EN CHILE:

I. Copia de Certificado de título de Médico/a Cirujano/a, legalizado ante notario o certificado de título con firma electrónica avanzada. (El documento de la Superintendencia solo reemplaza el certificado de título siempre y cuando sea especificado en el certificado de la Superintendencia de Salud que el/la profesional posee el título de Médico/a Cirujano/a y la universidad que lo otorgó).

II. Copia simple de la Cédula de Identidad vigente, por ambos lados.

III. Foto personal tipo carnet.

MÉDICOS TITULADOS EN EL EXTRANJERO:

I. Copia del Título de Médico Cirujano correspondiente a la Universidad o al Estado que lo otorgó.

II. Reconocimiento o revalidación del título:

a. Copia de Certificado de Revalidación de la Universidad de Chile, Eunacom o Conacem según sea el caso.

b. Copia de Certificado de reconocimiento del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile, para quienes provengan de Brasil, Colombia y Uruguay.

c. Copia de Certificado de reconocimiento del Ministerio de Educación de Chile, si proviene de Argentina, Ecuador o España.

III. Cédula de identidad vigente: Copia por ambos lados con residencia definitiva o temporal, si el interesado es de nacionalidad extranjera; si es chileno, fotocopia simple por ambos lados.

IV. Antecedentes Éticos:

a. Certificado original emanado del Colegio Médico del país o ciudad de origen del interesado, que indique que éste no ha sido objeto de sanciones éticas o que se encuentre sometido a juicio o investigación ética por parte de tal institución.

V. Foto personal tipo carnet.

2. Recibirás en tu correo la ficha para la Inscripción, la Toma de Conocimiento, del Fondo de Solidaridad Gremial y Formulario Falmed (en caso de ser solicitado). Los médicos titulados en el extranjero, reciben además la Declaración Jurada en la que establece que no cuentan con antecedentes éticos. Todos estos documentos deben ser completados y suscritos mediante Firma Electrónica, certificada por Certinet S.A. Éste es un instrumento digital que le permite identificarse, autenticarse y certificar que usted es el emisor real de un documento o transacción y a la vez garantiza que el contenido de estos es fidedigno. Es certificada por el Ministerio de Economía de Chile y cuenta con estándares internacionales como ISO 27002, FIPS 140-2 nivel.

3. La solicitud se revisa en el Consejo Regional correspondiente y en Mesa Directiva Nacional, se aprueba y se te asigna tu número de Registro del Colegio Médico (RCM), con lo que se completa tu registro en el Colegio Médico de Chile.

CUOTA COLEGIO MÉDICO DE CHILE

Para nuevos colegiados

CUOTA ENTERA: Médicos de más de 9 años, paga el 100% de los componentes de la cuota ordinaria, especial y regional.

CUOTA JOVEN: Médicos de entre 0 y 8, 11 meses y 29 días, paga el 50% de los componentes de la cuota ordinaria, especial y regional.

CUOTA APS: Médicos que cumplidos los 9 años, trabajen un mínimo de 33 horas en APS o equivalente, sin consideración al tipo de contrato, paga el 75% de los componentes de la cuota ordinaria, especial y regional.

Puedes conocer los distintos valores de cuotas del Colegio Médico de Chile de acuerdo al Consejo Regional respectivo en <http://www.colegiomedico.cl/cuotacolegiomedico/>

3. DEPARTAMENTO DE SOLIDARIDAD GREMIAL Y BIENESTAR (FSG)

El Departamento de Solidaridad Gremial y Bienestar es un organismo de colaboración del Honorable Consejo Nacional, en cumplimiento de los objetivos del Colegio Médico.

De este departamento depende un Fondo que, tal como su nombre lo indica, actúa como un sistema solidario, otorgando diversos beneficios para paliar, en parte, las diversas necesidades de nuestros asociados.

REQUISITOS

Para acceder a los beneficios que otorga el Departamento de Solidaridad Gremial y Bienestar del Colegio Médico de Chile (A.G.), los requisitos son:

- Estar al día en las cuotas del Fondo de Solidaridad Gremial y Colegio Médico de Chile.
- Haber cotizado regularmente, a lo menos, los últimos 12 meses, salvo la cuota mortuoria que se cancelará a los 30 días de afiliación, si se ha inscrito durante el primer año de titulado.

Los inscritos después de un año de titulado y aquellos que tengan un periodo impago pueden:

- Cancelar el periodo impago
- Acogerse al régimen de los 45 avos (en este caso, beneficio de Cuota Mortuoria será equivalente a tantos 45 avos como años cotizados al momento del fallecimiento)

BENEFICIOS DEL FONDO DE SOLIDARIDAD GREMIAL

1.- CUOTA MORTUORIA

Valor 550 UF.- Puede solicitarse desde el mes siguiente que se afilia el médico/a que se haya inscrito el primer año de titulado. En los demás casos, será una vez cumplidos 12 meses de cotizaciones y progresivo a los años cotizados.

Requisitos: Ser beneficiario (s) indicado(s) por el médico o la médica fallecido/a y tener sus cuotas al día en el FSG.

Documentación: Certificado de defunción; C.I. de los beneficiarios; otros que haya indicado de manera expresa el afiliado.

Plazo máximo para el cobro del beneficio: Un año desde la fecha de emisión del certificado de defunción.

2. RESCATE CUOTA MORTUORIA

Este beneficio está orientado a médicos en situación de precariedad económica o de salud.

Montos:

400 UF en pago único e inmediato.
450 UF pago en 24 cuotas de 18,75 UF cada una.
500 UF pago en 36 cuotas de 13,88 UF cada una.
550 UF pago en 60 cuotas de 9.16 UF cada una.

Requisitos: Estar en condición de precariedad por problemas de salud y/o económicos; estar liberado del pago de cuotas sociales y no tener préstamos vigentes con el FSG; evaluación de asistente social y aprobación por parte del directorio del FSG.

3. AUXILIO SOLIDARIO

Monto: Proporcional a la cantidad de cuotas pagadas en el FSG:

Cantidad De Cuotas Pagadas Monto Máximo A Solicitar

12 a 36 cuotas	\$	2.000.000
37 a 72 cuotas	\$	3.000.000
73 a 150 cuotas	\$	4.000.000
151 a 200 cuotas	\$	5.000.000
201 a 250 cuotas	\$	6.000.000
251 a 300 cuotas	\$	7.000.000
301 a 350 cuotas	\$	8.000.000
351 a 540 cuotas	\$	10.000.000

Requisitos: A lo menos 12 cotizaciones en FSG y cuotas al día en el Colegio Médico y FSG; presentar una garantía al momento de retirar el préstamo (cheques de su Cta. Cte., PAC o PAT).

Plazo máximo para pagar auxilio solidario: 36 meses.

** Para solicitar un nuevo Auxilio Solidario, debe realizarse 15 días después de finalizado el pago del préstamo anterior.*

4. AYUDA ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TRANSITORIA

Para médicos y médicas en ejercicio de su profesión que se encuentren inhabilitados de ejercerla por más de 15 días corridos hasta por 60 días en el año. En caso de licencia maternal, es por evento anual.

Monto: \$440.000 por cada 30 días con un tope máximo de \$880.000 anual.

Requisitos: Licencia médica superior a 15 días. En caso de licencia por post natal, licencia médica y certificado de nacimiento.

Plazo máximo de la solicitud del beneficio: 60 días desde el inicio de la enfermedad o nacimiento.

5. AYUDA DENTAL

Monto: Hasta \$100.000 por año.

Requisitos: Receta y boleta a nombre del beneficiario.

Plazo de solicitud: Tope de 90 días desde la fecha de atención.

6. ASIGNACIÓN POR NATALIDAD

Monto: \$240.000 por cada hijo nacido o adoptivo para cada padre y madre médicos.

Requisitos: Certificado de nacimiento. En caso de hijos adoptivos, deberá acompañar este documento con la correspondiente resolución que acoge la adopción.

Plazo de solicitud: Hasta 90 días de ocurrido el nacimiento o adopción.

7. AYUDA POR LENTES ÓPTICOS Y/O DE CONTACTO

Monto: Hasta \$100.000 al año.

Requisitos: Receta oftalmólogo y boleta a nombre del beneficiario u orden de reembolso Isapre.

Plazo de solicitud: Hasta 90 días desde la compra de los lentes.

8. SILLA DE RUEDAS

Monto: El tope de la bonificación es de \$200.000 al año, que no sean cubiertos por su seguro.

Requisitos: Factura o boleta a nombre del beneficiario y certificado de indicación médica.

9. AYUDA DE VIUDEZ

Monto: \$150.000 mensuales.

Requisitos: Ser cónyuge sobreviviente de médico; no haber contraído nuevas nupcias; no contar con bienes y/o ingresos suficientes; evaluación anual por parte de un/a asistente social y autorización del directorio del FSG.

10. BONIFICACIÓN CURSOS Y CONGRESOS

1. Destinado a médicos becados, MGZ y APS para congresos organizados por su agrupación.

Monto: \$50.000 tope una vez al año por actividad realizada.

Requisitos: Presentar comprobante de pago (boleta o factura).

Plazo de solicitud: 90 días desde la fecha de pago.

2. Para cursos impartidos por universidades chilenas acreditadas (Universidades y Sociedades Médicas)

Monto: El 20% del valor total de la actividad con tope de \$600.000 al año (por una o más actividades).

Requisitos: presentar boleta o factura a nombre del médico.

Plazo de solicitud: 90 días desde la fecha de pago de la actividad.

11. FONDO SOLIDARIO DE EDUCACIÓN

Requisitos: Fallecimiento o invalidez absoluta del afiliado; certificado de alumno regular; monto de colegiatura; y certificado de nacimiento.

Tope de cobertura: 28 años de edad del hijo beneficiario.

Montos:

Educación básica y media: Tope de \$3.000.000 anuales.

Educación universitaria: Tope Arancel U. de Chile de la carrera o similar, a criterio del directorio del FSG.

** El Departamento no otorgará esta ayuda económica en caso que otros seguros o beneficios cubran tales necesidades; si la cobertura es parcial, el Fondo podrá responder por la diferencia, con el tope anual correspondiente para esta ayuda.*

12. BONIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA MÉDICOS LIBERADOS DE CUOTA FSG

Monto: Tope \$100.000 anuales.

Requisitos: Receta y boleta a nombre del afiliado

13. AUDÍFONOS

Monto: Hasta \$100.000 al año.

Requisitos: Presentar receta Médica a nombre del beneficiario y comprobante de pago (Boleta o Factura).

Plazo de solicitud: 90 días desde la fecha de compra.

14. SOAP

Un Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP) por afiliado, exclusivamente para automóvil, jeep o station wagon.

Seguros adicionales a precio preferencial.

El trámite se realiza a través de la página web del Colegio Médico de Chile.

Requisitos: Cuotas al día en Colegio Médico y FSG

4. FUNDACIÓN DE ASISTENCIA LEGAL DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE (FALMED)

Falmed es una institución creada hace más de 25 años por el Colegio Médico de Chile con el objetivo de asesorar a los médicos y representarlos en casos de presunta mal praxis, además de entregarles las herramientas necesarias para ejercer su profesión de acuerdo a la correcta *Lex Artis* médica.

La institución basa sus servicios en tres grandes pilares: prevención, defensa y protección. Es así como Falmed entrega una efectiva asesoría en materias legales y comunicacionales, además de realizar cursos y charlas que buscan evitar la judicialización de la medicina.

Los afiliados a Falmed cuentan con un seguro de responsabilidad civil que protege su patrimonio

frente a situaciones originadas en materias de Lex Artis. Este seguro posee características especiales que lo hacen único en el mercado.

¿EN QUÉ ÁREAS ASESORA FALMED?

ÁREA JURÍDICA

Uno de los pilares fundamentales sobre los que se sustenta la exitosa gestión de Falmed, es el equipo jurídico con que cuenta. En Chile, es la principal institución defensora de médicos ante acusaciones por presunta mala praxis.

La Fundación cuenta con 58 abogados expertos en materias de responsabilidad profesional médica, desplegados a lo largo de todo el país: Arica, Iquique, Antofagasta, Copiapó, La Serena, Viña del Mar, Santiago, Rancagua, Talca, Chillán, Concepción, Los Ángeles, Temuco, Osorno, Valdivia, Puerto Montt, Coyhaique y Punta Arenas.

Las áreas en las que proporciona una íntegra defensa, representación judicial y asesoría son:

- Penal
- Civil
- Asesoría Legal en Otras Materias
- Mediación
- Laboral, a través de su Unidad de Defensa Laboral (UDEL)
- Asesoría de Crisis y Reputacional

Desde su creación en 1994 hasta el 2020, su equipo jurídico ha participado en 5.577 juicios, de los cuales 182 se realizaron el año 2020.

ASISTENCIA LEGAL EN OTRAS MATERIAS

Falmed no solo presta asistencia legal a sus médicos afiliados frente a presunta mala praxis. También asesora en otras materias relacionadas con la práctica profesional de la medicina, como sumarios administrativos, redacción de contratos y cobranzas, conformación de sociedades, casos penales, juicios laborales, herencias y derecho sucesorio.

MEDIACIÓN

Esta unidad tiene como objeto propender a la resolución extrajudicial de conflictos generados

durante la atención clínica, a través de un contacto directo con el paciente y su familia, y frente a la intervención de un mediador. De este modo se busca evitar llegar a un juicio, cuyo resultado podría no reflejar el interés de ninguna de las partes.

UNIDAD DE DEFENSA LABORAL DE COLEGIO MÉDICO DE CHILE, UDEL

La nueva Unidad de Defensa Laboral (UDEL) del Colegio Médico de Chile y su Fundación de Asistencia Legal, es un organismo destinado a proporcionar a los médicos y médicas pertenecientes a ambas entidades asesoramiento, asistencia jurídica y capacitación en materias jurídicas de orden laboral, comercial, económico y civil, relacionadas con el trabajo médico, la defensa de género así como en aquellos aspectos relacionados con la vinculación de colegas en el mundo de la medicina privada. En todas estas materias, UDEL aborda los ámbitos de la educación, la orientación y representación individual, así como coordina con las y los dirigentes cualquier tipo de intervención gremial.

Esta Unidad es fruto de la colaboración existente entre el Colegio Médico de Chile y FALMED, y depende del primero en cuanto a su funcionamiento gremial y su equipo jurídico tiene directa dependencia con FALMED.

UDEL tiene tres secretarías técnicas, correspondientes a cada una de las áreas jurídicas que la componen:

- a. UDELAM: Unidad de defensa del trabajo médico en el sector público y privado (derecho administrativo y laboral, respectivamente).
- b. UDMP: Unidad de defensa de la medicina privada, que comprende materias relacionadas con el derecho corporativo, libre competencia, relaciones comerciales con entidades privadas y del médico o médica como contribuyente de impuesto a la renta.
- c. UDEGEN: Defensa de la igualdad de género y derechos de la mujer.

UDELAM

Nace en el año 2015 ante la necesidad de abordar el ámbito laboral del ejercicio de la profesión médica con abogados especialistas en derecho administrativo y laboral, pero también trabajando con abogados del Colegio Médico coordinados y liderados por dirigentes del gremio, toda vez que gran parte de los casos tienen un ámbito jurídico sumado a una arista gremial donde la estructura territorial del Colegio necesitaba este nexo entre el cuerpo jurídico y las dirigencias.

UDELAM lleva a la práctica un trabajo mancomunado que aborda distintos grupos de casos donde pudieran verse vulnerados derechos laborales que requerían ser reclamados con asesoría legal experta y la concurrencia del gremio en sus distintos niveles

UDEGEN

Nace como respuesta al empoderamiento que han alcanzado las temáticas de género en la práctica médica, tanto en materias de violencia hacia la mujer, como en materias sexogenéricas.

El objetivo es prestar asesoría jurídica, acompañamiento y orientación en casos de violencia hacia la mujer, diversidades y maternidad, así como promover un enfoque de derechos y género de una manera más amable y expedita. La unidad busca fomentar instancias de educación y prevención para construir ambientes de salud libres de violencia de género.

Las áreas a abordar son las que competen la práctica clínica con enfoque de género, como derechos laborales maternales, acoso laboral y acoso sexual. También busca generar instancias de capacitación interna y externa en materias de género y publicar información que sea de interés para las y los colegiados en estas materias.

Finalmente, esta Unidad busca educar sobre materias de género que se pueden presentar en la práctica clínica, como violencia intrafamiliar, violencia sexual, acoso sexual infantil, procesos de transición y discriminación.

UDEMÉP

La Unidad de Defensa de la Medicina Privada (UDEMÉP) surge como parte del reconocimiento, por parte de la Mesa Directiva Nacional del Colegio Médico, de una deuda con las médicas y médicos del sector privado.

UDEMÉP es creada como parte de institucionalidad del Colegio Médico para entregar a las médicas y médicos colegiados asesoría, capacitación y eventual defensa en las materias no laborales del trabajo médico privado: derecho corporativo, sociedades, licitaciones, contratos, convenios, regímenes tributarios, libre competencia, penal económico

El actual mercado de la Medicina Privada está altamente concentrado en los oferentes de seguros de salud (ISAPRES) y con una muy potente Integración Vertical entre ISAPRES y Prestadores Institucionales Privados, lo que pone a las médicas y los médicos en una posición altamente vulnerable por la asimetría de negociación. Esta Unidad conoce el marco legal, y es fundamental, para asesorar, orientar, prevenir y presentar acciones legales en favor de las Colegiadas y los Colegiados en los ámbitos antes mencionados.

ASESORÍA COMUNICACIONAL

Falmed cuenta con periodistas especializados que entregan una completa asesoría en casos en los que se ve involucrada la reputación profesional del médico, sobre todo aquellos que son expuestos en los medios de comunicación o redes sociales.

El servicio contempla el monitoreo diario de prensa, acción que permite reaccionar de forma más oportuna ante noticias o hechos que afecte la imagen de los afiliados; la activación de las gestiones que atenuarán o, en algunos casos, eliminarán el daño provocado a la imagen del afiliado, y la entrega de recomendaciones de protección que serán de utilidad ante alguna exposición mediática.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Desde el año 2003 la Fundación ofrece un seguro que protege el patrimonio de los médicos afiliados en materias de Lex Artis. Sus características son:

Cubre hasta:

7.000 UF - EN INDEMNIZACIÓN POR EVENTO

- Sin deducible.
- Seguro a la medida de los médicos.
- No discrimina especialidad médica ni siniestralidad.
- Cobertura a partir del día siguiente de la afiliación a Falmed.

¿CÓMO AFILIARSE A FALMED?

Para formar parte de Falmed solo se requiere estar inscrito en Colegio Médico de Chile, y contar con las cuotas sociales al día.

El valor de cuota social es de \$28.180, sin embargo, la Fundación brinda en determinados casos un beneficio de "media cuota" de \$14.090, o "cuota liberada", para los médicos que cumplan con las siguientes condiciones:

Media cuota:

- Médicos ejerciendo en los primeros tres años desde la fecha de titulación.
- Médicos APS (en condición de media cuota al día en el Fondo de Solidaridad Gremial), hasta por 3 años.
- Médicos cursando estudios: becas y doctorados.
- Médicos mayores de 70 años.
- Médicas mayores de 65 años.

Cuota liberada:

- Médicos mayores de 75 años: si tienen cinco años continuados de permanencia con sus cuotas al día.
- Médicas afiliadas mayores de 70 años: si tienen cinco años continuados de permanencia con sus cuotas al día.

¿CÓMO PREVENIMOS LA JUDICIALIZACIÓN, FOMENTAMOS LA LEX ARTIS Y LA BUENA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE?

Una de las misiones de Falmed es prevenir la judicialización de la medicina. Para ello, ofrece a los médicos la posibilidad de recibir charlas y capacitaciones en todas aquellas materias que pueden afectar su ejercicio profesional. Sus abogados participan permanentemente exponiendo en seminarios, congresos, y reuniones clínicas, organizados por Falmed para entregar de primera mano recomendaciones especializadas, promoviendo la buena práctica profesional, acorde a la Lex Artis y la ética médica.

Charlas:

Algunas de las materias en las que se puede solicitar capacitación son:

Ficha clínica, consentimiento informado, licencias médicas, cómo denunciar las agresiones a los profesionales de la salud, mediación, constatación de lesiones.

Las charlas pueden solicitarse a través del sitio web, en el formulario disponible en: <https://www.falmed.cl/falmed/solicita-una-charla> o escribiendo al Área de Docencia e Investigación de la Fundación, a la casilla adi@falmed.cl.

Curso "Por una Medicina de Excelencia" (PUME):

La Fundación, en su rol de acompañamiento a sus afiliados, considera que la mejor defensa de los médicos es el correcto desempeño de la profesión. Bajo esa mirada, creó el programa de prevención del curso "Por Una Medicina de Excelencia", el cual promueve la seguridad en el ejercicio clínico y una adecuada Lex Artis médica en los establecimientos de salud.

A la fecha se han realizado 35 versiones del curso PUME en distintos puntos del país cuyos módulos se basan en cuatro grandes ejes transversales: aspectos médico-legales, ética, comunicación y calidad. Esta instancia permite, además, abordar contenidos exclusivos para médicos y médicas de acuerdo a su especialidad e interés. Cuenta con certificación de Falmed y material de apoyo.

PRE FALMED: UN COMIENZO SEGURO

No solo los médicos titulados pueden acceder a Falmed. Los estudiantes también pueden tener los servicios de la Fundación, a través de un convenio que firman las casas de estudio.

La iniciativa Pre Falmed es un servicio gratuito, dirigido a estudiantes de medicina que cursan sexto y séptimo año, que les proporciona representación legal y seguro de responsabilidad sanitaria.

Además, los futuros médicos cuentan con el curso de Responsabilidad Legal Médica, que tiene como objetivo informar todas aquellas normativas pertinentes a su desempeño como futuros profesionales de la salud.

Para que los internos cuenten con estos beneficios, es necesario suscribir un convenio individual y, además, su universidad debe estar asociada a Pre Falmed. En la actualidad, 13 casas de estudios cuentan con este servicio.

- U. Finis Terrae
- U. de Antofagasta
- U. Católica del Norte
- U. Autónoma
- U. de Concepción
- U. de la Frontera
- U. de Santiago de Chile
- U. Pedro de Valdivia
- U. San Sebastián
- U. de Valparaíso
- U. Diego Portales
- U. Católica de la Santísima Concepción
- U. Austral de Chile

CAPÍTULO II

DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

1. REQUISITOS GENERALES QUE LA LEY EXIGE PARA EL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN CHILE

Por Gabriel Nieto Muñoz, abogado jefe UDELAM.

Para adentrarnos en esta materia, es necesario tener presente dos disposiciones claves:

1) Artículo 112 del Código Sanitario, el que establece que:

“Sólo podrán desempeñar actividades propias de la medicina, entre otras, quienes poseen el título respectivo otorgado por la Universidad de Chile u otra Universidad reconocida por el Estado y estén habilitados legalmente para el ejercicio de sus profesiones.”

2) Artículo 113 inciso primero del Código sanitario, el que establece que:

“Se considera ejercicio ilegal de la profesión de médico-cirujano todo acto realizado con el propósito de formular diagnóstico, pronóstico o tratamiento en pacientes o consultantes, en forma directa o indirecta, por personas que no están legalmente autorizadas para el ejercicio de la medicina.”

Teniendo en consideración estas normas, queda explicarlas brevemente su sentido y alcance. La norma del Código Sanitario es clara, y establece este requisito obligatorio para el ejercicio de las profesiones, en este caso, de la medicina.

El alcance de las disposiciones del Código Sanitario es general, pues su artículo 1 establece que “el Código Sanitario rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y

recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras Leyes”.

Por su parte, los artículos 112 y 113 del Código Sanitario hablan de “actividades propias de la medicina”, el primero; y “ejercicio ilegal de la profesión de médico-cirujano”, el segundo, en términos generales, no distinguiendo si el respectivo ejercicio se da en el sector público o privado.

Ahora bien, los artículos 112 y 113 claramente, como ya señalamos, tratan el asunto de manera transversal, haciendo exigible para el ejercicio de la medicina en Chile “tener el título otorgado conforme a la Ley” y “estar, además, legalmente habilitado”, lo cual, son requisitos copulativos, es decir, no puede entenderse el uno sin el otro.

¿Qué significa estar legalmente habilitado para el ejercicio de la profesión?

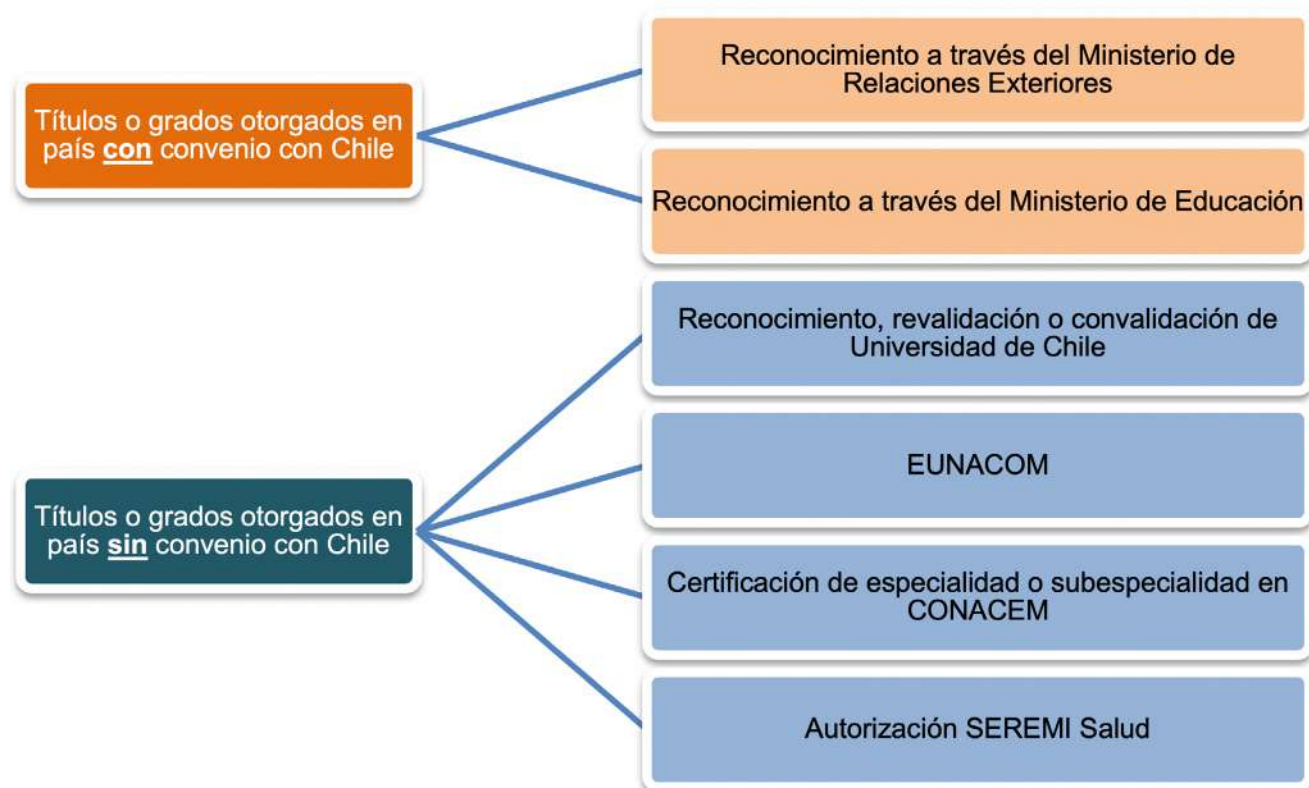
1) Tratándose de médicos cirujanos, que hayan obtenido su título en la Universidad de Chile u otra universidad reconocida por el Estado, se encuentran legalmente habilitados para el ejercicio de la profesión, sin que la Ley, en estos casos, exija adicionalmente algún otro requisito para aquello.

La Ley N°18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza, otorga a las universidades reconocidas la facultad de otorgar estos títulos habilitantes.

2) Ahora bien, el asunto se complejiza cuando nos encontramos ante médicos cirujanos cuyos títulos hayan sido otorgados en el extranjero.

Precisa señalar que, para que un título o grado obtenido en el extranjero, permita a quien o posee, ejercer libremente la profesión en Chile, debe contar con la validación de la autoridad competente que corresponda.

¿Cuáles son los sistemas de validación de títulos obtenidos en el extranjero?



a) Para todos aquellos títulos o grados que han sido otorgados por algún país con convenio con Chile:

a.1) Mediante un reconocimiento en el Ministerio de Relaciones Exteriores:

Se materializa por la suscripción de Tratados Internacionales tanto bilaterales, con Brasil, Colombia, Perú, Uruguay, España (solo chilenos), así como Multilaterales, por la Convención de México de 1902.

a.1.1) CONVENCIÓN DE MÉXICO DE 1902

Se trata de la Convención sobre El Ejercicio de Profesiones Liberales (Segunda Conferencia Internacional Americana, 1901—1902). Allí se consigna, en su artículo 1°, que “los ciudadanos de cualquiera de las Repúblicas que suscriben la presente Convención, podrán ejercer libremente en el territorio de las otras, la profesión para la cual estuvieren habilitados con un diploma o título expedido por la autoridad competente en cada una de los países signatarios; con tal que dicho diploma o título cumpla con los requisitos establecidos en los artículos 4° y 5°, siempre

que la Ley del país en que va a ejercerse la profesión no exija para su ejercicio la calidad de ciudadano”.

Agrega el inciso segundo de esta disposición que, “los certificados de estudios preparatorios o superiores, expedidos en cualquiera de los países que celebran esta convención, en favor de los nacionales de uno de ellos, producirán en todos los demás países contratantes los mismos efectos que les atribuyere la Ley de las Repúblicas de donde emanen, siempre que haya reciprocidad y no resulten ventajas superiores a las reconocidas por la legislación del país en que se quiera hacer uso de esos certificados”.

Por su parte, el artículo 3° de dicha convención señala que: “Cada una de las Partes Contratantes se reserva, sin embargo, el derecho de exigir a los ciudadanos de las otras, que presenten diplomas o títulos de Médico o cualquiera otra profesión relacionada con la cirugía y la medicina, incluyéndose también la de farmacéutico, que se sometan a un previo examen general sobre los ramos de la profesión que acredita el título o diploma respectivo, en la forma que cada gobierno determine.”

La convención fue suscrita por los presidentes de Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Haití, Honduras, Estados Unidos Mexicanos, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay.

Sin perjuicio de lo anterior, el Tratado se encuentra vigente solo entre Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú y Chile.

a.2) TRATADOS BILATERALES. Reconocimiento ante el Ministerio de Educación

a.2.1) ACUERDO DE RECONOCIMIENTO DE TÍTULOS PROFESIONALES Y LICENCIATURAS Y TÍTULOS DE GRADO UNIVERSITARIOS ENTRE LA REPÚBLICA DE CHILE Y LA REPÚBLICA DE ARGENTINA, DEL 27 DE ENERO DE 2011

Para los efectos de ese Acuerdo, se entenderá por reconocimiento la validez oficial otorgada: “en la República de Chile, a los títulos de grado universitario obtenidos en universidades

argentinas reconocidas oficialmente y de carreras acreditadas por seis años o por al menos dos periodos de tres años por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU)”.

El Ministerio de Educación de la República de Chile y el Ministerio de Educación de la República de Argentina serán los órganos oficiales de aplicación del acuerdo, con competencias para establecer pautas y ajustes.

Ahora bien, las partes del acuerdo, reconocen y conceden validez a los títulos profesionales y licenciaturas y títulos de grado universitario, otorgados por universidades autorizadas y reconocidas oficialmente por el gobierno del país emisor, a través de los respectivos órganos oficiales (MINEDUC).

El reconocimiento, procede siempre que dichos títulos y grados universitarios hayan sido otorgados por universidades reconocidas o acreditadas institucionalmente, y corresponden a carreras acreditadas, por cuatro años en Argentina y tres años en Chile, respectivas a través de las agencias u órganos de acreditación.

En cuanto a los efectos de este reconocimiento, serán los que cada Parte confiera a sus propios títulos oficiales. Por lo tanto, para aquellos títulos profesionales, licenciaturas y títulos de grado universitario que estén vinculados al ejercicio de profesiones reguladas, será necesario, además, cumplir con las reglamentaciones que cada Parte impone a sus nacionales, de acuerdo con las normas legales vigentes para cada profesión. Sin embargo, y para asegurar un trato no discriminatorio, dichas normas no pueden exigir requisitos mayores a los titulados en universidades de la otra Parte, que a los titulados en las propias universidades. Dichas exigencias, solo podrán basarse en criterios objetivos y transparentes.

a.2.2) CONVENIO DE RECONOCIMIENTO MUTUO DE TÍTULOS PROFESIONALES Y GRADOS ACADÉMICOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR ENTRE LA REPÚBLICA DE CHILE Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR.

En la República de Chile, a los títulos de grado y postgrado de maestría y doctorado, obtenidos en las Universidades y escuelas politécnicas ecuatorianas, categorizadas como A y B por

la entidad encargada de la Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior en el Ecuador, correspondientes a carreras y programas acreditados.

En este caso, precisa señalar que, estarán a cargo de la aplicación de este convenio, los órganos oficiales de los Estados Parte. En el caso del Gobierno de Chile, el Ministerio de Educación de la República de Chile.

Las Partes reconocerán y concederán validez a los títulos profesionales y licenciaturas terminales.

El reconocimiento de títulos profesionales y licenciaturas terminales, títulos de grado y los postgrados de maestría y doctorado, en virtud del presente Convenio, producirá los efectos que cada Parte confiera a sus propios títulos oficiales.

Por lo tanto, para aquellos títulos que están vinculados al ejercicio profesional regulado, será necesario el cumplimiento de las exigencias que las normas legales vigentes que cada Estado impone a los titulados de sus universidades y escuelas politécnicas.

No obstante, lo anterior y para asegurar un trato no discriminatorio, dichas normas no podrán exigir requisitos mayores a los titulados en universidades y escuelas de la otra Parte, que a los titulados de sus propias universidades. Dichas exigencias, solo podrán basarse en criterios objetivos y transparentes.

a.2.3) OTROS TRATADOS BILATERALES

Asimismo, en pos a los mismos principios consagrados en los Tratados Bilaterales expuestos precedentemente, existen Acuerdos entre Chile y Brasil, Colombia, Perú, Uruguay y España, en cuanto, se reconoce expresamente validez a los títulos profesionales en Chile, otorgados en esos países foráneos, imbuidos del principio de reciprocidad, por cuanto, en nuestro país, los títulos otorgados en las mencionadas Naciones, tienen el mismo valor que los otorgados por Universidades chilenas (reconocidas), siempre y cuando, se cumplan los requisitos de acreditación instaurados en casa Estado Parte.

B) PARA TODOS AQUELLOS TÍTULOS O GRADOS QUE HAN SIDO OTORGADOS POR ALGÚN PAÍS CON EL CUAL, CHILE NO CUENTA CON CONVENIO O TRATADO

b.1) Universidad de Chile

Nuestro país no cuenta con Tratados celebrados con todos los países del mundo, para reconocer recíprocamente los títulos profesionales. En ese entendido, ante la ausencia de la normativa de Derecho Internacional Público, debemos remitirnos a las normas generales que regulan la materia dentro del país.

Si el título profesional ha sido otorgado por instituciones de educación superior de países no vinculados al nuestro por convenios o tratados, corresponde a la Universidad de Chile pronunciarse académicamente sobre las solicitudes individualmente presentadas y conceder, si procede, el reconocimiento, la revalidación o la convalidación—según sea el caso—de acuerdo a su normativa vigente.¹

Al efecto, es necesario considerar que, el Decreto con Fuerza de Ley N° 153, de 1981, del Ministerio de Educación, aprobatorio del Estatuto de la Universidad de Chile, establece en su artículo 3° que:

“A la Universidad de Chile le corresponde la atribución privativa y excluyente de reconocer, revalidar y convalidar títulos profesionales obtenidos en el extranjero, sin perjuicio de lo dispuesto en los tratados internacionales”.

Agrega el inciso segundo de la mentada disposición que:

“También le compete pronunciarse sobre convenios o tratados internacionales relativos a la educación superior que el gobierno de Chile tenga interés en suscribir con otros gobiernos o entidades internacionales y extranjeras”.

1 Valdebenito Galindo Rubén, “Responsabilidad de la Universidad de Chile en la Revalidación y Reconocimiento de Títulos Profesionales y Grados Académicos Obtenidos en el Extranjero”, en *Reconocimiento y Convalidación de Estudios Superiores y títulos Profesionales en América Latina y el Caribe*, del Centro Interuniversitario de Desarrollo—CINDA, Santiago de Chile, 1998, pág. 165.

La fuente legal de esta Facultad que tiene esta Universidad Estatal, la encontramos en Decreto con Fuerza de Ley del Ministerio de Educación N° 153 del 11 de septiembre de 1981 y publicado en el Diario Oficial de 19 de enero de 1982. Por este DFL se aprobó el “Estatuto de la Universidad de Chile”, actualmente vigente y que, como se ha señalado, prescribe en su Artículo 3°:

“A la Universidad de Chile le corresponde la atribución privativa y excluyente de reconocer, revalidar y convalidar títulos profesionales obtenidos en el extranjero, sin perjuicio de lo dispuesto en los tratados internacionales”.

“También le compete pronunciarse sobre convenios o tratados internacionales relativos a la educación superior que el gobierno de Chile tenga interés en suscribir con otros gobiernos o entidades internacionales y extranjeras”.

Esta disposición reitera y consolida la atribución históricamente delegada en la Universidad de Chile desde, prácticamente, su creación. Dadas las modificaciones y nuevas orientaciones sufridas por la educación superior en el país, se reformularon las normas reglamentarias sobre estas materias, a través del D.U. N° 006895 del 22 de octubre de 1993.

TÍTULOS OTORGADOS EN CHILE, EN PAÍSES EXTRANJEROS CON LOS QUE EXISTE CONVENIOS O ACUERDOS INTERNACIONALES Y EN OTROS PAÍSES

Como hemos podido observar, de acuerdo a la legislación vigente, es posible establecer en concordancia con lo dispuesto en los artículos 112 y 113 del Código Sanitario:

i) Que, conforme a nuestra Legislación vigente, si el título es otorgado por una universidad chilena, sea la de Chile u otra reconocida por el Estado, el profesional se encontrará legalmente habilitado para el ejercicio de la profesión de médico cirujano;

ii) Que, si existe tratado internacional, acuerdo o convenio, vigentes, que así lo establezca expresamente, con países extranjeros, esos títulos profesionales, se entienden reconocidos por Chile y, previos requisitos de trámites

administrativos, descritos en los diversos tratados, dichos profesionales se encontrarán también legalmente habilitados para ejercer la medicina en territorio nacional.

iii) Que, al no existir un Tratado que rijan la materia, y de acuerdo a la legislación vigente, para que el profesional que obtenga su título en el país extranjero, sin una relación entre Estados que se refiera al asunto, debe ser aplicada la legislación nacional que, se encuentra plenamente en vigor y, en consecuencia, conforme a lo estudiado, ese profesional, debe necesariamente someterse al proceso de reválida de la Universidad de Chile, con el fin de poder ejercer legalmente la medicina en Chile.

b.2) EUNACOM COMO MEDIO PARA REVALIDAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO EN CHILE

Con la promulgación de la Ley N° 20.261, los médicos-cirujanos, con títulos otorgados por universidades de países que no tengan con Chile convenios de reconocimiento de títulos, tendrán dos opciones para ejercer válidamente la profesión en el país:

a) Rendir y aprobar el examen de reválida en la Universidad de Chile, conforme al procedimiento señalado en el acápite A) precedente, o

b) Rendir y aprobar con, al menos, la puntuación mínima que exige el Reglamento de la Ley N° 20.261, el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina.

Esta prueba es diseñada y administrada por la asociación que reúna el mayor número de escuelas de medicina, con al menos una generación de graduados y acreditadas; actualmente es la ASOFAMECH.

Los parámetros y requisitos generales de este examen se encuentran reglamentados por el Ministerio de Salud.

El inciso segundo, del artículo 1°, de la citada Ley, previene: “Se entenderá que los profesionales que aprueben el examen único nacional de conocimientos de medicina, habrán revalidado automáticamente el título profesional de médico-cirujano, sin necesidad de cumplir otro requisito para este efecto”.

Este examen no solo es una vía para obtener la reválida, es además requisito para que los facultativos chilenos o extranjeros puedan ingresar a cargos de médico-cirujano en los Servicios de Salud, en los establecimientos experimentales y en los establecimientos de atención primaria.

Igualmente, es requisito para otorgar las prestaciones de salud a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, en la modalidad de libre elección.

Asimismo, el artículo 2º de la Ley N° 20.261 señala que, para postular a programas de perfeccionamiento, de postítulo, de postgrado conducentes a la obtención de un grado académico y de especializaciones o subespecializaciones, financiados por los órganos de la Administración del Estado o que se desarrollen total o parcialmente en establecimientos de salud dependientes de dichos órganos, los médicos cirujanos deberán haber obtenido, a lo menos, la puntuación mínima que establezca el reglamento respecto del examen señalado precedentemente.

En consecuencia, la entrada en vigencia de la Ley N° 20.261, obliga a todo médico titulado (o revalidado) después del 20 de abril de 2009 a obtener un puntaje mínimo en el examen para postular a cargos médicos financiados por el estado.

Atendido el doble efecto de este examen, por un lado, constituye una alternativa para obtener la reválida y a su vez, habilita para ingresar como médico funcionario en los servicios de salud, hospitales experimentales, consultorios de atención primaria, trabajar bajo la modalidad de libre elección de Fonasa y postular a becas de especialización financiadas por el Estado, no cabe duda que será el único medio que utilizarán los médicos extranjeros, sin convenio, para obtener la reválida.

De lo contrario, y para lograr ambos objetivos, los postulantes deberían rendir y aprobar el examen de reválida ante la Universidad de Chile y rendir y aprobar el examen único nacional de conocimientos de medicina.

Con todo, la Contraloría General de la República, en Dictamen N° N° 39.696, de 24 de junio de 2011, señaló que el efecto “revalidante” del EUNACOM no se extiende a cualquier empleo o actividad propia del ejercicio profesional, fuera de los casos que la Ley N° 20.261 establece. En armonía con ello, fue necesario dictar una Ley – N° 20.816- para autorizar a los médicos cirujanos titulados en el extranjero que hayan aprobado el EUNACOM, para ser contratados en las Subsecretarías del Ministerio de Salud y en el Instituto de Salud Pública, en cargos y funciones médico administrativas o de contraloría médica.

Para el caso del ejercicio en el sector privado, y a consecuencia de lo resuelto por Contraloría, las Leyes de presupuesto correspondientes a los años 2018 y 2019 incorporaron una glosa que establece que “los profesionales que aprueben o hubiesen aprobado el examen único nacional de conocimientos de medicina, habrán revalidado automáticamente su título profesional de médico cirujano, sin necesitar cumplir ningún otro requisito para este efecto”.

Así las cosas, la aprobación del EUNACOM habilitará a los profesionales para ejercer la profesión tanto en el sistema público de salud, así como el sector privado. La aprobación del examen antedicho, eximirá los profesionales de la obligación de realizar el procedimiento de reconocimiento, revalidación o convalidación de títulos profesionales obtenidos en el extranjero ante la Universidad de Chile.

Por último, conviene destacar que:

En el Proyecto de Ley de Presupuesto 2020, en la PARTIDA 16, CAPÍTULO 11, PROGRAMA 01, GLOSA 7, se establece que: “Según lo dispuesto en la Ley N° 20.261, los profesionales que aprueben o hubiesen aprobado el examen único nacional de conocimientos de medicina, habrán revalidado automáticamente su título profesional de médico cirujano, sin necesitar cumplir ningún otro requisito para este efecto. La aprobación de dicho examen habilitará a los profesionales para ejercer la profesión, tanto en el sistema público de salud, así como el sector privado.

La aprobación del examen antedicho, eximirá los profesionales de la obligación de realizar el procedimiento de revalidación señalado en el

Artículo 6 del Decreto con Fuerza de Ley N°3, de 2007, del Ministerio de Educación.”

b.3) REVALIDACIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO A TRAVÉS DE LA CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD O SUBESPECIALIDAD EN CONACEM

La Ley N° 20.985 introdujo un nuevo artículo 2° bis en la Ley N° 20.261, que creó el EUNACOM, cuyo tenor es el siguiente:

“El examen único nacional de conocimientos de medicina a que se refiere el artículo 1 de esta Ley no será exigible a médicos cirujanos que hayan obtenido la certificación de su respectiva especialidad o subespecialidad de conformidad con las normas establecidas en el número 13 del artículo 4° del decreto con fuerza Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto Ley N° 2.763, de 1979, y de las Leyes N°18.933 y N° 18.469.

Las entidades certificadoras autorizadas por el Ministerio de Salud, en virtud del citado artículo 4, podrán certificar la especialidad o subespecialidad de quienes hayan obtenido su título profesional de médico cirujano en el extranjero, que no se encuentren habilitados para ejercer su profesión en Chile y que no cuenten con el examen único nacional de conocimientos de medicina. A los médicos que, encontrándose en estas circunstancias, obtengan la certificación de su especialidad o subespecialidad tampoco les será exigible el examen. Con todo, el ejercicio de su profesión quedará limitado al de la especialidad o subespecialidad que le fuere certificada, y solo para el sector público”.

Por consiguiente, aquellos profesionales especialistas, que hayan obtenido su título de médico en el extranjero y que no se encuentren habilitados para ejercer la profesión en Chile, podrán concurrir a CONACEM para obtener la certificación de su especialidad, y, en caso de obtener la referida certificación, quedarán habilitados para ejercer la profesión en Chile con 2 limitaciones: i) solo podrán ejercer la respectiva especialidad o subespecialidad, y ii) solo podrán ejercerla en el sector público.

El inciso primero de la referida norma señala, además, que los médicos habilitados para ejercer la profesión en Chile que certifiquen su respectiva especialidad o subespecialidad, no requieren aprobar el EUNACOM para los fines que la Ley N° 20.261 establece.

b.4) FACULTAD OTORGADA A LOS SEREMI POR EL INCISO FINAL DEL ARTÍCULO 112 DEL CÓDIGO SANITARIO

El referido artículo, después de señalar quiénes pueden desempeñar actividades propias de la medicina, odontología, química y farmacia u otras relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud, indica en su inciso final lo siguiente:

“No obstante lo dispuesto en el inciso primero, con la autorización del Director General de Salud podrán desempeñarse como médicos, dentistas, químico-farmacéuticos o matronas en barcos, islas o lugares apartados, aquellas personas que acrediten título profesional otorgado en el extranjero”.

Esta facultad se encuentra actualmente radicada en los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud.

En virtud de la facultad excepcional otorgada a la autoridad sanitaria por esta norma, se suelen burlar las disposiciones sobre revalidación de títulos consignadas en los acápite anteriores a través de esta vía.

A este respecto, la Contraloría General de la República (Dictamen N° 83.399, de 2013; 99.791, de 2014; y 12.393, de 2016), ha señalado que en casos de escasez de médicos, cuando ello sea imprescindible en orden a asegurar la entrega de las prestaciones de salud, es admisible que se recurra transitoriamente a la contratación de profesionales que no hayan rendido y aprobado el EUNACOM, considerando el principio de servicialidad de la Administración contemplado en el artículo 1° de la Constitución Política. Sin embargo, agrega que cabe precisar que lo antes expresado no obsta a que el Ministerio adopte las medidas tendientes a procurar que, en la oportunidad en que ello sea posible, se regularice la situación de dichos médicos.

Por tal motivo, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, mediante Ord. N° 4807, de 14 de noviembre de 2018, atendido el evidente desorden que ha existido en cuanto al otorgamiento de estas autorizaciones para ejercer la medicina a profesionales que no se encuentran habilitados para ello en nuestro país, estimó necesario impartir una serie de orientaciones e instrucciones, indicando que, en los casos que por necesidad extrema de dar continuidad a los servicios, se requiera contratar algún médico que no tenga su EUNACOM aprobado, para una zona urbana o que no reúna las condiciones descritas en el inciso final del artículo 112 del Código Sanitario -islas, barcos y lugares apartados-, la autoridad facultada para contratar, deberá acreditar fehacientemente los fundamentos legales y fácticos que sustentan la decisión de contratar, tales como:

1°. Citar en la resolución de contratación los actos administrativos y demás documentos que den cuenta de la realización efectiva de concursos públicos de médicos cirujanos, que reúnan las condiciones legales para desempeñar la profesión y que se hayan declarado desiertos por falta de interesados o de candidatos idóneos;

2°. Fundar la brecha del recurso humano médico, a través de un informe técnico emitido por la Subdirección Médica o de Gestión Asistencial del respectivo Servicio de Salud o establecimiento autogestionado, cuando corresponda;

3°. La mencionada contratación debe ser eminentemente transitoria, no pudiendo exceder de seis meses, y solo excepcionalmente, si la necesidad o escasez continúa, podrá prorrogarse fundadamente por otros tres meses; requerir al interesado, en el caso de ser procedente, un certificado que acredite la inscripción actual, el número de inscripciones previas, y la rendición efectiva del EUNACOM en oportunidades anteriores (si procede), con los respectivos puntajes obtenidos;

4°. Exigir la totalidad de los documentos que acrediten su formación profesional en el extranjero, debidamente legalizados, en conformidad a la normativa vigente; requerir la documentación que acredite el cumplimiento

de la normativa sobre permanencia o residencia en Chile, en conformidad a las normas sobre extranjería.

c) Sistema especial establecido por la Ley N° 19.074 para el reconocimiento de títulos y grados obtenidos en el extranjero por personas que salieron del país antes del 11 de marzo de 1990, por razones de fuerza mayor, y que retornaron a Chile.

Los títulos y los grados obtenidos en las circunstancias antes señalados, serán legalmente habilitantes para el ejercicio profesional de sus titulares en Chile.

El reconocimiento para el ejercicio profesional a los titulares de grados académicos y títulos profesionales y técnicos señalados era otorgado por una Comisión Especial que se creó para tales efectos, y que se pronunciaba sobre los casos que debía presentar la Oficina Nacional de Retorno.

Las personas que deseaban acogerse a los beneficios de esta Ley, debían presentar una solicitud, acompañando diversos antecedentes, en la Oficina Nacional de Retorno, que debía informar a la Comisión Especial señalada.

Fuera de la Región Metropolitana las solicitudes de reconocimiento podían ser presentadas en la Secretaría Regional Ministerial de Educación, la que solo actuaba como receptora y debía hacer entrega de las mismas a la Oficina Nacional de Retorno, en un plazo de 10 días contado desde la fecha de recepción.

La Comisión Especial solo podía otorgar el reconocimiento para el ejercicio profesional a los titulares de grados académicos, títulos profesionales o técnicos, que hubieren cumplido con las exigencias que ella determinaba, las que podían ser de orden académico y no académico.

Para otorgar el reconocimiento la Comisión Especial, , podía disponer que se realizaran ciclos de estudios, trabajos prácticos o se rindieran las pruebas académicas que estimase convenientes, en la Universidad de Chile, de acuerdo con los estatutos de ésta y con su consentimiento.

En los casos en que la Universidad de Chile no impartía los estudios correspondientes a las profesiones que se solicitaba reconocer, o no podía atender dichas solicitudes, la Comisión Especial podía acordar que las pruebas académicas se realizaran en otros establecimientos de educación superior, con su consentimiento.

Finalmente, la Ley N° 19.074 estableció que los beneficios solo podían recabarse hasta el 1° de marzo de 1994.

2. ESTATUTOS JURÍDICOS QUE RIGEN A LOS MÉDICOS

Por Gabriel Nieto Muñoz, abogado jefe UDELAM.

Al momento de egresar, el médico cirujano que comienza su vida laboral o de funcionario público, se ve enfrentado a una realidad compleja, en donde, existe una gran cantidad de conceptos y diversas formas en las que se puede ver relacionado con su futuro empleador. En primer lugar, puede optar por desempeñarse en el sistema público de salud, ya sea a nivel de Servicio de Salud, Carabineros de Chile, las Fuerzas Armadas, ya sea a nivel municipal. Sin perjuicio de que se desarrollará exhaustivamente, acá se mencionarán los diversos estatutos por los que el médico puede ejercer su profesión:

2. 1. FUNCIONARIOS

2.1.1. PÚBLICOS PROFESIONALES FUNCIONARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

Las normas que es necesario tener en consideración en el ejercicio profesional en el sector público son las siguientes:



a) Constitución Política de la República de Chile

En el esquema recientemente expuesto, observamos que estos funcionarios públicos, se rigen primordialmente, como todos los individuos, por nuestra Constitución Política, por cuanto, el artículo 6° del mencionado texto indica:

“Los órganos del Estado deben someter su acción a la Constitución y a las normas dictadas conforme a ella, y garantizar el orden institucional de la República.

Los preceptos de esta Constitución obligan tanto a los titulares o integrantes de dichos órganos como a toda persona, institución o grupo.

La infracción a esta norma generará las responsabilidades y sanciones que determine la Ley.”

Pues bien, los órganos del Estado son las personas que debidamente investidas e incorporadas a una institución pública, actúan en nombre de aquel, atribuyéndole o imputándole lo obrado o no por ellos, tal como si el Estado mismo lo hubiere hecho. Órganos son, en tal sentido y con carácter general, las autoridades y funcionarios públicos.

De esta forma, los médicos cirujanos que se incorporan a la administración del Estado, sin excepción, deben someter su acción a la Constitución y a las normas dictadas conforme a ella. Aquí se encuentra el principio de primacía o supremacía constitucional, o sea, la cualidad de Ley Suprema que singulariza a la Constitución en su forma y fondo. Por este principio, la Carta Fundamental convierte en obligatorios sus valores, principios y normas, tanto para las autoridades públicos como para todos los habitantes y ciudadanos, y lo hace directamente, es decir, sin que sea necesario que medie entre la Constitución y las personas otra norma jurídica que desarrolle y haga imperativo obedecer a sus disposiciones.²

2 CEA EGAÑA, José Luis (2002), Derecho Constitucional Chileno, Tomo I, Santiago de Chile, Ediciones UC, pág. 298.

b) Ley 18.575, Orgánica Constitucional Bases Generales de la Administración del Estado

Aplica como norma general, consagrando los siguientes elementos:

Servicialidad del Estado

La administración del Estado está al servicio de la persona humana; su finalidad es promover el bien común atendiendo las necesidades públicas en forma continua y permanente y fomentando el desarrollo del país a través del ejercicio de las atribuciones que le confiere la Constitución y la ley, y de la aprobación, ejecución y control de políticas, planes, programas y acciones de alcance nacional, regional y comunal.

Eficiencia y Eficacia

Las autoridades y funcionarios deberán velar por la eficiente e idónea administración de los medios públicos y por el debido cumplimiento de la función pública. Los órganos de la Administración del Estado deberán cumplir sus cometidos coordinadamente y propender a la unidad de acción, evitando la duplicación o interferencia de funciones.

Jerarquía

Los funcionarios de la Administración del Estado estarán afectos a un régimen jerarquizado y disciplinado. Deberán cumplir fiel y esmeradamente sus obligaciones para con el servicio y obedecer las órdenes que les imparta el superior jerárquico. Las autoridades y jefaturas, dentro del ámbito de su competencia y en los niveles que corresponda, ejercerán un control jerárquico permanente del funcionamiento de los organismos y de la actuación del personal de su dependencia. Este control se extenderá tanto a la eficiencia y eficacia en el cumplimiento de los fines y objetivos establecidos, como a la legalidad y oportunidad de las actuaciones.

Probidad Administrativa y Transparencia

Los funcionarios de la Administración del Estado deberán observar el principio de probidad administrativa y, en particular, las normas legales generales y especiales que lo regulan. La función pública se ejercerá con transparencia, de manera que permita y promueva el conocimiento de los procedimientos, contenidos y fundamentos de las decisiones que se adopten en ejercicio de ella.

Preeminencia de los Estatutos Administrativos

El personal de la Administración del Estado se regirá por las normas estatutarias que establezca la ley, en las cuales se regulará el ingreso, los deberes y derechos, la responsabilidad administrativa y la cesación de funciones.

Responsabilidad Administrativa

•El personal de la Administración del Estado estará sujeto a responsabilidad administrativa, sin perjuicio de la responsabilidad civil y penal que pueda afectarle. En el ejercicio de la potestad disciplinaria se asegurará el derecho a un racional y justo procedimiento.

Capacitación y Perfeccionamiento del personal del Estado

•La Administración del Estado asegurará la capacitación y el perfeccionamiento de su personal, conducentes a obtener la formación y los conocimientos necesarios para el desempeño de la función pública.

c) Ley 15.076 Estatuto para los médicos farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas, texto refundido, coordinado y sistematizado por el DFL N°1, de 2001, del Ministerio de Salud

Como vimos anteriormente, los estatutos especiales son los que regulan la relación entre los médicos cirujanos y el Estado. Así las cosas, por especialidad, existe este texto legal destinado, entre otros, a los profesionales que nos ocupan, en donde se regulan materias tales como:

- a) El ingreso de los profesionales funcionarios a la planta del servicio público como titular;
- b) Normas especiales sobre remuneraciones;
- c) Horario de trabajo e incompatibilidades;
- d) Calificaciones de los funcionarios;
- e) Feriados, licencias y permisos;
- f) Reemplazos, comisiones y traslados;
- g) Otorgamiento de Becas;
- h) Liberación de guardia nocturna.

Las disposiciones de esta ley, deben ser complementadas con su Reglamento, el Decreto Supremo N°110, de 1963, del Ministerio de Salud, y respecto al beneficio de liberación de guardia nocturna, con la Ley N°19.230.

Con la dictación de la Ley N°19.664, se regularon la carrera funcionaria, remuneraciones y capacitaciones, para los cargos diurnos de 11, 22, 33 y 44 horas, siendo dicho cuerpo legal el que rige esos aspectos específicos para esos cargos.

d) Ley 19.664 Establece Normas Especiales Para Profesionales Funcionarios Que Indica De Los Servicios De Salud Y Modifica La Ley N° 15.076

- Se aplica a los médicos que se desempeñan cargos de 11, 22, 33 y 44 horas en los Servicios de Salud.
- Es una ley modificatoria, por cuanto solo rige en los casos especiales que indica.

- En lo no previsto en ella, sigue vigente la Ley 15.076.

Esta Ley que se aplica solo a los cargos diurnos indicados, regula la carrera funcionaria, separando la misma en dos grandes etapas:

- Etapa de Destinación y Formación; y
- Etapa de Planta Superior.

Además, regula el acceso a dicha carrera funcionaria, el ingreso a programas de especialización y subespecialización.

Asimismo, establece normas especiales sobre remuneraciones y asignaciones y el procedimiento de acreditación al que se tienen que someter los médicos para ir avanzando en los distintos niveles de la mentada carrera.

e) Ley 18.834, Estatuto Administrativo

Como norma supletoria, rige en lo que no se observe en las dos Leyes anteriores, es decir, lo que no está regulado en la Ley 19.664, se debe regir por la Ley 15.076 y, en el evento de que esta última no observe la solución para una determinada situación, debe buscarse ésta en el Estatuto Administrativo.

f) Código del Trabajo

También se ha constituido como una norma general que podría resolver conflictos jurídicos, de forma supletoria, es decir, cuando la solución no se encuentre prevista en los textos legales que hemos mencionado precedentemente.

2.1.2. Funcionarios de la atención Primaria de Salud Municipal (APS Municipal)



Sobre el particular, nos remitiremos a lo indicado en el acápite anterior, sobre la aplicación de la Constitución y la Ley N°18.575 y el Código del Trabajo.

Si nos detendremos, en lo que nos interesa, que es la Ley 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, regulando los siguientes aspectos:

- a) Normas Generales del Régimen Laboral de la APS municipal;
- b) Dotación y Jornada de Trabajo;
- c) Remuneraciones;
- d) De la carrera de los funcionarios de la salud del sector municipal que se desempeñen en APS;
- e) Misiones de estudio;
- f) Obligaciones Funcionarias;
- g) Calificaciones;
- h) Término de la Relación Laboral.

Se hace aplicable el Decreto 2296 de 2007, del Ministerio de Salud que es el Reglamento de la Ley 19.378.

Además, en lo que no se prevea en la referida normativa legal, deberá aplicarse supletoriamente:

- a) La Ley 18.883, Estatuto Administrativo de los Funcionarios Municipales;
- b) La Ley 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

2.1.3. PROFESIONALES FUNCIONARIOS DE LAS FUERZAS ARMADAS

Sobre el particular, nos remitiremos a lo indicado en el acápite anterior, sobre la aplicación de la Constitución y la Ley N°18.575 y el Código del Trabajo.

- DFL N°1, DE 1997, del Ministerio del Interior, ESTABLECE ESTATUTO DEL PERSONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS.

El Estatuto contiene las disposiciones que regulan la vinculación jurídica entre el Estado y el personal de las Fuerzas Armadas, desde el ingreso a estas Instituciones hasta el término de su carrera profesional. Asimismo, rige las relaciones entre el Estado y otras categorías

de servidores que se desempeñen en estas Instituciones.

- En lo no previsto en el Estatuto Especial, rige la Ley 15.076 y, luego, la Ley 18.834.

2.1.4. PROFESIONALES DE CARABINEROS DE CHILE

También nos remitiremos a lo señalado respecto a la Constitución Política, de la República de Chile, Ley 18.575 y el Código del Trabajo. Además, a los profesionales que se desempeñen en esta institución, le son aplicables las siguientes Leyes:

- Ley 18.961 que fija la Ley Orgánica Constitucional de Carabineros de Chile.

- Decreto 412, de 2019 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Estatuto del Personal de Carabineros de Chile. Se faculta a la Dirección General de Carabineros para contratar médicos y dentistas, por horas de trabajo, conforme a las prescripciones de la Ley 15.076, de 1967, cuando las necesidades del servicio lo requieran, siempre que la Ley de Presupuestos consulte fondos para ello. Igualmente, se la faculta para contratar con cargo a los mismos fondos, en forma temporal y por un plazo máximo de seis meses, a profesionales afectos a la mencionada Ley, en caso de ausencias de los titulares de Carabineros, motivadas por feriados, licencias, permisos o reposo preventivo. Estas contrataciones no producirán incompatibilidades. Los profesionales contratados en virtud de este artículo no integrarán la planta institucional.

- Personal contratado por Resolución (CPR) aquel que desempeñe funciones en Carabineros de Chile, en forma transitoria, sin constituir escalafones ni ocupar plazas de la planta institucional fijada por Ley N°18.291 y sus modificaciones, por el lapso o periodo que la resolución respectiva determine o mientras sean necesarias sus funciones, pudiendo durar como máximo hasta el 31 de diciembre de cada año. Se hace presente que este personal no se encuentra afecto a las disposiciones del Código del Trabajo y su legislación complementaria, salvo en lo que dice relación con las normas sobre protección de la maternidad reguladas en dicho cuerpo legal.

- Asimismo, en conformidad al artículo 10 del D.F.L. (I)N°2, de 1968, la Dirección de General de Carabineros, puede contratar médicos y dentistas por horas de trabajo, conforme a las prescripciones de la Ley N°15.076, con fondos de la Ley de Presupuestos.

2.1.5. MÉDICOS CONTRATADOS BAJO EL RÉGIMEN DEL CÓDIGO DEL TRABAJO

Las relaciones laborales entre los empleadores y los trabajadores se regularán por ese Código y por sus Leyes complementarias.

3. MÉDICOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS

Por Gabriel Nieto Muñoz, abogado jefe UDELAM, Rodrigo Gaete, Pablo Pérez, Constanza Urrutia, Daniel Gaete, Sebastián Bustos, abogados UDELAM.

Patricia Núñez, abogada Departamento Jurídico. Colegio Médico de Chile (A.G.).

Rocío Toro, abogada jefa Unidad de Defensa de Género (UDEGEN).

Para entender correctamente el ámbito en el que nos centraremos en este acápite, preciso es considerar, brevemente, como se estructura la Administración del Estado de nuestro País.

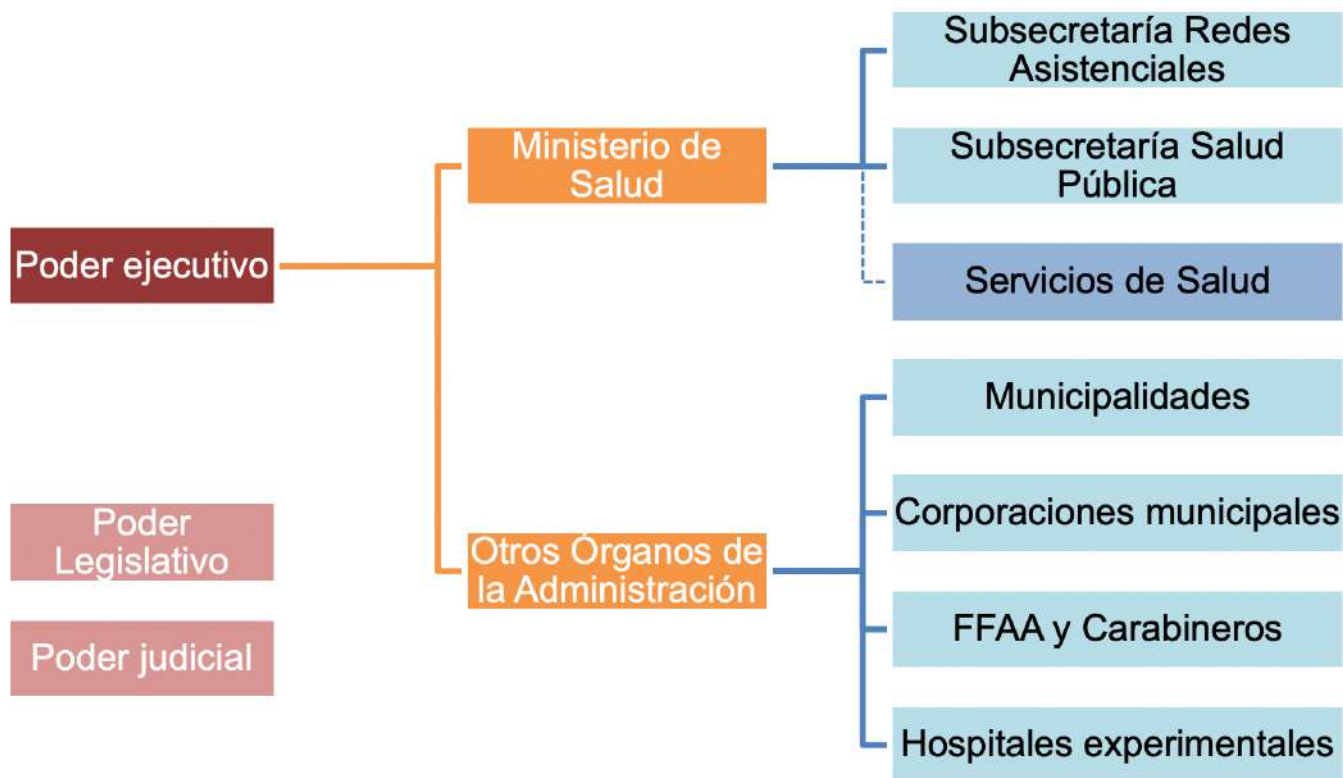
En Chile, existen tres grandes poderes en los que se divide la Administración del Estado, a saber, el Poder Ejecutivo, el Legislativo y el Judicial, de conformidad a las distintas funciones que debe desempeñar el Estado. Lo que nos interesa en nuestro análisis, para efectos de ubicar a nuestros médicos dentro de esta Administración, es el Poder Ejecutivo, el cual, entre otros aspectos, debe velar por la regencia de la salud de la población en todo aspecto, y brindar facilidades para satisfacer esta básica necesidad.

De acuerdo a la Ley Orgánica Constitucional de Bases de la Administración del Estado, el Presidente de la República ejerce el gobierno y la administración del Estado con la colaboración

de los órganos que establezcan la Constitución y las Leyes. A su vez, este mismo texto legal establece que, la Administración del Estado estará constituida por los Ministerios, las Intendencias, las Gobernaciones y los órganos y servicios públicos creados para el cumplimiento de la función administrativa, incluidos la Contraloría General de la República, el Banco Central, las Fuerzas Armadas y las Fuerzas de Orden y Seguridad pública, los Gobiernos Regionales, las Municipalidades y las empresas públicas creadas por Ley.

Dentro de estos órganos colaboradores, encontramos aquellos creados para cumplir la función de velar por las políticas de salud del país, entre los cuales, principalmente, encontramos al Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Redes Asistenciales y los Servicios de Salud, que son los órganos con los cuales generalmente se enfrentarán al momento de comenzar a ejercer sus funciones en el sistema público. Sin perjuicio de ello, existen otros órganos de la Administración del Estado que también velan por el cumplimiento de los planes y acciones de salud, aunque más sectorizados, tales como, los establecimientos destinados a las Fuerzas Armadas, Carabineros de Chile, Municipalidades, Corporaciones Municipales, Hospitales Experimentales creados por Ley, entre otros.

Ahora bien, nos centraremos más profundamente, en la relación de los médicos y médicas con los Servicios de Salud del País y las Municipalidades.



3.1. ¿QUÉ ES UN SERVICIO DE SALUD?

Los Servicios de Salud son órganos o entidades de la Administración del Estado creados por ley para dar cumplimiento concreto, dentro de un determinado espacio territorial, a las políticas de salud definidas por el Poder Ejecutivo, mediante el Ministerio de Salud.

Los Servicios de Salud son una persona jurídica³ que realiza o contribuye a ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.

Ahora bien, los Servicios de Salud, en general, tendrán a su cargo 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, y tal como se adelantó, estos servicios tienen competencias dentro de un determinado territorio, ello en atención a la desconcentración⁴ y descentralización⁵ administrativa.

Los servicios serán organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Que

4 Desconcentrar implica que un órgano central delega sus funciones a otro, en que el órgano que realiza la delegación es superior jerárquicamente, y, en último término, sigue siendo responsable de las competencias que ha delegado. Ejemplo: SEREMIs de Salud respecto de MINSAL

5 Descentralizar implica la creación de un nuevo órgano, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, al que se le traspan competencias desde el nivel central en consideración al territorio o a la función que se descentraliza. Ejemplo, Servicios de Salud.

3 Una persona jurídica es una ficción legal, ente ficticio, capaz de ejercer derechos y contraer obligaciones civiles, y de ser representada judicial y extrajudicialmente

sean órganos funcionalmente descentralizados significa que actúan con la personalidad jurídica y el patrimonio propios que la Ley les asigne y estarán sometidos a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio respectivo. En el caso de los Servicios de Salud, le Ley le asigna funciones que les son propias y además, como hemos visto, territorialmente ejercen su competencia en distintos lugares, no influyendo uno en otro territorio que no le corresponda.

3.1.1. LA RED ASISTENCIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Hemos visto como dentro de la organización de la Administración del Estado, nuestra Ley ha creado los Servicios de Salud, para ayudar a cumplir la función del Poder Ejecutivo, Ministerio de Salud, en el respectivo sector. Ahora bien, para materializar esa función pública, es absolutamente necesario que existan establecimientos en los cuales los usuarios puedan acceder al restablecimiento, cuidado de la salud. De esa manera, encontramos Hospitales, consultorios, Postas, etcétera, que dependen administrativamente de estos servicios.

De conformidad al artículo 17 del DFL N°1 de 2005, 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, los cuales deberán colaborar y complementarse entre Si para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población. Además, 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.

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 solo recibirán derivaciones desde el primer nivel de

atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la Ley y los reglamentos.

3.1.1.1. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MENOR COMPLEJIDAD

De conformidad al Decreto N° 38, de 2005, del Ministerio de Salud, los establecimientos de menor complejidad son aquellos que realizan actividades de atención abierta, cerrada y de urgencia, de baja complejidad, que desarrollan principalmente actividades de nivel primario y algunas de especialidad, de acuerdo a su rol dentro de la Red Asistencial que integra y en el área de competencia que determine el Director de Servicio en consulta con el Consejo de Integración de la Red Asistencial.

En general, estos establecimientos se caracterizan por un menor desarrollo de especialidades, lo que quiere decir, que, de acuerdo a su complejidad técnica, no cuentan con las especialidades básicas de medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, o cuentan con una o más de ellas, y no poseen o solo poseen excepcionalmente algunas de las subespecialidades de la medicina que no correspondan a las especialidades básicas citadas.

En el aspecto laboral, el director de estos establecimientos tiene funciones delimitadas expresamente en el reglamento respectivo. De esa manera, a él corresponderá, ejercer las funciones de administración del personal y gestión de recursos humanos.

3.1.1.2. ESTABLECIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD O DE AUTOGESTIÓN EN RED

Los establecimientos que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente servicio, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, es decir, tienen su propia representación judicial y extrajudicial, por parte de su respectivo jefe superior.

Estos establecimientos son los que tienen mayor complejidad técnica, es decir, están clasificados como de alta complejidad. En general, son

aquellos que tienen un mayor desarrollo de especialidades, por cuanto, cuentan con al menos una de las especialidades básicas de: medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, y poseen varias subespecialidades de la medicina que no corresponden a las especialidades básicas citadas, tales como cardiología, neurología, nefrología, gastroenterología, oftalmología, otorrinolaringología, entre otras.

Ahora bien, en el aspecto que nos interesa, estos establecimientos autogestionados en red, podrán, a través de su Director, 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, higiene y seguridad laboral, y gestión de recursos humanos.

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.

A diferencia de lo visto en relación a los establecimientos de menor complejidad, podemos observar que esos últimos tienen atribuciones mucho más acotadas en relación al personal, no así los establecimientos autogestionados, pues estos poseen mayores amplitud de competencias.

3.2. ¿CÓMO INGRESAR A LOS CARGOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED ASISTENCIAL DE UN SERVICIO DE SALUD?

A fin de responder claramente la interrogante recientemente planteada, se hace necesario hacer una gran distinción: ejercicio de cargos diurnos y ejercicio de turnos nocturnos o, más conocidos en la jerga médica, cargos 28 AP. Y es importante hacer tal distinción, pues, las Leyes aplicables a cada uno de sus cargos son diversas y, con ello, por supuesto, la regulación de los aspectos laborales de cada uno de ellos.



3.2.1. INGRESO A LOS CARGOS DIURNOS

Desde el año 2000, los cargos diurnos tienen su propia regulación. Ello, debido a la dictación de la Ley N° 19.664 que establece normas para profesionales funcionarios de los Servicios de Salud y modificó la antigua Ley (que aún sigue vigente en algunos aspectos, según se verá) N° 15.076, ello porque como lo indica el mismo texto de la nueva Ley, la N° 15.076 fue modificada y no derogada (dejada sin efecto).

Se reconocen como cargos diurnos aquellos que se ejercen en 11, 22, 33 y 44 horas semanales, generalmente en las mañanas y por la tarde. Si bien las Leyes 15.076 y 19.664 no definen que se entienda por cargo diurno, ello puede desprenderse de lo dispuesto en el inciso 2° del artículo 43 de la Ley 19.664 que establece que se entiende trabajo extraordinario nocturno, el que se realiza entre las 21:00 horas de un día y las 08:00 horas del día siguiente que no corresponda al cargo de 28 horas de los establecimientos hospitalarios. Por ello, a contrario sensu, debe entenderse por cargo diurno el que se ejerza entre las 08:00 horas a las 21:00 horas.

Visto lo anterior, preciso es señalar entonces, que el artículo 1° de la Ley 19.664 establece que los profesionales funcionarios que desempeñen cargos con jornadas de 11, 22, 33 y 44 horas semanales de la Ley N° 15.076 en los establecimientos de los Servicios de Salud, incluidos los cargos de la planta de Directivos con jornadas de dicho cuerpo legal, se regirán por las normas especiales contenidas en el Título Primero de la primera Ley que hemos mencionado en este párrafo.

De esa manera, podemos distinguir que la Ley 19.664 regula dos formas de ingreso a los Servicios de Salud, a saber, una que constituye la regla general, regulada en el artículo 8° y una excepcional, contenida en el artículo 9°.

3.2.1.1. INGRESO CONFORME AL PROCESO DE SELECCIÓN DESCRITO EN EL ARTÍCULO 8° DE LA LEY 19.664

Cuando un profesional funcionario ingresa a algún establecimiento de los Servicios de Salud del país, da inicio a su carrera funcionaria (en el cargo diurno), la cual, se ha dividido por Ley en dos grandes etapas, la Etapa de Destinación y Formación (EDF) que es aquella en la que los profesionales funcionarios desarrollan sus competencias y desarrollan preferentemente funciones de carácter asistencial; y la Etapa de Planta Superior es aquella en que los funcionarios ya poseen una formación y experiencia calificada y desempeñan funciones que implican la aplicación sistemática de sus conocimientos y competencias en beneficio de la población usuaria, en la formación de nuevos profesionales o en la coordinación y supervisión de equipos o grupos de trabajo.

La regla general, como lo hemos adelantado, es que el ingreso de la Etapa de Destinación y Formación se efectuará mediante un proceso de selección objetivo, técnico e imparcial, que se desarrollará a nivel nacional a lo menos una vez al año.

Es el Subsecretario de Redes Asistenciales quien debe, a solicitud de los Servicios de Salud, coordinar a nivel nacional la realización

del proceso de selección, debiendo, para estos efectos, adoptando todas las medidas y resoluciones que estime necesarias. De esa manera, establece el Decreto Supremo N° 788 del año 2001 del Ministerio de Salud que los Servicios de Salud deben comunicar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales el número de plazas de contratos de la Etapa de Destinación y Formación que deban ser provistas en el respectivo proceso de selección, indicando las características que deberán tener los cargos respectivos.

El llamado a participar en el respectivo proceso de selección se publicará, por una vez, mediante un aviso en un diario de circulación nacional, sin perjuicio de otras medidas de difusión que se estime necesario adoptar, en especial, en nuestros tiempos en que la tecnología se ha vuelto un gran contribuyente en la entrega de información, mediante internet, televisión, radio y otros similares. El Colegio Médico de Chile A.G., también contribuye con esta difusión, de manera que, copia del llamado a postulación se remite a la mencionada Asociación Gremial.

Es preciso tener presente lo siguiente, conforme las reglas del Decreto Supremo N° 788 que venimos comentando:

- a) Que, entre la publicación del aviso y la fecha fijada para el término de la recepción de los antecedentes, no puede mediar un lapso inferior a 15 días;
- b) Que, el aviso debe señalar, a lo menos, el lugar de retiro de las bases, la fecha y recepción de los antecedentes y las fechas de resolución del proceso y asunción de funciones
- c) Que, las bases deben estar disponibles en todos los Servicios de Salud del país, deben indicar la fecha en que se darán a conocer los cargos dispuestos por los Servicios de Salud y sus características.

Las bases que han de señalar los procedimientos de postulación, rubros de antecedentes a ponderar, métodos de evaluación, que aseguran un proceso de selección objetivo, técnico e imparcial, deben ser elaboradas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Estas bases son las que regulan todo lo concerniente al ordenamiento de los puntajes, a la forma y

lugar de la publicidad de los resultados y a las modalidades de los llamados para la aceptación de los cargos.

Una vez que el médico postule al proceso señalado más arriba, estos serán enviados y evaluados por una comisión de selección designada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, la que debe estar integrada por dos profesionales funcionarios médicos propuestos por el Colegio Médico de Chile A.G.

La comisión encargada del proceso de selección puede considerar la aplicación de instrumentos de selección, tales como, oposición de antecedentes, pruebas, entrevistas, exámenes u otros que evalúen las competencias del postulante para el ejercicio del cargo. Dichos instrumentos deben ser públicos y abiertos a todo participante y tiene el carácter de nacional.

Es dable advertir que, la resolución de la comisión referida, es recurrible mediante el recurso de reposición, con apelación en subsidio. El recurso de reposición tiene por objeto obtener de la misma comisión—por lo que se presenta ante la misma—la enmienda o modificación de su resolución, siempre y cuando se cuenten con antecedentes nuevos que den lugar a dicha enmienda o modificación o, cuando, se haya hecho una errada ponderación de los antecedentes. En lo concerniente al recurso de apelación subsidiario, este ha de presentarse ante la Comisión seleccionadora, para ante el Subsecretario de Redes Asistenciales. Estos medios impugnatorios deben ser presentados dentro del plazo de 5 días contados desde la notificación del resultado respectivo del proceso de selección.

Una vez que se haya resuelto el proceso de selección coordinado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, esta comunicará a los Servicios de Salud la nómina de los profesionales seleccionados que hubiesen aceptado los cargos ofrecidos por los respectivos Servicios de Salud y les son remitidos a los interesados los antecedentes para que sean contratados.

En caso de que los cargos no fueren aceptados después de un tercer llamado en los procesos de selección coordinados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y aquellos que

quedaren vacantes con posterioridad al proceso de selección, pueden ser provistos dentro del plazo de 90 días siguientes en un proceso de selección a nivel nacional, efectuado por los respectivos Servicios de Salud.

Desde el punto de vista práctico, una vez convocado el Proceso, los médicos cirujanos podrán presentar todos los antecedentes solicitados en las Bases del Concurso para proveer estos cargos de la Etapa de Destinación y Formación y serán sometidos a evaluación. Una vez aceptada la solicitud, se hará un llamado a viva voz en que, de acuerdo a los respectivos puntajes obtenidos por el profesional, se le dará la opción de tomar o no el cargo ofrecido en algún Servicio de Salud del país. Generalmente el profesional será destinado a algún establecimiento que lo requiera por extrema necesidad y, ello generalmente obedece a aquellos que se encuentran en lugares de difícil desempeño y complejo acceso. Aceptado el cargo, el profesional debe presentarse en el Servicio de Salud al que fue destinado y respecto del cual, voluntariamente, ha aceptado la destinación, el 1° de abril siguiente y, allí se dictarán al efecto, las respectivas resoluciones administrativas de contratación (se hace presente que los profesionales funcionarios ¡No firman contrato! Como suele pensarse, pues, se rigen por los actos administrativos que dicte su Jefe Superior y por la Ley.

Es importante hacer presente a los médicos cirujanos que deben estar muy atentos a los instrumentos de **categorización de dificultad** del establecimiento en el que se desempeñarán, realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, pues, ello será vital cuando en el futuro deseen postular a programas de especialización, lo cual, también se hará mediante concurso público y, un establecimiento de mayor complejidad, dará mayor puntaje para poder escoger bien la especialidad y establecimiento de educación superior en el que querrán desempeñarse. Así las cosas, el médico cirujano deberá fijarse si el establecimiento de salud está calificado con la letra A, B, C, D o E, siendo la letra A la de mayor dificultad y que implicará un mayor puntaje posterior.

De esa manera, estos médicos darán inicio a su carrera funcionaria en la EDF, en donde podrán

mantenerse por nueve años; salvo que deseen desde el tercer año de desempeño postular a los concursos que se convoquen para realizar programas de especialización, según se verá más adelante. Se hace presente, desde ya, en todo caso, que la postulación señalada se puede realizar solo hasta el sexto año de desempeño. Además, se advierte que el médico en este caso, comenzará realizando funciones como médico general.

3.2.1.2. INGRESO A LA ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS INGRESADOS EN CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 9° DE LA LEY 19.664

La ley establece que, sin perjuicio de aquellos médicos ingresados a la Etapa de Destinación y Formación mediante un concurso, los Directores de los Servicios de Salud están facultados para contratar directamente profesionales funcionarios en la Etapa de Destinación y Formación, cuando circunstancias fundadas lo justifiquen en razón de necesidades del Servicio, en forma transitoria y por periodos determinados.

Estas contrataciones pueden disponerse en toda época del año con cargo a la dotación de horas asignadas a esta etapa, sea cual fueren las causas por las que se encuentren disponibles, pero, no pueden exceder al 20% de la dotación de horas asignadas a ella, en cada Servicio.

Aquí, se hace preciso destacar ciertos elementos prácticos que han sido preguntas frecuentes para la Unidad de Defensa Laboral Médica.

En primer lugar, existe una cierta confusión al hablarse derechamente del "médico EDF", atribuyéndolo solamente al "General de Zona". La EDF (Etapa de Destinación y Formación) es la primera "escala" de la carrera de los profesionales de la Ley 19.664, que rige para todos aquellos que ingresan a realizar 11, 22, 33 y 44 horas en los Servicios de Salud, ello, porque el médico que sea contratado de forma directa por la autoridad (sin concurso), igualmente tiene derecho a realizar la carrera funcionaria, aspirando en el futuro a realizar una beca de formación y acceder a la planta superior.

En segundo lugar, llama la atención de que la Ley señale que, solo el 20% de la dotación debe ser de los médicos contratados directamente por el Director, cuando en la práctica, ello no es así. En ese sentido, bien sabemos que, el Director del Servicio, en materia de recursos humanos tiene todas las facultades que correspondan a un jefe superior de un servicio descentralizado, de manera que, al existir necesidades en la red por falta de personal y el considerable aumento de la población usuaria, que conlleva a crecimiento de la lista de espera de atención, justifica sobradamente el ejercicio de la facultad de contratación sin concurso, pues, se requiere urgentemente al personal necesario para palear esos menesteres.

A mayor abundamiento, es sabido que la realización de un concurso público implica la utilización de bastantes recursos humanos y financieros y aquellos para contratar médicos generales de zona, se hacen solo una vez al año y cuando todos los cupos no son ocupados, siguen existiendo brechas de profesionales que también justifican el empleo de esta especial contratación.

3.3. LA ETAPA DE PLANTA SUPERIOR

Si bien los médicos recién egresados no pueden ser parte aún de esta etapa, Si es prudente revisar algunos breves aspectos de ella.

Como ya hemos señalado, la carrera funcionaria contempla dos etapas: la Etapa de Destinación y Formación y la Etapa de Planta Superior.

La segunda de estas etapas, la Etapa de Planta Superior, es aquella que contempla el conjunto de cargos públicos permanentes asignados por Ley a cada institución. Esta se encuentra integrada por profesionales que, por su formación y experiencia, desempeñen funciones que involucren la aplicación sistemática de sus conocimientos y competencias en beneficio de la población usuaria, en la formación de nuevos profesionales o en la coordinación y supervisión de equipos o grupos de trabajo.

La conformación de la Etapa de Planta Superior consta de tres niveles, que se encuentran asociados a la percepción de la asignación de experiencia calificada. Para el ingreso a esta, se

efectuará previamente un concurso público que se encuentra regido por la Ley N° 19.198, por el cual se nombrará en calidad de titular de un cargo de planta, en el Nivel I.

La postulación a estos cargos, tal como lo dispone el artículo 6° de la Ley N° 19.664, puede hacerse a partir del sexto año de la Etapa de Destinación y Formación.

Una vez que la o el profesional funcionario se encuentre en la etapa que nos ocupa, deberá someterse a un sistema de acreditación en el o los cargos que sirvan, cada nueve años. Este proceso de acreditación se encuentra regido por el Decreto N° 128 del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento sobre sistema de acreditación a que se refieren los artículos 16 y siguientes de la Ley N° 19.664. En él se evaluará cualitativa y cuantitativamente los logros alcanzados durante el período por los profesionales funcionarios en el ejercicio de sus funciones, considerando aspectos técnicos, clínicos y organizacionales y comprenderá tanto la superación profesional como el aporte de su gestión a la calidad de los servicios proporcionados a la población usuaria.

El mencionado proceso de acreditación contemplará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas de la profesión y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento de este sistema, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación ordenadora en función de la competencia e idoneidad de los profesionales funcionarios.

Para llevar a cabo la acreditación, cada Servicio de Salud deberá aprobar mediante resolución las Bases de este proceso que registrará a los establecimientos de su dependencia para los dos años siguientes. El proyecto de las Bases que se elabore se pondrá en conocimiento de las asociaciones gremiales a que pertenezcan los profesionales funcionarios a fin de que, en el término de diez días hábiles hagan llegar sus observaciones para que la autoridad considere su pertinencia. En este sentido, el Ministerio de Salud debe orientar a los Servicios de Salud respecto al contenido de las Bases que estos últimos deberán aprobar.

Tales Bases deberán contemplar pormenorizadamente la convocatoria a participar, de acuerdo a las características del Servicio, entre otros aspectos, la apertura y difusión del proceso de acreditación; formularios de presentación y acreditación de antecedentes, fecha de constitución de la Comisión de Acreditación; el plazo, la forma y lugares de presentación y recepción de antecedentes; metodologías específicas de puntuación de los antecedentes presentados para justificar cada factor en las respectivas áreas; forma, lugares y fecha de publicación de los resultados de evaluación preliminares y de listados o nóminas finales. Por último, se hará difusión del proceso mediante la publicación de las bases en lugares visibles de los establecimientos y por otro medio que se estime conveniente, en enero de cada año.

En cuanto a los efectos de la acreditación, las y los profesionales que la aprueben accederán en el respectivo cargo al nivel inmediatamente siguiente, siempre que exista cupo financiero para ello. Esto deberá quedar reconocido mediante resolución dictada por el Director del Servicio de Salud, momento en el cual se percibirá la asignación de experiencia calificada.

En el caso de no existir cupo, estos profesionales pasarán a integrar, por orden de procedencia, según el proceso en que resultaron acreditados, una nómina que llevará el Servicio, en espera de cupo financiero para estos casos. El nuevo monto del beneficio se pagará solo desde que se genere dicho cupo financiero.

Sin perjuicio de lo anterior, para efectos del plazo en el que los profesionales acreditados deban someterse a un nuevo proceso de este tipo; aquellos que se encuentren en las mencionadas nóminas podrán abonar el tiempo que deban esperar por el cupo financiero para acceder al siguiente nivel de la Etapa, debiendo considerarse, asimismo, los logros alcanzados durante este tiempo por los profesionales en el ejercicio de sus funciones.

Finalmente, las médicas y médicos que no aprueben el proceso de acreditación a que deban someterse, mantendrán su cargo y el nivel en que se encontraron, pero deberán presentar anualmente sus antecedentes para nuevas acreditaciones en ese cargo.

3.4. ASPECTOS REMUNERACIONALES DE LOS MÉDICOS REGIDOS POR LA LEY 19.664

Los médicos pertenecientes a la EDF están regulados por la Ley N° 19.664. En este sentido, el artículo 25° de esta Ley señala que “Los Profesionales funcionarios de Planta y a contrata que cumplan jornadas diurnas de 11, 22, 33 ó 44 horas semanales en los establecimientos de los Servicios de Salud, se regirán por el sistema de remuneraciones que se establece en los artículos siguientes.”, lo que vino a finalizar la aplicación de la Ley N° 15.076 en estos aspectos.

Pues bien, para la comprensión de las remuneraciones de un médico en esta etapa, se debe partir desde ciertos criterios básicos:

1. La remuneración se compone de un “sueldo base” y de distintas “asignaciones”.
2. La remuneración varía según la jornada del médico (sueldo base) y, en relación a ciertas asignaciones, según el Servicio de Salud en el que se prestan funciones. Además, en algunos casos toma gran importancia la especialidad que se tenga.
3. Se deben respetar varias formalidades para finalmente percibir la remuneración que corresponda, conforme a derecho.

La primera clasificación que estableció el legislador para las remuneraciones de un médico en la EDF, a saber: Remuneraciones Permanentes y Remuneraciones Transitorias.

3.4.1. REMUNERACIONES PERMANENTES

Como se desprende de su denominación, estas se mantienen a lo largo de la carrera funcionaria del médico, desde el momento en que se comienzan a percibir. Dentro de las remuneraciones permanentes, se incluyen:

3.4.1.1. SUELDO BASE

El artículo 27, letra a) de la Ley N° 19.664 lo define como la “retribución pecuniaria de carácter fijo y por períodos iguales, asignada al cargo o empleo y que constituye la única base de cálculo para el goce de las demás remuneraciones (...), a excepción de las bonificaciones de desempeño”. Esto quiere decir que en relación a él se calculan los porcentajes de cada asignación.

Como se señaló anteriormente, el sueldo base depende de la jornada semanal del médico. En dicho contexto, los montos vigentes al año 2019 son:

11 horas semanales: \$247.501

22 horas semanales: \$495.000

33 horas semanales: \$742.500

44 horas semanales: \$990.000

3.4.1.2. ASIGNACIÓN DE ANTIGÜEDAD

El artículo 27, letra b) de la Ley N° 19.664, lo define como el “estipendio que se concede por cada tres años de servicios como profesional funcionario en los Servicios de Salud, con un límite de trece trienios”. Los porcentajes correspondientes a cada trienio, son los siguientes:

- Trienio 1: 34%

- Trienio 2: 44%

- Trienio 3: 47%

- Trienio 4: 50%

- Trienio 5: 53%

- Trienio 6: 56%

- Trienio 7: 59%

- Trienio 8: 62%

- Trienio 9: 64%

- Trienio 10: 66%

- Trienio 11: 68%

- Trienio 12: 70%

- Trienio 13: 72%

Ahora bien, los servicios que se pueden computar para completar los trienios son aquellos prestados como profesional funcionario, en cualquier calidad jurídica, en los Servicios de

Salud o en sus antecesores legales, en organismos considerados en la Ley N° 19.378 (considerando a las Corporaciones Municipales), o en cargos directivos reglados por el Decreto Ley N° 249 de 1973. En consecuencia, las funciones prestadas a honorarios no sirven para completar trienios, ya que no se tiene la calidad de profesional funcionario respecto de esos servicios.

A su vez, la normativa señala que se podrán reconocer, por una vez, en calidad de planta o a contrata, los servicios prestados en:

1. Municipalidades.
2. Establecimientos de Salud de Fuerzas Armadas y Carabineros.
3. Servicio Médico Legal.
4. Gendarmería.
5. Universidades estatales y reconocidas por el Estado.
6. Particulares que ejerzan funciones delegadas de un Servicio Público de Salud.

Por último, vital importancia toma la situación en que se encuentran los becados. En este sentido, los becados regidos por el artículo 43 de la Ley N° 15.076 y el Decreto N° 507 de 1991 pueden computar los períodos en que cursan sus programas de especialización para efectos de completar un trienio, siempre que acompañen el certificado de especialidad a sus respectivos empleadores. En este mismo ámbito, la Contraloría General de la República exige, además, que la beca no sea de aquellas autofinanciadas.

3.1.4.3. ASIGNACIÓN DE EXPERIENCIA CALIFICADA

El artículo 27 letra c) de la Ley N° 19.664 lo define como el “estipendio que se otorga en reconocimiento al nivel de calificación técnica y de competencia de los profesionales”. Se destaca que esta asignación solo corresponde a los médicos pertenecientes a la Etapa de Planta Superior, por lo que se deberá ingresar a esta etapa para comenzar a percibirla. Ahora, esto último también depende del cupo financiero que se tenga en el Servicio de Salud respectivo.

Por otro lado, existe un porcentaje para cada nivel de esta etapa:

- Nivel I: 40% del sueldo base.
- Nivel II: 82% del sueldo base.
- Nivel III: 102% del sueldo base.

3.4.1.4. ASIGNACIÓN DE REFORZAMIENTO PROFESIONAL DIURNO

El artículo 27, letra d) lo define como el “estipendio destinado a retribuir el desempeño profesional en jornadas diurnas en los establecimientos de los Servicios de Salud”. Se caracteriza porque se otorga a los médicos en EDF y en Etapa de Planta Superior, en porcentajes de 28% y 108% del sueldo base, respectivamente.

3.4.1.5. ASIGNACIÓN DE PERMANENCIA

El artículo 27, letra e) la define como aquella “retribución que se otorga solo a los profesionales funcionarios que se desempeñen en los servicios de salud, atendida la calidad de especialistas o subespecialistas certificados e inscritos en el Registro de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud...”. Corresponde tanto a los funcionarios en la EDF como de la Planta Superior, en los porcentajes que a continuación se señalan:

- 40% del sueldo base para las jornadas de 44, 33 ó 22 horas semanales.
- 10% del sueldo base para las jornadas de 11 horas semanales.

Se caracteriza la asignación de permanencia en el sentido de que se paga mensualmente, independiente del número de especialidades o subespecialidades que el médico tenga certificadas e inscritas.

Regularmente se consulta por esta asignación en la Unidad de Defensa Laboral, denominándose por los médicos como la “asignación de especialidad”. En general, las preguntas dicen relación sobre el momento en que se percibe, para lo cual no basta con tener la especialidad. Tal como se dispone en su definición, el requisito esencial para percibir este estipendio es la inscripción de la especialidad en el registro

de la Superintendencia de Salud (la que debe estar vigente desde este momento, cuya responsabilidad es del médico) y la obtención del respectivo certificado, el que debe ser presentado al empleador. Así las cosas, la normativa expresamente señala que se pagará desde el día primero del mes siguiente a dicha presentación.

Sin perjuicio de lo anterior, es habitual que no se pague en el mes que corresponde, ya que existe una demora en la tramitación de resoluciones exentas que formalicen su entrega. Por lo anterior, se paga de forma retroactiva en una liquidación de sueldo accesoria, desde el mes siguiente al de presentación del certificado de inscripción de la especialidad.

3.4.2. REMUNERACIONES TRANSITORIA

Son aquellas remuneraciones que pueden variar a lo largo de la carrera funcionaria del médico, ya que están sometidas a revisión transcurrido un determinado tiempo, para verificar si se mantienen las condiciones que las originan. Dentro de este grupo se contemplan las siguientes asignaciones:

3.4.2.1. ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El artículo 28, letra a) de la Ley N° 19.664 dispone que es aquella “destinada a retribuir la importancia o jerarquía de los cargos directivos y el ejercicio de funciones de dirección, coordinación, supervisión o mando encomendadas a los profesionales.”

Esta asignación corresponderá a:

- 1) Aquellos que desempeñen cargos en la Planta de Directivos, en alguna de las jornadas del artículo 1°.
- 2) Aquellos que desempeñen funciones de las contempladas en Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, siempre que las horas dedicadas sean iguales o superiores a 22 horas semanales (de lunes a viernes).
- 3) Aquellos que desempeñen estas funciones en los Servicios Clínicos o Unidades de Apoyo, en calidad de planta o a contrata, siempre que

las horas dedicadas sean iguales o superiores a 222 horas semanales (de lunes a viernes). Sólo a través de concurso interno (artículo 3° de la Ley N° 19.198).

En cuanto al porcentaje que se paga por este estipendio, la normativa señala que no podrá ser inferior al 10%, ni superior al 130% del sueldo base.

Asimismo, para precisar el porcentaje, se toma en cuenta el grado de complejidad de los establecimientos y los niveles jerárquicos de los cargos directivos o relevancia de las jefaturas.

En el caso que un médico tenga más de un cargo o función que dan lugar a la asignación de responsabilidad, se optará por la que entrega un mayor porcentaje.

3.4.2.2. ASIGNACIÓN DE ESTÍMULO

El artículo 28, letra b) de la Ley N° 19.664 lo define como el “estipendio que podrá otorgarse por las horas de la jornada semanal que los profesionales funcionarios desempeñen en actividades, lugares o condiciones especiales o por las competencias profesionales exigidas para determinados puestos de trabajo que el Servicio de Salud correspondiente requiera incentivar para cumplir los planes y programas de salud.”

Este estipendio se caracteriza porque se paga en virtud de 3 conceptos, a saber:

1) Jornadas prioritarias:

Que corresponden al desempeño de funciones en los horarios diurnos que cada Servicio de Salud defina como necesarios para una mejor atención al público usuario.

2) Competencias profesionales:

Que corresponden a la valoración de un determinado puesto de trabajo sobre la base de la formación, capacitación y especialización o competencias del personal que lo ocupare. En este concepto se incluyen a las “especialidades en falencia”

3) Condiciones y lugares de trabajo:

Suponen el desarrollo de actividades en lugares aislados, o que impliquen desplazamientos en lugares de difícil acceso; o que presenten condiciones especiales de desempeño que sea necesario estimular. Ejemplo: Las funciones que impliquen riesgos para la salud, turnos de llamada, turnos de residencia (solo para los médicos en EDF ingresados por el artículo 8° de la Ley N° 19.664, con jornada de 28 horas en establecimientos de baja complejidad), EDF artículo 8° en misión de estudios, etc.

Es otra de las asignaciones que más inquietud produce en los médicos, ya que su entrega es diferente a las demás. Lo anterior se explica en el sentido de que depende netamente del Servicio de Salud en que se desempeñe el profesional, de sus recursos y necesidades.

Así las cosas, este estipendio se formaliza a través de una resolución fundada del Servicio de Salud respectivo, en virtud de la cual se informan los criterios considerados, la especialidad y porcentajes asignados. Junto con lo anterior, cabe señalar que el Director del Servicio de Salud debe evaluar la mantención de esta asignación, a lo menos cada 3 años, momento en que valora si han cambiado las condiciones que la generaron.

En cuanto al porcentaje, esta asignación puede ir desde un 10% hasta un 180% del sueldo base, según lo dispuesto en el inciso 2° del artículo 35 de la Ley N° 19.664. Sin embargo, el año 2015 se celebró un convenio entre el Ministerio de Salud y el Colegio Médico de Chile, mediante el cual se aumentó el porcentaje mínimo a un 40% del sueldo base para todas las especialidades.

En algunos casos, este convenio es desconocido por los Servicios de Salud, por lo que se hace necesaria una gestión formal de reclamo para recibir el porcentaje correspondiente.

Relacionado con el porcentaje de esta asignación, la normativa dispone que puede ser pagada por más de un concepto (jornadas prioritarias, competencias profesionales o condiciones y lugares de trabajo). Pero, en su totalidad, la asignación de estímulo no puede sobrepasar el 180% del sueldo base del médico beneficiado.

3.4.2.3. BONIFICACIÓN DE DESEMPEÑO INDIVIDUAL

Está asociada al proceso de calificaciones. Se paga anualmente al 30% de los profesionales funcionarios mejor evaluados durante el año inmediatamente anterior a aquél en que se efectúe el pago, siempre que hayan sido calificados en Lista 1 o Lista 2, Buena.

Los porcentajes son de un 10% para el 15% mejor evaluado; y de un 5% para los que sigan en orden descendente de evaluación, hasta completar el 30% de los mejores evaluados. Por otro lado, la base de cálculo es el total de las remuneraciones por sueldo base, asignación de antigüedad y de experiencia calificada, cuando corresponda, percibida durante el año evaluado

3.4.2.4. BONIFICACIÓN POR DESEMPEÑO COLECTIVO

Tiene por objeto reconocer el cumplimiento de las metas establecidas en el programa de trabajo de cada establecimiento, acordado con la Dirección del Servicio de Salud. Su monto corresponde al 10%, siendo la base de cálculo el total anual de las remuneraciones, por concepto de sueldo base, asignación de antigüedad y de experiencia calificada, cuando corresponda, percibida durante el año en que cumplieron el programa de trabajo.

3.4.3. SOLICITUD DE RESTITUCIÓN DE REMUNERACIONES MAL PERCIBIDAS

Los médicos, en su calidad de profesionales funcionarios, pueden verse expuestos a la solicitud de devolución de las remuneraciones mal percibidas, situación que, desde hace un tiempo a la actualidad, se ha generado cada vez con mayor frecuencia.

En primer término, es necesario hacer presente la necesidad imperativa de tener claridad de las obligaciones que acarrea tener la calidad de funcionario público, en especial, lo relativo a la normativa sobre responsabilidad administrativa en muchos ámbitos del trabajo diario, entre ellos, los aspectos remuneracionales.

Como segundo aspecto de vital importancia, se torna esencial solicitar y revisar mensualmente la liquidación de remuneraciones, para familiarizarse con los elementos que componen su remuneración. De lo contrario, aumenta la probabilidad de desconocer si las asignaciones que se están pagando se encuentran conforme a derecho, respecto a su procedencia y monto.

Por su parte, si bien se tiene como base la confianza en los funcionarios pagadores, es habitual que las Unidades de Recursos Humanos de los Hospitales cometan errores al momento de pagar las remuneraciones. Esto implica que se pueden acumular largos períodos en que se paguen asignaciones que no correspondan, por lo que una vez que se detecta el error, o se realiza la auditoría correspondiente, la solicitud de devolución puede implicar sumas millonarias.

Es por eso que toma gran importancia el hecho de solicitar las liquidaciones de sueldo, ya que permite conocer con exactitud las asignaciones remuneradas y sus porcentajes.

Aspectos relevantes para considerar en estos casos:

Antes de adentrarnos en materia, es necesario precisar que el plazo de **prescripción de estas solicitudes, es de 5 años**. La prescripción es una de las formas de extinguir la obligación de restituir, en atención al transcurso en exceso del tiempo. Así las cosas, Contraloría puede solicitar restituciones de remuneraciones mal pagadas y percibidas por un periodo de hasta 5 años hacia atrás.

La solicitud de restitución se notifica al funcionario a través de una carta dirigida al médico o médica involucrado(a), firmada generalmente por el encargado de remuneraciones del Hospital respectivo, explicando el contexto en que se procedió a realizar el pago erróneo y la suma total a restituir. Desde este momento, el profesional funcionario tiene un plazo de 30 días hábiles para presentar un escrito en Contraloría General de la República, con el fin de obtener la condonación de la deuda y, en subsidio, la rebaja del monto o el pago en parcialidades. En caso de no realizarse alguna presentación, el médico solo puede optar a un pago en cuotas de la deuda respectiva.

En general, en dicho escrito se debe acreditar la buena fe o justa causa de error. Para poder preparar correctamente la defensa, y poder alegar oportunamente la buena fe o justa causa de error, al detectar irregularidades o tener dudas en su remuneración, se asesore legalmente con la Unidad de Defensa Laboral para determinar los pasos a seguir.

Una vez hecha la presentación en el Órgano Contralor, este solicita un informe al Hospital o Servicio de Salud involucrado en el tenor de lo solicitado. Posterior a eso deberá resolver el caso, en un plazo aproximado de 3 a 6 meses (en casos complejos puede tardar más la resolución), dictaminando si hace lugar a la condonación, o bien rebaja la deuda u otorga facilidades para su reintegro, tomando en consideración elementos contractuales y financieros del médico.

3.5. ASPECTO GENERALES DE LA LEY 15.076

3.5.1. ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA LEY 15.076

La Ley N° 15.076, fija el texto refundido del estatuto para los médico-cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas.

El artículo 1 de la Ley 15.076 establece en principio, un ámbito de aplicación general, para todos los profesionales funcionarios regidos por esta Ley, entre ellos, médicos-cirujanos.

Sin embargo, este ámbito de aplicación, inmediatamente encuentra una serie de excepciones y sub excepciones que, van creando múltiples clasificaciones, de médicos cirujanos profesionales funcionarios regidos íntegramente por la Ley 15.076, supletoriamente regidos por la Ley 15.076, excepcionalmente regidos por la 15.076, y médicos cirujanos no regidos por la 15.076.

A los médico-cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas, que trabajan en el sector privado, no se les aplica la Ley 15.076. Tampoco se le denomina profesionales funcionarios. Estos son:

a) Médicos de ejercicio libre de la profesión: son aquellos que trabajan por cuenta propia, ya

sea en sus propias clínicas, y/o honorarios sin un vínculo de subordinación y dependencia con un empleador.

b) Médicos cirujanos dependientes de un empleador: son aquellos que trabajan en el sector privado dependientes de uno o más empleadores del sector privado, por ejemplo, clínicas privadas. Estos médicos se rigen por el Código del Trabajo.

En el ámbito público, para saber a quiénes aplica esta Ley, deberemos distinguir entre:

a) Médicos cirujanos regidos por la Ley 15.076, y supletoriamente normas propias de sus servicios, instituciones o Estatuto Administrativo: Son aquellos médicos que se desempeñen en Servicios de Salud, en Servicios de la Administración Pública, en empresas fiscales y en instituciones semifiscales o autónomas, en la medida que hayan sido contratados bajo una modalidad contractual de derecho público. Por ejemplo, médicos a contrata de hospitales dependientes del servicio de salud en cargos 28 horas, regidos por esta Ley y supletoriamente por el Estatuto Administrativo General.

b) Médicos cirujanos que se rigen por sus propias Leyes especiales, y supletoriamente por la Ley 15.076: Respecto a los médicos del artículo 4 de la Ley 19.378 estatuto de APS, se les aplica supletoriamente la Ley 15.076 en materia de remuneraciones, beneficios económicos, jornada de trabajo, horario de trabajo, permiso y feriados, incompatibilidades y concursos, siempre y cuando la regulación dispuesta en esta materia por la Ley 15.076, no se contraría a las disposiciones 19.378. Para quienes trabajen en Universidades del Estado o reconocidas por el Estado, solo se les aplica el artículo 12 de la Ley 15.076, al igual que para médicos cirujanos que trabajen en Universidades del Estado o reconocidas por el Estado que impongan en la caja nacional de empleados públicos, aplicándose además el título VII de la Ley 15.076.

Otras normas a tener en cuenta, y que extienden el ámbito de aplicación de la Ley 15.076:

- Ley N° 19.467, concede beneficios que indica a profesionales funcionarios de las

Fuerzas Armadas y de Carabineros de Chile afectos a la Ley N° 15.076.

- Ley N° 19.432, concede beneficios que indica a profesionales funcionarios y beneficiarios de becas de perfeccionamiento que señala, regidos por la Ley N° 15.076.
- Ley N° 19.230, dicta normas relativas a profesionales funcionarios que indica regidos por la Ley N° 15.076.
- Decreto Supremo N° 507, de 1990, que establece el Reglamento de Becarios de la Ley N° 15.076.

3.5.3. SUPLETORIEDAD DE LA LEY 15.076 ¿QUÉ SIGNIFICA?

La supletoriedad significa que, ante aquellos casos no regulados por una determinada Ley, se aplicará otra, que el legislador indique, en los casos de falta de regulación. Esta última es la Ley supletoria, la que regulará materias específicas.

La Ley 19.664 en su artículo 1° señala: Los profesionales funcionarios que desempeñen cargos con jornadas de 11, 22, 33 y 44 horas semanales de la Ley N° 15.076 en los establecimientos de los Servicios de Salud, incluidos los cargos de la planta de Directivos con jornadas de dicho cuerpo legal, se regirán por las normas especiales contenidas en este Título.

En lo no previsto en este título y en los casos distintos de los señalados en el inciso anterior, continuará rigiendo la Ley N° 15.076.

Cuando la norma indica que “En lo no previsto en este título...” está haciendo referencia precisamente a la supletoriedad, lo que implica que en las materias no reguladas por la Ley 19.664, se aplicará directamente la Ley 15.076. Dentro de las materias en las que se hace aplicación de la Ley 15.076, por no estar regulada en la Ley 19.664 se encuentran:

- 1) Horario de trabajo e incompatibilidades
- 2) Feriados, licencias y permisos
- 3) Reemplazos, comisiones y traslados
- 4) Previsión
- 5) Liberaciones de Guardia

En todas estas materias, al momento de definir el marco de derechos y deberes de los funcionarios debemos estarnos a lo regulado precisamente por la Ley 15.076. Este mismo cuerpo legal es supletorio a la Ley 19.378 Establece Estatuto De Atención Primaria de Salud Municipal, es decir que se aplica en aquellas materias que no fueron reguladas por esta Ley. Así lo establece en su artículo 3°. No obstante, en materia de concursos, jornada de trabajo, feriados y permisos, a los profesionales funcionarios a que se refiere la Ley N° 15.076 les serán aplicables, supletoriamente las normas de dicho cuerpo legal, en cuanto sean conciliables con las disposiciones y reglamentos de esta Ley.

3.6. HORARIO DE TRABAJO E INCOMPATIBILIDADES

3.6.1. HORARIO DE TRABAJO ARTÍCULO 12 DE LA LEY 15.076 Y DEMÁS NORMAS COMPLEMENTARIAS

En materia de jornada de trabajo es necesario estudiar conjuntamente la Ley 15.076 y Ley 19.664. Esto debido a que la promulgación de la Ley 19.664 vino en modificar tácitamente ciertas regulaciones en materia de jornada laboral que regulaba la Ley 15.076, y a su vez a complementarla.

En este sentido, en este sentido la Ley 19.664 reguló la jornada laboral aplicable profesionales funcionarios que se desempeñen en cargos con jornadas diurnas de 11, 22, 33 y 44 horas semanales que estaban regidos por la Ley 15.076, y que se desempeñen en establecimientos de los Servicios de Salud, incluidos los cargos de la planta de Directivos con jornadas previstas en la Ley 15.076, y en lo no regulado por la Ley 19.664, se mantienen vigentes las disposiciones de la Ley 15.076. Por tanto, la Ley 15.076 es supletoria a la Ley 19.664.

En la misma línea, cabe señalar que la Ley 15.076, mantiene vigentes las regulaciones los cargos de 28 horas semanales, de los profesionales funcionarios que se desempeñan en unidades de urgencia, cuidados intensivos y maternidades, y de aquellos que se desempeñan en otras reparticiones del Estado, distintas a los servicios de salud.

Ni la ley 15.076, ni la Ley 19.664 dio una definición de jornada u horario de trabajo. En este sentido, podemos definirlo como: "El tiempo de labor que el trabajador debe al empleador y que puede ser determinado en unidades de tiempo, como horas al día, a la semana o al mes."

El Código del Trabajo define la jornada laboral en su artículo 21, en los siguientes términos: "Jornada de trabajo es el tiempo durante el cual el trabajador debe prestar efectivamente sus servicios en conformidad al contrato".

Al no existir una regulación unificada en la materia de jornada laboral, podemos señalar ciertos principios básicos en materia de jornada laboral de médicos cirujanos profesionales funcionario:

1) La jornada completa de trabajo que un profesional funcionario puede contratar será de 44 horas semanales, la que se cumplirá con 8 horas diarias, de lunes a viernes, 4 horas en día sábado.

2) Las jornadas de 33, 22 y 11 horas semanales que se contraten, se cumplirán en 6, 4 y 2 horas diarias de lunes a viernes y 3, 2 y 1 en el día sábado, respectivamente.

3) Los Servicios de Salud y las demás instituciones empleadoras podrán distribuir en otra forma las jornadas señaladas, sin que deban necesariamente comprender esos seis días de la semana.

4) Los profesionales funcionarios deberán cumplir su jornada en forma continuada siempre que fuere igual o inferior a cuatro horas diarias. Si dicha jornada fuere superior, deberá cumplirla en dos periodos.

Conforme a las regulaciones de la Ley 15.076 y 19.664, podemos señalar existen al menos tres jornadas de trabajo: la jornada ordinaria de trabajo, la jornada extraordinaria de trabajo y las jornadas especiales de trabajo, las cuales son una especie de jornada ordinaria, pero de carácter especial, como por ejemplo el trabajo nocturno o el trabajo por sistema de turnos rotativos.

1.- La jornada ordinaria de trabajo: es aquella dispuesta en artículo 12 de la Ley 15.076,

compuesta por una jornada de 44 horas semanales distribuidas de lunes a viernes, no pudiendo exceder de nueve horas diarias. Los funcionarios deberán desempeñar su cargo de forma permanente durante la jornada ordinaria de trabajo.

2.- La jornada extraordinaria de trabajo: es aquella que se realiza por los funcionarios públicos a continuación de la jornada ordinaria de trabajo, de noche o en días sábado, domingo y festivos, cuando hayan de cumplirse tareas impostergables, ordenadas por la autoridad competente.

En este sentido la jornada extraordinaria de trabajo, al ser toda jornada de trabajo ejecutada a continuación de la jornada habitual de trabajo, podemos clasificarla en dos:

2.1. Horas Extraordinarias Diurnas: son aquellas desempeñadas entre las 8:00 A.M. y las 21:00 P.M. horas (2° del artículo 43 de la Ley 19.664)

2.2. Horas Extraordinarias Nocturnas: son aquellas que se desempeñan entre las 21:00 horas de un día y las 08:00 horas del día siguiente, sin que correspondan a horas desarrolladas a propósito de un cargo de 28 horas de los establecimientos hospitalarios.

3.6.2. MÉDICOS QUE EJERCEN TURNOS DE URGENCIA. JORNADA DE 28 HORAS SEMANALES

La Ley 15.076 regula la situación especial de los médicos funcionarios que cumplen jornada de 28 horas semanales y que se desempeñan en servicios de atenciones de urgencias, maternidades y cuidados intensivos.

En el caso de estos profesionales funcionarios, la distribución de la jornada de trabajo será fijada por el director del establecimiento, de acuerdo a los preceptos reglamentarios en vigencia. En consecuencia, no están sujetos a las limitaciones de cumplimiento de jornada que establece el inciso quinto del artículo 12 de la Ley 15.076.

La Ley 15.076 establece que los cargos o contratos de cuatro horas en los servicios de Urgencia o Maternidades y en unidades de cuidado intensivo que deban trabajar los siete días de la semana, se considerarán para su pago y previsión como

28 horas semanales, pero solo incompatibilizarán con 11 a la semana. Estos cargos tienen la especial condición de que se desempeñan, en horas nocturnas, los días sábado, y festivos, por lo que implican un mayor sacrificio, pero que es de suma importancia su ejercicio para cubrir las necesidades de la salud chilena.

En los lugares donde no haya oportunidad de ejercicio profesional libre y donde el profesional funcionario está obligado a residir, el empleador le completará la jornada de 44 horas semanales por sí o en unión de otros empleadores.

La Ley 15.076 establece que el ingreso de un profesional funcionario de estos médicos a la planta de un Servicio Público como titular deberá hacerse previo concurso, a menos que se trate de un cargo o empleo de la confianza exclusiva de la autoridad facultada para hacer el nombramiento.

Para proveer los cargos de profesionales funcionarios, debe llamarse a concurso dentro del plazo de 60 días, contados desde la fecha en que se produjo la vacancia. El concurso es amplio, abierto a todo concursante, también puede ser interno, limitado a los funcionarios del servicio del que se trate, según se determina en el reglamento de concursos de cada servicio o en que se dicte en los servicios que carezca de él.

Para efectuar suplencias y reemplazos en Asistencias Públicas, Servicios de Urgencias y Maternidades, por lapsos no superiores a cuatro meses en cada año calendario, los profesionales funcionarios podrán excederse hasta cuatro horas diarias de la jornada máxima establecida en la presente ley.

Cuando las necesidades de los servicios lo requieran, los directores de los Servicios de Salud podrán autorizar la contratación de profesionales funcionarios becarios para efectuar suplencias en Asistencias Públicas, Servicios de Urgencias y Maternidades, esto, sin perjuicio de sus obligaciones como becarios.

3.7. INCOMPATIBILIDADES DEL PROFESIONAL FUNCIONARIO

Las incompatibilidades legales son las prohibiciones que tienen determinadas personas para ocupar ciertos cargos públicos en razón de la calidad, cargo o posición que actualmente ostentan.

Los artículos 13 al 17 de la Ley 15.076 regulan las incompatibilidades de los profesionales funcionarios sujetos a dicha normativa. En las médicas que un médico está sujeto a las incompatibilidades de la Ley 15.076, y tiene la calidad de funcionario público, también está sujeto a las incompatibilidades, inhabilidades y prohibiciones en otros cuerpos normativos de derecho público como el párrafo segundo de la Ley 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y párrafo sexto de la Ley 18.834 estatuto administrativo.

Las incompatibilidades e inhabilidades funcionarias encuentran su fundamento en la probidad administrativa y en la transparencia en el ejercicio del cargo público. En este sentido, cuando alguna persona asume un cargo público, debe estarse al hecho de que dicho cargo no puede conjugarse con cualquier otro, o tiene ciertas limitaciones para poder asumir nuevos cargos que no puedan conciliarse con el primero que asuman.

El artículo 13 de la Ley 15.076 establece que los cargos y remuneraciones de los profesionales funcionarios son compatibles hasta los máximos indicados en el artículo 12. Además, son compatibles con el desempeño de cargos docentes hasta un máximo de 12 horas semanales, sin perjuicio del cabal cumplimiento de la jornada contratada.

En cualquier caso, cualquiera que sea la jornada de trabajo que desempeñe el profesional funcionario, no quedará inhabilitado para el libre ejercicio de su profesión fuera de las horas contratadas.

Ahora bien, la designación de un profesional funcionario que desempeñe un cargo en propiedad para ocupar otro incompatible, produce la vacancia del anterior por el solo

ministerio de la Ley, a menos que el profesional rechace por escrito el nuevo cargo.

Los cargos diurnos de 11, 22, 33 y 44 horas pueden ser compatibles con otros cargos de la siguiente manera:

11-11/ 11-22/11-33/11-11-11-11/ 22-22/22-28.

En este sentido, si el profesional funcionario asume un cargo incompatible, de manera automática dejará sin efecto su antiguo cargo: por ejemplo, si un funcionario del Servicio de Salud de Valdivia, tiene un cargo de 33 horas y luego asume uno de 44 horas, por el solo ministerio de la Ley, pierde su cargo de 33 horas, sin mayor reclamo.

Cabe agregar que el artículo 14 de la Ley 15.076, señala que las incompatibilidades, no se aplican a los profesionales funcionarios que sean designados Ministros de Estado o Rector de una Universidad del Estado o reconocida por éste o Decano de las respectivas Facultades o en cargos que la Ley declare de confianza del Presidente de la República o de la autoridad facultada para efectuar el nombramiento, los que podrán optar entre las remuneraciones de estos cargos y las del o de los empleos cuya propiedad conservan, correspondiendo siempre su pago al organismo donde efectivamente cumplan las funciones.

Las incompatibilidades, tampoco se aplicarán a los profesionales funcionarios que sean designados en un cargo a contrata, en calidad de suplentes o reemplazantes, o en cargos en que los nombramientos estén sujetos a plazos legalmente determinados, los cuales podrán retener la propiedad de sus empleos anteriores incompatibles, sin derecho a remuneración.

Igualmente, podrán retener la propiedad de sus empleos anteriores incompatibles, sin derecho a remuneración, los profesionales funcionarios que, en virtud del Sistema de Alta Dirección Pública, sean nombrados en los cargos de Director de Hospital o Subdirector Médico ya sea de Hospital o de un Servicio de Salud.

3.7.1. ASPECTOS RELEVANTES DE LAS INCOMPATIBILIDADES PARA LOS BECARIOS Y MÉDICOS EN PERIODO ASISTENCIAL OBLIGATORIO (PAO)

Los médicos becarios y los médicos en PAO, son médicos cirujanos regidos por la Ley 15.076 y 19.664, y sus reglamentos. En consecuencia, están sujetos a las incompatibilidades, inhabilidades y limitaciones de jornada de estas leyes.

3.7.1.1. CASO DEL BECARIO

El médico becario es un profesional que goza de una beca de especialización, en cumplimiento del programa respectivo, en algún establecimiento del sistema nacional de servicios de salud o de las Universidades.

La regla general es que los médicos becarios, desempeñen una jornada de 44 horas semanales, sin perjuicio de los turnos nocturnos, sábados, domingos y festivos que deba cumplir, de acuerdo con las regulaciones del programa.

Además, cuando las necesidades de los Servicios lo requieran, los Directores de los Servicios de Salud podrán autorizar la contratación de profesionales funcionarios médicos becarios, para efectuar suplencias y reemplazos en Asistencias Públicas, Servicios de Urgencias y Maternidades, por lapsos no superiores a cuatro meses en cada año calendario. En todo caso, ello no debe interferir con las obligaciones del becario.

Respecto de las incompatibilidades de los médicos becarios para ejercer otros cargos, y la calidad en que lo pueden ejercer cabe señalar que, la calidad de becario será incompatible, mientras dure el periodo de formación, con cualquier empleo o cargo de profesional funcionario.

Ahora bien, el inciso primero del artículo 13 de la Ley N° 15.076 prescribe que los cargos y remuneraciones de los profesionales funcionarios son compatibles hasta los máximos indicados en el artículo 12, y con el desempeño de cargos docentes hasta un máximo de doce horas semanales, sin perjuicio del cabal cumplimiento de la jornada contratada.

Luego, su inciso segundo previene que las compatibilidades e incompatibilidades a que se refiere el inciso precedente, solo serán aplicables respecto de 'cargos y horarios' contratados por las instituciones señaladas en el inciso segundo de su artículo 1°.

A su vez, el inciso final de aludido artículo 13 establece que: "Cualquiera que sea la jornada de trabajo que desempeñe el profesional funcionario, no quedará inhabilitado para el libre ejercicio de su profesión fuera de las horas contratadas".

Así, las jornadas laborales de los profesionales funcionarios, acorde al citado artículo 12, no pueden exceder las 44 horas semanales en los términos descritos en dicho precepto, sin perjuicio de las jornadas parciales ahí contempladas.

De la normativa reseñada, se aprecia que el estatuto especial en análisis admite que los becarios ejerzan libremente su profesión fuera de su jornada de perfeccionamiento.

No obstante, la misma preceptiva previene que el desarrollo de tal actividad por parte del becario es incompatible con los cargos o empleos de profesionales funcionarios en los términos establecidos en el artículo 13 de la Ley N° 15.076.

Tal como lo señala el inciso segundo de dicho artículo 13, las incompatibilidades únicamente serán aplicables respecto de los "cargos y horarios" a que alude tal precepto.

La limitación para el desarrollo de la actividad profesional fuera de la jornada de adiestramiento de los becarios dice relación con los cargos o empleados de profesionales funcionarios.

En conformidad con el artículo 3°, letra a), de la Ley N° 18.834, un "cargo público" en la Administración corresponde a una plaza contemplada en las plantas o a un empleo a contrata. Cabe concluir que la incompatibilidad en estudio rige respecto de dichos cargos, pero no de las contrataciones a honorarios, pues estas últimas no revisten aquel carácter.

En tal sentido, el dictamen N° 46.401, de 2015, expresa que las labores a honorarios no

satisfacen las condiciones para entender que son desarrolladas en cargos o empleos como profesionales funcionarios, conforme a lo establecido en el artículo 1° de la citada Ley N° 15.076.

Por lo tanto, fuera de su jornada de perfeccionamiento, los becarios pueden desarrollar labores bajo la modalidad a honorarios en las instituciones señaladas en el inciso segundo del artículo 1° de la Ley N° 15.076.

Ahora bien, respecto de plazas de planta o a contrata, dicha incompatibilidad en comento se vincula con los horarios a que alude el artículo 13 del precitado texto legal, en relación con su artículo 12.

Es decir un becario está habilitado para desempeñar un empleo a contrata, pero únicamente en la medida que su jornada de adiestramiento le permita cumplir cabalmente la jornada contratada.

Sin embargo, atendido la actual regulación reglamentaria, ello resulta inviable tratándose de los máximos indicados en el referido artículo 12 de la Ley N° 15.076, pues conforme al citado artículo 10 del decreto N° 507, de 1990, la jornada de desempeño del becario será de 44 horas semanales, sin perjuicio de los turnos.

Con todo, lo manifestado no obsta a la posibilidad de que cuando las necesidades de los Servicios de Salud así lo requieran, de que sus directores autoricen la contratación de becarios para efectuar suplencias en los términos del antedicho artículo 12.

3.7.1.2. CASO DE LOS MÉDICOS PAO:

El médico PAO es aquel médico cirujano que ha cursado una beca de especialización en algún centro formador, y que una vez terminada dicha beca tiene la obligación de realizar un periodo asistencial obligatorio en cualquier establecimiento que determine la Subsecretaría de Redes Asistenciales o el Director del Servicio de Salud respectivo.

Respecto de las compatibilidades para ejercer otros cargos de los profesionales funcionarios

médicos PAO, cabe señalar que el reglamento Decreto Supremo 507 establece que, para el efecto del cumplimiento del período asistencial obligatorio, el ex becario será contratado con jornada completa, esto es, 44 horas semanales, conforme lo dispone el artículo 12 de la Ley 19.664.

Esta jornada completa de 44 horas semanales solo podrá reducirse hasta 22 horas semanales, cuando el interesado asuma otro cargo público. El período de práctica asistencial obligatorio podrá cumplirse por el profesional en calidad de planta o a contrata. Como se adelantó, lo normal, es que en esta etapa el profesional sea contratado en un cargo de 44 horas semanales.

En consecuencia, la única forma de que el médico PAO pueda su jornada a 22 horas semanales, es que el médico asuma otro cargo público compatible, de esta forma, el profesional podría ejercer cargos:

- 22-22
- 22-28
- 33-11

Cabe señalar que el Decreto Supremo 507, no especifica qué cargos específicamente son compatibles, solamente señala que el cargo sea compatible. Por eso, debe observarse la regla del artículo 13 de la Ley 15.076 ya analizada a propósito de los becarios. Por ejemplo, suele ocurrir que los Servicios de Salud determinen que el periodo obligatorio se cumpla en 28 horas semanales, y no porque ese cargo de 28 horas sea asimilable a uno de 22 (porque no se indica aquell) sino porque la Ley ha permitido que un cargo de 22 horas pueda conciliarse con otro de 28, paralelamente. Asimismo, por ejemplo, un médico puede rebajar sus horas de periodo asistencial obligatorio a 33 horas, al asumir otro cargo de 11 horas.

Se hace presente, que el límite de rebaja horaria es de 22 horas. No existe un cargo PAO de 11 horas o de 28 horas solo, debe ser en 22, 33 o 44 horas, no hay ninguna otra opción, por la reserva legal.

3.8. LAS CALIFICACIONES

3.8.1. CONCEPTO DE CALIFICACIÓN FUNCIONARIA

La jurisprudencia administrativa de la Contraloría General de la República ha señalado que la calificación “es el acto por medio de cual un superior directo expresa su opinión o juicio en forma escrita, sobre la calidad de las condiciones personales y profesionales de un subalterno, atendidas las exigencias y características del cargo y servirá de base para el ascenso, desarrollo profesional y permanencia en la institución” (Dictamen N° 26.002, de 2006).

3.8.2. OBJETO DE LA CALIFICACIÓN FUNCIONARIA

La Ley N° 18.575 Orgánica Constitucional sobre Bases de la Administración del Estado, en su artículo 47 inciso 2°; y el DFL N° 29 del Ministerio de Hacienda, de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, en su artículo 32; nos indican que la calificación funcionaria puede servir de base para cuatro aspectos:

- 1) La capacitación
- 2) La promoción
- 3) Los estímulos
- 4) La eliminación del servicio

3.8.3. PRINCIPIOS QUE RIGEN A LAS CALIFICACIONES

Existen diversos principios jurídicos que rigen los procesos clasificatorios del personal de la Administración del Estado, como son:

A) La objetividad e imparcialidad: En este sentido, la Ley N° 18.575 establece que existirán procesos de calificación objetivos e imparciales, aspectos que deben ser asegurados por la Administración.

A pesar de que no existe una normativa que sancione la infracción a este principio, se entiende que la vulneración a la objetividad e imparcialidad implica una infracción al principio de probidad administrativa, en lo relativo a que

todo servidor debe abstenerse de participar en decisiones en que exista cualquier circunstancia que le reste imparcialidad, debiendo poner en conocimiento de su superior jerárquico la implicancia que le afecta.

B) La independencia entre los procesos calificadorios: Este principio se basa en el sentido de que las calificaciones obtenidas en períodos diversos son independientes entre Si. Así lo ha señalado la jurisprudencia de la Contraloría General de la República, indicando que los procedimientos calificadorios “tienen por objeto valorar el desempeño laboral de un funcionario por la actividad desarrollada en un lapso determinado, de modo que las calificaciones correspondientes a períodos diversos son independientes entre Si y no obligan a la autoridad competente a asignar al servidor un cierto puntaje y lista en función de los resultados obtenidos en evaluaciones anteriores” (Dictamen N° 25.237, de 2005).

Sin perjuicio de lo anterior, existe una excepción a este principio que opera en caso de los funcionarios que por cualquier causa no desempeñaren efectivamente sus empleos por un lapso superior a 6 meses en el período de calificación. En estos casos no serán calificados y conservarán la calificación del año anterior.

C) Instancias diferenciadas: Este principio lo encontramos desarrollado en el Dictamen N° 31.601, de 2006, indicándose que la doble instancia “consiste en que las personas que emiten informes preliminares, con respecto a un funcionario, luego, no pueden participar de la etapa siguiente del proceso evacuatorio de ese mismo servidor, lo que tiene por objetivo salvaguardar la imparcialidad de la decisión del respectivo cuerpo colegiado”.

D) Prohibición de reforma en perjuicio: Este principio nos indica que no procede que la Jefatura Superior, al conocer de la apelación, pueda disminuir el puntaje obtenido en la calificación impuesta por la Junta de Calificación, sino únicamente mantenerlo o elevarlo.

3.8.4. LISTAS DE CALIFICACIÓN

Las listas de calificación las encontramos reguladas en el artículo 33 inciso 1° del Estatuto

Administrativo, indicándose que: “Todos los funcionarios, incluido el personal a contrata, deben ser calificados anualmente, en alguna de las siguientes listas”:

- Lista N° 1, de Distinción
- Lista N° 2, Buena
- Lista N° 3, Condicional
- Lista N° 4, de Eliminación

3.8.5. DE LOS REGLAMENTOS DE CALIFICACIONES

Existe el Reglamento General de Calificaciones del personal afecto al Estatuto Administrativo, el cual se encuentra contenido en el Decreto Supremo N° 1.825, de 1998, del Ministerio del Interior. Sin perjuicio de ello, existen varios reglamentos especiales dictados por organismos públicos, en atención a las particularidades propias de cada uno de ellos.

Así, en lo que se refiere a las calificaciones de profesionales funcionarios de la medicina, existe el Decreto N° 110, de 1963, del Ministerio de Salud Pública que deroga los decretos que señala y aprueba el reglamento para la aplicación de la Ley N° 15.076. Al ser un Reglamento Especial, sus normas priman sobre las del Reglamento General, el que tendrá la calidad de supletorio solo respecto de las materias no tratadas por éste, según lo dispuesto en el artículo 6° del Reglamento General de Calificaciones, Decreto Supremo N° 1825.

3.8.6. FUNCIONARIOS QUE NO SERÁN OBJETO DE CALIFICACIÓN

Existen excepciones en cuanto a los funcionarios que deban ser calificados. Así, se exceptuarán de la calificación aquellos profesionales ingresados dentro de los últimos tres meses del período calificadorio y los que tengan menos de seis meses de trabajo efectivo en el año.

Por su parte, el Jefe Superior del Servicio, su subrogante legal, los miembros titulares de la Junta Calificadora (con exclusión del Secretario)

y los miembros suplentes, cuanto la hayan integrado, no serán calificados y mantendrán sus calificaciones anteriores.

3.8.7. PROCEDIMIENTO

El proceso administrativo de calificación o evaluación funcionaria, contempla cuatro etapas:

1. La precalificación por el Jefe directo
2. La calificación por la Junta Calificadora
3. La apelación ante el jefe superior de la institución
4. La reclamación ante la Contraloría General de la República

3.8.7.1. LA PRECALIFICACIÓN

La precalificación corresponde a la evaluación previa realizada por el jefe directo del funcionario. En otras palabras, es una etapa preparatoria de la evaluación, por lo que los conceptos, notas y antecedentes que en ella se señalan solo tienen el carácter de recomendaciones o pautas generales para la valoración posterior, no siendo vinculantes para la Junta Calificadora.

Se debe recalcar que la función evaluadora recae en la Junta Calificadora, no en el jefe directo, ya que éste solo precalifica.

El jefe directo es aquel funcionario de quien depende en forma inmediata la persona a calificar. Para realizar su función, el jefe directo deberá considerar instrumentos auxiliares de precalificación, como pueden ser conceptos, notas, antecedentes proporcionados por escrito, considerándose para estos efectos las anotaciones en la hoja de vida, definida como el documento en donde se anotarán todas las actuaciones del funcionario que impliquen una conducta o desempeño destacado o reprochable, producidas durante el respectivo período de calificaciones.

En la Hoja de Vida encontramos las notas de mérito y demérito, que son las anotaciones que pueden incorporarse en el mencionado instrumento auxiliar.

- Las notas de mérito son aquellas circunstancias manifestadas en acciones concretas y debidamente identificadas que destacan nítidamente al calificado entre sus compañeros de trabajo.
- Las notas de demérito son aquellas circunstancias manifestadas en acciones o hechos negativos en que haya incurrido el personal y que contradigan las normas disciplinarias y éticas, o afecten al patrimonio o funcionamiento de la institución.

Cabe destacar que cada anotación de mérito o demérito deberá referirse normalmente a un factor de calificación y, excepcionalmente, podrá comprender hasta dos factores.

En cuanto a la reclamación que el funcionario puede interponer cuando ha sido objeto de una anotación de demérito, el Decreto N° 110 establece que una vez que esta se notifica, el funcionario tiene el plazo de 5 días para solicitar al jefe directo que se deje sin efecto la anotación, o que se deje constancia de las circunstancias atenuantes que concurren en cada caso. Además, el funcionario puede solicitar a su jefe directo que se efectúen las anotaciones de mérito que a su juicio serían procedentes.

Ahora bien, en cuanto a las obligaciones del Precalificador tenemos en primer lugar que este jefe directo debe fundamentar sus precalificaciones. Así, en aquellos casos que se precalifique con nota 1, 2 o 7, estas se podrán aplicar cuando estén respaldadas con anotaciones registradas en el informe de calificación del respectivo funcionario, durante el período calificadorio.

En segundo lugar, en el caso que el funcionario calificado haya tenido dos jefes directos durante el período a evaluar, la nota deberá ser efectuada por el último de ellos, considerando los antecedentes que puedan aportar los jefes anteriores, a requerimiento del último, lo que deberá ser considerado en la precalificación.

3.8.7.2. LAS CALIFICACIONES

La calificación se define como la evaluación realizada por la Junta Calificadora que corresponda, teniendo como base la

precalificación realizada por el jefe directo del funcionario, o la evaluación efectuada de conformidad al inciso final del artículo 29 del Estatuto Administrativo.

Esta calificación se hará en base a factores, que son aquellos rubros que se consideran al momento de precalificar y calificar a un funcionario, los que tendrán coeficientes que se utilizarán para el cálculo del puntaje final. Estos factores son:

1. Eficiencia (coeficiente 5)
2. Cooperación e iniciativa (coeficiente 4)
3. Conducta (coeficiente 3)
4. Preparación y conocimientos (coeficiente 2)
5. Puntualidad, asistencia y presentación personal (coeficiente 1)

Las notas que pueden asignarse a los factores tendrán el siguiente significado:

- 1.- Malo
- 2.- Deficiente
- 3.- Regular
- 4.- Satisfactorio
- 5.- Bueno
- 6.- Muy bueno
- 7.- Distinguido

Con esto, el puntaje final de cada uno de los factores señalados será igual al producto obtenido de la multiplicación de la nota asignada a cada factor, por el coeficiente de ponderación respectivo, no pudiendo, en consecuencia, exceder de 105 puntos el puntaje máximo obtenido en el total de ellos.

Cuando ya se tiene el puntaje final, se debe determinar la inclusión del funcionario en las listas de desempeño. Esta inclusión se determina a través de la suma de los puntajes asignados a los factores, lo que constituirá finalmente la calificación:

- De 105 a 89 puntos, con ninguna nota inferior a 4: Lista N° 1, de Mérito
- De 88 a 60 puntos, con ninguna nota inferior a 3: Lista N° 2, Buena
- De 59 a 45 puntos, con ninguna nota inferior a 2: Lista N° 3, Regular
- Menos de 45 puntos: Lista N° 4, Mala

Al respecto estar por dos años consecutivos en Lista N° 3, o ser calificado en Lista N° 4, provoca como consecuencia la destitución del servicio.

En cuanto a la Junta Calificadora en cada servicio de Salud y demás organismos dependientes del Ministerio de Salud, se constituirá de la siguiente forma:

Por los cinco profesionales funcionarios de más alta jerarquía aunque perciban sus remuneraciones de acuerdo con el sistema de la Escala Única de Sueldos, con excepción del Jefe Superior del Servicio y con la participación de un funcionario de la misma profesión del personal calificado, determinado por su antigüedad en el Servicio.

Si hubiere más de un profesional en cada uno de los más altos cargos del Servicio, la Junta Calificadora se integrará con el siguiente orden de antigüedad:

- Antigüedad en el cargo dentro del Servicio.
- Antigüedad en el Servicio, si hubiere coincidencia de antigüedad en el cargo.
- Antigüedad en la Administración Pública, si hubiere coincidencia de antigüedad en el Servicio.
- Antigüedad de título, si hubiere coincidencia de antigüedad en la Administración Pública.

En el caso de impedimento de algún miembro de la Junta, será integrada por el profesional que debe subrogarlo en el desempeño de su cargo.

En cuanto a su forma de trabajo, la Junta Calificadora funciona a través de sesiones y de la adopción de acuerdos, para lo cual deberá estar integrada por la totalidad de sus componentes, sus acuerdos de la Junta serán siempre fundados

y se adoptarán por la mayoría de votos; los empates serán dirimidos por su presidente. Para todo esto, la Junta deberá cumplir su cometido dentro de los 20 días hábiles siguientes a la fecha de su constitución.

Los acuerdos que se tomen en esta instancia deberán siempre ser fundados. Esta exigencia ha sido interpretada por la jurisprudencia administrativa como “la necesidad de que tales acuerdos deben enunciar los motivos, razones, causas específicas y circunstancias precisas que se han considerado para asignar a un funcionario una determinada calificación, antecedentes que por si mismos deben conducir al resultado de la evaluación verificada, debiendo existir, lógicamente, una concordancia entre el fundamento emitido y las notas asignadas al empleado” (Dictamen N° 20.902, de 1993).

De acuerdo al artículo 18 letra c) del Reglamento General de Calificaciones se entiende por apelación y reclamo “el recurso con que cuenta el funcionario contra la resolución de la Junta Calificadora”. Así, el funcionario que no estuviere conforme podrá apelar ante el Jefe Superior del Servicio.

El plazo para apelar de una calificación es de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de aquella.

De acuerdo al principio de prohibición de reforma en perjuicio, el Jefe Superior del Servicio, conociendo de un recurso de apelación, no podrá bajar la calificación, sino que solo podrá confirmar o subir el puntaje asignado.

El recurso de apelación deberá presentarse en la Oficina del Personal del Establecimiento, la que adjuntará la presentación de todos los antecedentes que sirvieron de base a la calificación.

En cuanto a la resolución de este recurso, existe una obligación de fundamentarla, es decir, deberán exponerse los argumentos de hecho y de Derecho invocados en la apelación. En este sentido, la jurisprudencia del órgano contralor ha señalado que “si bien la exigencia de fundar el fallo de la apelación no se contempla expresamente en el inciso segundo del artículo 48 de la citada Ley N° 18.834, ésta debe satisfacerse siempre, pues tal imperativo se desprende del

artículo 45, inciso segundo, de la Ley N° 18.575, que al prevenir que la carrera funcionaria se funda en el mérito, la antigüedad y la idoneidad de los servidores, impone a la autoridad, ante cualquier situación que se relacione con alguno de esos aspectos, la obligación de fundar su actuación, y como ésta afecta dicha carrera, debe estar debidamente fundada y obedecer a una razón que la justifique, pues de lo contrario, se incurre en una arbitrariedad” (Dictamen N° 7.880, de 2006).

3.8.7.4. RECLAMACIÓN ANTE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Este es aquel recurso con que cuenta el funcionario contra la evaluación efectuada de conformidad al inciso final del artículo 29 del Estatuto Administrativo. El órgano competente para conocer de este tipo de reclamaciones es la Contraloría General de la República, por lo que el recurso debe ser presentado ante esta entidad de control.

En cuanto al plazo para presentar esta reclamación, el artículo 73 del Decreto N° 110, de 1963, indica que, notificado el fallo de la apelación, el funcionario podrá reclamar directamente a la Contraloría General de la República, dentro de 15 días. Sin embargo, acá se debe tener presente que solo se podrá recurrir a esta instancia cuando se trate de algún vicio de procedimiento de implique infracción legal o reglamentaria.

El órgano contralor no está facultado para conocer el mérito de la calificación efectuada en el proceso, por lo que solo puede revisar que el procedimiento se haya llevado a cabo sin irregularidades. Así, el Dictamen N° 46.630, de 2008, indica que esta facultad de revisar procesos evaluatorios “dice relación con la posible existencia de arbitrariedades o vicios de legalidad que pudieran presentarse en sus diferentes etapas, que contravinieran las Leyes y reglamentos que rigen la materia, y no sobre el mérito y desempeño de los servidores, todo ello en consideración a que la facultad evaluadora, es decir, la ponderación del comportamiento y eficiencia de los empleados se encuentra radicada en la Junta Calificadora respectiva, sin perjuicio de las atribuciones que sobre la materia recaen en la jefatura superior del servicio”.

Por otro lado, el actuar de la Contraloría en estas materias se materializará a petición de la parte interesada, personalmente o representada por una asociación de funcionarios.

En cuanto al procedimiento de esta reclamación, el inciso 2° del artículo 73 del Decreto N° 110, de 1963, señala que, una vez que el funcionario haga su reclamación, el Secretario de la Junta Calificadora enviará los antecedentes a la Contraloría. Este organismo tiene el plazo de 15 días hábiles, contados desde la recepción completa de los antecedentes. En cuanto a la decisión, podrá confirmar la resolución reclamada u ordenar que se deje sin efecto la calificación de que se trate. A su vez, puede indicar que se corrija el vicio en que se hubiere incurrido, sin embargo, si por la naturaleza de la infracción no fuere posible mantener la eficacia del proceso calificadorio, el Contralor, al resolver el reclamo, lo declarará así y ordenará abrir uno nuevo en todo o parte, para que se cumpla en los plazos y en la forma que él mismo determine.

3.8.8. EFECTOS DE LA CALIFICACIÓN

El proceso calificadorio se entiende firme desde que vence el plazo para reclamar o desde que sea notificada la resolución de la Contraloría General de la República que falla el reclamo. Acá cabe hacer presente que el hecho de que exista un reclamo pendiente interpuesto por un funcionario, no impide que éste sea calificado en el proceso siguiente, toda vez que las calificaciones se realizan para períodos independientes. Así, "las evaluaciones de los diversos períodos son independientes entre Si y no obligan a la autoridad competente a asignar al servidor un cierto puntaje y lista en relación a los resultados obtenidos en calificaciones precedentes" (Dictamen N° 14.129, de 1999).

Una vez que el proceso calificadorio se encuentra afinado, se producen los siguientes efectos:

La desvinculación del funcionario calificado en lista 4 o por segundo año consecutivo en lista 3. En estos casos, el empleado deberá retirarse del Servicio dentro de los 30 días siguientes al término de la calificación, y si así no lo hiciere, se le declarará vacante el empleo a contar desde el día siguiente a esa fecha.

La confección del Escalafón de mérito.

La calificación del personal a contrata debe ser considerada como uno de los antecedentes para resolver sobre la prórroga del respectivo vínculo, de acuerdo al artículo 38 inciso final del Decreto Supremo N° 1.825.

3.9. FERIADOS Y PERMISOS

Como la Ley 19.664 no se ocupa del tema, rige supletoriamente lo dispuesto en la Ley 15.076, normativa que redirige a la Ley 18.834.

3.9.1. EL FERIADO LEGAL

El feriado legal está definido en el artículo 102 de la Ley 18.834 que señala: "Se entiende por feriado el descanso a que tiene derecho el funcionario, con el goce de todas las remuneraciones durante el tiempo y bajo las condiciones que más adelante se establecen". Se agrega, que dicho feriado corresponderá a cada año calendario y para tener derecho se requiere tener cumplido al menos un año de servicios como funcionario y su duración será: Por su parte la Ley 15.076 dispone en su artículo 22 que, el feriado legal a que tienen derecho los profesionales funcionarios que prestan servicios en entidades afectas al Decreto Ley N° 249, de 1973, se regirá por las disposiciones del Estatuto Administrativo.

Así las cosas, los profesionales funcionarios tendrán derecho a gozar de un feriado legal. Se entiende por el mismo el descanso al que tiene derecho el funcionario, con el goce de todas las remuneraciones durante el tiempo de duración del mismo. Esto es lo que comúnmente llamamos "vacaciones" y lo beneficioso de esto es que durante todo el periodo se siguen percibiendo las remuneraciones correspondientes.

La duración del feriado es la siguiente:

- a) 15 días hábiles para los profesionales funcionarios con menos de 15 años de servicio;
- b) 20 días hábiles para los profesionales funcionarios con más de 15 años y menos de 20; y
- c) 25 días hábiles para los profesionales funcionarios con más de 20 años de servicios.
- d) Los profesionales contratados según Ley

15.076 y 18.834 que residan en las Regiones de Tarapacá, Antofagasta, Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, de Magallanes y de la Antártida Chilena y en las Provincias de Chiloé y Palena de la Región de Los Lagos, tendrán derecho a que sus feriados aumenten en cinco días hábiles.

Para los efectos del feriado legal, la antigüedad se determinará considerando todo el tiempo servido en cualquier carácter por el profesional funcionario en los Servicios Públicos y en las empresas particulares que ejerzan funciones delegadas de un Servicio Público, incluso el servido con anterioridad a la obtención del título profesional.

Es necesario señalar que para el cómputo de los años de servicio, todos los años trabajados como dependiente, en cualquier calidad jurídica, son sumados ya sea en el sector público como en el privado. (Art 103 Ley 18.834). Para hacer efectivo al aumento de los días de Feriado se debe presentar un Certificado de Feriado Progresivo (AFP o INP) en la Oficina de Recursos Humanos.

Para tener derecho al primer feriado se requiere, en todo caso, haber cumplido un año de servicio.

3.9.2. EL FERIADO ESPECIAL

Los funcionarios contratados por Ley 15.076, que sean radiólogos, radioterapeutas, anatomopatólogos de hospitales generales y de tuberculosis que trabajen en jornada completa, los médicos legistas tanatólogos, los que trabajen con isótopos radioactivos o estén expuestos habitualmente a radiaciones; los químicos farmacéuticos legistas, los psiquiatras tratantes, los laboratoristas clínicos, los bacteriólogos, los profesionales que ejerzan sus funciones en servicios de urgencia, residencia hospitalaria y residencia de maternidades, y los que en el ejercicio de sus funciones estén dedicados habitualmente a la atención de la tuberculosis, tendrán derecho además a un feriado especial de 15 días corridos, el que deberá estar separado por no menos de 4 meses del feriado ordinario.

3.9.3. EL FERIADO COMPENSATORIO

- La Ley 19.264 establece para el personal directivo, profesional, técnico, administrativo y auxiliar de los Servicios de Salud, afectos al decreto Ley N° 149, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día en sistemas de turnos rotativos, nocturnos y en días sábados, domingos y festivos en Unidades de Emergencia, Unidades de Cuidado Intensivo, Servicios Clínicos de Obstetricia (Unidades de: Recepción, Pre-Parto, Parto, Pabellón, Recuperación, Recién nacido inmediato, Aislamiento y Alto Riesgo Obstétrico), Unidades de Neonatología, Unidades de Radiología, Unidades de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, y Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU), y otras homologables a las anteriormente señaladas, las que serán definidas cada tres años por resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, visada previamente por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, tendrá derecho, a optar por uno de los siguientes beneficios:

1) Un descanso compensatorio especial de 10 días hábiles al año, con goce de remuneraciones y compatible con el feriado legal.

Dicho descanso deberá usarse en forma continua dentro del año, cada año calendario; no podrá acumularse al feriado legal y tendrá que estar separado de éste por un plazo no inferior a tres meses.

Sin embargo, si por necesidades de servicio el jefe superior anticipa o posterga la época en que se pida el descanso compensatorio, el funcionario podrá solicitar, por una sola vez, su acumulación para usarlo conjuntamente con el del año siguiente.

2) Un incremento de la asignación permanente. Este feriado es aplicable a los contratados según Ley 18.834 y 15.076.

Ahora bien, en el artículo 23 letra d) de la Ley 15.076 establece un feriado especial, que desde ya indicamos que no se aplica a este caso.

El artículo 22 ya visto señala que el feriado legal a que tienen derecho los profesionales

funcionarios que prestan servicios en entidades afectas al Decreto Ley N° 249, de 1973, se regirán por las disposiciones del artículo 97° y siguientes de la Ley 18.834, entendiéndose para los efectos de la contabilización el día sábado como día no hábil. Luego, indica el inciso 2° de dicho artículo 22 de la Ley 15.076, que el feriado de los profesionales funcionarios no comprendidos en el inciso anterior se regirá por las disposiciones señaladas en los artículos 23 y siguientes.

El artículo mencionado en la parte final del párrafo anterior señala en su letra d): “Los profesionales funcionarios que residan en las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo de Magallanes y de la Antártica Chilena y en las provincias de Chiloé y Palena en la Región de Los Lagos, tendrán derecho a que sus feriados aumenten en cinco días hábiles.” Agrega que, “los profesionales funcionarios radiológicos y radioterapeutas, los anatomopatólogos de hospitales generales de tuberculosis que trabajen en jornada completa, los médicos legistas tanatólogos, los que trabajan con isótopos radioactivos o estén expuestos habitualmente a radiaciones; los químicos farmacéuticos legistas, los psiquiatras tratantes, los laboratoristas clínicos, los bacteriólogos, los profesionales que ejerzan sus funciones en servicios de urgencia, residencia hospitalaria y residencia de maternidades, y los que en el ejercicio de sus funciones estén dedicados habitualmente a la atención de la tuberculosis, tendrán derecho a que, además del feriado ordinario contemplado en el inciso 1°, se les otorgue un feriado especial de 15 días corridos, el que deberá estar separado por no menos de cuatro meses al feriado ordinario.” Luego, “para los mismos especialistas citados en el presente artículo, el feriado ordinario no será en ningún caso inferior a treinta días.”

Ahora bien, habitualmente se consulta por estos casos, respecto a médicos adscritos a Servicios de Salud u Hospitales de su red asistencial. En tal circunstancia, es importante considerar que de acuerdo con lo señalado en el artículo 1° del decreto Ley N° 249, de 1973, el Servicio de Salud constituye una institución afecta a la regulación prevista en este último texto normativo, por cuanto tiene el carácter de continuador legal

de los antiguos Servicio Nacional de Salud y Servicio Médico Nacional de Empleados, según prescribe el artículo 16 del decreto con fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Y esto es lo que ha establecido la Contraloría General de la República, en la jurisprudencia contenida en sus dictámenes Números 9.530, de 1977; 5.032, de 1989 y 7.765, de 2010, entre otros, en que se informó que las normas sobre descanso contempladas en el texto legal en examen no resultan aplicables a aquellos profesionales funcionarios que se desempeñan en reparticiones regidas por el referido decreto Ley N° 249, de 1973, como es el caso de los Servicios de Salud.

De esta manera, respecto de la materia de que se trata, se les aplican las reglas contenidas en la Ley N° 18.834, y por ende, no le resulta aplicable el feriado especial contemplado en el artículo 23° de la Ley N° 15.076.

Por ello, resulta práctico determinar a qué entidad fiscal se ha de prestar el Servicio, para luego, analizar si es de aquellas afectas al Decreto Ley mencionado a lo largo de este informe, o sus continuadoras legales.

3.9.4. PERIODO EN EL QUE DEBE HACERSE USO DEL FERIADO

El artículo 104 de la citada Ley 18.834 preceptúa que el funcionario debe solicitar su feriado indicando la fecha en que hará uso de su derecho el cual no podrá ser denegado discrecionalmente, salvo que existan necesidades del Servicio, en donde la autoridad podrá anticipar o postergar la época del feriado a condición de que quede comprendido dentro del año respectivo, salvo que el funcionario en este caso pidiera expresamente hacer uso de su feriado con el que corresponda al año siguiente.

Dependiendo de cada Servicio, se determina la época en que debe solicitarse el feriado ordinario y el especial para efectos de organización del buen funcionamiento.

3.9.5. FORMA EN QUE DEBE CUMPLIRSE EL FERIADO

El propio artículo 104 establece que los funcionarios podrán solicitar hacer uso de su

feriado en forma fraccionada, pero una de las fracciones no podrá ser inferior a 10 días, (el resto a elección del solicitante), pero dicho fraccionamiento deberá ser autorizado por la autoridad correspondiente de acuerdo a las necesidades del Servicio.

Sobre el particular, conviene puntualizar que el Colegio Médico de Chile A.G., ya sometió la situación a consulta de la Contraloría General de la República, ente que mediante el Dictamen 59.107 del año 2004, manifestó que, el feriado a que tienen derecho los funcionarios públicos en general, y los profesionales funcionarios en particular, se otorga por día y no en relación a las horas diarias que -de conformidad con la especial distribución de la jornada semanal de trabajo que puede efectuar la superioridad del servicio-, deba laborar un empleado determinado, resultando oportuno añadir que la Ley N° 15.076 no contiene disposición alguna que permita arribar a una conclusión diversa, como sucede con el otorgamiento de los permisos administrativos, según se analizará más adelante.

El Dictamen sostiene que tratándose de profesionales funcionarios que concentran su jornada semanal en uno o más días de la semana, estos no están obligados a solicitar feriado fraccionado por un número de días equivalente a las jornadas diarias que concentran en ese o esos días, sino que solo por la cantidad necesaria para cubrir él o los días por los que se pretende gozar de ese derecho y, por ende, no concurrir a desarrollar sus labores, sin perjuicio de que corresponde a la autoridad de la institución respectiva, autorizar el referido fraccionamiento, pudiendo, en todo caso, rechazarlo solo por necesidades del servicio.

3.9.6. ACUMULACIÓN DE FERIADO

La Ley 18.834 en su artículo 104 inciso segundo señala:

“Cuando las necesidades del servicio así lo aconsejen, el jefe superior de la institución, podrá anticipar o postergar la época del feriado, a condición de que quede comprendido dentro del año respectivo, salvo que el funcionario pidiere expresamente hacer uso conjunto de su

feriado con el que corresponda al año siguiente. Sin embargo no podrán acumularse más de dos permisos consecutivos de feriados.

Podrá autorizarse la acumulación al año siguiente de la fracción pendiente de dicho feriado siempre que ello no implique exceder de 30, 40 o 50 días hábiles (para los contratados Ley 18.834).

En relación a la acumulación de feriado, éste no es un derecho que el empleado pueda ejercer a su sola voluntad, sino que se requiere necesariamente que el funcionario haya solicitado hacer uso de su feriado durante el año correspondiente, y este haya sido anticipado o postergado por la autoridad (Dictamen Contraloría General de la República N° 34.929 de 2008).

Hasta poco tiempo atrás, se sostuvo que no procedía la acumulación del feriado en los casos en que el funcionario estuviere con licencia médica por enfermedad. Pero recientemente, Contraloría ha cambiado de criterio, ya que la licencia médica tiene por finalidad la recuperación de la salud del trabajador; mientras que el feriado tiene por finalidad la recuperación de las fuerzas y energías del trabajador por el agotamiento que causa el desempeño de sus funciones. Así las cosas, el Dictamen N°30.269 de 25 de noviembre de 2019, indica que las licencias médicas son de carácter irrenunciable, ordenadas por el médico que la otorga (no optativa), estando obligados a mantener reposo; de ello deriva que los funcionarios no pueden suspender su licencia médica para poder solicitar su feriado legal o acumularlo para el año siguiente, por lo que procede autorizar la acumulación del feriado a quienes no podrán gozar de todo o parte de él en la respectiva anualidad.

Para los profesionales médicos, al tener cargos en diferentes Servicios, la autorización debe venir visada por ambas Jefaturas.

En la mayoría de los servicios, el trámite de acumulación debe realizarse durante el mes de Noviembre de cada año.

3.9.7. CASO ESPECIAL DE FUNCIONARIOS

El artículo 44 de la Ley 15.076 establece que los funcionarios que gocen del beneficio de exención de guardia nocturna mantendrán los derechos que sus funciones les conferían.

En consecuencia, mantienen los mismos derechos de vacaciones que tenían en su cargo. Sin embargo, en este caso, no conservan el derecho a feriado o descanso compensatorio establecido en el artículo 5° de la Ley N° 19.230.

3.9.8 DESCANSO COMPENSATORIO

El artículo 5° de la Ley N° 19.230 dispone que los profesionales funcionarios que se desempeñen en los Servicios de Salud, que trabajen permanentemente en sistemas de turnos nocturnos y en días domingos y festivos, en Servicio de Urgencia, Maternidades, Unidades de Cuidados Intensivos y Residencias Médicas, en cargos de 28 horas, tendrán derecho en cada año calendario a un descanso compensatorio especial, compatible con el feriado legal de diez días hábiles, con goce de todas sus remuneraciones, el que se hará efectivo, además, en los cargos de 11, 22 ó 33 horas semanales, que pudieran compatibilizar con las aludidas 28 horas, y que sirvan en el mismo establecimiento hospitalario del respectivo Servicio.

3.9.9. PERMISOS

3.9.9.1. PERMISOS ADMINISTRATIVOS ORDINARIOS:

PERMISO CON GOCE DE SUELDO

El artículo 26 de la Ley 15.076 señala que los Jefes de Servicios están autorizados para conceder al personal de su dependencia, por resolución fundada y cuando circunstancias especiales lo justifiquen, permisos fraccionados o continuos hasta seis días hábiles en cada semestre calendario, con el goce de sueldo y demás remuneraciones de que disfruten.

Aquellos que no cumplan su jornada semanal de 44 horas semanales, se considerará que un día de permiso corresponde a la cantidad de horas que resulte de dividir por cinco la jornada laboral. Es decir, si tienen un contrato de 28 horas semanales, tendrán derecho a 24 horas de permiso con goce de sueldo por semestre.

PERMISO SIN GOCE DE SUELDO

El artículo 27 de la Ley 15.076 establece los siguientes casos para conceder permisos sin goce de remuneraciones:

- a) Por motivos particulares hasta dos meses en cada año calendario, o seis meses cada 3 años.
- b) Para trasladarse al extranjero por el tiempo que se exprese al otorgar el permiso, el cual no podrá exceder de tres años.
- c) Las instituciones empleadoras en donde presten servicios los profesionales médicos de la Armada embarcados, deberán otorgarles permiso sin goce de sueldo durante el tiempo que dure el viaje.

Estos permisos deben concederse por resolución fundada, que debe solicitarse para cada caso. Mientras esa resolución no se dicte y notifique, no podemos confiar en que el permiso se materializará.

3.9.9.2 PERMISOS ADMINISTRATIVOS ESPECIALES:

PERMISO POR NACIMIENTO O FALLECIMIENTO DE HIJO:

a) Características principales del Permiso por Nacimiento o por Adopción de un Hijo

1. Se trata de un beneficio a favor del padre o madre funcionario.
2. Se otorga por cinco (5) días, considerando solo los días en que el funcionario de que se trate deba cumplir con su jornada laboral.
3. Permite ausentarse transitoriamente del servicio.
4. Durante su uso se mantiene el goce de las remuneraciones.
5. Se puede hacer uso de ellos a elección del padre o madre, en forma continua si los ocupa desde el momento del parto, o distribuirlo dentro del primer mes desde la fecha del nacimiento. En el caso del empleado que se encuentre en proceso de adopción, el uso del permiso se computará desde la fecha de la respectiva resolución judicial.
6. Es irrenunciable.

b) Características principales del Permiso por Fallecimiento de un Hijo o de un Hijo en Período de Gestación.

1. Se trata de beneficios en favor de la generalidad de los funcionarios.
2. Se otorga por siete (7) días corridos en el caso de la muerte de un hijo y por tres (3) días hábiles en el caso de la muerte de un hijo en período de gestación, considerándose en ambos casos solo los días en que el funcionario de que se trate deba cumplir con su jornada laboral.
3. Deben hacerse efectivos a partir de la fecha del fallecimiento, sin perjuicio que en el caso de defunción fetal el permiso se hará efectivo a partir desde el momento de acreditarse la muerte, con el respectivo certificado de defunción fetal.
4. Permite ausentarse transitoriamente del servicio.
5. Durante su uso se mantiene el goce de las remuneraciones.
6. No puede compensarse en dinero.

3.9.9.2.2. PERMISO POR FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE CIVIL

Acorde a lo señalado en el artículo 66 del Código del Trabajo, aplicable según lo dispuesto en el artículo 104 bis del Estatuto Administrativo, *“en el caso de muerte del cónyuge o conviviente civil, todo trabajador tendrá derecho a siete días corridos de permiso pagado, adicional al feriado anual, independientemente del tiempo de servicio”*.

“Estos permisos deberán hacerse efectivos a partir del día del respectivo fallecimiento”.

a) Características principales del Permiso por Fallecimiento del Cónyuge o Conviviente Civil.

1. Se trata de un beneficio en favor de la generalidad de los funcionarios.
2. Se otorga por siete (7) días corridos, considerándose solo los días en que el funcionario de que se trate deba cumplir con su jornada laboral.

3. Debe hacerse efectivo a partir de la fecha del fallecimiento.
4. Permite ausentarse transitoriamente del servicio.
5. Durante su uso se mantiene el goce de las remuneraciones
6. No puede compensarse en dinero

PERMISO POR FALLECIMIENTO DEL PADRE O MADRE

De acuerdo a lo señalado en el artículo 66 del Código del Trabajo, aplicable según lo dispuesto en el artículo 104 bis del Estatuto Administrativo, todo funcionario tendrá derecho a “permiso” “por tres días hábiles en el caso de muerte” “del padre o de la madre...”, el cual deberá hacerse efectivo “a partir del día del” “fallecimiento”.

a) Características principales del Permiso por Fallecimiento del Padre o Madre

1. Se trata de un beneficio en favor de la generalidad de los funcionarios.
2. Se otorga por tres (3) días hábiles, considerándose solo los días en que el funcionario de que se trate deba cumplir con su jornada laboral.
3. Debe hacerse efectivo a partir de la fecha del fallecimiento.
4. Permite ausentarse transitoriamente del servicio.
5. Durante su uso se mantiene el goce de las remuneraciones
6. No puede compensarse en dinero

PERMISO DEPORTIVO

El artículo 74 de la Ley N° 19.712, Ley del Deporte, dispone en su inciso primero que “[l]os deportistas, técnicos, jueces, árbitros y dirigentes designados por las instituciones competentes para representar al deporte chileno en eventos de carácter nacional, sudamericano, panamericano, mundial u olímpico y que sean funcionarios de los órganos

y servicios públicos a que se refiere el artículo 1° de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, tendrán derecho a un permiso especial con goce de remuneraciones, con el objeto de participar en dichos torneos por el período que dure su concurrencia, previa certificación del Instituto [Nacional de Deportes de Chile]”.

Características principales del Permiso Deportivo

1. Se trata de un beneficio previsto solo en favor de un funcionario que invista alguna de las calidades que taxativamente señala el artículo 74 de la Ley N° 19.712, previa certificación del Instituto Nacional de Deportes de Chile.
2. La duración del permiso es la misma del respectivo torneo deportivo.
3. Permite ausentarse transitoriamente del servicio.
4. Durante su uso se mantiene el goce de las remuneraciones.

PERMISO PARA CONTRAER MATRIMONIO

Este permiso se encuentra contemplado en el artículo 207 bis del Código del Trabajo.

a) Las características del Permiso para Contraer Matrimonio son las siguientes:

1. Se trata de un beneficio en favor de la generalidad de los trabajadores y trabajadoras.
2. Se otorga por cinco días hábiles continuos, considerándose solo los días en que el funcionario de que se trate deba cumplir con su jornada laboral.
3. Se puede hacer uso de él, a elección del empleado o empleada, el mismo día del matrimonio y en los días inmediatamente anteriores o posteriores a la celebración de éste.
4. Permite ausentarse transitoriamente del servicio.
5. Durante su uso se mantiene el goce de las remuneraciones.

6. Este permiso puede solicitarse para contraer tanto el matrimonio civil como el matrimonio religioso, pero no ambos, ya que la Ley no hace distinción al respecto.

b) Forma de Ejercer el Permiso

Como el permiso consta de 5 días hábiles, pagados con cargo al empleador, por matrimonio del trabajador o trabajadora, éste debe ser solicitado de la siguiente forma:

1°. Se debe dar aviso por el funcionario o funcionaria al empleador de su uso, con treinta días de anticipación a la celebración del matrimonio.

2°. Luego de hacer uso del permiso el funcionario o funcionaria, debe presentar, dentro de los treinta días siguientes a dicha celebración, el respectivo certificado de matrimonio expedido por el Servicio de Registro Civil e Identificación o el certificado de la autoridad religiosa o del culto que profese el trabajador o trabajadora y bajo el cual haya contraído matrimonio.

3°. El uso de este permiso si bien es a elección del empleado, debe ser utilizado para el mismo día del matrimonio o en los días inmediatamente anteriores o posteriores a la celebración de éste.

4°. En el caso que las dos personas que van a contraer matrimonio pertenezcan a la misma empresa o al mismo servicio público, el permiso debe ser otorgado a ambos.

5°. Con el reconocimiento de este permiso se avanza en la idea de compatibilizar la vida laboral y familiar, englobando la regulación relacionada con el derecho a licencias pre y postnatal, la licencia por enfermedad del hijo menor de un año, el derecho a permiso pagado en caso de fallecimiento de un hijo, del cónyuge o de los padres.

c) Jurisprudencia Administrativa sobre el permiso para contraer matrimonio:

Los empleados públicos regidos por el citado Estatuto Administrativo tienen derecho al permiso para contraer matrimonio previsto en el artículo 207 bis del Código del Trabajo. (Dictamen N° 14.494, de 2015, de la Contraloría General de la República (CGR)).

Los profesionales funcionarios becarios carecen de la calidad jurídica de funcionarios públicos, conforme a lo previsto en la Ley N° 15.076 y en la reglamentación especial a que se encuentran sujetos en el goce de las becas que les hayan sido otorgadas, y no tienen más derechos que los expresamente reconocidos en esta normativa, por lo que no procede reconocerles el derecho a gozar del permiso para contraer matrimonio previsto en el artículo 207 bis del Código del Trabajo. (Dictamen N° 5.883, de 2015, CGR).

No procede otorgar el permiso especial contemplado en el artículo 207 bis del Código del Trabajo al funcionario o funcionaria que celebre un "Acuerdo de Unión Civil" en los términos establecidos en la Ley N° 20.830, pues aquel solo corresponde otorgarlo a quienes han contraído matrimonio, lo que no acontece en este último caso, ya que dicha Ley crea una institución nueva, distinta del matrimonio, que origina un estado civil diferente, lo cual queda claro de su propio texto. (Dictamen N° 16.657, de 2016, CGR).

3.9.9.2.6. JURISPRUDENCIA ADMINISTRATIVA SOBRE LOS PERMISOS ESPECIALES

1. La intención o espíritu de la normativa prevista en los artículos 66 y 195 del Código del Trabajo, es permitir que el funcionario se ausente de sus labores para cumplir con sus obligaciones familiares y/o resolver las contingencias derivadas del fallecimiento de un pariente (Dictámenes N°s 5.504/2008, 19.295/2009 y 45.282/2014 Contraloría General de la República).
2. Para el cómputo de los días de permiso a que se refieren los artículos 66 y 195 del Código del Trabajo, debe estarse a aquellos en que el respectivo trabajador debe cumplir con su jornada laboral, sin considerar los días de descanso semanal ni los feriados legales (Dictamen N° 5.504/2008 CGR).
3. En el caso de un funcionario con jornada parcial semanal, fraccionada en diversos días, tiene derecho a gozar del permiso por nacimiento, si decide no usarlo en días corridos y distribuirlo en el primer mes, contado desde la fecha del nacimiento, en aquellos días en que cumple su jornada laboral (Dictamen N° 3.084/2010 CGR).
4. En el caso del empleado que se encuentre en proceso de adopción, el uso del permiso se computará desde la fecha en que se halle ejecutoriada la resolución judicial que otorgue el cuidado personal o acoja la adopción del menor, en conformidad a los artículos 19 y 24 de la Ley N° 19.620 (Dictamen N° 8.108/2010 CGR).
5. Cuando, por autorizarlo la Ley, la jornada semanal de un profesional está concentrada en un solo día de la semana, lo mismo ha sucedido con las jornadas diarias de trabajo, por lo que es precisamente en aquel día de turno fijado para el cumplimiento de la jornada semanal, con cargo al cual debe hacerse efectivo el permiso por nacimiento de un hijo, para lo cual es necesario que el número de horas de la jornada semanal sea dividido por el número de días en que conforme al artículo 65 del Estatuto Administrativo, se distribuye la jornada semanal de trabajo de los funcionarios públicos, esto es, cinco. Así, la fracción de tiempo resultante equivaldrá a un día de trabajo para los fines del permiso en comento, fracción de tiempo que el funcionario podrá, a su voluntad, elegir acumular en su integridad e imputarlo de una sola vez al turno más inmediato que le corresponda cumplir, o distribuir dichas parcialidades, aplicándolas a cualquiera de los turnos en que cumpla su jornada semanal, siempre que estos turnos queden comprendidos dentro del mes siguiente al nacimiento del hijo causante del beneficio (Dictámenes N°s 55.925/2006 y 4.258/2007 CGR).
6. No es imprescindible para la procedencia del permiso por fallecimiento, que la autoridad exija previamente el certificado de defunción, sin perjuicio de que arbitre las medidas tendientes a que dicho documento sea acompañado a la brevedad una vez que el funcionario se reincorpore a sus labores, obligación que podrá dejarse establecida en el acto administrativo que reconozca el derecho de que se trata (Dictamen N° 19.295/2009 CGR).
7. En el caso del fallecimiento de un hijo, del cónyuge o del padre o madre, el respectivo permiso debe hacerse efectivo a partir del día del fallecimiento, y si el mismo se produce mientras se está cumpliendo

con la jornada laboral, corresponde que se reconozca desde ese día el derecho a ausentarse, sin importar cuánto tiempo de aquella se hubiere efectivamente cumplido; en cambio, si el deceso tiene lugar tras el término de la jornada laboral, corresponde contabilizar el permiso desde el día siguiente en que el empleado debe prestar sus servicios (Dictámenes N°s 19.295/2009, 76.253/2012 y 23.227/2013 CGR).

8. En el caso de un funcionario que sufre la muerte de su padre o madre durante el goce de una licencia médica, el respectivo permiso no puede computarse al término de dicha licencia, por cuanto el legislador no ha contemplado dicha posibilidad, ni tampoco la de suspender tal licencia en favor del ejercicio del citado permiso. Si el goce de la licencia médica termina antes que concluya el lapso del permiso por fallecimiento, este último regirá por la diferencia de días no cubierta por aquella (Dictamen N° 13.676/2013 CGR).
9. Si la fecha real del fallecimiento, obtenida gracias a una autopsia practicada al respecto, difiere del día en que el funcionario de que se trate tomó conocimiento del fallecimiento, debe considerarse para los efectos del permiso del artículo 66 del Código del Trabajo, el día en que efectivamente tuvo conocimiento del deceso (Dictamen N° 45.282/2014 CGR).
10. El objeto del permiso deportivo, previsto en el artículo 74, inciso 1° de la Ley N° 19.712, es dar las facilidades para que el plantel que represente al deporte chileno, pueda asistir y participar en los eventos deportivos que menciona, pero dicha normativa no ha previsto la posibilidad de que los interesados hagan uso de este beneficio para el entrenamiento y preparación previos a la concurrencia a los torneos (Dictamen N° 26.772/ 2011, CGR).
11. En cuanto al número de días que puede alcanzar el permiso deportivo, el artículo 74, inciso 1° de la Ley N° 19.712 no contempla limitación alguna al respecto, siendo el Instituto Nacional de Deportes de Chile el ente encargado de certificar que quienes hagan uso de dicho beneficio se ajusten a las

circunstancias contempladas en la normativa (Dictamen N° 26.772/2011 CGR).

12. Para efectos del permiso especial con goce de remuneraciones que confiere el artículo 74, inciso 1° de la Ley N° 19.712, debe contemplarse el tiempo que demanda al funcionario el traslado de ida y regreso del lugar en que se realiza la competencia deportiva, como integrante del torneo deportivo mismo. (Dictamen N° 31.708/2006 CGR).

3.10. LIBERACIÓN DE GUARDIA NOCTURNA Y EN DÍAS DOMINGO Y FESTIVOS

De acuerdo a lo señalado en el artículo 44 de la Ley 15.076, los profesionales funcionarios que durante más de 20 años hayan prestado, de acuerdo a las obligaciones de sus cargos, servicios de guardia nocturna y en días festivos, quedarán exentos al término de ese plazo de la obligación de prestar dichos servicios y conservarán los derechos que esas funciones les conferían, cualquiera fuere el cargo que actualmente desempeñan o pasen a desempeñar en el futuro estos profesionales funcionarios.

Para los efectos del cómputo del tiempo se considerará todo el lapso servido sea en calidad de reemplazante, suplente a contrata o interino.

Para efectos del cómputo de años para optar al beneficio de liberación de guardias, se considerarán también los tiempos que el becario haya prestado durante la realización de la beca en guardias nocturnas y en días festivos, siempre que dichas guardias se encuentren contempladas en el respectivo programa de formación y la beca haya sido financiada por el Ministerio de Salud o por los servicios de salud. El reglamento determina la forma en que se reconocerá el tiempo y condiciones de desempeño clínico para efectos de la liberación.

3.10.1. PROCEDIMIENTO

De acuerdo a lo señalado en el artículo 6° de la Ley 19.230, los profesionales funcionarios de planta y a contrata de los Servicios de Salud,

que cumplan con los requisitos necesarios para acogerse a la liberación de guardia, deberán solicitar este beneficio a la autoridad competente antes del 31 de agosto de cada año. Por resolución de dicha autoridad se reconocerá este beneficio.

Junto a esta solicitud se deben adjuntar los documentos necesarios que acrediten esta situación, como por ejemplo la relación de servicio actualizada, donde se demuestre que se cumple con el requisito de los años solicitados por la Ley para obtener el beneficio.

En el caso de querer computar los años que el profesional funcionario realizó guardias nocturnas en el marco de un programa de especialización, y siempre que dichas guardias se encuentren contempladas en el respectivo programa y la beca haya sido financiada por el Ministerio de Salud o por los servicios de salud, se podrá acompañar los documentos señalados en el Decreto N° 11 de fecha 2 de junio de 2017, Reglamento para la aplicación del inciso tercero del artículo 44 de la Ley 15.076.

Pues bien, dicho reglamento señala distintos requisitos dependiendo de la fecha de inicio del respectivo programa de formación, a saber:

A) Profesionales funcionarios que inicien su formación a contar del 1 de enero de 2018, deberán cumplir con los siguientes requisitos, señalados en el artículo 5° del Reglamento:

Que la beca respectiva haya sido financiada por el Ministerio de Salud o por un servicio de salud, lo que se comprobará mediante copia de la resolución que otorgó la beca.

Que el programa de formación de la beca haya contemplado el cumplimiento de guardias nocturnas y en días domingos y festivos, lo cual se acreditará mediante copia de la resolución que otorga la beca, la cual deberá mencionar los turnos que el programa de formación contempla y los periodos en que se realizarán.

Además, al momento de la dictación de dicha resolución deberá adjuntarse el respectivo programa de especialización.

Si dicha resolución no menciona los turnos o no se adjunta a la misma el referido programa de

formación, el Ministerio de Salud o el servicio de salud, según corresponda, deberá certificar dicha circunstancia.

Que el interesado cumplió las guardias nocturnas y en días domingos y festivos que exigía el programa de formación, lo que se acreditará mediante el certificado de aprobación final otorgado por la respectiva Universidad.

A continuación, el artículo 6° del Reglamento señala que las guardias deben haber sido realizadas por los becarios en sistemas de turnos rotativos, sea que se hubiesen realizado en establecimientos públicos o privados, en horario nocturno, domingo y festivos, y en forma regular y permanente, en las unidades que se encuentran definidas para asegurar la atención continua de salud a la población, considerando todos los días del año como hábiles.

B) Profesionales funcionarios que hayan iniciado su formación antes del 1 de enero de 2018, deberán cumplir con los siguientes requisitos, señalados en el artículo 8° del Reglamento:

Que la beca haya sido financiada por el Ministerio de Salud o por un Servicio de Salud, lo que se acreditará mediante copia de la resolución que otorgó la beca. En caso de no poder acompañarla se deberá adjuntar un certificado del Ministerio de Salud o del Servicio de Salud, según corresponda, que dé cuenta de su financiamiento.⁶

Que el programa de formación haya contemplado el cumplimiento de guardias nocturnas y en días domingos y festivos, lo que se acreditará mediante una copia del programa de formación en que participó el solicitante, en donde se exprese claramente la realización de turnos y el periodo en el cual tuvieron lugar dentro de la formación, y que especifique que las guardias desempeñadas por los becarios fueron a través de sistema de turnos rotativos, sea que se hubiesen realizado en establecimientos públicos o privados, en

⁶ El departamento de Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua del Ministerio de Salud, ha elaborado un formulario para enfrentar las solicitudes de la emisión del certificado a que se refiere el artículo 8 letra a) del Decreto N° 11 de 2017, el cual se encuentra a disposición de los usuarios.

horario nocturno, domingo y festivos, en forma regular y permanente, en las unidades que se encuentran definidas para asegurar la atención continua de salud a la población, considerando todos los días del año como hábiles.

En caso que no exista copia del programa, el solicitante deberá presentar un certificado en original, suscrito por la autoridad universitaria respectiva, en el cual conste que dicho programa consideraba la realización de turnos, señalando expresamente los períodos en que se desarrollaron, y si estos fueron rotativos, permanentes y en unidades que atiendan todos los días del año.

Que el interesado cumplió las guardias nocturnas y en días domingos y festivos que exigía el programa de formación, lo que se acreditará mediante el certificado de aprobación final de la beca otorgado por la respectiva Universidad.

La obtención de los documentos necesarios para acreditar los requisitos señalados en los artículos anteriores son de exclusiva responsabilidad de los profesionales funcionarios que soliciten la liberación de guardia, así como también su presentación en tiempo y forma.

3.10.2. SITUACIÓN DE RECHAZO DE CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Una vez recopilados los antecedentes precedentemente señalados, el establecimiento de salud o el Servicio de Salud correspondiente debe dictar la resolución que libera de guardias al profesional, la que será enviada a Contraloría General de la República, entidad que podrá aprobar o rechazar en virtud de los documentos aportados.

El órgano contralor puede estimar que las certificaciones aportadas no permiten acreditar el tiempo de turnos nocturnos y en días domingo y festivos exigido por la Ley (20 años). En tal caso, será necesario aportar otros antecedentes fidedignos para acreditar la realización de turnos en un determinado lapso, por lo que se acepta, excepcionalmente y por razones de fuerza mayor, una información para perpetua memoria, que consiste en un procedimiento judicial no contencioso, llevado a cabo ante los juzgado civiles, en donde,

por medio de testigos, se da cuenta de algún hecho, que queda acreditado por el tribunal, previo informe del Defensor Público.

3.10.3. ¿CÓMO HACER EFECTIVO EL BENEFICIO LUEGO DE OBTENER LA LIBERACIÓN DE GUARDIA NOCTURNA?

Para hacer efectivo el derecho de liberación de guardias nocturnas y en días domingo y festivos, por el solo ministerio de la Ley se crean cargos de planta, adicionales, en extinción, a contar del 1° de enero del año siguiente al de la solicitud respectiva, los que pasarán a ser servidos por los beneficiarios, automáticamente, a partir de esa fecha, a contar de la cual expiran en funciones en el cargo anterior.

Estos profesionales conservan en el cargo adicional o en cualquiera que pasen a desempeñar en el futuro, la incompatibilidad de 11 horas y todos los demás derechos que esas funciones les conferían, con excepción del descanso compensatorio especial de 10 días hábiles, contemplado en el artículo 5° de la Ley 19.230.

De acuerdo a lo establecido en el reglamento para la aplicación del artículo 6° de la Ley 19.230, los cargos que se crean para estos funcionarios se remuneran por 28 horas semanales, pero implican la obligación de trabajar solo 22 horas semanales.

Esta jornada de 22 horas semanales que desempeñen los profesionales funcionarios liberados de la obligación de efectuar guardias nocturnas y en días domingo y festivos, se cumplirá en horario diurno en las mismas unidades en que servían antes de ser liberados, o en otras que a solicitud del interesado autorice el Director del Servicio. En este caso se distribuirá de lunes a viernes, en la forma que determine la misma autoridad.

De la jornada de 22 horas semanales referida, 15 horas se destinarán a trabajos asistenciales y el resto a tareas de investigación, asesoría técnica o a actividades docentes, dentro de las Unidades de Emergencia, Cuidados Intensivos, Maternidades o en otras dependencias según lo disponga el Director del Servicio a petición del interesado.

3.10.4. TRANSFERENCIA DEL BENEFICIO POR CAMBIO DE SERVICIO DE SALUD

Según lo establecido en el inciso quinto del artículo 6° de la Ley 19.230, a petición del beneficiario, el Subsecretario de Redes Asistenciales puede autorizar que el cargo creado en virtud de la liberación de guardia sea transferido a otro Servicio de Salud. Para estos efectos, se extinguirá el cargo del Servicio de origen, y se creará por el solo ministerio de la Ley, en el Servicio de destino, un nuevo cargo con las mismas características del que se extingue. En ese sentido, el profesional continuará percibiendo los mismos beneficios que recibía en el Servicio de Origen, sin perjuicio de aquellas asignaciones que digan relación exclusivamente con el lugar de desempeño de sus funciones.

Lo anterior, se materializará mediante una resolución fundada del Subsecretario de Redes Asistenciales, visada por la Dirección de Presupuestos.

3.11. LAS OBLIGACIONES FUNCIONARIAS

3.11.1 ¿QUIÉNES PUEDEN SER SUJETOS DE LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA?

La Contraloría General de la República ha establecido, siguiendo lo dispuesto en el artículo 119 del Estatuto Administrativo General, que el empleado que ha infringido sus obligaciones o deberes funcionarios incurre en responsabilidad administrativa, la cual, acreditada a través de un procedimiento legal (sumario administrativo o investigación sumaria), hace acreedor al infractor a una sanción disciplinaria.⁷

En suma, es responsable administrativamente quien incurra en alguna acción u omisión, negligente o maliciosa que importe estrictamente la inobservancia de una obligación o deber, de aquellos tipificados por la Ley respectiva dictada conforme a la Constitución y que, lleve aparejada una sanción o gravamen también definido legalmente. O más aún,

simplemente quien infringe sus obligaciones o deberes funcionarios, habiendo sido investido para desempeñar un cargo público.

Pero ¿quién es el empleado al que se refieren los artículos 119 del Estatuto General y 118 del Estatuto Municipal?

De acuerdo con lo señalado por la Contraloría General de la República, empleado es quien ocupa un cargo o empleo público, de planta o a contrata. Funcionario, quien desarrolla una actividad pública, investido para ello por acto de autoridad competente.⁸

Interesante resulta observar esta distinción entre "empleado" y "funcionario", por cuanto, al entender del órgano de control, no resultan ser lo mismo. Ello, por cuanto, de acuerdo a las definiciones de los Estatutos que venimos observando, un cargo público, en primer lugar, es aquél que se contempla en las plantas o como empleos a contrata en las instituciones públicas, a través del cual, se realiza una función administrativa. Luego, preciso es considerar que un cargo de planta es aquel que tiene el carácter de permanente dentro de la dotación de un determinado servicio y el empleo a contrata, aquél de carácter transitorio que se consulta en dicha dotación. Por su parte, el concepto de funcionario resulta mucho más amplio que eso, por cuanto, implica el desarrollo de cualquier actividad pública, que corresponde al gran cometido del Estado.

En este sentido, la Contraloría ha señalado que, las personas naturales que desempeñan una función pública, son funcionarios y, en tal carácter, les son aplicables las disposiciones del respectivo Estatuto Administrativo en lo que sean conciliables con la actividad que ejercen y de la investidura de que se hallen revestidos.

Entre esas normas, se consideran de ineludible aplicación las concernientes a la responsabilidad administrativa, ya que de otra manera se llegaría al contrasentido de admitir, por un lado, el pleno ejercicio de los derechos que confiere la función y, por el otro, consagrar la irresponsabilidad

7 Dictamen de la Contraloría General de la República N° 4.325, de 1990.

8 Dictamen de la Contraloría General de la República N° 62.218, de 1977.

personal en caso de uso abusivo o arbitrario de las facultades que poseen.⁹

Ello resulta del todo interesante, porque existe una serie de profesionales que se desempeñan dentro de un establecimiento público, a honorarios, bajo el Código del Trabajo u otras regulaciones que no son el Estatuto Administrativo mismo, especialmente, por ejemplo, los funcionarios municipales contratados por una Corporación Municipal. Allí, será importante dilucidar si pueden o no ser sujetos de Sumario Administrativo o de Investigación sumaria.

Lo anterior, es sumamente discutible y materia de interpretación, por cuanto, la Contraloría General ha optado por la interpretación amplia. Sin embargo, si vamos al tenor estricto del artículo 118 del Estatuto Municipal y 119 del General, leemos “el empleado” y se entiende por tal, el que ejerce un cargo que se contempla en las plantas o como empleo a contrata, en las instituciones regidas por los respectivos Estatutos, a través de la cual se realiza una función administrativa.

En tal sentido, tratándose la responsabilidad legal un asunto de derecho estricto, debería interpretarse restrictivamente su aplicación, por cuanto, una hipótesis legal de esta índole no puede extenderse a situaciones no contempladas por el Legislador. Sin embargo, para dilucidar muy bien esta situación, se hace necesario situarse en el primer artículo de los Estatutos que nos ocupan.

Así las cosas, el Estatuto Administrativo General establece que “[l]as relaciones entre el Estado y el personal de los Ministerios, Intendencias y de los Servicios Públicos centralizados y descentralizados creados para el cumplimiento de la función administrativa, se regularán por las normas del presente Estatuto Administrativo, con las excepciones que establece el artículo 21 de la Ley 18.575”. De inmediato, señalaremos que las excepciones a que se refiere la disposición recientemente transcrita, son las Subsecretarías de cada ministerio.

Ahora bien, en cuanto al Estatuto Administrativo de los Funcionarios Municipales, se establece que “[e]l Estatuto Administrativo de los funcionarios municipales se aplicará al personal nombrado en un cargo de las plantas de las municipalidades (...)”. Luego, se agrega que “(...) [l]os funcionarios a contrata estarán sujetos a esta Ley en todo aquello que sea compatible con la naturaleza de estos cargos” y se entiende por cargos de plantas municipales, “(...) aquellos que conforman la organización estable de la municipalidad y solo podrán corresponder a las funciones que se cumplen en virtud de la Ley 18.695”; y por cargos a contrata, aquellos de carácter transitorio.

En tal sentido, puede entenderse entonces que solamente están sujetos al régimen de responsabilidad administrativa los funcionarios de planta o a contrata y nadie más. Veamos las situaciones de contratos de honorarios y contratos de trabajo:

a.- Caso de los Profesionales contratados a base de Honorarios

Se ha discutido si las normas sobre responsabilidad les son aplicables. En primer término, huelga señalar que el artículo 4° del Estatuto Municipal señala expresamente que las personas contratadas a honorarios se regirán por las reglas que establezca el respectivo contrato y no les serán aplicables las disposiciones de este Estatuto. Por su parte, el artículo 11° del Estatuto Administrativo General, tiene una regla de similar tenor. Entonces, ello, nos lleva a pensar que como no se les aplican las normas del Estatuto, tampoco el régimen sancionatorio establecido en el mismo ni los derechos y deberes u obligaciones que se han fijado para los demás empleados públicos.

Sobre el particular, la Contraloría General ha establecido que las tareas cumplidas a honorarios, constituyen una modalidad de prestación de servicios particulares de la administración, que no confiere a quien los efectúa, la calidad de funcionario público, o sea en el desempeño de esas funciones, a los contratados no les son aplicables las normas estatutarias que rigen la labor de esos funcionarios.¹⁰ Atendido lo

9 Dictamen de la Contraloría General de la República N° 62.218, de 1977.

10 Dictamen de la Contraloría General de la República N° 11.862, de 1990; 6.187, de 1996; y 7.266, de 2005.

anterior, solamente serán aplicables a estas convenciones, las normas contenidas en el respectivo contrato, así como la normativa del Título XXIX, Libro IV del Código Civil, relativas al mandato.

La Contraloría ha establecido en su jurisprudencia administrativa que, “en la medida que los contratados a honorarios no son funcionarios públicos, la responsabilidad por los actos cometidos en su desempeño solo puede perseguirse ante los Tribunales Ordinarios de Justicia, sin perjuicio de la responsabilidad derivada de la rendición de cuentas a que pudieren encontrarse afectos, conforme a lo dispuesto en los artículos 85 y siguientes de la Ley 10.336.¹¹ Además, de todas formas están sujetos a las normas que consagran los principios de probidad administrativa, dado su carácter de servidores estatales, de manera que les es aplicable el Título III, De La Probidad administrativa, de la Ley 18.575.¹²

También la Dirección del Trabajo ha establecido que, no puede iniciarse sumario administrativo en contra de un trabajador contratado a honorarios en el sistema de salud primaria municipal, porque en esa condición no tiene la calidad de funcionario que se requiere para que se pueda establecer la responsabilidad administrativa.¹³

Ahora bien, Si se les aplica lo de la probidad administrativa y, en ese caso, nos queda preguntarnos cuál es el procedimiento aplicable para perseguir la responsabilidad en ese aspecto, habida consideración de que no les son aplicables las normas del Estatuto respectivo. En tal sentido, debe aplicarse lo previsto en el párrafo 4° del Título III de la Ley 18.575, sobre responsabilidad y sanciones. De todas formas, veremos este procedimiento más adelante.

11 Dictamen de la Contraloría General de la República N° 12.717, de 1991; 50.013 de 2000 y 7.266 de 2005.

12 Dictamen de la Contraloría General de la República N° 7.266 de 2005.

13 Ordinario N° 858/47 de la Dirección del Trabajo, de 2004.

b.- Médicos Cirujanos que se encuentran realizando un Programa de Especialización y que tiene la calidad de becarios

De conformidad a lo dispuesto en el artículo 1° del Decreto Supremo N° 507, de 1990, que establece el Reglamento de Becarios de la Ley N° 15.076, en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, se establece que el becario es el profesional que goza de una beca de especialización o perfeccionamiento, en cumplimiento del programa respectivo, en algún establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud de las Universidades.

Por su parte, se indica en la misma disposición que la beca no constituye cargo o empleo, por lo cual, no son aplicables a los becarios las disposiciones de la Ley N° 18.834 de 1989, las contenidas en la Ley N° 15.076, salvo en su artículo 43, y las que expresamente se señalan en este reglamento.

Como consecuencia de ello, estos profesionales solo se regirán por las normas de su propio Estatuto de Becarios.

En tal sentido, replicamos en este punto, lo señalado en el acápite anterior.

c.- Aquellos empleados sujetos a las disposiciones del Código del Trabajo

En este punto, nos remitimos al capítulo respectivo de este Manual referido a esta clase de trabajadores. Lo que nos importa en este capítulo, es el hecho de que se ha determinado por la jurisprudencia administrativa, que los empleados que prestan sus servicios en algún órgano de la Administración del Estado, bajo esta modalidad, son considerados como funcionarios públicos, razón por la cual, son sujetos de responsabilidad administrativa.

En tal sentido, lo que varía respecto de estos, son las sanciones que pueden serles aplicadas, a saber, terminación de sus contratos de trabajo, por alguna de las causales establecidas en el artículo 160 del Código del Trabajo, que deberán establecerse mediante una breve investigación y, respecto de aquellas sanciones que no revisten gravedad, solo podrá sancionarseles con alguna de las medidas disciplinarias

contempladas en el numeral 10 del artículo 154 del Código del Trabajo, esto es, amonestación verbal o escrita y multa de hasta 25 por ciento de la remuneración diaria, en la medida que estén contempladas en el Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad del respectivo Servicio. Si la institución respectiva no cuenta con el Reglamento Interno, no podrá aplicarse otra medida sancionatoria que no sea el término del contrato de trabajo o sobreseer.

d.- Caso del Agente Público

La Ley de Presupuestos contempla en glosa una modalidad de contratación de honorarios con características propias (independiente de las normas sobre contratación a honorarios que se contempla en el Estatuto Administrativo), que permite contratar, sobre dicha base, a personas con el carácter de agentes públicos. Estas personas, deben ser consideradas—ha señalado la Contraloría General de la República—como funcionarios públicos, fundamentalmente, para efectos de la responsabilidad administrativa, quienes, a lo referente a sus derechos y obligaciones, se encuentran sometidos, además, al contrato que han suscrito con la administración.

3.11.2. LAS PRINCIPALES OBLIGACIONES O DEBERES FUNCIONARIOS

Como hemos venido analizando, necesariamente para que pueda tener lugar la responsabilidad administrativa, deben haberse quebrantado los deberes funcionarios.

Ahora bien, el Legislador trata sobre el concepto de “obligaciones” o “deberes”. A este respecto, uno de los aspectos que diferencian ambos conceptos es la contraprestación recibida al momento de proceder a su observancia de manera tal que, un deber, no conlleva necesariamente una contraprestación de la otra parte (en este caso el Estado), de manera que, creemos que es más adecuado utilizar el vocablo deber. Así las cosas y hecha esta pequeña precisión, para lograr comprender qué es lo que se debe ver conculcado por el funcionario para que tenga lugar la responsabilidad administrativa, será necesario establecer de qué deberes estamos hablando.

Así las cosas, nos centraremos en el estudio, primero de los deberes contenidos en los Estatutos Administrativos respectivos. Hacemos

presente que, cuando los médicos cirujanos son contratados en un cargo público, no firman contrato alguno y, por lo tanto, el Estatuto puede asimilarse a verdaderas cláusulas que deben ser respetadas.

3.11.2.1. DEBERES FUNCIONARIAS DEL ESTATUTO ADMINISTRATIVO GENERAL Y MUNICIPAL

Establece el artículo 61 del Estatuto Administrativo General y 58 del Municipal que los funcionarios:

a) Deberán desempeñar personalmente las funciones del cargo en forma regular y continua, sin perjuicio de las normas sobre delegación.

a.1. Desempeño Personal.

Este deber funcionario implica, en simples términos que las funciones que realiza el profesional funcionario, sobre todo si se trata de un médico, es *intuitu personae*, lo cual, quiere decir que la persona misma que ejecuta el trabajo es esencial, atendidas sus cualidades, su conocimiento, idoneidad, de manera tal que, no puede encargarse que sus labores propias sean entregadas a un tercero.

En materia del ejercicio médico, bien sabemos que en la red de salud de un determinado establecimiento hospitalario, consultorio, etcétera, está integrada por distintos actores que contribuyen con el fin de restablecimiento de la salud de las personas, tales como técnicos paramédicos, enfermeras, técnicos en enfermería, médicos cirujanos, arsenaleros, etcétera, quienes si bien tienen un objetivo final, que es la mejor atención y aplicación de sus respectivas *Lex Artis* en el cuidado, rehabilitación, diagnóstico de un paciente, cada uno tiene asignadas funciones que no pueden ser ejecutadas por otro, como por ejemplo, el diagnóstico del paciente debe ser realizado por el médico respectivo y no puede delegar estas funciones en él o la técnico en enfermería, por ejemplo, dado que, esta última no tiene definido dentro de sus actividades realizar diagnósticos. Por eso la exigencia de la Ley de que el respectivo profesional funcionario ejerza directamente las labores del cargo para el que fue nombrado.

Sin embargo, por otro lado, existen casos en que puede admitirse la delegación de funciones. Esta debe ser parcial, sobre materias específicas, la delegación debe realizarse mediante un acto administrativo escrito, publicado o notificado, debe hacerse en el personal de la dependencia del delegante.

Ahora bien, el trabajo médico es una delicadeza extrema, por el fin que persigue, de manera tal que debe serse sumamente responsable al momento de proceder a la respectiva delegación, ello, porque la responsabilidad de las decisiones administrativas que se adopten o por las actuaciones que se ejecuten recaerá en el delegado. Ahora bien, cuando se delega una función, quedo en cierto modo impedido de realizarla, mientras no revoque esa delegación.

Debemos, por su parte, hacer la siguiente prevención: puede concebirse la delegación respecto de funciones que efectivamente puedan ser ejecutadas sin problemas por otra persona, por ejemplo, algo propio de la jefatura, como firmar documentos, asistir a alguna audiencia pública, etcétera.

Sin embargo, ¿podemos pensar que existe una plena libertad de delegar funciones que ejecuta un médico cirujano? Si bien la ley no hace distinción alguna y, en donde la norma no hace distinción, en materia administrativa, no cabe hacerla por interpretación, no nos parece prudente que el médico delegue sus funciones profesionales propiamente tales en un tercero, considerando a la responsabilidad que conlleva su ejercicio.

La atención de pacientes, diagnósticos, exámenes, intervenciones quirúrgicas, son de tal índole que no debe admitir la indistinta ejecución por cualquier persona ajena a ese cargo. Pero, ley no lo prohíbe en ese sentido, sino que nuestro consejo es para evitar la concurrencia de otra clase de responsabilidades que pudieran emanar de este acto.

Ahora bien, el profesional funcionario no tendrá la facultad de delegar a su arbitrio el ejercicio de sus facultades, sino que ello debe hacerse por la autoridad competente del establecimiento. Por la Jefatura superior de estos servicios son las que por ley tienen la posibilidad de organizar internamente el Hospital, consultorio

y otro similar. Si hay un médico internista, por ejemplo, funcionario de la dotación, no puede por su propia mano determinar que delegará sus funciones en un tercero, debe hacerlo quien esté investido para ello. Si la autorización o el acto de delegación fundada no se encuentra escrito, notificado o publicado y, el funcionario de todas formas encarga sus actividades a otro, incurrirá en responsabilidad administrativa.

a.2. Desempeño de manera Regular y Continua.

Existe una relación estrecha de este deber con el principio de continuidad del servicio público, por cuanto el desempeño de las funciones debe ser "permanente". El artículo 3° de la ley 18.575, establece que se deben atender las necesidades públicas de manera continua y permanente, es decir, sin interrupciones injustificadas o ilegales, ello, porque la Administración del Estado está al servicio de la persona humana y debe promover el bien común y, más aun tratándose del caso de garantizar las acciones de salud y el restablecimiento de la misma.

Por su parte, que sea regular, quiere decir, en primer término, que se realice de manera constante. De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española, se entiende por "regular"; "Ajustado y conforme a regla. // Uniforme, sin cambios grandes o bruscos. // Ajustado, medido, arreglado en las acciones y modo de vivir"¹⁴. De ello se desprende que el actuar personal del funcionario, debe ejecutarse conforme a la Constitución y a las Leyes, pero también de manera constante en tiempo y forma. Y ajustándose a los Estatutos o Instrucciones propios del establecimiento en el que se desempeña y a la instrucción jerarquizada.

a.3) Orientar el desarrollo de sus funciones al cumplimiento de los objetivos de la institución y a la mayor prestación de los servicios que le corresponda.

Cada establecimiento de salud pública, deberá tener definidos sus lineamientos o campo de actuación conforme a la Constitución y las leyes.

14 Diccionario de la Lengua Española, de la Real Academia Española (2001), p. 1.326.

Entra aquí un juego de discusión entre los fines que persigue la Administración del Estado y los medios empleados por sus distintos integrantes para obtener los respectivos objetivos. En ese orden de cosas, los estatutos en comento no definen ni dan pautas concretas sobre cómo debe ser el desarrollo de las tareas de los funcionarios, sino que de manera amplia señala que solo debe existir una orientación hacia un determinado resultado.

De esa manera, el espectro que nos dejan los artículos 61 letra b) y 58 letra b) del Estatuto General y el Municipal, respectivamente, es bastante amplio, permitiéndose prácticamente que cualquier actividad que parezca fuera de toda norma de la institución de salud que corresponda será sancionada administrativamente. Ello, ha generado una serie de problemas pragmáticos a la hora de establecer la existencia de responsabilidad, por cuanto, muchas veces queda a la discreción—si es que no arbitrio—de quien deba juzgar una infracción a este deber. Por ello, es de suma importancia, al momento de ingresar a prestar servicios dentro de algún establecimiento de salud pública, conocer los Reglamentos, Protocolos, Instrucciones establecidos que definan el actuar de los funcionarios de la institución.

Si como lineamientos generales, podemos desprender del Decreto Con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que son las grandes finalidades de todos estos establecimientos ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda ejecutar tales acciones.¹⁵

Ahora bien, lo que busca la norma es que, en el cumplimiento de sus funciones, el respectivo funcionario, ponga todos los medios necesarios para lograr el cometido del órgano administrativo en que se desempeña.

15 Artículo 1° del Decreto Con Fuerza de Ley N° 1, de 2005.

Tratándose del ejercicio médico, el profesional deberá ejecutar todas las acciones conforme a la Lex Artis para lograr particularmente la recuperación y rehabilitación de la persona enferma, usuaria del sistema público. En tal sentido, importante es señalar con especial atención que, en el cumplimiento de este deber deben observarse estrictamente los principios de eficiencia y eficacia, consagrados en la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado.

Según la Real Academia Española, eficiencia es la “virtud y la facultad para lograr un efecto determinado” y eficacia es la “virtud, actividad, fuerza y poder para obrar”¹⁶.

Enseña la profesora Gardais Ordanza que, en el ámbito administrativo, eficacia corresponde al “logro de las metas (de carácter cuantitativo) definidas por la Administración” y su control se relaciona con las propias metas definidas por ésta, ya que quien realiza el control no puede definir las. El control de la eficacia corresponde “al uso óptimo de los recursos”, que son siempre escasos y su empleo en el tiempo debe estar condicionado a su resultado, lo que incide en el éxito de la gestión. Los recursos humanos, lo son en la medida del esfuerzo de las personas, el recurso tecnológico lo es en la oportunidad de su empleo y el recurso financiero en sus aplicaciones más eficientes que trasuntan la buena administración de fondos.¹⁷ Agrega la mencionada académica, citando un trabajo de la Contraloría General de la República que, el concepto de eficiencia exige la obtención de los recursos en sus costos alternativos más bajos, esto es, la economicidad. El control de la eficiencia es propio de los recursos “que importa el control de los objetivos políticos verificando, a través de la auditoría operativa, aquellos dados por la autoridad, los cuales no

16 Diccionario de la Lengua Española, de la Real Academia Española (2001).

17 GARDAIS ORDANZA, Gabriela, (2002), “El Control de Legalidad y la Eficiencia y Eficacia como Principios Jurídicos Fiscalizables, en Revista de Derecho de la Universidad Católica de Valparaíso, N° XXIII (Valparaíso, Chile), pp. 323-340.

pueden ser cuestionados por quien efectúa el control operativo.¹⁸

De esa manera, en términos simples, la eficiencia “se refiere a lograr los mismos resultados con menos recursos o mejores resultados manteniendo iguales medios”.¹⁹ Eficacia, en tanto, “es la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”.²⁰

a.4) Realizar sus labores con esmero, cortesía, dedicación y eficiencia, contribuyendo a materializar los objetivos de la institución.

Este deber es un tanto curioso puesto que se refiere a principios y a comportamientos básicos de la convivencia humana. Es obvio que las labores deben realizarse con esmero, a saber, con ahínco, máxima dedicación, celo, prolijidad, en atención al interés general por el que se está velando y, teniendo en especial consideración el servicio a la persona humana y el respeto a las garantías constitucionales en todo orden de cosas. Es obvio que debe ejecutarse las labores con respeto, de acuerdo a las reglas de convivencia social, con las palabras adecuadas, actuar profesional. Sin embargo, aunque ello resulte obvio, por supuesto, muchas veces no se cumple por variados factores y, en definitiva, este deber se ve como una reacción del Legislador frente a los añosos abusos cometidos por la Administración Pública, estableciéndose este deber mínimo de buen trato y actuar, como una garantía frente a los usuarios de los servicios

18 La Contraloría General y el control de eficiencia, Documento de Trabajo de la CGR en el Seminario: ¿Qué Contraloría General de la República necesita el Chile de Hoy y del Futuro?, en Revista Chilena de Administración Pública, Estado, Gobierno y Administración, N° 9 (marzo de 1996, Colegio de Administradores Públicos de Chile, Publicaciones 3M Ltda., Santiago de Chile), p. 74, obtenido de GARDAIS ORDANZA, Gabriela, (2002), “El Control de Legalidad y la Eficiencia y Eficacia como Principios Jurídicos Fiscalizables, en Revista de Derecho de la Universidad Católica de Valparaíso, N° XXIII (Valparaíso, Chile), pp. 323-340

19 Manual de Transparencia y Probidad de la Administración del Estado, del Gobierno de Chile, pág. 50.

20 Idem.

públicos y también en la relación entre los distintos integrantes de la administración del Estado.

Así las cosas, suele ocurrir que algunos profesionales funcionarios tienen reclamos de pacientes por mal trato, por no explicar bien un diagnóstico, por no otorgar injustificadamente un certificado médico, por violentar psicológicamente a algún otro funcionario, por abandonar anticipadamente su lugar de trabajo, por interrumpir la jornada injustificadamente. Todas estas situaciones, si son comprobadas, pueden dar lugar a la responsabilidad administrativa.

Este deber obedece al principio de Servicialidad del Estado, en virtud del cual se exige que la Administración Pública tenga especial preocupación por brindar a todas las personas una atención adecuada y bienes públicos de buena calidad.²¹

Este deber funcionario, debe estar relacionado con la prohibición contenida en los respectivos Estatutos Administrativos de no someter a tramitación innecesaria o dilación los asuntos entregados a su conocimiento o resolución, o exigir para estos efectos documentos o requisitos no establecidos en las disposiciones vigentes, también con el no ejecutar actividades, ocupar tiempo de la jornada o utilizar personal, material o información reservada o confidencial del organismo para fines ajenos a los institucionales y, la prohibición de realizar cualquier acto atentatorio de la dignidad de los demás funcionarios, tales como, acoso sexual, discriminación arbitraria y realizar todo acto calificado como acoso laboral en los términos que dispone el inciso segundo del artículo 2° del Código del Trabajo.

a.5) Cumplir la jornada de trabajo y realizar los trabajos extraordinarios que ordene el superior jerárquico.

Cuando se ingresa a la Administración del Estado, se debe asumir que no se puede defraudar a la misma, trabajando menos tiempo por el que se ha obligado ni tampoco se puede pretender

21 Manual de Transparencia y Probidad de la Administración del Estado, del Gobierno de Chile, pág. 51.

desobedecer las órdenes de la autoridad, pues, existe este deber estricto, según se verá.

Así las cosas, como es lógico, el primer llamamiento que hace la Ley es a cumplir la jornada de trabajo propia y fija del cargo público contratado. Tratándose de médicos cirujanos, existen, en especial, dos grandes regímenes que regulan estos aspectos, a saber, las Leyes N° 19.664 y N° 15.076, rigiendo la primera los cargos de 11, 22, 33 y 44 horas semanales y la segunda, esencialmente los cargos de 28 horas semanales o, denominados Turnos nocturnos y en días sábados y festivos. Por lo tanto, si el profesional se encuentra contratado por 44 horas semanales, debe efectivamente, ejecutar esas 44 horas semanales, según la distribución legal o la que determine con el Superior Jerárquico.

Respecto a las horas extraordinarias, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 43 de la Ley 19.664, los Directores de los Servicios de Salud, podrán ordenar, respecto de los profesionales funcionarios, la ejecución de trabajos extraordinarios a continuación de la jornada diurna ordinaria y nocturna, y en días sábados, domingos y festivos, cuando haya de realizarse tareas imposterables.

Se entiende por horas extraordinarias a las que exceden la jornada ordinaria de cargos de 44 horas de un profesional, y por trabajo extraordinario nocturno, el que se realiza entre las 21:00 horas de un día y las 08:00 horas del día siguiente que no corresponda al sistema de cargos de 28 horas de los establecimientos hospitalarios. Asimismo, si uno trabaja 28 horas semanal, cualquier actividad que exceda a esa jornada es hora extraordinaria.

Esto se condice con la obligación de dar continuidad del servicio y, siempre y cuando se tenga que velar por el buen funcionamiento del servicio, el superior jerárquico puede, fundadamente ordenar que se trabaje más allá de la jornada pactada. Por su parte, el funcionario no puede oponerse a tal orden; salvo que esta sea ilegal (generalmente tratándose de este punto no lo es) y siempre que no le asista un motivo grave para no cumplir, aunque en este punto, es más atendible el interés general comprometido que el interés personal del funcionario.

Ahora bien, es interesante anotar la exigencia del artículo 72 del Estatuto General. Aquí se explica que "Por el tiempo durante el cual no se hubiere efectivamente trabajado no podrán percibirse remuneraciones (...)" Agrega la norma que "Mensualmente deberá descontarse por los pagadores, a requerimiento escrito del jefe inmediato, el tiempo no trabajado por los empleados (...)". Por último, se indica que "Los atrasos y ausencias reiterados, sin causa justificada, serán sancionados con destitución, previa investigación sumaria." De esa manera, el no cumplir con la jornada pactada y ordenada extraordinaria, puede dar lugar a responsabilidad y a la máxima sanción administrativa.

En este punto, interesante resulta observar, a modo de ejemplo, el Dictamen de la Contraloría General N° 38.119, de 2007, que en resumen señala que la implementación de turnos entre el personal de un Servicio de Salud, es una facultad otorgada a la autoridad administrativa en directa relación con los principios de la Servicialidad de la administración del Estado, consagrado en el artículo 1 de la Constitución; de la continuidad y regularidad de la función administrativa en la satisfacción de necesidades colectivas de los órganos que la integran, y de la eficiente e idónea administración de los medios públicos por las autoridades de estos, contemplados en los artículos 3 y 5 de la Ley 18.575. A su vez, conforme al artículo 70 de la Ley 18.834, la autoridad al ejercer la atribución de fijar turnos debe tener en consideración el debido cumplimiento de las funciones que le encomienda el orden jurídico al servicio respectivo, cual es, dirigir su actividad a la promoción del bien común, mediante atención regular y continua de las necesidades colectivas

de sus usuarios.²²

Suele ocurrir también, que el superior pueda extender el horario, discrecionalmente, siempre que las necesidades del servicio así lo hagan menester. Sobre el particular, cabe anotar que el artículo 65 de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL. N° 29, de. 2004, del Ministerio de Hacienda, establece que la jornada ordinaria de trabajo de los funcionarios es de cuarenta y cuatro horas semanales distribuidas de lunes a viernes, no pudiendo exceder de nueve horas diarias.

A continuación, añade el artículo 70 del referido Estatuto Administrativo, como una excepción a la distribución de la jornada antes citada, en lo atinente, que el jefe superior de la institución ordenará los turnos pertinentes entre su personal y fijará los descansos complementarios que correspondan.

Ahora bien, la implementación de turnos entre el personal de un Servicio, es una facultad otorgada a la autoridad administrativa en directa relación con los principios de la Servicialidad de la Administración del Estado,

22 Dictamen de la Contraloría General de la República N° 38.119, de 22 de agosto de 2007: "Se ha dirigido a esta Contraloría General, funcionaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur, con desempeño en el servicio de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau, reclamando de la modificación de la jornada laboral a contar del 1° de mayo de 2007, ordenada por la Dirección de ese establecimiento hospitalario respecto de los auxiliares técnicos paramédicos que se desempeñan en el cuarto turno en esa unidad, entre los cuales se encuentra la ocurrente, al ser cambiados al tercer turno.

Fundamenta su reclamación en la inconveniencia de la decisión adoptada, por consideraciones que dicen relación con la mayor exigencia que representa el turno que se les asigna, la edad de las servidoras involucradas, la falta de participación de las funcionarias afectadas en la decisión, y otras de similar índole.

Requerido su informe, la Directora del Hospital Barros Luco Trudeau mediante el oficio N° 280, de 2007, señala que la medida adoptada en el ejercicio del artículo 70 del Estatuto Administrativo, obedece a la necesidad de mejorar la dotación de personal, a fin de cubrir la demanda de atención en el Servicio de Neonatología.

consagrado en el artículo 1° de la Constitución Política de la República, y de la continuidad y regularidad de la función administrativa en la satisfacción de las necesidades colectivas por los órganos que la integran, y de la eficiente e idónea administración de los medios públicos por las autoridades de estos, contemplados en los artículos 3° y 5° de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.

Tales principios informan la normativa jurídica de rango inferior, como sucede precisamente con la atribución de fijar turnos entre el personal contenida en el aludido artículo 70, debiendo la autoridad administrativa al ejercer esa facultad tener en consideración el debido cumplimiento de las funciones que le encomienda el orden jurídico al servicio público respectivo, cual es, dirigir su actividad a la promoción del bien común, mediante la atención regular y continúa de las necesidades colectivas de sus usuarios.

La jornada laboral así fijada por la jefatura superior, atendidas las labores que deben desarrollar los servidores respectivos, en razón de la naturaleza de las funciones que cumple el órgano administrativo al cual pertenecen, constituye para esos servidores su jornada de trabajo ordinaria, a la cual deben dar cumplimiento en virtud de las obligaciones funcionarias que a ellos les asisten, contenidas en el artículo 61, letras a), b) y d) del mismo cuerpo legal estatutario, cuales son, desempeñar personalmente el cargo en forma regular y continua; orientar el desarrollo de sus funciones al cumplimiento de los objetivos de la institución y a la mejor prestación de los servicios que a ésta correspondan; y, cumplir la jornada de trabajo y realizar, los trabajos extraordinarios que ordene el superior jerárquico, respectivamente.

En cuanto a las alegaciones vertidas por la recurrente, para los fines de revertir la medida adoptada, cabe precisar que ellas dicen relación con razones de conveniencia, relativas a la gestión de las atenciones de salud que presta la entidad pública, y más precisamente, referidas a la administración del recurso humano, materia de competencia exclusiva de las correspondientes autoridades de la Administración Activa, sin que este Organismo Contralor tenga atribuciones en tales asuntos".

Dictamen de la Contraloría General de la República N° 91.637, de 18 de noviembre de 2015: Don -----, funcionario del Servicio -----, señala que, dada su calidad de chofer, se le habría ordenado ingresar a sus labores una hora antes del inicio de su 'jornada ordinaria de trabajo', por lo que consulta si corresponde estimar como tiempo extraordinario el referido lapso.

Requerido de informe, el ----- manifiesta que a través de su resolución exenta N° 3.778, de 2014, determinó que la jornada laboral ordinaria de sus funcionarios se inicia a las 8:00 horas, la cual se extiende por 9 horas diarias de lunes a jueves y 8 horas los viernes. Agrega que según la jurisprudencia administrativa que menciona, no constituye 'hora extraordinaria' el tiempo comprendido entre las 7:00 y las 8:00 horas, por lo que resulta improcedente su pago.

Sobre el particular, las letras a) y d) del artículo 61 de la Ley N° 18.834, preceptúan que son obligaciones de cada funcionario desempeñar personalmente las tareas del cargo en forma regular y continua, así como cumplir la jornada de trabajo y realizar los trabajos extraordinarios que se le ordenen.

Luego, el inciso primero de su artículo 65 dispone que "La jornada ordinaria de trabajo de los funcionarios será de cuarenta y cuatro horas semanales distribuidas de lunes a viernes, no pudiendo exceder de nueve horas diarias."

El inciso primero del artículo 66 prescribe que la autoridad pertinente "podrá ordenar trabajos extraordinarios a continuación de la jornada ordinaria, de noche o en días sábado, domingo y festivos, cuando hayan de cumplirse tareas impostergables", agregando su inciso segundo que aquellos se compensarán en la forma ahí descrita.

En este contexto, cabe señalar que las horas extraordinarias serán las que se realicen a continuación de la jornada habitual que cumplen los funcionarios, no resultando procedente que se considere como 'trabajo extraordinario' el desempeñado con antelación al inicio de la jornada laboral ordinaria, por no existir precepto alguno que lo permita (aplica los dictámenes N°s 2.286 y 26.658, ambos de 2014, de este origen).

Luego, es útil consignar que el legislador solo ha regulado la duración de la jornada semanal y el límite máximo diario de la misma de los funcionarios regidos por dicho cuerpo estatutario, por lo que compete a los jefes superiores de los Servicios fijar la hora de ingreso y de término de la jornada del personal de su dependencia, en virtud de las facultades que les otorga el artículo 31 de la Ley N° 18.575, para dirigir, organizar y administrar el correspondiente organismo (aplica criterio contenido en el dictamen N° 10.743, de 2012, de este ente de Control).

Asimismo, compete a dicha autoridad fijar las modificaciones al horario de ingreso de los pertinentes funcionarios, fundándose en 'razones de servicio', tal como se ha manifestado, entre otros, en el dictamen N° 50.635, de 2014, de esta procedencia.

Ahora bien, es claro puntualizar en relación al asunto en análisis, que, por ejemplo, los choferes para el desarrollo de sus labores deben trasladarse previamente al lugar y en los tiempos que la autoridad lo disponga. Sostener lo contrario, implicaría un desmedro para el servidor que debe emplear su tiempo de descanso en el acatamiento de tareas del Servicio y un enriquecimiento sin causa en favor de la Administración (aplica criterio contenido en el dictamen N° 31.575, de 2011, de este ente contralor).

Consecuente con lo manifestado, y acorde a los antecedentes tenidos a la vista, la jefatura superior del ----- debe modificar formalmente la jornada ordinaria de trabajo del interesado, si por razones de servicio éste debe comenzar efectivamente sus labores de chofer de lunes a viernes a las 7:00 horas, teniendo aquel derecho a que esa institución le compense o remunere como 'trabajo extraordinario' todo el lapso que exceda las cuarenta y cuatro horas semanales, según sea el caso, en las condiciones autorizadas por la Ley."

Ahora bien, no tan solo se consideran trabajos extraordinarios aquellos que se realicen fuera de la jornada, sino que además, aquellos ordenados por destinación o comisión de servicios, pero que veremos más adelante.

De esa manera, generalmente ocurre en la práctica, por ejemplo, que el Jefe de Servicio requiera la realización de labores fuera del horario habitual de trabajo de los médicos, teniendo en especial consideración la alta brecha de profesionales médicos en los Servicios de Salud, en Hospitales o en los organismos municipales. De esa manera, si se ordena fundada y formalmente la realización de labores fuera de dicho tiempo, el funcionario no podrá rehusarse a cumplir con tal orden, pues, lo contrario, puede ser objeto de una investigación sumaria y posterior destitución.

a.6) Cumplir las destinaciones y las comisiones de servicio que disponga la autoridad competente.

Esto también dice relación con los principios de continuidad del servicio público, Servicialidad del Estado, el de obediencia y de jerarquía. Para efectos ilustrativos, debemos indicar que, los funcionarios públicos pueden ser destinados a desempeñar funciones propias del cargo para el que ha sido designado, dentro de la institución correspondiente. Las destinaciones deberán ser ordenadas por el jefe superior de la respectiva institución. Así las cosas, la destinación implica prestar servicios en cualquiera localidad en un empleo de la misma institución y jerarquía.

Hubo un caso en nuestra institución en que se afectó los derechos de un empleado fiscal por materia de destinación. Ello es interesante, por cuanto la Ley deja la posibilidad de destinar a los funcionarios a la discreción del Jefe Superior del Servicio. En ese caso concreto, se trataba de un médico cirujano especialista en Ginecología y Obstetricia, contratado por 28 horas semanales en un Hospital de Alta Complejidad o Autogestionado. Bien sabemos, que el cargo del médico implicaba prestar servicios en su especialidad, pues, así versaba su Decreto de Nombramiento y, además, ejecución en las noches, sábados y domingos de manera continua y permanente. En ese orden de cosas, el Director del Servicio de Salud en el que se desempeñaba el médico en cuestión, determinó destinarlo a ejercer funciones, si bien, dentro de la institución misma (Dirección del Área), lo haría en actividades de policlínico en un consultorio de funcionarios. En tal sentido, se hacía imposible que el doctor pudiese prestar

servicios en un empleo de la misma jerarquía y de las mismas características. Ello, por cuanto:

1) El Centro de Salud al que había sido destinado, no contaba con la infraestructura necesaria para llevar a cabo intervenciones quirúrgicas, labor fundamental ligada a su cargo titular;

2) El horario de trabajo en el que se ejercían labores en ese Centro de Salud del Servicio, al que fue destinado, no es compatible con la modalidad de turnos de la que era titular en el Hospital de Alta Complejidad, por cuanto, atendido el carácter asistencial de las prestaciones de salud que allí se realizan, estas son solamente de carácter diurno y, en tal sentido, no podía ejercer el cargo de 28 horas propiamente tal.

3) No se veían casos atendidos directamente a su especialidad de Ginecología y Obstetricia, por la que se le designó como titular en el Servicio de Salud.

En ese caso, vemos que no se cumplen copulativamente los requisitos para proceder a la destinación. Sin embargo, se hace presente que, a pesar de ello, dada la obediencia que deben seguir los funcionarios, si la orden estaba dada, debía cumplirse de todas formas, pues, existía un acto administrativo que lo establecía de esa manera y, mientras un acto administrativo esté vigente, aunque sea ilegal, debe cumplirse de todas formas si la autoridad así lo establece. Sin perjuicio de lo anterior, cada funcionario tendrá la posibilidad de impugnar, atacar estas decisiones si no se ajustan a la legislación, pero en tanto, no exista otro acto que revoque una orden anterior, esta última debe cumplirse de todas formas, pues, su desobediencia conllevará la responsabilidad y sanción administrativa.

Por otro lado, la comisión de servicios implica, a diferencia de la destinación, el desempeño de funciones ajenas al cargo, en el mismo órgano o servicio público o en otro distinto, tanto en el territorio nacional como en el extranjero. Sin perjuicio de lo anterior, en todo caso, las comisiones de servicios nunca podrán conllevar el desempeño de funciones de una jerarquía inferior o ajenas al conocimiento del cargo mismo ni ajenas a los fines e intereses de la institución.

Asimismo, como existe discreción, si se dispone una destinación o comisión, deberá manifestarse mediante un acto administrativo escrito, notificado debidamente al funcionario afectado por tal orden. Y aunque discrecional, ello no implica que esta determinación de autoridad competente sea arbitraria, es decir, injusta, buscando fines distintos al interés general y objetivos de la institución, injustificada, inmotivada, fuera de la razón. Si ello no fuere así, entonces el funcionario podrá utilizar los mecanismos legales para buscar que se enmiende conforme a derecho la decisión, pero, insistimos, mientras nada diga lo contrario, la orden debe cumplirse tal cual.

a.7) Obedecer las órdenes impartidas por el superior jerárquico.

Seguramente, este es uno de los deberes más complejos y discutibles de nuestra legislación. Efectivamente, como ya habíamos adelantado, cuando un profesional asume un cargo en la Administración del Estado, debe tener inmediatamente presente que queda a disposición de su Jefe Superior del Servicio. Así las cosas, dijimos que este es un deber complejo, porque la Ley otorga una serie de facultades a las autoridades, que deja a su discreción (no arbitrio), pero que en la práctica, en base a lo anterior, siguen cometiéndose sendos abusos e incluso ordenándose la realización de tareas imposibles e incluso ilegales. Pese a ello, la Ley es clara y estas órdenes deben cumplirse, con algunos reparos que procederemos a explicar.

Así las cosas, por ello vimos anteriormente que, si el superior jerárquico ordena la realización de horas extraordinarias, si determina que un funcionario debe ser destinado o comisionado, ello debe seguirse sin que se rehúse el funcionario, ello, porque en cierto modo, cuando se asume una función pública debe relegarse mi interés personal en pos al interés y la Servicialidad públicos.

Sin embargo, suele ocurrir muchas veces que el superior me dé una orden que no se ajuste a la Constitución y a las Leyes dictadas conforme a ella. Frente a eso, como ya venimos anunciando, el principio es que a pesar de ello, el profesional debe dar cumplimiento a esa orden. La única

posibilidad que la Ley pone a su disposición es la representación.

Acto de Representación de Ilegalidad de la Orden del Superior Jerárquico.

La representación consiste en el acto escrito en virtud del cual, el inferior jerárquico manifiesta a su superior que la orden que se le está dando, de acuerdo a su parecer, es ilegal, con el objeto de que se revoque el respectivo mandato o, en caso de que la superioridad insista en el mismo, se exima de responsabilidad administrativa al inferior, trasladando plenamente ésta al Jefe que dio la orden.

En tal sentido, por ejemplo, si el jefe del médico cirujano le ordena no dar atención alguna a un paciente, debiendo hacerlo, ello, sin duda es inconstitucional e ilegal. En ese caso, el funcionario inferior jerárquico, deberá presentar un escrito a su jefatura, con copia al Superior de este último, manifestando, por ejemplo, que su orden atenta contra los artículos 1° y 9° de la Constitución Política de la República, esto es, la de velar por la integridad física y psíquica de las personas y de dar una protección de salud y que se vulneran las normas sobre Derechos y Deberes de los pacientes. Ante la situación anotada, la Jefatura que estableció el encargo, tendrá la facultad o de retirarlo o de insistir en el mismo. Si opta por dejarlo sin efecto, no existirá problema alguno, pero, si su inclinación es por mantener la orden, el inferior jerárquico debe cumplirla de todas formas, aunque sea, insistimos, ilegal. Sin embargo, la responsabilidad administrativa, civil y criminal o, de cualquier índole ya no recaerá sobre el funcionario obligado a obedecer, sino que, sobre su superior.

Pero lo relevante de todo lo explicado, es que el deber de obediencia siempre prevalece, por sobre todas las cosas, mientras la orden se encuentre vigente.

De esa manera, si existe un abuso, no puede el funcionario por sí solo determinar si existe tal, y decidir por sí mismo no hacer caso, ello queda entregado al Superior y, si de ello se siguen consecuencias adversas, será un juez u otra autoridad ejecutiva quienes determinen las eventuales responsabilidades que se siga de ello.

Esto seguramente obedece al orden que debe existir en la Administración del Estado, para evitar así, una conducta anárquica en que no exista obediencia alguna a la autoridad, pues, el sistema actual es del Estado de Derecho y no el aludido anteriormente.

a.8) Observar estrictamente el principio de probidad administrativa, que implica una conducta funcionaria moralmente intachable y una entrega honesta y leal al desempeño de su cargo, con preeminencia del interés público sobre el privado.

Creemos que este es el mayor deber que ha de ser considerado por los funcionarios, por cuanto, su contenido y alcance, engloba a todos los demás, en especial, por cuanto consagra la entrega casi incondicional a la vocación por el Servicio Público.

En primer término, este es un deber especialmente consagrado por nuestra Constitución Política, la cual, en su artículo 8° inciso 1° establece que “El ejercicio de las funciones públicas obliga a sus titulares a dar estricto cumplimiento al principio de probidad en todas sus actuaciones.” Dando la Base muy general la Carta Fundamental, necesario es entonces remitirse a la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado. El artículo 11 bis de dicha Ley establece expresamente que, los funcionarios de la Administración deberán observar el principio de probidad administrativa y, en particular, las normas legales generales y especiales que lo regulan.

La Ley mencionada al final del párrafo anterior, establece en su artículo 54 que: “Las autoridades de la Administración del Estado, cualquiera que sea la denominación con que las designen la Constitución y las Leyes, y los funcionarios de la Administración Pública, sean de planta o a contrata, deberán dar estricto cumplimiento al principio de la probidad administrativa.” Por su parte, la misma disposición define a este principio, indicando: “El principio de la probidad administrativa consiste en observar una conducta funcionaria intachable y un desempeño honesto y leal de la función o cargo, con preeminencia del interés general sobre el particular”.

Este principio, es bastante amplio, pero en concreto se traduce en el hecho de que los medios públicos, el ejercicio profesional del médico funcionario, las dependencias de los establecimientos en que se desempeñen, deben ser empleados efectivamente para el cumplimiento de los fines de la institución y no puede desviarse para objetivos diversos que digan relación con intereses propios o de terceros, es decir, traicionando el interés general que persigue la Administración del Estado.

Señala Camacho Cepeda que, el Legislador fue cuidadoso “al establecer una gama de instrumentos que están orientados a garantizar la vigencia de este principio. En primer lugar, destacan como medidas preventivas las inhabilidades para ingresar a la Administración del Estado contenidas en el artículo 54 de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado. Dirigida a cautelar la operatividad de estas restricciones está la declaración de inhabilidades que ha de presentar todo postulante a un cargo público y que se encuentra regulada en los artículos 57 a 60 de la Ley Orgánica. A las inhabilidades referidas hay que añadir una específica dirigida a impedir que cargos de autoridad superior desde subsecretarios hasta el nivel de jefe de división sean ejercidos por personas que padezcan de dependencia de sustancias o drogas estupefacientes o psicotrópicas. Para ello el legislador establece, igualmente, la obligatoriedad de declarar que no se está afecto a esta inhabilidad antes de asumir alguno de los cargos afectos a ella.”²³ Agrega la mencionada académica que, “(...) hay una serie de mecanismos establecidos para cautelar el respeto del principio de probidad por quienes desempeñan un cargo administrativo. El primero de ellos es el establecimiento de incompatibilidades o prohibiciones en el artículo 56 de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado. A ello se añade por el artículo 57 de la

23 CAMACHO CEPEDA, Gladys (2008), Derecho Administrativo. 120 años de Cátedra, Santiago de Chile, Editorial Jurídica de Chile, pp. 241-276.

Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado la exigencia a ciertas autoridades gubernamentales y administrativas que van desde el Presidente de la República hasta el nivel del jefe de departamento de presentar una declaración de intereses y de patrimonio.”²⁴ Por último agrega que, “para prevenir el consumo de sustancias o drogas estupefacientes o psicotrópicas el legislador ha estatuido un procedimiento de control de consumo de estas sustancias que deberá aplicarse en forma reservada, aleatoria y resguardando la dignidad e intimidad de los funcionarios examinados. Finalmente, se complementan los mecanismos de garantía enunciados con la identificación de actuaciones que la Ley orgánica directamente configura como atentatorias a la probidad administrativa y que harán surgir la responsabilidad administrativa y darán lugar a las correspondientes sanciones.”²⁵

Visto lo anterior, precisa indicar que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 64 de la Ley 18.575, contravienen especialmente el principio de probidad administrativa, las siguientes conductas:

1. Usar en beneficio propio o de terceros la información reservada o privilegiada a que se tuviere acceso en razón de la función

pública que se desempeña²⁶.

2. Hacer valer indebidamente la posición funcionaria para influir sobre una persona con el objeto de conseguir un beneficio directo o indirecto para Si o para un tercero²⁷. Enseña Lionel Guzmán Suárez que, “se trata de aquellas intervenciones en que se abusa de la posición funcionaria, habitualmente por parte de aquellos de jerarquía superior, para influir sobre una persona, casi siempre de jerarquía inferior, con el objeto de conseguir un beneficio directo o indirecto para Si o para un tercero. Comprende asimismo el solicitar, hacerse prometer o aceptar, en razón del cargo o función, para Si o para terceros, donativos, ventajas o privilegios de cualquier naturaleza”. Aquí la dificultad, enseña el Señor Guzmán Suárez,

26 Es preciso indicar que, de conformidad a la Ley de Derechos Y Deberes de los Pacientes, el médico tratante puede tener acceso a la información contenida en la Ficha clínica de un usuario del sistema. En efecto, la misma Ley establece que existen en esos instrumentos datos sensibles de las personas que no deben ser revelados y, si ello se infringe, procedería la responsabilidad civil o penal, conforme al uso que se haya dado de la información. Así las cosas, supongamos que un paciente padece de la enfermedad derivada del virus del VIH y el médico tratante tiene una rencilla anterior con ese paciente y sabe que si revela esta información a la familia de este último, le generará problemas personales. Entonces procede a ejecutar esa acción ilegal e inmoral. Por supuesto que con ello, se genera además, responsabilidad administrativa, en el entendido de que está violando principalmente el principio de probidad y, es tan grave la actuación que puede conllevar la sanción de destitución.

27 Al efecto, podemos ejemplificar con la siguiente situación: el hecho de ejecutar una determinada intervención quirúrgica no respetando la lista de espera de algún paciente y, ese paciente es el profesor universitario del hijo del médico. Entonces, si el médico facilita dicha intervención, el paciente pasará de curso al hijo. Ello, claramente conlleva un beneficio indirecto para el médico pero directo a un tercero, su retoño. En tal sentido, podemos ver una hipótesis de falta a la probidad. De hecho, esto puede configurar el delito de cohecho. Otro caso, y que podría resultar gravísimo, es el hecho de que un jefe de departamento por ejemplo, realizase requerimientos de carácter sexual a una funcionaria de jerarquía funcionaria, bajo amenazas de que Si no accede, será desvinculada de su cargo.

24 Idem.

25 Idem.

radica en el hecho de que existe una relación jerárquica de superior a inferior y, por tanto, aquellos respecto de los cuales se ejerce la presión indebida sentirán temor de las consecuencias de su denuncia.

3. Emplear, bajo cualquier forma, dinero o bienes de la institución, en provecho propio o de terceros²⁸.
4. Ejecutar actividades, ocupar tiempo de la jornada de trabajo o utilizar personal recursos del organismo en beneficio propio o para fines ajenos a los institucionales²⁹.
5. Solicitar, hacerse prometer o aceptar, en razón del cargo o función, para sí o para terceros, donativos, ventajas o privilegios de cualquier naturaleza. Exceptúanse de

28 Los funcionarios público no pueden bajo ningún respecto, utilizar los bienes públicos para el provecho propio. Por ejemplo, si un médico cirujano tiene su consulta particular en la que realiza radiografías y la maquinaria de su centro falla y no puede ejecutar ese examen radiológico a su paciente privado y, le solicita que asista al Hospital Público donde también el médico ejerce sus labores y allí, con los medios del Hospital ejecuta el mentado examen, y a mayor abundamiento, ese por supuesto, no es un paciente institucional y, este último, le paga honorarios al médico, estará violando la probidad administrativa, pues, del uso de la maquinaria radiológica del hospital está obteniendo, por supuesto, el pago de un servicio particular. Esto es grave y puede conllevar destitución. Otro ejemplo, el médico cirujano, ante una emergencia familiar utiliza la ambulancia del hospital para acercarse y resolver dicha emergencia. Estará utilizando indebidamente un vehículo institucional, desviándolo de los fines públicos para el que estaba destinado.

29 Supongamos que un médico cirujano tiene su horario funcionario de 08:00 a 11:00 de la mañana del día lunes, pero a las 10:00 horas decide ir a un banco a cambiar un cheque personal. Ello, por supuesto, no tiene que ver en absoluto con las funciones propias de su cargo, sino que, es una actividad netamente personal. Incluso ese acto, por más inocente que parezca, es una vulneración al principio de probidad, pues, este es de derecho estricto. De hecho, si durante su horario de trabajo un médico atiende pacientes particulares de los que recibe remuneración por esos servicios, si por ejemplo, durante el horario funcionario se dedica a realizar cualquier actividad extra programática no contemplada en sus funciones, conlleva la conculcación a este importantísimo deber funcionario.

esta prohibición los donativos oficiales y protocolares, y aquellos que autoriza la costumbre como manifestaciones de cortesía y buena educación. El millaje u otro beneficio similar que otorguen las líneas aéreas por vuelos nacionales o internacionales a los que viajen como autoridades o funcionarios, y que sean financiados con recursos públicos, no podrán ser utilizados en actividades o viajes particulares³⁰.

6. Intervenir, en razón de las funciones, en asuntos en que se tenga interés personal o en que lo tengan el cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive. Asimismo, participar en decisiones en que exista cualquier circunstancia que le reste imparcialidad. Las autoridades y funcionarios deberán abstenerse de participar en estos asuntos, debiendo poner en conocimiento de su superior jerárquico la implicancia que les afecta³¹.
7. Omitir o eludir la propuesta pública en los casos que la Ley la disponga, y
8. Contravenir los deberes de eficiencia, eficacia y legalidad que rigen el desempeño de los cargos públicos, con grave entorpecimiento del servicio o del ejercicio de los derechos ciudadanos ante la Administración.
9. Visto todo lo anterior, vemos que, en general, cualquier acto que implique el desvío de la actuación a fines diversos al interés general,

30 Aquí lo que ha de importar es que el donativo, privilegio es determinante para que el médico cirujano, preste adecuadamente su función.

31 Un ejemplo claro sería, por ejemplo, que el Director del Servicio de Salud, siendo socio de una sociedad médica, decida adjudicar en un proceso de licitación, a dicha sociedad la posibilidad de prestar servicios externos a un Hospital de la Red. Otro caso, por ejemplo, es que un médico cirujano, tenga un hijo que también es médico y, este deba decidir sobre la adjudicación de un cargo público convocado por concurso en un Hospital. Por supuesto que el encargado de decidir, debe abstenerse de participar en el proceso, pero si no lo hace, aunque no se adjudique el cargo al hijo, igualmente estaría vulnerando el principio de abstención, porque la imparcialidad estará entredicho.

a la Servicialidad hacia la persona humana y a los principios rectores contenidos en la Constitución y las Leyes, pueden constituir actos no probos. Aquí lo determinante es la preeminencia al interés general sobre el particular, que implica el logro del bien común, contenido en el artículo 1° inciso 4° de la Constitución y, se entiende por bien común, el “crear las condiciones sociales que permitan a todos y cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías.” La Constitución establece que el Estado está al servicio de la persona humana, no que la persona está al servicio del Estado y, en ese entendido, cualquier acto contrario a ese elemental principio será contrario a la probidad.

10. Además, la probidad conlleva el hecho de desempeñar honesta y lealmente la función o cargo, lo que quiere decir es que, deben respetarse ante todo, y frente a cualquier gobierno “de turno” que se encuentre vigente, los valores y principios de la Carta Fundamental y las leyes, respetando la dignidad humana y los derechos fundamentales que derivan de ella, por el hecho de ser personas. El actuar del funcionario, debe ser recto, justo, de acuerdo a las reglas elementales de una convivencia humana pacífica y al Estado de Derecho y, por lo demás, leal, es decir no dejar jamás de observar los objetivos que conlleva su cargo.

a.9) Guardar secreto en los asuntos que revistan el carácter de reservados en virtud de la Ley, del reglamento, de su naturaleza o por instrucciones especiales

En este caso, debemos tener en consideración el concepto de la transparencia. Al respecto, la Constitución establece en su artículo 8° que “Son públicos los actos y resoluciones de los órganos del Estado, así como los fundamentos y los procedimientos que utilicen. Sin embargo, solo una Ley de quórum calificado podrá establecer la reserva o secreto de aquellos o de estos, cuando la publicidad afectare el debido cumplimiento de las funciones de

dichos órganos, los derechos de las personas, la seguridad de la Nación o el interés nacional.”

Entonces este deber funcionario se ve claramente limitado por las normas sobre Transparencia que se han establecido en el proceso de modernización del Estado en combate a la corrupción. Pero, en este punto, especial relevancia cobra lo dispuesto en la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes y la confidencialidad de la información contenida en la Ficha Clínica, en razón del concepto de “datos sensibles” y, además del acceso a ese instrumento, el cual, se encuentra limitado por Ley. Pero en los demás casos, si la Ley de quórum calificado, es decir, aquella establecida, modificada o derogada por la mayoría absoluta de los diputados y senadores en ejercicio, no establece reserva o secreto, no se afecta los derechos de las personas, la seguridad de la Nación o el interés nacional, la información debe entregarse. Ahora bien, debe tenerse cuidado a qué clase de asuntos se refiere este deber. Si lo que se requieren son documentos, información que maneje la institución, existen canales establecidos por la Ley de transparencia y el llamado a cumplir con la entrega de esa información es la superioridad del Servicio y no cualquier funcionario.

Lo que sí es cierto, es que la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes sí procuró que cierta información debe ser entregada al paciente. En tal sentido, de dicha Ley pueden desprenderse los siguientes preceptos sobre entrega de información:

a) Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado;

b) De acuerdo al artículo 8° de la Ley 20.584, toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito, respecto de los siguientes elementos:

1. Las atenciones de salud o tipos de acciones de salud que el prestador respectivo ofrece o tiene disponibles y los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones, así como el valor de las mismas.
2. Las condiciones previsionales de salud requeridas para su atención, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites necesarios para obtener la atención de salud.
3. Las condiciones y obligaciones contempladas en sus reglamentos internos que las personas deberán cumplir mientras se encuentren al interior de los establecimientos asistenciales.
4. Las instancias y formas de efectuar comentarios, agradecimientos, reclamos y sugerencias.

Agrega la disposición que, los prestadores deberán colocar y mantener en un lugar público y visible, una carta de derechos y deberes de las personas en relación con la atención de salud, cuyo contenido será determinado mediante resolución del Ministro de Salud.

c) De conformidad al artículo 9° de esa Ley 20.584, toda persona tiene derecho a que todos y cada uno de los miembros del equipo de salud que la atiendan tengan algún sistema visible de identificación personal, incluyendo la función que desempeñan, así como a saber quién autoriza y efectúa sus diagnósticos y tratamientos.

d) Agrega la Ley que nos ocupa que, toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar,

así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional.

e) Por último, toda persona tendrá derecho a recibir, por parte del médico tratante, una vez finalizada su hospitalización, un informe legible que, a lo menos, deberá contener:

1. La identificación de la persona y del profesional que actuó como tratante principal;
2. El período de tratamiento;
3. Una información comprensible acerca del diagnóstico de ingreso y de alta, con sus respectivas fechas, y los resultados más relevantes de exámenes y procedimientos efectuados que sean pertinentes al diagnóstico e indicaciones a seguir, y
4. Una lista de los medicamentos y dosis suministrados durante el tratamiento y de aquellos prescritos en la receta médica.

Toda persona podrá solicitar, en cualquier momento de su tratamiento, un informe que señale la duración de éste, el diagnóstico y los procedimientos aplicados.

Asimismo, toda persona tendrá derecho a que se le extienda un certificado que acredite su estado de salud y licencia médica si corresponde, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria, o cuando lo solicite para fines particulares. El referido certificado será emitido, de preferencia, por el profesional que trató al paciente que lo solicita.

De esa manera, nos parece que este deber se encuentra un tanto desactualizado, con las nuevas normas sobre transparencia, por ello, antes de negarse una determinada información, debemos fijarnos si esa negativa se funda en alguna de las excepciones constitucionales ya vistas.

a.10) Observar una vida social acorde con la dignidad del cargo.

El ser un funcionario público es una investidura tal, que no solo se lleva dentro del establecimiento

donde se ejerzan las labores, sino que, en todo lugar, en todo tiempo, de manera que, se demuestre que las personas que tienen a su cargo los medios para lograr el interés general y el bien común son idóneas en todo orden de cosas para mantener ese nombramiento. De esa manera, si el funcionario ejecuta conductas fuera de lugar, en todo ámbito moral y legal, puede ser responsable administrativamente.

a.11) Proporcionar con fidelidad, precisión los datos que la institución le requiera relativos a situaciones personales o de familia, cuando ella sea de interés para la administración, debiendo esta guardar debida reserva de los mismos.

Los Numerales 4° y 16° del artículo 19 de la Constitución Política aseguran a todas las personas el respeto y protección a la vida privada y pública y a la honra de la persona y de su familia y la libertad de trabajo, respectivamente. Sin embargo, con este deber funcionario, no se transgreden las referidas garantías constitucionales por cuanto se ajusta a disposiciones legales dictadas conforme a la misma Carta Fundamental.

En efecto, si bien los datos y se antecedentes que puedan solicitarse, dicen relación tanto con información de orden personal como de terceros, su conocimiento y registro por parte de un organismo público, no lesiona la intimidad del titular, ya que el tratamiento de los mismos no solo es reservado, sino que, además, no desmerece la condición ética de las personas relacionadas con el funcionario, como tampoco afecta al ejercicio del trabajo que desarrolle la persona a quien esos datos pertenecen, toda vez que los familiares del servidor pueden realizar normalmente su actividad laboral.

Enseguida, resulta necesario hacer presente que la persona que ingresa a la Administración del Estado se adscribe en forma voluntaria a un status jurídico especial, que es el que tipifica el cuerpo regulador de sus relaciones con la institución a la que pertenecerá, el cual se encuentra inspirado en el principio del bien común, lo que implica que es el interés público el que debe primar sobre el interés particular del empleado público.

De este modo, la persona que postula a un servicio público, desde su nombramiento, los derechos, obligaciones y prohibiciones que

el respectivo estatuto señala, y su aceptación del cargo no constituye sino la adhesión a un marco jurídico preestablecido e impersonal, al cual debe someterse si pretende ingresar o mantenerse en la Administración.³²

a.12) Denunciar ante el Ministerio Público o ante la Policía si no hubiere Fiscalía en el lugar en el que el funcionario presta sus servicios, con la debida prontitud, los crímenes o simples delitos y a la autoridad competente los hechos de carácter irregular, especialmente de aquellos que contravienen el principio de probidad administrativa regulado por la Ley 18.575. La norma en sí misma es clara, pero, presenta, a lo menos, dos aristas conflictivas que quisiéramos destacar y que hace un tanto dificultosa su materialización en el Servicio Público:

1ª. Que, deja al arbitrio de cualquier funcionario determinar si un acto u omisión de otro constituye o no delito. Por supuesto, aquí no es tarea de los empleados públicos asentar si existe o no culpa o negligencia del posible imputado, sino que indicar si “algo le parece” un delito o un atentado a la probidad. Por ello, este deber obedece netamente a la subjetividad del denunciante. Sin embargo, no puede ser excusa para quien no dé cumplimiento a este deber, el hecho de que no conocía si lo que se estaba haciendo o no era un crimen o simple delito o si ello atentaba contra el recto actuar administrativo del otro funcionario, por cuanto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° del Código Civil, la Ley se presume conocida por todos desde su promulgación y, en tal sentido, se supone que todos tienen conocimiento de los elementos del tipo penal, y cuál es la conducta criminal o delictual, por cuanto, precisamente está descrita en la Ley.

2ª. Que, el estricto cumplimiento de este deber, podría deteriorar las relaciones laborales entre funcionarios. Sea, en primer término, teniendo en consideración el hecho de que, por ejemplo, un inferior jerárquico deba denunciar a su superior, lo cual, en la práctica hace mucho más ilusorio el ejercicio de una denuncia. Asimismo, si se trata de otros pares, igualmente, sabemos,

32 Dictamen de la Contraloría General de la República N° 10.038 del 02 de marzo de 2000.

que conllevará a una mala relación entre ellos y el ambiente puede tornarse tedioso. Sin embargo, recordemos que el actuar del funcionario que comete un supuesto delito o falta administrativa, deteriora al Servicio y puede estar atentando en contra del interés general, por lo que, el empleado obligado a denunciar, debe ante todo tener en consideración este último, por sobre las relaciones interpersonales que pueda tener con sus pares o su jefatura. Pero, sabemos, ante todo, somos seres humanos que deben conllevar una adecuada convivencia social, lo cual hace muy dificultoso el ejercicio de una denuncia de esta índole, pues, no muchas veces, en realidad, se asegura el correspondiente anonimato.

Ahora bien, observamos que la norma se refiere solamente a denunciar “crímenes” o “simples delitos”, sin embargo, no alude a las faltas penales (que se han visto en el capítulo relativo a la responsabilidad penal). En tal sentido ¿Se deben denunciar las faltas? Es discutible, por cuanto, tenemos el denominado principio de legalidad, que se traduce en que los integrantes de la administración del Estado deben actuar estrictamente conforme a lo consignado por la Ley. Ahora, podría argüirse en virtud del antiguo y coloquial adagio “quien puede lo más, puede lo menos”, de manera que, si puedo denunciar conductas más graves, como un crimen, sin duda podría denunciar una falta penal. Pero insistimos ¿Cabe interpretar de esa manera? Creemos que, aunque la norma no aluda a esta clase de acciones de menor entidad, con ellas, podría estar poniéndose en riesgo el bien común en cuya virtud, por lo que en virtud del principio de probidad y servicialidad del Estado, debería denunciarse de todas formas.

a.13) Rendir fianza cuando en razón de su cargo tenga la administración y custodia de fondos o bienes, de conformidad con la Ley Orgánica Constitucional de la Contraloría General de la República.

Generalmente este deber pesará sobre aquellos Jefes Superiores de algún servicio público. A este respecto, cabe señalar que la fianza constituye una caución de otra obligación personal. Sin embargo, es discutible el concepto, puesto que, conforme a la definición de fianza dada por el Legislador en el Código Civil, se trata aquí de una obligación accesoria en virtud de la cual una

o más personas responden de una obligación ajena, comprometiéndose para con el acreedor a cumplirla en todo o parte, si el deudor principal no la cumple. Si nos fijamos bien, y siempre es bueno tener precisión en todas las cosas, nos damos cuenta que por la fianza se asegura una obligación ajena. Sin embargo, cuando un determinado funcionario asume como obligación principal la administración y custodia de fondos o bienes, no puede, a su vez constituirse fiador de sí mismo, por cuanto, ello resultaría absurdo. Ello, atendido a que el fiador constituye, en definitiva, un patrimonio diverso para poder perseguir si el deudor principal incumple. De esa manera, quizás, sería más preciso hablar de una “prenda de dinero”, por cuanto, por el empeño o prenda, se entrega una cosa mueble a un acreedor para seguridad de su crédito. Esa figura se ajusta más a lo que busca el Legislador, pues, el funcionario obligado principalmente a custodiar y a administrar debidamente fondos públicos, entrega una cantidad de dinero, en prenda, para asegurar dicho cumplimiento.

Ahora bien, sin perjuicio de todo lo indicado precedentemente, necesario es señalar que la finalidad de esta norma es limitar cualquier actividad ilícita y de sustracción indebida de dineros públicos, de manera que, el funcionario asegura con su propio patrimonio cualquier pérdida que pueda deberse a su propia gestión.

a.14) Justificarse ante el superior jerárquico de los cargos que se le formulen con publicidad, dentro del plazo que este fije, atendidas las circunstancias del caso.

Esto debe determinarse en un procedimiento legalmente tramitado, que veremos a continuación.

3.12. PROHIBICIONES E INCOMPATIBILIDADES ADMINISTRATIVAS

De modo general, se debe tener presente que no podrán ingresar a cargos en la Administración del Estado:

i) Las personas que tengan vigente o suscriban, por sí o por terceros, contratos o cauciones ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, con el respectivo organismo de la Administración Pública.

Tampoco podrán hacerlo quienes tengan juicios pendientes con la institución de que se trata, a menos que se refieran al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive.

Igual prohibición regirá respecto de los directores, administradores, representantes y socios titulares del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, cuando ésta tenga contratos o cauciones vigentes ascendentes a doscientas unidades tributarias mensuales o más, o litigios pendientes, con el organismo de la Administración a cuyo ingreso se postule.

ii) Las personas que tengan la calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y de los funcionarios directivos del organismo de la administración civil del Estado al que postulan, hasta el nivel de jefe de departamento o su equivalente, inclusive.

iii) Las personas que se hallen condenadas por crimen o simple delito.

En particular, el Estatuto Administrativo consagra en el título III, "De las obligaciones funcionarias", párrafo quinto, en el artículo 84, aquella normativa que establece las prohibiciones que debe tener presente todo servidor público en el ejercicio de sus funciones.

Las prohibiciones son:

Ejercer facultades, atribuciones o representación de las que no esté legalmente investido, o no le hayan sido delegadas.

Intervenir, en razón de sus funciones, en asuntos en que tengan interés él, su cónyuge, sus parientes consanguíneos hasta el tercer grado inclusive o por afinidad hasta el segundo grado, y las personas ligadas a él por adopción.

Actuar en juicio ejerciendo acciones civiles en contra de los intereses del Estado o de las instituciones que de él formen parte, salvo que se trate de un derecho que atañe directamente al funcionario, a su cónyuge o a sus parientes hasta el tercer grado de consanguinidad o por

afinidad hasta el segundo grado y las personas ligadas a él por adopción;

Intervenir ante los tribunales de justicia como parte, testigo o perito, respecto de hechos de que hubiere tomado conocimiento en el ejercicio de sus funciones, o declarar en juicio en que tenga interés el Estado o sus organismos, sin previa comunicación a su superior jerárquico;

Someter a tramitación innecesaria o dilación los asuntos entregados a su conocimiento o resolución, o exigir para estos efectos documentos o requisitos no establecidos en las disposiciones vigentes.

Solicitar, hacerse prometer o aceptar donativos, ventajas o privilegios de cualquier naturaleza para sí o para terceros.

Ejecutar actividades, ocupar tiempo de la jornada de trabajo o utilizar personal, material o información reservada o confidencial del organismo para fines ajenos a los institucionales.

Realizar cualquier actividad política dentro de la Administración del Estado o usar su autoridad, cargo o bienes de la institución para fines ajenos a sus funciones.

Organizar o pertenecer a sindicatos en el ámbito de la Administración del Estado; dirigir, promover o participar en huelgas, interrupción o paralización de actividades, totales o parciales, en la retención indebida de personas o bienes, y en otros actos que perturben el normal funcionamiento de los órganos de la Administración del Estado;

Atentar contra los bienes de la institución, cometer actos que produzcan la destrucción de materiales, instrumentos o productos de trabajo o disminuyan su valor o causen su deterioro.

Incitar a destruir, inutilizar o interrumpir instalaciones públicas o privadas, o participar en hechos que las dañen;

Realizar cualquier acto atentatorio a la dignidad de los demás funcionarios. Se considerará como una acción de este tipo el acoso sexual, entendido según los términos del artículo 2º, inciso segundo, del Código del Trabajo, y la discriminación arbitraria, según la define el

artículo 2° de la Ley que establece medidas contra la discriminación,

Realizar todo acto calificado como acoso laboral en los términos que dispone el inciso segundo del artículo 2° del Código del Trabajo.

Asimismo, consagra en su párrafo sexto, artículo 85 y siguientes, las incompatibilidades que debe tener presente un funcionario al momento de ejercer un cargo público.

El estatuto señala lo siguiente: “En una misma institución no podrán desempeñarse personas ligadas entre sí por matrimonio, por parentesco de consanguinidad hasta el tercer grado inclusive, de afinidad hasta el segundo grado, o adopción, cuando entre ellas se produzca relación jerárquica. Si respecto de funcionarios con relación jerárquica entre sí, se produjera alguno de los vínculos que se indican en el inciso anterior, el subalterno deberá ser destinado a otra función en que esa relación no se produzca.

Esta incompatibilidad no regirá entre los Ministros de Estado y los funcionarios de su dependencia. Todos los empleos a que se refiere el presente Estatuto serán incompatibles entre sí. Lo serán también con todo otro empleo o toda otra función que se preste al Estado, aun cuando los empleados o funcionarios de que se trate se encuentren regidos por normas distintas de las contenidas en este Estatuto. Se incluyen en esta incompatibilidad las funciones o cargos de elección popular.

No obstante lo anterior, existe la excepción a lo antes mencionado en cuanto a que un empleado puede ser nombrado para un empleo incompatible, en cuyo caso, si asumiere el nuevo empleo, cesará por el solo ministerio de la Ley en el cargo anterior. Lo dispuesto en los incisos precedentes, será aplicable a los cargos de jornada parcial en los casos que, en conjunto, excedan de cuarenta y cuatro horas semanales”.

En términos prácticos, es importante enunciar las siguientes situaciones:

a) Ejercicio de funciones incompatibles con la jornada de trabajo:

Todos los funcionarios tendrán derecho a ejercer libremente cualquier profesión, industria,

comercio u oficio conciliable con su posición en la Administración del Estado, siempre que con ello no se perturbe el fiel y oportuno cumplimiento de sus deberes funcionarios, sin perjuicio de las prohibiciones o limitaciones establecidas por Ley.

Estas actividades deberán desarrollarse siempre fuera de la jornada de trabajo y con recursos privados.

Son incompatibles con la función pública las actividades particulares cuyo ejercicio deba realizarse en horarios que coincidan total o parcialmente con la jornada de trabajo que se tenga asignada.

Esta norma general de la Ley N° 18.575, se concilia perfectamente con lo dispuesto en la Ley N° 15.076, específicamente en el artículo 12 y siguientes.

Teniendo presente lo anteriormente señalado, bien sabemos que la jornada completa de un profesional funcionario es de 44 horas semanales, pero, la Ley también permite que estos últimos ejecuten jornadas de menor cantidad de horas, tales como 33, 22, 11 y 28 horas semanales.

Debemos considerar el caso de que un profesional funcionario, además de ejecutar su trabajo en el Servicio de Salud respectivo, tenga un cargo docente.

b) Ejercicio de cargos docentes y su compatibilidad con la jornada de trabajo:

El Estatuto Administrativo (D.F.L. N° 29 de 2004, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo) señala en el artículo 87 letra a) que el desempeño de los cargos a que se refiere el Estatuto es compatible con los cargos docentes de hasta un máximo de doce horas semanales.

Por su parte, el artículo 8° de la Ley N° 19.863, sobre remuneraciones de autoridades de gobierno y cargos críticos de la administración pública y da normas sobre gastos reservados (Diario Oficial de 06.02.03), señala que:

“[i]ndependientemente del régimen estatutario o remuneratorio, los funcionarios públicos podrán desarrollar actividades docentes

durante la jornada laboral, con la obligación de compensar las horas en que no hubieren desempeñado el cargo efectivamente y de acuerdo a las modalidades que determine el jefe de servicio, hasta por un máximo de doce horas semanales. Excepcionalmente, y por resolución fundada del jefe de servicio, se podrá autorizar, fuera de la jornada, una labor docente que exceda dicho tope”.

En consecuencia, los profesionales funcionarios de los Servicios de Salud, pueden realizar actividad docente, hasta por un máximo de 12 horas semanales. Estas horas docentes pueden ser realizadas durante la jornada laboral, debiendo el funcionario compensar las horas en que no hubieren desempeñado el cargo efectivamente y de acuerdo a las modalidades que determine el jefe de servicio.

Por consiguiente, si el desempeño de la actividad docente asistencial no impide desempeñar las funciones propias del cargo, podrá realizarse la actividad docente dentro de la jornada laboral, sin necesidad de compensar las horas utilizadas en esta actividad. A este respecto es preciso tener presente que la actividad docente asistencial, por su naturaleza, es compatible con la actividad clínica que el docente debe realizar en el ejercicio de su cargo.

Si la actividad docente impide desempeñar el cargo, puede realizarse durante la jornada laboral, hasta por 12 horas, debiendo compensar las horas.

Si el profesional funcionario desea realizar una labor docente que exceda de 12 horas semanales, deberá obtener la autorización del jefe de servicio, que deberá otorgarse por resolución fundada, y deberá realizarla fuera de la jornada laboral.

DICTAMEN DE CONTRALORÍA DE VALPARAÍSO

"Se hace presente que la Universidad de Valparaíso solicitó una aclaración del dictamen N° 51.792, de 2013 sobre la materia que nos ocupa en este apartado, en orden a precisar que la obligación de compensar las horas docentes estipuladas en el decreto N° 254, de 2012, del

Minsal, debe emplearse solo en el supuesto en que las actividades docentes impliquen necesariamente que el funcionario haya dejado de cumplir efectivamente las labores de asistencia contratadas por el servicio de salud.

Contraloría parte haciendo una distinción de dos hechos:

1. Existencia de convenios entre el recinto asistencial y una institución formadora (Universidad).
2. Relación de trabajo remunerado de un médico, con algún centro de formación.

A partir de estos hechos, es posible distinguir los conceptos de "labores de colaboración docente" y de "actividades docentes".

Respecto de las primeras, se establece que: "Los funcionarios podrán realizar labores de colaboración docente dentro de su jornada de trabajo habitual, mientras desarrollan las labores asistenciales propias del cargo que ejercen en el Servicio de Salud...". (Letra c, Decreto Exento N°. 254). En consecuencia, en esta hipótesis no procede la devolución del tiempo que ocupe en ellas, al tratarse de funciones propias del cargo.

En cuanto a las segundas, se menciona que "los servidores que tengan relación de trabajo remunerada con alguna institución formadora, de cualquier naturaleza, solo podrán realizar actividades docentes durante la jornada institucional en los términos establecidos en la letra a), del artículo 87 de la Ley N° 18.834 y en el artículo 8° de la Ley N° 19.863, cuyas respectivas limitaciones en cuanto a cantidad máxima de horas de docencia son aplicables a los profesionales funcionarios afectos a las Leyes N°s 15.076 y 19.664". (Letra d, Decreto Exenta N° 254). Por lo tanto, en este caso los médicos se encuentran obligados a compensar ese período de acuerdo a la modalidad que establezca el respectivo jefe de servicio.

Se destaca que Contraloría concluye que esta

jurisprudencia se refiere a aquellos casos en que un funcionario de un servicio de salud mantiene algún tipo de vínculo laboral con alguno de los centros de formación del país, más no necesariamente con la Universidad del convenio de docencia asistencial.

Lo anterior permite que los médicos docentes realicen de forma simultánea las labores asistenciales y docentes que tienen contratadas con el Hospital y la Universidad, sin interrupción de la programación asistencial normal, por lo cual no se encontrarían obligados a compensar las horas en esas funciones."

3.13. LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

Existen dos medios para hacer efectiva la responsabilidad administrativa: el sumario administrativo y la investigación sumaria.

La instrucción de un sumario administrativo o de una Investigación Sumaria, dependerá de lo que disponga la Ley. Si la Ley no señala nada, será la Autoridad, según la gravedad de los antecedentes y de los hechos a investigar, la que determinará cuál de ellos procede. La investigación sumaria, a diferencia del sumario administrativo, está reservada, en general, a la investigación de hechos de menor gravedad.

3.13.1. LA INVESTIGACIÓN SUMARIA

La investigación sumaria se ordena cuando la naturaleza de los hechos a investigar reviste menor gravedad o importancia. Según el Estatuto Administrativo, el procedimiento debe ser breve, concentrado, fundamentalmente verbal y de lo actuado se levantará un acta general que firmarán los declarantes.

Se exige llevarlo foliado en letras y números, es decir, ordenar cada hoja que forma parte del expediente en forma cronológica, asignándole su anotación correspondiente en letras y números, y lo conforman todas las declaraciones, actuaciones y diligencias. Toda actuación debe llevar la firma del investigador.

La investigación es realizada por un investigador, quien indaga los hechos, para finalmente proponer sanciones al funcionario(s)

involucrado(s) o el sobreseimiento (se desiste de la investigación por no ameritar la imposición de sanción). Como adelantamos, el fiscal o investigador solo proponen, quien aplica la sanción respectiva, sobresee o pide nuevas diligencias, es el Jefe Superior del Servicio.

ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN SUMARIA

ETAPA DE INVESTIGACIÓN O ETAPA INDAGATORIA

La investigación de los hechos debe realizarse en el plazo de 5 días, contados desde la notificación del Investigador, no pudiendo prorrogarse. Dicho plazo está establecido solo para la conclusión de esta etapa. Agotadas las diligencias investigativas, el Investigador deberá decretar el cierre de la investigación y sobreseer o formular cargos en un plazo que no está fijado en la Ley, pero que deberá ser prudencialmente breve. Si se solicitare prórroga, deberá continuar como sumario administrativo y elevarse en calidad de tal. La investigación se elevará también a sumario, si se constata que los hechos revisten una mayor gravedad.

Los funcionarios citados a declarar tienen la obligación de fijar domicilio en el radio urbano donde el investigador ejerce sus funciones.

El investigador tiene amplias facultades, por lo que los funcionarios están obligados a colaborar con él.

ETAPA ACUSATORIA

Vencido el plazo para realizar la investigación, el investigador la declarará cerrada y deberá formular los cargos o solicitar el sobreseimiento. Si durante el período indagatorio se ha comprobado la existencia de responsabilidad administrativa por parte de algún funcionario, no procede que se decrete el sobreseimiento, sino que se le formulen cargo/s y que este/os le sean notificados, con el objeto de garantizar su derecho a una legítima defensa, y posteriormente los autos deben ser elevados a la autoridad competente para su decisión".

Si el investigador propone el sobreseimiento, debe remitir los antecedentes a la autoridad que dispuso la instrucción del proceso para que lo apruebe o rechace. En caso de rechazar el cierre sin cargos, la autoridad debe ordenar se

eleve la investigación a la calidad de sumario administrativo.

Si el investigador formula cargos, debe notificarlos al inculcado, quien debe responder a ello, es decir, formular sus descargos, dentro del plazo de 2 días, contado desde la fecha de notificación. Si solicitare rendir prueba, el investigador le concederá un plazo que no exceda de 3 días.

“Las notificaciones que se realicen en el proceso deberán hacerse personalmente. Si el funcionario no fuere habido por dos días consecutivos en su domicilio o lugar de trabajo, se le notificará por carta certificada, dejando constancia en el expediente de las búsquedas fallidas y acompañando el comprobante de envío de la carta.

ETAPA INFORMATIVA A LA AUTORIDAD

Formulado los descargos, o bien vencido el plazo para contestarlos o el período de prueba, si se hubiere solicitado a este, el investigador debe emitir dentro de 2 días un Informe o Vista, en el cual se contendrá la relación de los hechos, los fundamentos y conclusiones a que se hubiere llegado y propondrá la absolucón o sanción que a su juicio corresponda aplicar.

ETAPA RESOLUTIVA Y DE RECURSOS

Emitido el informe del investigador, este debe remitir los antecedentes a la autoridad que dispuso la instrucción del proceso, para que, en el plazo de 2 días, dicte una resolución absolviendo al inculcado o aplicando la medida disciplinaria que estime pertinente. No obstante, la autoridad podrá ordenar la realización de nuevas diligencias o la corrección de vicios de procedimiento.

Entre las medidas disciplinarias a aplicar en la investigación sumaria, se encuentran la Censura, la Multa y la Suspensión del empleo. La Destitución solo puede aplicarse en el caso del artículo 72 inciso final del Estatuto Administrativo, esto es, por atrasos y ausencias reiteradas sin causa justificada.

3.13.2. SUMARIO ADMINISTRATIVO

En un sentido estricto, el sumario constituye simplemente un proceso, o sea, es el conjunto

de actuaciones formales a cargo de un instructor, denominado Fiscal, que está destinado a establecer la efectividad de los hechos materia del mismo y a determinar la participación que los funcionarios pueden haber tenido en ellos y a precisar, cuando corresponda, la consiguiente responsabilidad administrativa.

En un sentido más amplio, constituye una verdadera institución jurídica, porque interesa de tal manera al derecho, que la ha reconocido y consagrado como una verdadera garantía, no solo para la Administración del Estado en cuanto a poder hacer efectiva la responsabilidad de los funcionarios que actúen al margen de la legalidad, sino también para ellos mismos, puesto que les asegura que su responsabilidad, en caso que se origine, se perseguirá con arreglo a derecho y con las más amplias seguridades de defensa en un proceso justo.

CARACTERÍSTICAS DEL SUMARIO ADMINISTRATIVO

El sumario administrativo debe constar por escrito. Debe consignarse en esa forma cada una de sus actuaciones, sin que tenga validez alguna la que no cumpla con ese requisito.

Las constancias de las actuaciones efectuadas por escrito, deben agregarse unas a otras

La reserva es de la esencia del sumario administrativo, lo que implica que su contenido es secreto hasta la conclusión. Una vez iniciada la etapa acusatoria, este secreto es relativo, ya que se pone en conocimiento de los funcionarios afectados y/o de sus abogados.

Entre los funcionarios que tienen intervención en el sumario administrativo, pueden figurar:

- El fiscal o instructor del sumario: funcionario público del mismo servicio en que trabaja el inculcado, de igual o superior jerarquía que él, que está encargado de la realización del sumario, la investigación.
- El actuario: funcionario público de cualquier institución de la Administración del Estado, regido por el Estatuto Administrativo, quien tendrá la calidad de Ministro de Fe y estará encargado de certificar todas las actuaciones del sumario.

- Los eventuales afectados.
- El resolutor.

Se debe tener presente que los funcionarios públicos, en general, quedan sujetos a una relación de subordinación respecto del instructor para los efectos de proporcionar información o antecedentes necesarios para la investigación. Por otra parte, se debe señalar que no es posible obtener coercitivamente la colaboración de un particular, quienes solo pueden concurrir voluntariamente.

ETAPAS DEL SUMARIO ADMINISTRATIVO INSTRUCCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y CONSTITUCIÓN DE LA FISCALÍA

El jefe superior de servicio, mediante una resolución exenta, dispone la instrucción del sumario administrativo. Asimismo, se designa como persona a cargo del procedimiento al Fiscal, quien será un funcionario de igual o mayor grado de jerarquía que el/los funcionario(s) involucrado(s) en los hechos.

El nombramiento como fiscal constituye legalmente una comisión de servicio para el funcionario designado. El fiscal puede aceptar o no la designación

En caso de aceptar, el fiscal debe proceder a designar a un actuario, el que deberá ser notificado y aceptar el nombramiento.

El fiscal, al tomar declaraciones a funcionarios en la calidad de inculcados, deberá citarlos bajo la advertencia de que dentro del segundo día podrá formular recusación o impuncias que procedan en contra del Fiscal o del Actuario, las cuales deberán ser resueltas, en el plazo de dos días, por el Fiscal si estas afectan al actuario o por la autoridad que nombró al Fiscal si es él el implicado o recusado.

Estas causales son: Tener el Fiscal o actuario interés directo o indirecto en los hechos que se investigan; tener amistad íntima o enemistad manifiesta con cualquiera de los inculcados, y tener parentesco de consanguinidad hasta el tercer grado y de afinidad hasta el segundo, inclusive, o de adopción con alguno de los inculcados.

INDAGATORIA

Es la parte del sumario que tiene por finalidad averiguar la efectividad de los hechos investigados y comprobar el real grado de participación que pudiere corresponderle en ellos a los funcionarios que aparecen comprometidos. El Fiscal debe realizar todas las diligencias legalmente procedentes para establecer los hechos y las eventuales responsabilidades. Se inicia con la resolución que ordena instruir el sumario y termina, por regla general, con la resolución que lo declara cerrado. Esta etapa debe cumplirse en el plazo de 20 días hábiles, sin perjuicio de su prórroga hasta por 60 días en total, en casos debidamente calificados de acuerdo a lo establecido en el respectivo estatuto administrativo.

Se agregan físicamente al expediente sumarial documentos públicos o privados, cuando estos sean conducentes a la finalidad de la investigación. Por ejemplo, los registros contables o las copias de parte pertinente de ellos.

Recibir pruebas testimoniales, sean declaraciones de funcionarios públicos (quienes están obligados a prestarla) o de particulares (cuando concurren voluntariamente), confesiones (declaración que presta un funcionario relativa a hechos en que participó), ratificaciones (declaración destinada a confirmar una denuncia o una declaración anterior de la misma persona).

Estas declaraciones deben cumplir con ciertos requisitos mínimos que señala la Ley, como son, firma del declarante y del funcionario que la recibe, indicación del lugar, fecha y hora en que se toma, individualización del declarante. Si el declarante se negare a firmar su testimonio, debe consignarse expresamente esa circunstancia, sin perjuicio de las medidas de apremio que puedan afectarle al funcionario público. Las declaraciones deben consignarse en un lenguaje directo, breve y resumido, salvo que el sumariado exija que ella sea transcrita literalmente.

Además, el Fiscal puede solicitar informes de peritos, que son personas o entidades que poseen una determinada especialidad en una

ciencia o arte y que pueden servir al Fiscal para la determinación de los hechos o el grado de participación en los mismos.

Durante el período de tramitación del sumario administrativo y antes de la "vista fiscal", este podrá adoptar las siguientes medidas especiales de carácter preventivas: suspender de sus funciones al inculpado; o destinarlo transitoriamente a otro cargo dentro de la misma institución y ciudad.

Resolución que declara cerrado el sumario, dando por terminada la etapa indagatoria del mismo. Se dicta cuando se llega a la conclusión, después de examinar el expediente, que la investigación se encuentra terminada. Sin embargo, también puede producirse cuando los antecedentes acumulados en la etapa indagatoria, demuestren con certeza que no existe responsabilidad en relación a los hechos investigados.

ACUSATORIA Y DE DEFENSA

Es aquella parte del sumario en la cual, agotada la investigación, se representa, formalmente, la conducta del funcionario que constituye la infracción administrativa, mediante la formulación de cargos respectivos y se reciben las defensas o alegaciones del inculpado, contenidas en su escrito de descargos, para evacuar, posteriormente un informe denominado vista fiscal.

Formulación de cargos, que constituye la representación formal de la conducta del funcionario público para configurar la infracción de carácter administrativo. Debe materializarse en una descripción objetiva de la conducta, deben ser precisos y determinados y basarse en los antecedentes que consten del sumario. La notificación de los cargos debe hacerse personalmente o por carta certificada dirigida al Servicio o Repartición en que el funcionario se desempeña o al domicilio particular que éste tenga registrado en los mismos cuando se trate de goce de licencia, feriado, permiso o se encuentre suspendido de sus funciones.

Los descargos están configurados por las alegaciones o defensas que efectúa el funcionario afectado con el objeto de desvirtuar

o atenuar la gravedad de la conducta que se le representa. Deben ser presentados en el plazo de 5 días, salvo que este fuere prorrogado a solicitud del o los inculpadados, no pudiendo, en cualquier caso, exceder de 10 días. El plazo es de días hábiles, es decir, de lunes a viernes. El afectado puede acompañar a sus descargos todos los antecedentes que estime convenientes en apoyo de su defensa.

Además, puede solicitar diligencias probatorias, para lo cual podrá solicitar la apertura de un período probatorio y de proceder, este no puede durar más de veinte días. El Fiscal solo está obligado a acoger aquellas pruebas ofrecidas que sean conducentes al esclarecimiento de los hechos y siempre que se realicen en el más breve plazo. Sin perjuicio de lo anterior, el Fiscal puede disponer de oficio y como medida para mejor resolver, la práctica de determinadas diligencias.

Vencido el plazo para presentar los descargos, con o sin respuesta del afectado; realizadas las diligencias solicitadas que se hayan estimado procedentes; realizadas las dispuestas por el Fiscal, como medidas para mejor resolver y transcurrido el período probatorio, si así se dispuso, se pone término a la etapa acusatoria con una Vista Fiscal o Dictamen. Este instrumento debe ser evacuado en el plazo de 5 días.

La vista fiscal consta de tres partes que pueden identificarse como:

EXPOSITIVA: Contiene la relación de hechos, la reseña de cargos y descargos, consignadas en forma breve, sin reproducir antecedentes del proceso, bastando su ubicación, con indicación de la foja o fojas si procediere;

CONSIDERATIVA: Contiene los fundamentos de hecho y de derecho que sirven de base a la determinación del objeto del sumario y de las responsabilidades eventuales;

DISPOSITIVA: Contiene un resumen de los hechos que es posible dar por establecidos con las pruebas del proceso, la mención de los funcionarios que participaron en los mismos y las medidas sugeridas para hacer efectivas las responsabilidades consiguientes. Además y, para los efectos de la responsabilidad administrativa,

deben indicarse las circunstancias que la pueden agravar o atenuar, cuando ello proceda.

RESOLUTIVA

Está conformada por aquella fase del sumario destinada a recepcionar por la Autoridad Superior el expediente del proceso con el objeto que dicte la resolución que, a su juicio, corresponda de acuerdo al mérito del mismo, debiendo tener presente que ningún funcionario podrá ser sancionado por hechos que no han sido materia de cargos.

Esta etapa se traduce en la emisión de una resolución formal, que se expide cuando el sumario está en estado de resolverse, la cual puede aprobar o modificar la Vista Fiscal.

Excepcionalmente, la autoridad correspondiente podrá ordenar la realización de nuevas diligencias cuando estime que ellas son necesarias para completar la investigación en aspectos que estime procedentes y que le impidan formarse una convicción profunda de los hechos y de las eventuales responsabilidades de los inculpados o respecto de hechos que no se encuentren debidamente investigados. De la misma manera, podrá ordenar la corrección de vicios de procedimiento en que haya incurrido el Fiscal durante la tramitación y que pudieran afectar la legalidad de la resolución final.

En ambos casos fijará un plazo para cumplir con lo resuelto y si de las nuevas diligencias realizadas, resultaren nuevos cargos en contra del o los inculpados, estos se notificarán quienes tendrán un plazo de tres días para hacer observaciones.

IMPUGNATORIA

La resolución señalada debe notificarse a los afectados, los cuales pueden formular, dentro del plazo de cinco días, los siguientes recursos:

a.- De reposición, ante la misma autoridad que la hubiere dictado;

b.- De apelación ante el superior jerárquico de quien impuso la medida disciplinaria. Este recurso solo se puede interponer en subsidio de la solicitud de reposición y para el caso que ésta no sea acogida.

Estos recursos deben ser fundados y deben resolverse dentro del plazo de cinco días, mediante la emisión del acto administrativo correspondiente.

3.13.3. MEDIDAS DISCIPLINARIAS PARA LOS FUNCIONARIOS

En el evento de instruir un proceso sumarial, el Estatuto Administrativo contempla, en su artículo 121 y siguientes, la existencia de cuatro medidas disciplinarias:

3.13.3.1. CENSURA.

Consiste en la represión por escrito que se hace al funcionario, de la cual se debe dejar constancia en su hoja de vida, a través de una anotación de demérito de dos puntos en el factor de calificación correspondiente.

La nota de demérito es aquel acto administrativo por el cual se deja constancia de cualquier acción u omisión del funcionario que impliquen una conducta o desempeño reprochable, es decir, que contradigan las normas disciplinarias y éticas, o afecten al patrimonio o funcionamiento de la institución.

3.13.3.2. MULTA.

Consiste en la privación de un porcentaje de la remuneración mensual, la que no puede ser inferior a un cinco por ciento ni superior a un veinte por ciento de esta.

De la aplicación de la multa se debe dejar constancia en la hoja de vida del funcionario, mediante una anotación de demérito en el factor de calificación correspondiente, de acuerdo a la siguiente escala:

a) si la multa no excede del diez por ciento de la remuneración mensual, la anotación será de dos puntos;

b) si la multa es superior al diez por ciento y no excede del quince por ciento de la remuneración mensual, la anotación será de tres puntos, y

c) si la multa es superior al quince por ciento de la remuneración mensual, la anotación será de cuatro puntos.

Se debe tener presente que la multa constituye una medida disciplinaria que se aplica por una sola vez sobre la remuneración del funcionario, de manera que esta no puede consistir en un porcentaje de la remuneración de dos o más meses.

3.13.3.3. SUSPENSIÓN.

Consiste en la privación temporal del empleo (entre 30 días y 3 meses) con goce de un cincuenta a un setenta por ciento de las remuneraciones y sin poder hacer uso de los derechos y prerrogativas inherentes al cargo.

De esta medida disciplinaria se debe dejar constancia en la hoja de vida del funcionario, mediante una anotación de demérito de seis puntos en el factor correspondiente.

3.13.3.4. DESTITUCIÓN.

Corresponde a la decisión de la autoridad facultada para hacer el nombramiento, de poner término a los servicios de un funcionario. Esta medida disciplinaria, a diferencia de las anteriores, es de aplicación restringida o reglada, es decir, solo puede ser aplicada en los casos en que expresamente se autoriza por la Ley, los cuales corresponden a las siguientes conductas:

Cuando los hechos constitutivos de la infracción vulneren gravemente el principio de probidad administrativa. El deber de observar este principio consiste en mantener una conducta funcionaria exenta de todo reproche y un desempeño que privilegie la satisfacción del interés público por sobre el interés privado, incluso en las actuaciones realizadas fuera del ejercicio de la función, cuando se pueda comprometer la imagen o la gestión del órgano público.

Ausentarse de la institución por más de tres días consecutivos, sin causa justificada;

Infringir las disposiciones de las letras **i), j) y k)** del artículo 84 del estatuto, relativo a las prohibiciones funcionarias;

Condena por crimen o simple delito, y

En los demás casos contemplados en el estatuto administrativo o en Leyes especiales.

Se debe tener presente que la aplicación de cualquiera de las medidas disciplinarias señaladas, solo puede materializarse como consecuencia de la instrucción previa de alguno de los procedimientos establecidos para el efecto, como son, la investigación sumaria o el sumario administrativo, y ellas solo pueden corresponder a eventuales responsabilidades que se deriven de hechos que han sido investigados y que fueron objeto de cargos en el respectivo procedimiento.

3.14. TÉRMINO DE CONTRATA.

Los funcionarios a contrata se rigen principalmente por el Estatuto Administrativo Ley 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL del 29 del año 2004, del Ministerio de Hacienda.

Un régimen similar tienen los funcionarios municipales, los que se rigen por la Ley N° 18.883 que aprueba el estatuto administrativo para los funcionarios Municipales.

En el presente apartado, se abordará los términos de contrata de funcionarios públicos regidos principalmente por el Estatuto Administrativo, sin perjuicio, de que muchos profesionales médicos se rigen por normativas especiales, desempeñando cargos que se definen de maneras determinadas, pero que en la práctica se trata de cargos de carácter transitorio que terminan por el solo ministerio de La Ley cada 31 de diciembre de cada año, y que requieren para su renovación una resolución de renovación. Este tipo de cargos siguen la misma lógica que los cargos a contrata definidos por el artículo 10 de la Ley 18.834 Estatuto Administrativo. En consecuencia, al momento de judicializar peticiones, al respecto de ese tipo de cargos, suelen tratarse como una forma de contrata, independiente del nombre o regulación específica que posean. A modo de ejemplo los cargos C.P.R., o contratados por resolución de Carabineros de Carabineros.

En todo caso, cabe señalar que independiente de la norma específica que rija al funcionario público, el Estatuto Administrativo, en principio, tiene un carácter supletorio general del ejercicio de la función pública.

3.14.1. NATURALEZA JURÍDICA Y CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO A CONTRATA

El cargo a contrata corresponde a un cargo público de la administración del Estado y, como tal, contempla derechos y obligaciones funcionarias, prohibiciones e incompatibilidades. Asimismo, el funcionario público se somete a los sistemas de calificación del personal y está sujeto a causales de responsabilidad administrativa y cesación en el cargo.

La naturaleza jurídica del vínculo de los empleos a contrata es un vínculo estatutario de derecho público, esto significa que, como servidores públicos, se sujetan al bloque de normas de derecho público preestablecido, el cual es objetivo, impersonal y unilateralmente establecido por el Estado. En este sentido, la persona que ingresa a la administración del Estado, no tiene facultad de negociación de las condiciones de su contrata, la cual solo se formaliza a través de un acto administrativo.

Los cargos a contrata, al igual que las plantas, poseen causales de cesación de funciones conforme al artículo 146 del Estatuto Administrativo, el que señala que el funcionario cesará en funciones por;

1. Aceptación de renuncia;
2. Obtención de jubilación, pensión vitalicia en régimen previsional, en relación al respectivo cargo público;
3. Declaración de vacante;
4. Destitución;
5. Supresión del empleo;
6. Término del periodo legal por el cual se es designado; y
7. Fallecimiento.

El acto administrativo que resuelve la no renovación de una contrata, o que resuelve su término anticipado, tiene diversos fundamentos, pero generalmente este se basa en término del periodo legal por el cual se es designado, supresión del empleo, esto en base a argumentaciones de supuestas reestructuraciones

internas de los servicios u organismos públicos que han llevado a la supresión del empleo, o la absorción de funciones ejercidas por el cargo a contrata por uno de planta.

Los argumentos para fundamentar el término de la contrata son tan múltiples como funcionarios desvinculados cada año de los servicios públicos a lo largo de país. Lo cierto, es que todos estos actos administrativos que resuelven la no renovación de una contrata, o su término anticipado, tienen su fundamento en el carácter esencialmente transitorio que el estatuto administrativo les otorga, esto es, artículo 3 letra c), y artículo 10 del Estatuto Administrativo, que faculta legalmente a la autoridad administrativa a terminar el vínculo funcionario cuando ya no sean necesarios los servicios.

En el presente apartado abordaremos, principalmente, la causal de término del periodo legal por el cual es designado el funcionario, que es la invocada por los órganos de la administración del Estado para terminar la contrata de un funcionario público los días 31 de diciembre de cada año, mediante un acto administrativo, generalmente denominado Resolución Exenta N°xxxx-xxxx, que resuelve “la no renovación de contrata”.

También abordaremos, el término anticipado de contrata por supresión del empleo, o a través de la invocación de causales creadas a través de la construcción jurisprudencial contenida en los Dictamen N°85.000 y N°6.400 de Contraloría General de la República.

3.14.2. TÉRMINO DE LA CONTRATA INVOCANDO CAUSAL DE FINALIZACIÓN DEL PERIODO LEGAL POR EL CUAL ES DESIGNADO

El artículo 3, letra c), de la Ley 18.834, Estatuto Administrativo, define los empleos a contrata como “*aquellos de carácter transitorio que se consultan en la Dotación del personal*”. El mismo texto legal en su artículo 10 señala “*que los empleos a contrata durarán hasta el 31 de diciembre de cada año, y quienes los sirvan expirarán en sus funciones en esa fecha por el solo Ministerio de la Ley*”.

Luego, el artículo 146 del mismo cuerpo legal contempla entre las causales de cesación del

cargo “el término del periodo legal por el que fue designado”, y, en cuanto a sus efectos, el artículo 156 señala que “el cumplimiento del plazo para el cual el funcionario fue contratado produce inmediata cesación de funciones”.

En consecuencia, la normativa legal que regula el empleo a contrata, define estos cargos públicos como empleos transitorios dentro de la administración del Estado, cuyo término opera de pleno derecho, por la sola llegada del 31 de diciembre de cada año, siendo decisión de la autoridad Administrativa el decidir resolver el renovar o no, la contrata para un siguiente año.

Cabe agregar, que el plazo de la contrata no necesariamente durará siempre hasta el 31 de diciembre de cada año, ya que una persona puede ser nombrada en un cargo a contrata con una fecha de término de servicios con fecha anterior al 31 de diciembre. En dichos casos, de igual forma la Jurisprudencia administrativa ha indicado que el funcionario cesará en sus funciones llegado el plazo para el que fue dispuesto, expirando en sus funciones por el solo ministerio de la Ley.

En la lógica de la transitoriedad propia de los cargos a contrata, estos cargos públicos no se les extiende el régimen de la carrera funcionaria tal como se señala en los artículos 44 a 51 de la Ley 15.075, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, en consecuencia, no pueden ejercer jefaturas. Esto último se basa en que, al definir la contrata como un empleo transitorio, no se concedería con las labores de dirección propia de una jefatura, a menos que una Ley lo autorice. En la práctica esas excepciones legales están consagradas anualmente en las Leyes de presupuesto respecto de cargos determinados de algunos servicios que no tienen suficientes funcionarios de planta.

Conforme se ha venido diciendo, la regulación legal de los cargos a contrata, ha convertido estos cargos públicos en cargos precarizados dentro de la administración del Estado, en relación a los funcionarios de planta.

Actualmente, las contratas configuran el grueso de los cargos que conforman la administración pública, muy por encima del número de cargos

de planta con los que cuenta cada servicio. Esta situación ha implicado en los hechos una movilización y reclamo de estos funcionarios de mayor seguridad, requerimiento que se ha solucionado a través de construcciones jurisprudenciales de Tribunales de Justicia y de Contraloría General de la República.

Si bien las contratas no tienen derecho a estabilidad en el empleo dado que este derecho solo está previsto conforme las normas del estatuto administrativo para las plantas por ser parte del principio de carrera funcionaria. Se ha esbozado que las contratas tienen “derecho a la función”, lo que implica que no pueden ser separados de sus empleos si no por una causa legal de expiración de funciones contempladas en el estatuto administrativo, lo que reduce el espacio de discrecionalidad de la autoridad administrativa, obligándola a otorgar una mayor fundamentación del acto administrativo cuando decide terminar anticipadamente una contrata, o en los caso resolver no renovarla llegado el 31 de diciembre de cada año, cuando el funcionario goza de la denominada “confianza legítima”.

La inestabilidad en el empleo de los funcionarios a contrata se ha venido a solucionar a través de construcciones jurisprudenciales de Contraloría General de la República y del Poder Judicial a través de tutelas de derechos fundamentales y recursos de protección principalmente.

3.14.2.1. LA DOCTRINA DE LA CONFIANZA LEGÍTIMA

La doctrina de la confianza es una construcción jurisprudencial judicial y administrativa que ha sido desarrollada por los Tribunales Superiores de Justicia, y por Contraloría General de la República, órgano que, en el ejercicio de su facultad interpretadora de la normativa de Derecho Público, dictó los Dictámenes N° 22.766 de 2016, Dictamen N° 85.700 de 2016, y el ya comentado Dictamen N° 6.400 de 2018, que actualiza y sistematiza los dos textos anteriores.

La confianza legítima se define como “la legítima expectativa que se produce en un funcionario, cuando su contrata ha sido objeto de dos o más renovaciones sucesivas e ininterrumpidas, creando la confianza de que esa conducta se va a repetir en el futuro”.

El principio de confianza legítima busca preservar la legítima expectativa que tienen los funcionarios de la administración del Estado, para que la autoridad tome decisiones que sean armónicas con los criterios manifestados con anterioridad en situaciones semejantes. En este sentido, lo que se busca es que el Estado como ente administrativo empleador sea coherente con sus propios actos.

En términos generales, Contraloría General de la República ha planteado que en aquellos casos en que existen dos o más renovaciones de la contrata de un funcionario, éste adquiere la “confianza legítima” que su empleo se renovará para la siguiente anualidad, por lo que cualquier decisión de prescindir de ellos, debe estar especialmente motivada a través de un acto administrativo que señale con precisión y de forma concreta, las razones para prescindir de sus servicios.

En esta línea encontramos Dictamen N°85.700, de 28 de noviembre de 2016, señala que “[s]e debe tener presente que conforme se dispone en los artículos 3°, letra c), y 10 de la Ley N° 18.834, y artículos 2° y 5°, letra f), de la Ley N° 18.883, los empleos a contrata son aquellos de carácter transitorio de una dotación y deben ser dispuestos por un plazo que puede extenderse solo hasta el 31 de diciembre de cada año y, por lo mismo, su duración puede corresponder, a lo sumo, a un año calendario(...).

En este contexto, y en los términos señalados en el dictamen N° 22.766, de 2016, cabe colegir que la práctica que genera la confianza legítima está determinada por una extensión de tiempo que alcanza más de dos años.

En efecto, y considerando la situación de hecho referida en ese pronunciamiento, fue la segunda renovación de una designación a contrata anual la que generó en los recurrentes la legítima confianza de que, concluido el término de esta última, se iba a proceder a una nueva renovación o prórroga por igual lapso”.

En materia judicial, los funcionarios a contrata que llevan más de dos renovaciones sucesivas e ininterrumpidas de sus contratas, que en espacio temporal suman a lo menos más de dos años de servicio, han solicitado tutela de sus derechos, cuando la autoridad administrativa resuelve poner término a sus contratas, o

término anticipado a sus contratas, a través de la interposición del recurso de protección por vulneración de derechos fundamentales. En el recurso de protección el funcionario vulnerado solicita a la magistratura que deje sin efecto el acto administrativo que resuelve poner término a su contrata, pidiendo el reintegro a sus funciones.

En este contexto, los Tribunales superiores de justicia se han pronunciado sobre los derechos que les ampara a los funcionarios públicos basados en el denominado principio de confianza legítima, analizando caso a caso.

A modo de ejemplo, se citan algunos extractos de fallos favorables en materia de término de contrata de funcionarios amparados por el principio de confianza legítima:

Sentencia de la Excma. Corte Suprema, rol N° Rol N° 38.681-2017: Octavo: Que, en la actualidad, es un verdadero axioma que si una relación a contrata excede los dos años y se renueva reiteradamente una vez superado esa legítima que la Contraloría General de la República comenzó a aplicar decididamente con ocasión del Dictamen N°85.700, de 28 de noviembre de 2016, cuya normativa cubre, entre otros, a los funcionarios designados en empleos a contrata regidos por la Ley N° 18.884.

Sentencia de la Excma. Corte Suprema, rol N° Rol N°19.214-2018: “Cuarto: Que a todo lo anterior se añade el hecho reconocido por la institución, en orden a que el actor se desempeñó de manera continua desde el 1 de febrero de 2016, esto es, durante más de dos años, situación que no se condice con la calificación de sus labores como esencialmente transitorias. Tal circunstancia confirma la arbitrariedad de la medida adoptada por la recurrida, en tanto no hubo aviso de término con un mes de anticipación, criterio establecido por la Contraloría General de la República en el Dictamen N°85.700 de 28 de noviembre de 2016, que señala como fecha límite el día 30 de noviembre, lo que no se aviene a la cantidad de años de servicio prestados por la recurrente para la institución, que fueron continuos en virtud de las sucesivas renovaciones de su contrato, contrariándose con tal proceder el principio de confianza legítima del funcionario.

En conclusión, el principio de confianza legítima es una construcción doctrinal y jurisprudencial desarrollada principalmente a través de pronunciamientos de los Tribunales Superiores de Justicia en el contexto de fallos de recursos de protección de funcionarios públicos, y de dictámenes de Contraloría General de la República, en el marco de requerimientos a este órgano Contralor, de pronunciarse sobre la legalidad y prudencia de resolver terminar la contrata de un funcionario público, después de un cierto periodo de tiempo.

Actualmente, no existe en nuestro ordenamiento jurídico, una norma que reconozca formalmente la existencia del principio de confianza legítima respecto de los funcionarios públicos a contrata, en consecuencia, las vías de tutela de derechos de estos funcionarios hoy es principalmente el recurso de protección, cuyos resultados varían en sentencias favorables y desfavorables indiscriminadamente, dependiendo el caso concreto.

4. LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN MÉDICA

Por Gabriel Nieto Muñoz, abogado jefe UDELAM

Madelyn Maluenda Pérez, abogada UDELAM

Pablo Pérez Ojeda, abogados UDELAM.

4.1. GENERALIDADES.

Uno de los atractivos concretos que pueden observarse al momento de ingresar como profesional funcionario a los establecimientos de los Servicios de Salud, es la posibilidad de acceder a los cupos y al financiamiento que la misma Administración del Estado ofrece a aquellos que han permanecido o que se comprometan a permanecer en el servicio público.

Ello, porque uno de los procesos más relevantes para los médicos que inician su carrera funcionaria, es su especialización en alguna rama de la medicina. Por supuesto que existe la posibilidad de que el médico pueda financiar por sí mismo algún programa académico de especialización en alguna entidad educacional que ofrezca los cursos y postgrados respectivos. Estos son los que en la jerga común se denominan "autofinanciados". Sin embargo, nos centraremos solamente en aquellos programas que ofrece el Ministerio de Salud, por medio de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud o las entidades empleadoras correspondientes.

4.2. FORMAS DE INGRESO



4.2.1. ACCESO A PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN DE MÉDICOS QUE INGRESARON A LA EDF POR EL PROCESO DE SELECCIÓN CONTEMPLADO EN EL ARTÍCULO 8° DE LA LEY 19.664

Estos profesionales funcionarios gozan de igualdad de oportunidades para acceder a los programas que ofrezca el Servicio o el Ministerio de Salud.

Los requisitos generales que establece la Ley para estos profesionales funcionarios son:

1°.- Haberse desempeñado previamente, por un lapso no inferior a tres años, en el nivel primario de atención de uno o más Servicios de Salud o en establecimientos de salud Municipal. Tratándose de profesionales funcionarios dependientes de los Servicios de Salud, se considerará como desempeño en atención primaria aquel realizado en Hospitales Tipo 3 y 4, consultorios, postas rurales u otras unidades semejantes de igual complejidad de atención. Con todo, respecto de profesionales de Hospitales Tipo 3, el Subdirector Médico del respectivo Servicio de Salud certificará el tiempo durante el cual dichos servidores se hubieren desempeñado en labores de esa naturaleza.

A mayor abundamiento, debemos agregar que, establecimientos de atención primaria de salud, son aquellos de complejidad baja, con una alta cobertura de población y de atención ambulatoria. Se comprenden acá, los consultorios generales urbanos, que son aquellos cuya población asignada no puede llegar hasta los 30.000 habitantes; consultorios generales rurales, esto es, los que atienden localidades que poseen entre 2.000 y 5.000 habitantes, teniendo como límite 20.000 habitantes. Estos consultorios entregan atención ambulatoria en el nivel primario, pero con una dotación menor de recursos. Dependen de un consultorio urbano u hospital Tipo 4. Se comprenden acá, los Centros de Atención Familiar (CESFAM), el Centro Comunitario de Salud Familiar (CCSF), el Centro de Salud Rural (CSR), el Centro de Salud Urbano (CSU), el consultorio de Salud Mental (COSAM), el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), las postas rurales (PR) y las Estaciones Médico Rurales (EMR); establecimientos de salud municipal.

Por su parte, los profesionales funcionarios dependientes de los Servicios de Salud que, si bien, se desempeñan en el nivel secundario, para estos efectos se consideran del nivel primario de atención de salud, siempre que se desempeñen en Hospitales de mediana complejidad y comunitarios, consultorios, postas rurales u otras unidades semejantes de igual complejidad de atención.

Los Hospitales son aquellos establecimientos destinados a tratar pacientes que han sido derivados desde los establecimientos de atención primaria, o bien, integrados de emergencia. En la actualidad los hospitales se clasifican en Establecimiento de menor complejidad y Establecimientos de Autogestión en red.

Los Establecimientos de menor complejidad, aquellos que realizan actividades de atención abierta, cerrada y de urgencia, de baja complejidad, que desarrollan principalmente actividades de nivel primario y algunas de especialidad, de acuerdo a su rol dentro de la Red Asistencial que integra y en el área de competencia que determine el Director de Servicio en consulta con el Consejo de Integración de la Red Asistencial. A su vez, estos se clasifican en establecimientos de mediana y baja complejidad.

Los Hospitales de mediana complejidad (ex - tipo 3), son establecimientos de menor complejidad con menos de cien camas de dotación, ubicados en localidades urbano-rurales de más de 10.000 habitantes con un área de influencia no superior a 30.000 habitantes.

Por su parte, los hospitales de baja complejidad (Ex - tipo 4), son establecimientos con menos de cien camas de dotación, ubicado en localidades urbano-rurales de más de 10.000 habitantes con un área de influencia no superior a 30.000 habitantes.

Por otro lado, se hace presente que, se considerará para el cómputo de los tres años, el tiempo durante el cual el profesional funcionario haya hecho uso de su feriado legal, de licencia médica o maternal, de permisos con goce de remuneraciones para desarrollo de sus competencias y aquellos casos en que,

por decisión de la autoridad y por períodos transitorios y determinados, se le encomienden otras actividades relacionadas con la atención primaria.

4.2.2. ACCESO A PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN DE MÉDICOS QUE INGRESARON A LA EDF POR CONTRATACIÓN DIRECTA CONTEMPLADA EN EL ARTÍCULO 9° DE LA LEY 19.664, MÉDICOS REGIDOS POR LA LEY 19.378 Y RECIÉN EGRESADOS: LOS BECARIOS.

La posibilidad de especialización no solo se encuentra contemplada para aquellos médicos cirujanos que ingresaron a la EDF por concurso público, sino que, los demás profesionales, que ingresaron por contratación directa de un Director de Servicio y aquellos, a que el Ministerio convoca, siendo recién egresados del pregrado.

Así las cosas, el artículo 11 de la Ley 19.664 establece que los demás profesionales funcionarios de la Etapa de Destinación y Formación y aquellos regidos por el Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal podrán acceder a programas de perfeccionamiento o especialización que ofrezcan los Servicios de Salud o el Ministerio, en los términos establecidos en el artículo 43° de la Ley N° 15.076.

En ese entendido, los Servicios de Salud y las Universidades del Estado o reconocidas por éste podrán otorgar becas destinadas al perfeccionamiento de una especialidad médica, dental, químico-farmacéutica o bioquímica. Los otros empleadores de los demás Servicios Públicos podrán otorgar becas de perfeccionamiento a sus profesionales funcionarios en la Universidad de Chile o en otra universidad del Estado o reconocida por éste y en los Servicios de Salud, conservándoles el goce de su remuneración en las condiciones que fije el reglamento.

La concesión de estas becas se hará por concurso. La duración de ellas no podrá ser inferior a uno ni superior a tres años; serán incompatibles mientras dure el período de adiestramiento con cualquier empleo o cargo de profesional funcionario y tendrán el horario que determine el reglamento.

Los recién egresados podrán participar en el “Concurso de Becas para profesionales de la última promoción (CONISS)”, mientras que los profesionales que ingresaron en virtud del artículo 9° de la Ley 19.664, lo pueden hacer, junto con los profesionales regidos por la Ley 19.378 o la Ley 15,076 a través del denominado “Proceso de Selección para acceder a cupos en programas de especialización para médicos cirujanos regidos por el Artículo 9 de la Ley 19.664 (CONE SS), así como también mediante el Proceso de Selección para acceder a cupos en programa de especialización para médicos cirujanos con desempeño en la atención primaria de salud, contratados por la Ley N° 19.378 o por el artículo 9° de la Ley N° 19.664 (CONE APS)

4.3. COMISIONADOS DE ESTUDIO

Son aquellos profesionales que habiendo ingresado por el artículo 8 de la Ley 19.664 accedieron a un cupo en algún programa de formación a través del concurso destinado al efecto, ingresando a desarrollar el referido programa en virtud de una comisión de estudio, la cual es una especie de comisión de servicio, mediante la cual se le encarga al funcionario el desempeño de funciones ajenas al cargo, en este caso en concreto sería el dar cumplimiento a las obligaciones docentes asistenciales que emanan del programa de formación, manteniendo su calidad de funcionarios.

La Contraloría General de la República respecto a los comisionados en estudio ha señalado lo siguiente: las comisiones de estudio son una especie de comisión de servicio consistente en obligaciones que se imponen al funcionario con respecto a labores de perfeccionamiento o capacitación relacionadas con la naturaleza y fines del organismo que las ordena y con las labores que el servidor debe desarrollar de acuerdo a su cargo, de manera que su cumplimiento corresponde al ejercicio del empleo que ocupa en el organismo de origen, cuya propiedad conserva.

En este contexto, mantienen los mismos derechos y deberes que tenían mientras ejercían sus funciones en el establecimiento para el cual se desempeñaban, agregándose las obligaciones docentes asistenciales referidas,

las que se desarrollarán en el apartado de las obligaciones de los becarios, por ser las mismas para los comisionados en estudio.

Dentro de los derechos que mantienen se encuentra el pago por las horas extraordinarias que realicen en virtud del programa de formación, las que deberán ser pagadas por el Servicio de Salud de origen, el cual en principio debiese ser retribuido con descanso compensatorio o en su defecto pagar en dinero el valor de las horas con el recargo de un 50%. Sin embargo, si dicho trabajo en exceso no está en el marco del programa, el pago corresponderá al establecimiento que ordenó dichas horas (sea con descanso compensatorio o con el pago de las horas).

En cuanto al beneficio de alimentación, concesión facultativa, reconocido por la Ley N° 20.799, que dispone que los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud podrán proporcionar y financiar alimentación a los funcionarios de planta y a contrata que se desempeñen en ellos. Como los comisionados en estudio mantienen su calidad de funcionarios, tienen derecho a recibir este beneficio, siempre que el centro de salud entregue dicho derecho a sus funcionarios.

4.4. BECARIOS

Becarios son los profesionales que gozan de una beca de especialización, en cumplimiento del programa respectivo, en algún establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud o de las Universidades. En ningún caso son funcionarios públicos, por lo que sus derechos y obligaciones se encuentran en el artículo 43 de la Ley 15.076 y los reglamentos contenidos en los D.S 507 del año 1990 y D.S. N° 91 de 2001, ambos del Ministerio de Salud y por el convenio que firmen.

El artículo 43° de la Ley 15.076 señala que, los Servicios de Salud y las Universidades del Estado o reconocidas por éste podrán otorgar becas destinadas al perfeccionamiento de una especialidad médica, dental, químico-farmacéutica o bioquímica.

La concesión de estas becas se hará por concurso. La duración de ellas no podrá ser

inferior a uno ni superior a tres años; serán incompatibles mientras dure el período de adiestramiento con cualquier empleo o cargo de profesional funcionario en los términos del artículo 13° y tendrán el horario que determine el reglamento.

4.4.1. DERECHOS DE LOS BECARIOS

Los becarios tienen únicamente los derechos que el reglamento y el artículo 43 de la Ley 15.076 les reconoce, así lo ha confirmado Contraloría General de la República que ha dictaminado que los médicos becarios carecen de la calidad jurídica de funcionarios públicos, y en ese carácter, no tienen más derechos que los expresamente reconocidos en la citada Ley N° 15.076 y en la reglamentación especial a que se encuentran sujetos en el goce de las becas

Estos derechos son los siguientes:

a) Pago de estipendios

El becario tiene derecho a estipendios mensuales, al cual el funcionario tiene derecho durante el desarrollo del programa, es decir un monto de dinero que comprende:

- -Sueldo Base por 44 horas semanales;
- Agnación Familiar;
- Asignación especial de 15%, calculada sobre un sueldo base de 44 horas semanales de trabajo de la Ley N°19.664;
- Asignación del artículo 8° quáter de la Ley N°15.076, que comprende un 32% del sueldo base, un 10% de la suma del sueldo base.

Este estipendio podrá ser incrementado por el Ministerio de Salud hasta en un 100% para programas de interés nacional, fundado en razones epidemiológicas o de desarrollo de modelos de atención de salud, más los derechos o aranceles que impliquen el costo de la formación.

De acuerdo a lo que ha señalado Contraloría General de la República, estos estipendios no constituyen remuneraciones, lo que trae como consecuencia que, si se termina anticipadamente el programa, dichos estipendios deben ser devueltos al organismo que concedió la beca.

b) Pago durante la inducción

Si se realiza un período de inducción, el becario tiene derecho al pago de estipendio durante el tiempo que esta se desarrolle.

c) Feriado Legal

El reglamento le reconoce el derecho al feriado legal, en los términos que corresponde a los funcionarios públicos afectos a la Ley N°15.076, así lo establece el artículo 14 del DS 507, el cual además establece expresamente que no podrán acumularse períodos de feriado.

d) Pago de la Asignación de cambio de Residencia.

Los becarios tienen derecho a percibir la asignación de cambio de residencia, cuando para hacer uso de una beca de especialización deban cambiar su lugar habitual. Así lo establece expresamente el artículo 29 de la Ley 15.076 y lo ha reiterado la Contraloría.

e) Derechos Previsionales.

Los becarios tienen derecho al pago de cotizaciones previsionales, por lo que los servicios de salud correspondientes deberán efectuar las impositivas tanto de salud como las cotizaciones en AFP, las cuales se calcularán sobre el valor del sueldo Base por 44 horas semanales y de la Asignación especial de 15%, calculada sobre un sueldo base de 44 horas semanales de trabajo de la Ley N°19.664.

f) Licencia médica por enfermedad.

Los becarios tienen derecho a hacer uso, en los mismos términos que los demás profesionales funcionarios, de licencias médicas por enfermedad. Se destaca que el becario en este caso, debe remitir la licencia médica dentro del plazo de tres días hábiles a la dirección del servicio de salud que corresponda y comunicar a los Directores del campo clínico y centro formador tal circunstancia.

g) Beneficios relacionados con la Protección a la Maternidad, Paternidad y Vida Familiar.

En esta materias, se aplican las normativas que expresamente se señalan en el reglamento. Al

respecto, señala el Reglamento que las becarias y becarios, cuando corresponda, gozarán de:

- Derecho al pago de sala cuna, siempre que las becas sean financiadas por el Ministerio de Salud o por los Servicios de Salud; y
- Derecho a descanso y licencia de maternidad. Al no existir referencia a otra normativa, conforme al principio de legalidad que rige eminentemente en Derecho Público, los becarios y becarias no tendrían más derechos que los ya señalados.

Ello, no deja de ser discutible, desde que la protección a la maternidad, como un conjunto de derechos integrantes de la seguridad social -además de su reconocimiento expreso en el Título II, Libro II, del Código del Trabajo-, ha sido recogida en tratados internacionales ratificados por Chile. como acontece con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -ratificado por Chile, el que en su artículo 9 dispone que los Estados partes reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, precisando el reconocimiento especial de protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto, debiendo concederles a las que trabajen, licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social. En ese mismo sentido se adoptó el Convenio N° 103 de la OIT, sobre la protección de la maternidad ratificado por Chile.

De lo indicado se desprende que, en la actualidad, las becarias que coticen para los distintos regímenes de protección social, tienen derecho a acceder a las coberturas que ellos otorgan y, por tanto, a invocar los beneficios que correspondan a la maternidad derivados de aquella cobertura, en razón de lo cual, tales derechos no pueden ser restringidos, como actualmente lo hace el Reglamento de Becarios.

Tal presupuesto no puede ser obstáculo para dar cumplimiento a las garantías y principios protectores reconocidos universalmente, como acontece con la protección a la maternidad y restringirla solamente a lo indicado en el Decreto N°507 ya referido.

Bajo ese entendido, deben ser extensibles los derechos referidos a la protección de la

maternidad, actualmente contenidos en el Título II, Libro II, del Código del Trabajo, entre ellos el fuero maternal, a las becarias.

h) Facilidades para que el médico pueda finalizar su beca

Si durante los dos últimos meses de la beca el becario debiera rendir pruebas o exámenes, el Director del establecimiento asistencial otorgará los permisos y facilidades pertinentes.

i) Reconocimiento del tiempo realizado en beca.

Los becarios además tendrán derecho a que el tiempo servido en las becas, sea reconocido por los empleadores para los efectos del goce de trienios de la Ley 15.076. Asimismo, los turnos realizados durante los programas de formación, serán considerados para efectos de liberación de guardia nocturna, días domingo o festivo, regulado en el artículo 44 del DFL N° 1 de 2001.-

4.4.2. DEBERES DEL BECARIO

a) Cumplir con las obligaciones docentes asistenciales.

Dentro de este deber, se encuentra el deber de cumplir la jornada de 44 horas y con los turnos nocturnos, sábados, domingos y festivos que deba cumplir, de acuerdo con las regulaciones del programa.

Asimismo, deberá cumplir con las actividades asistenciales en él o los campos clínicos de acuerdo al programa de formación aprobado para dicha especialidad.

b) Cumplir con las obligaciones administrativas.

Deben de Acatar las normas y disposiciones que regulan el funcionamiento de los establecimientos donde desarrollan su programa de formación.

El becario dependerá administrativamente del Director del campo clínico al cual haya sido destinado, y en el ámbito docente, al centro formador respectivo, los que supervisarán el cumplimiento del programa, y para cuyo efecto designará un tutor o director de beca para cada uno de los becarios.

Se entenderá como parte de las obligaciones administrativas de los becarios, cumplir con un

sistema de control horario que permita registrar y controlar su asistencia a las actividades definidas en el programa, tanto en el centro formador como en los campos clínicos donde le corresponda desempeñarse.

c) Recuperar el tiempo en el que hizo uso de licencia.

El reglamento señala que el centro formador podrá fijar plazos de recuperación, de lo cual se desprende el deber del becario de recuperar el tiempo de formación perdido al estar haciendo uso de licencia médica. Por su parte la autoridad deberá disponer de la prórroga del período de beca.

d) Otorgar caución.

La última modificación al Reglamento Becario mantuvo el deber jurídico de que, para garantizar el cumplimiento de las obligaciones del becario y profesional en PAO, se deberá constituir previamente una garantía, la que consistirá en una póliza de seguro, boleta bancaria o cláusula penal constituida mediante escritura pública. A juicio exclusivo del jefe superior de la entidad beneficiaria, se podrá aceptar otra garantía suficiente.

Esta garantía deberá garantizar el total de los gastos que se originen con motivo de la ejecución del programa, incluidas las matrículas y aranceles del centro formador y aquellos derivados del incumplimiento, todo ello incrementado en un 50%. Cuentan con las potestades para hacer la estimación de los desembolsos que se deriven del incumplimiento, el Director de Servicio o el Subsecretario de Redes Asistenciales en su caso y el límite de la estimación que estos realicen no podrá exceder de un tercio de los gastos ocasionados con motivo de la ejecución de los programas.

El incumplimiento del período asistencial obligatorio, inhabilitará al médico a postular para ser contratado o designado en cualquier cargo de la administración del Estado, hasta por un lapso de seis años; sin perjuicio de hacersele efectiva por la autoridad correspondiente la garantía, administrativamente y sin más trámite.

De acuerdo a la normativa vigente y con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones de desempeño, el profesional deberá constituir

previamente, cuando corresponda, una garantía equivalente a los gastos originados con motivo de la ejecución del programa y aquellos derivados del incumplimiento, todo ello incrementado en un 50%.

5. PERIODO ASISTENCIAL OBLIGATORIO (PAO)

Por Gabriel Nieto Muñoz, abogado jefe UDELAM

El término de la beca, implica el compromiso u obligación por parte del becario de efectuar una fase asistencial a continuación del periodo formativo, dejando la calidad de becario, para adquirir la de funcionario.

Como ya anunciamos, el becario debe cumplir un Periodo Asistencial Obligatorio del doble de tiempo de duración de la beca. Generalmente, un programa de formación tiene una duración máxima de 3 años, por lo que, en tal caso, el becario, deberá cumplir un compromiso de 6 años.

a) Lugar de Cumplimiento del Periodo Asistencial Obligatorio

Debe cumplirse en cualquier establecimiento que determine la Subsecretaría de Redes Asistenciales o el Director del Servicio de Salud respectivo.

En tal circunstancia, no es vinculante para la administración del Estado cualquier cláusula que señale que el profesional debe realizar su fase asistencial en este o aquel establecimiento, pues, de acuerdo a las facultades de la autoridad, esta puede destinar al funcionario a donde sea necesario.

Por ejemplo, si el profesional funcionario debe devolver su beca en el Servicio de Salud de Concepción y, se pactó en el convenio de beca que el PAO se realizaría en el Hospital Regional de Concepción, el Director puede meses antes del inicio del mencionado periodo, cambiar la destinación al Hospital San José de Coronel, sin que exista derecho adquirido que reclamar.

b) Aviso del Lugar de Devolución.

El reglamento establece que debe avisarse el lugar de destinación del profesional, a lo menos, con seis meses de anticipación al inicio del PAO.

Sin embargo, el reglamento dice “a lo menos”, por lo que el mencionado plazo no es obligatorio para el director, pues, puede señalar el lugar de destinación incluso en un tiempo menor.

A mayor abundamiento, durante el curso del PAO, el director fundadamente puede cambiar nuevamente el lugar de destino de sus funcionarios, quienes deben acatar de inmediato esa decisión, por ser un deber funcionario, sin perjuicio de su derecho a oponerse a esa determinación, pero la oposición no implica que el funcionario no deba acatar.

c) ¿El PAO debe ser presencial?

Generalmente se ha consultado si parte de la jornada que deben cumplir los médicos en PAO, puede ejecutarse en horas “semipresenciales”, informando, por ejemplo, de manera remota exámenes.

Sobre el particular, cabe señalar que el término de la beca, implica el compromiso por parte del becario de efectuar una fase asistencial, a continuación del periodo formativo, por un tiempo igual al doble de su duración. Este periodo asistencial obligatorio deberá cumplirse en cualquier establecimiento que determine la Subsecretaría de Salud o el director del Servicio de Salud correspondiente, y para tales efectos, el ex becario será contratado en jornada completa—esto es, 44 horas semanales, la que solo podrá reducirse hasta 22 horas semanales en las hipótesis que permite el reglamento.

Ahora bien, considerando que la preceptiva que regula el periodo asistencial obligatorio que debe cumplir el ex becario, no contempla disposición alguna que permita desempeñarlo de manera “semipresencial”, cabe concluir que se está impedido de acceder a una solicitud como ésta.

d) ¿Cuál es la jornada que debe cumplir el funcionario en cumplimiento de su PAO?

La regla general es que, para efecto del cumplimiento del periodo asistencial obligatorio, el ex becario será contratado con jornada completa, esto es, 44 horas semanales. ¿Se puede rebajar la jornada en que se ejerce el PAO?

Si. Excepcionalmente, la jornada puede reducirse en dos hipótesis:

a) Cuando el profesional funcionario asuma

otro cargo público compatible y, en tal caso, puede rebajarse hasta 22 horas semanales. De esta forma, el profesional podría ejercer cargos:

- 22-22
- 22-28
- 33-11

b) Cuando la Dirección del Servicio lo determine, a solicitud del profesional, en atención a las necesidades de la red, extendiendo el periodo asistencial obligatorio por el tiempo proporcional restante.

e) ¿La reducción de la jornada del PAO, opera para casos en que médicos hayan iniciado su fase asistencial con anterioridad a la entrada en vigencia de las modificaciones del Reglamento de Becarios?

Se ha cuestionado constantemente por los Servicios de Salud el hecho de que esta segunda hipótesis no operaría con efecto retroactivo, es decir, para aquellos profesionales que iniciaron su fase asistencial obligatoria con anterioridad a la publicación del Decreto N°7, de 2018, del Ministerio de Salud. De esta forma, sostienen que las solicitudes de reducción de jornada que se presentan a contar del 22 de agosto de 2018, fecha de publicación del citado decreto, deben rechazarse.

Como cuestión previa, cabe precisar que el Decreto N°507, en su redacción original disponía que, para el efecto del cumplimiento del periodo asistencial obligatorio, el ex becario será contratado en jornada completa. Esta jornada solo podía reducirse hasta 22 horas semanales, cuando el interesado asuma otro cargo público.

Ahora bien, el decreto N°507, de 2018, del Ministerio de Salud, modificó, entre otros preceptos del Reglamento de Becarios, la norma antes señalada, que actualmente dispone: "Para el efecto del cumplimiento del periodo asistencial obligatorio a que se refieren los artículos anteriores, el ex becario será contratado con jornada completa." "Excepcionalmente, esta jornada podrá

reducirse hasta 22 horas semanales, cuando el interesado asuma otro cargo público. También podrá reducirse la jornada, cuando la Dirección del Servicio de Salud lo determine, a solicitud del profesional, en atención a las necesidades de la red, extendiendo el periodo asistencial por el tiempo proporcional restante."

La aludida modificación entró a regir desde su publicación en el Diario Oficial, esto es, el 22 de agosto del 2018.-,.

Asimismo es dable expresar, que la citada disposición no distingue para su aplicación entre profesionales cuyo PAO no se ha iniciado de aquellos que se encuentran desarrollándolo, por lo que es forzoso concluir que los profesionales que comenzaron a dar cumplimiento a ese deber de desempeño antes de la reseñada modificación, pueden igualmente requerir la reducción de su jornada en los términos del nuevo texto de ese precepto.

f) ¿La reducción de la jornada a 22 horas semanales, de acuerdo al nuevo texto del artículo 21 del Reglamento de Becarios, es un derecho para el profesional?

No. La reducción de la jornada procede cuando la dirección del servicio así lo determine, a solicitud del profesional, teniendo presente las necesidades de la red, de manera que fundadamente puede rechazarse la solicitud por parte del director del Servicio de Salud respectivo. El derecho consiste en hacer la petición, pero el acceder a ello no lo es.

g) ¿Puede rebajarse el tiempo de duración del periodo asistencial obligatorio?

Excepcionalmente Si. Los profesionales funcionarios que no han ingresado a través del proceso de selección del artículo 8° de la Ley 19.664, que acceden a programas de formación en calidad de becarios, tendrán la obligación de desempeñarse por un tiempo equivalente al doble del periodo de duración de los programas. Sin embargo, estos podrán hacer valer para tales efectos el 50% de tiempo de permanencia en la Etapa de Destinación y Formación del respectivo Servicio de Salud, cumplido con anterioridad al acceso a los programas.

Ahora bien, como se dijo, el ordenamiento jurídico establece expresamente el periodo que se puede hacer valer para rebajar el tiempo del correspondiente PAO, a saber, el lapso que el servidor beneficiado con el pago de su especialización ya permaneció en la propia entidad que la financió o le concedió el cupo para ello, y en la cual ha desarrollado sus labores en la apuntada etapa.

De tal modo, la normativa en examen establece que solo se puede computar para la finalidad consultada un porcentaje de tiempo en que los interesados se desempeñaron en la EDF con anterioridad al acceso al pertinente programa de especialización en el propio servicio de salud que ha desembolsado los recursos necesarios para su realización o que le ha dado el cupo para acceder a ese beneficio.

h) ¿Se puede interrumpir el PAO?

Excepcionalmente Si. La regla general es que no debe haber discontinuidad en el periodo comprendido entre la iniciación de la beca y el término del periodo asistencial obligatorio posterior.

La interrupción de esta continuidad solo podrá ser autorizada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales o por el Director del Servicio de Salud correspondiente, siempre que interesado acredite razones excepcionales o de fuerza mayor.

En este caso, se debe tener presente que el derecho consiste en pedir la interrupción, pero no a que efectivamente se acceda a ello, pues, será facultad del Director del Servicio establecer la excepcionalidad de la razón esgrimida o la fuerza mayor invocada. De esta manera, el caso fortuito o fuerza mayor debe provenir de una causa enteramente ajena a la voluntad de las partes y ser imprevisible, esto es, que no se haya podido prever dentro de los cálculos ordinarios y corrientes; e irresistible, es decir, que no se haya podido evitar, ni aun en el evento de oponerse las defensas idóneas para lograr tal objetivo.

De ello se sigue, que un problema personal previsto, el hecho de querer realizar una nueva especialización, no han de ser razones suficientes para interrumpir el PAO, por ejemplo.

i) ¿Cómo se garantiza el cumplimiento del PAO y de la BECA?

Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones del profesional, deberá constituir previamente una garantía equivalente al total de los gastos que se originen con motivo de la ejecución del programa, incluidas las matrículas y aranceles del centro formador y aquellos derivados del incumplimiento, todo ello incrementado en un 50%.

Para estos efectos, el Director del Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales en su caso, hará una estimación de los gastos derivados del incumplimiento los que no podrán exceder de un tercio de los gastos ocasionados con motivo de la ejecución de los programas.

De acuerdo al Ministerio de Salud, esta es la fórmula de cálculo de la referida caución:

B	SUMA DE LOS ARANCELES QUE SE CANCELARAN DURANTE LA BECA (3 AÑOS)
(A+B)	COSTO TOTAL DE LA FORMACION
C	FACTOR x1.33 = COSTOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO, que significa las actividades asistenciales que dejo de realizar el especialista que nunca volvió, por lo que se debió buscar solucionar de otras formas los servicios no realizados.
D	FACTOR x1.5 = INCREMENTO LEGAL, para los pacientes no tiene precio y es un daño irrecuperable para la salud pública. Daño Moral.
E	TOTAL GARANTIA
FORMULA:	$E = [(A+B) \times C \times D] / UF$

j) ¿En qué puede consistir la caución?

La caución podrá consistir en una póliza de seguro, boleta bancaria o cláusula penal constituida mediante escritura pública. A juicio exclusivo del jefe superior del servicio podrá aceptar otra garantía suficiente.

k) ¿Cuándo el profesional es inhabilitado para reingresar a la Administración del Estado?

Sólo el profesional que no cumpla con el periodo asistencial obligatorio, quedará inhabilitado para postular o ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración del Estado, hasta por un lapso de seis años, sin perjuicio, de hacersele efectiva la garantía.

l) ¿Puede ser el periodo de inhabilitación menor a seis años?

Si. Es facultativo para la autoridad fijar un tiempo menor, por cuanto, la preceptiva al hablar de "hasta", permite que pueda ser menor la sanción.

m) ¿Es obligatorio para el profesional ejecutar el PAO cuando termina anticipadamente el programa de formación?

No habrá obligación por parte del becario de efectuar una fase asistencial a continuación del periodo formativo cuando él o ella no cumpla con su programa de especialización o éste termine anticipadamente.

n) ¿Cuándo se entiende que el programa de formación termina anticipadamente?

Se entiende que el programa de formación termina anticipadamente, cuando el profesional:

- a) Renuncia;
- b) Es eliminado por rendimiento académico;
- c) Es eliminado por incumplimiento de las normas del centro formador;
- d) Es eliminado por falta de aptitudes requeridas para continuar con el programa.
- e) ¿A qué se refiere la preceptiva cuando trata de falta de aptitudes requeridas para continuar el programa?

Se refiere a las cualidades personales del becario, las cuales, son periódicamente evaluadas por el centro formador para determinar si posee las aptitudes necesarias para obtener el certificado de la especialidad que está cursando.

p) ¿Qué ocurre con el becario que termina anticipadamente su programa de formación?

Si bien, no queda inhabilitado, en todos los casos, deberá reembolsar los gastos con motivo de la ejecución del programa de formación, incluidos estipendios, matrículas y aranceles que haya efectuado el Ministerio o el Servicio de Salud, según corresponda, y aquellos derivados del incumplimiento, todo ello incrementado en un 50%, por el tiempo de permanencia en el respectivo programa.

De acuerdo al Ministerio de Salud, esta es la fórmula de cálculo de la referida caución:

Variables	Descripción
A	SUMA DE LOS ESTIPENDIOS SE PERCIBIRAN DURANTE LA BECA (MESES DE PERMANENCIA EN EL PROGRAMA)
B	SUMA DE LOS ARANCELES QUE SE CANCELARAN DURANTE LA BECA (TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL PROGRAMA)
(A+B)	COSTO TOTAL DE LA FORMACION
C	FACTOR x1.33 = COSTOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO, que significa las actividades asistenciales que dejo de realizar el especialista que nunca volvió, por lo que se debió buscar solucionar de otras formas los servicios no realizados.
D	FACTOR x1.5 = INCREMENTO LEGAL, para los pacientes no tiene precio y es un daño irrecuperable para la salud pública. Daño Moral.
E	TOTAL GARANTIA
FORMULA:	$E = ((A+B) \times C \times D) / UF$

q) ¿En todos los casos de término anticipado del programa, se puede volver a postular?

No. Sólo en algunos casos y con los límites que establece el reglamento:

- a) En caso de renuncia: puede volver a postular a un nuevo programa de formación, siempre y cuando, haya presentado su renuncia antes del inicio del tercer semestre.
- b) Eliminado por falta de aptitudes: puede volver a postular a un nuevo programa de formación; salvo aquellos que hayan sido exmatriculados por esta causal con posterioridad al inicio del segundo semestre.
- c) Eliminado por rendimiento académico: NO puede volver a postular a un programa de especialización que ofrezca el Servicio o la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- d) Eliminado por incumplimiento de las normas internas del campo formador: NO puede volver a postular a un programa de especialización que ofrezca el Servicio o la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- r) ¿Existe algún caso en que el ex becario quede exento de pagar?

Si, solamente en el caso de renuncias al programa de especialización por situaciones de salud que afecten al becario o a alguno de sus familiares que dependan de él que sean incompatibles con las actividades académicas de aquel.

En tal circunstancia, será la Subsecretaría de Redes Asistenciales quien estará facultada para ponderar los hechos y podrá poner término a la beca sin restitución de fondos.

s) ¿Puede el Becario que renuncie al programa de formación por razones de salud propia o de familiares y que se haya aceptado su renuncia sin sanciones, volver a postular a un programa de formación financiado por el Ministerio o Servicio de Salud?

Si. Puede volver a postular a un nuevo programa que ofrezcan las entidades mencionadas, sin que se estime para tal caso, el tiempo en que presentó la renuncia.

t) Para el pago de la garantía, ¿Pueden pactarse pagos en parcialidades?

No. Tratándose de Fondos Públicos, no es posible pactar el pago de la garantía en cuotas.

Suele ocurrir que los Servicios de Salud celebran contratos de transacción con los ex becarios o profesionales que han incumplido el PAO, pactando, en especial, condiciones de pagos diversas para solventar la deuda que los profesionales tienen por el incumplimiento.

Sin embargo, la Contraloría General de la República ha precisado en sus dictámenes, que es de la esencia del contrato de transacción que las partes se hagan concesiones recíprocas, entendiéndose por tales, la renuncia al menos parcialmente a las pretensiones respectivas y que exista un derecho dudoso, actualmente controvertido o susceptible de serlo. La simple renuncia de un derecho que no se disputa no puede ser objeto de transacción.

u) ¿Puedo cambiarme de Servicio de Salud para la ejecución del PAO?

La normativa precisa que los profesionales podrán solicitar cumplir su PAO en un servicio distinto de aquel con el cual se encuentran obligados, para lo cual, se requerirá el acuerdo de los respectivos directores de servicios de salud de origen y de destino, quienes “podrán otorgarlo” solo en casos calificados mediante resolución fundada.

Para dicha finalidad, los profesionales funcionarios deberán presentar una solicitud fundada ante el director del Servicio de Salud del que dependan para cumplir su PAO en un servicio distinto de aquel con el cual se encontraren obligados.

v) ¿Cuáles son las causales por las cuales se puede solicitar el traslado de PAO?

- Razones de salud en la persona del profesional o de familiares directos, fehacientemente acreditadas, cuyos tratamientos requieran del cambio o se vean facilitados por el mismo.

- Situaciones personales relevantes, calificadas por el Director, que obliguen al cambio.

- Cambio en las condiciones de trabajo profesional en el Servicio de Salud por razones ajenas al interesado, debidamente acreditadas.

- Situaciones de carácter socioeconómico o familiares graves que afecten en forma directa al profesional o a su familia directa, comprobadas fehacientemente.

w) ¿Son las causales que señala el artículo 20 del Decreto Supremo N°91, las únicas que permiten solicitar el Traslado de PAO?

No. Las que enumera la preceptiva son a modo ejemplar. Cualquier causal fundada, razonable puede dar lugar para que el director del Servicio las pondere y pueda acceder a la solicitud.

x) ¿Qué pasa si el profesional debe iniciar el PAO y aún no se resuelve su solicitud de traslado de PAO?

En tal caso, deberá presentarse de todas maneras a cumplir su PAO original, pues, la solicitud de traslado no suspende su respectiva obligación.

y) ¿Puedo solicitar mi Traslado de PAO más de una vez?

Si. La normativa no establece número límite para solicitar el Traslado de PAO. Es más, siempre que existan razones fundadas para ello, el profesional puede hacer su solicitud, pues, le asiste el derecho de petición ante la autoridad. Sin embargo, no le asiste el derecho a que la autoridad acepte su solicitud, pues, la aceptación depende plenamente de la discreción del director del Servicio respectivo.

z) ¿Se requiere un procedimiento disciplinario para declarar inhábil al profesional que incumpla su periodo asistencial obligatorio?

No se requiere un procedimiento disciplinario, pues, no se trata aquí de alguna de las sanciones disciplinarias que deba ser dispuesta como consecuencia de un sumario o investigación sumaria, sino que es una medida que una Ley especial—como lo es la Ley 19.664—contempla como una consecuencia ante el incumplimiento de una obligación particular, cual es, dar cumplimiento al PAO.

Sin perjuicio de lo expuesto, dictámenes de la Contraloría sostienen que los Servicios de Salud deben, antes de imponer la inhabilidad de que se trata, otorgar al interesado la posibilidad de formular sus descargos.

No obstante ello, el profesional que no se presenta deliberadamente a cumplir su PAO, no puede desconocer las consecuencias que se siguen de ello.

6. SITUACIÓN DE LOS MÉDICOS EN EL SECTOR PRIVADO DE SALUD

*Por Ignacio Avendaño Leyton, abogado UDELAM
Patricia Núñez Vargas, abogada Departamento Jurídico. Colegio Médico de Chile (A.G.).*

El ejercicio del trabajo médico en el sector privado de salud es un área donde resulta esencial tener conocimiento de la normativa que lo rige, a fin de poder dar cumplimiento efectivo a los derechos y deberes que emanan de ello, evitar la aplicación de sanciones, promover la aplicación de las buenas prácticas laborales, y/o ejercer de manera eficaz y oportuna los derechos que correspondan

6.1 PROFESIONALES CUYO VÍNCULO LABORAL SE RIGE POR EL CÓDIGO DEL TRABAJO

El Artículo 7 del Código del Trabajo define el contrato individual como “...una convención por la cual el empleador y el trabajador se obligan recíprocamente, éste a prestar servicios personales bajo dependencia y subordinación del primero, y aquél a pagar por estos servicios una remuneración determinada”.

Es necesario recalcar que el contrato de trabajo es consensual, por lo que para que exista, solo basta el acuerdo de las partes, respecto de sus

elementos, que se analizarán a continuación. Sin perjuicio de ello, el empleador debe escriturarlo, dentro de un plazo de 15 días contados desde la incorporación del trabajador.

Como el contrato de trabajo nace del consentimiento de empleador y trabajador, la escrituración tiene la finalidad de probar la existencia de la relación laboral y los términos en que ella se pactó, buscando certeza para las partes respecto de sus respectivos derechos y deberes.

En caso de no escriturarse el contrato de trabajo, el empleador podría ser multado ante fiscalización de la Inspección del Trabajo, además, se presumirán como verdaderas las cláusulas que señale el trabajador. Respecto de esto último, de todas formas, primará el sentido común, en cuanto a la relación entre los servicios y naturaleza de los mismos, como se regulan según la costumbre, frente a lo que el trabajador señale como pactado.

Ahora bien, en base al concepto dado por el legislador, los requisitos para que exista un contrato de trabajo son:

A) EXISTENCIA DE PARTES: EMPLEADOR Y TRABAJADOR. ARTÍCULO 3 DEL CÓDIGO DEL TRABAJO

El empleador, es la persona natural o jurídica que utiliza los servicios intelectuales o materiales de una o más personas en virtud de un contrato de trabajo. De esta forma, la parte empleadora podrá ser una persona directamente, o una persona jurídica, en caso de que se trate de una empresa.

El Código del Trabajo define a la empresa para efectos laborales y previsionales, como toda organización de medios personales, materiales e inmateriales, ordenados bajo la dirección de un empleador, para el logro de fines económicos, sociales, culturales o benéficos, dotada de una individualidad legal determinada. Además, se establece que dos o más empresas serán consideradas con un solo empleador:

- Cuando exista una dirección laboral común.
- Cuando exista una similitud o necesaria complementariedad de los productos o servicios que elaboren o presten, exista entre

ellas de un controlador común, o cualquier otra circunstancia que el juez pueda tener a la vista para formar su convicción.

Este elemento es relevante, en el caso de que el empleador cree artificialmente una serie de empresas en paralelos, con la finalidad de evitar el ejercicio de derechos laborales, por ejemplo, para evitar juntar 20 trabajadoras que le obliguen a otorgar sala cuna, para figurar con un patrimonio menor respecto del que el trabajador pueda demandar, etc.

Por su parte, el trabajador, es la persona natural que presta sus servicios personales, sean intelectuales o materiales, bajo dependencia o subordinación, y en virtud de un contrato de trabajo. A su vez, el mismo Código define como trabajador independiente a la persona que, en el ejercicio de la actividad de que se trate, no depende de empleador alguno ni tiene trabajadores bajo su dependencia.

B) PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

Es la principal obligación del trabajador, prestar los servicios para los cuales fue contratado. Ello responde a que el contrato de trabajo se suscribe con especial atención a la persona del trabajador y sus cualidades y formación específica, por lo que no es posible delegar o transferir el trabajo por el cual el trabajador fue contratado, debiendo desempeñar sus funciones de forma directa y personal.

Como contrapartida a esta obligación del trabajador, surge el deber del empleador de proporcionar el trabajo convenido. Por ello, resulta relevante el artículo 10 del Código del Trabajo, que en su número 3, establece como una de las estipulaciones mínimas del Contrato, la determinación de la naturaleza de los servicios a prestarse, pudiendo señalarse dos o más funciones específicas, sean estas alternativas o complementarias.

La prestación de servicios personales, además, se realiza por cuenta y riesgo del empleador, es decir, lo favorable o desfavorable de la gestión realizada de un negocio, no afecta al trabajador. De este modo, con independencia de los resultados del negocio, el empleador se

encuentra obligado a remunerar al trabajador y a cumplir con el deber de seguridad respecto de él.

A) LA REMUNERACIÓN

El contrato de trabajo se caracteriza por tener obligaciones recíprocas, es decir, la obligación de una parte es el deber de la otra. La remuneración es la contrapartida del deber de prestar los servicios personales que tiene el empleador.

El artículo 41 del Código del Trabajo, define la remuneración como “las contraprestaciones en dinero y las adicionales en especie avaluables en dinero que debe percibir el trabajador del empleador por causa del contrato de trabajo”.

De conformidad al artículo 42 del Código del Trabajo, existen distintas categorías de remuneración:

- Sueldo base

Es el estipendio obligatorio y fijo, en dinero, pagado por periodos iguales, determinados en el contrato, que recibe el trabajador por la prestación de sus servicios en una jornada ordinaria de trabajo. No podrá ser inferior al ingreso mínimo mensual establecido anualmente por Ley.

- Sobresueldo:

Corresponde al pago de las horas extraordinarias trabajadas. Deben liquidarse y pagarse conjuntamente con las demás remuneraciones, y se pagan con un 50% de recargo por sobre el valor de la hora de trabajo en jornada ordinaria.

- Gratificación

Parte de las utilidades con las que el empleador beneficia el sueldo del trabajador. Puede ser legal o voluntaria.

Gratificación Voluntaria: aquella en que el empleador voluntariamente aumenta la remuneración del trabajador, la cual debe ser superior a la legal.

Gratificación Legal: hay dos tipos o modalidades de pago.

Artículo 47 del Código del Trabajo: Deben pagar gratificaciones a sus trabajadores las empresas que persigan fines de lucro; que estén obligados a llevar libros de contabilidad; y que obtengan utilidades o excedentes líquidos en el respectivo ejercicio comercial. Debe repartirse una cantidad no inferior al 30% de los excedentes líquidos de la empresa. De este monto, la gratificación de cada trabajador con derecho a ella se determinará en forma proporcional a lo devengado por cada uno de ellos en el respectivo año, incluyéndose en el cálculo aquellos que no tienen derecho. Los trabajadores que llevan menos de un año, también se les paga gratificación, pero proporcionalmente al tiempo trabajado.

Artículo 50 del Código del Trabajo: Permite al empleador abonar o pagar a los trabajadores el 25% de lo devengado en el respectivo ejercicio comercial por concepto de remuneraciones mensuales. En este caso se aplica un tope de 4,75 ingresos mínimos mensuales al año. Esta forma de pago se otorga de una sola vez, o en cuotas mensuales. Lo que generalmente se hace es pagar gratificación en 12 cuotas mensuales y se paga conjuntamente con la remuneración mensual.

- Comisiones:

Porcentaje sobre el precio de las ventas o compras y otras operaciones que efectúa el empleador en colaboración con el trabajador. No importa si el negocio tuvo o no utilidades. Son voluntarias y deben pactarse.

- Participaciones:

Proporción de las utilidades de un negocio determinado, de una empresa o de una o más secciones de la misma. A diferencia de las gratificaciones está debe pactarse expresamente.

- No constituyen remuneración:

Hay una serie de conceptos que pueden otorgarse, pero que no constituyen remuneración, ya que su finalidad es compensar al trabajador por los gastos en que incurre en la prestación de sus servicios personales. De esta forma, no constituyen remuneración:

- La asignación de movilización;
- Asignación de colación;
- Asignación de pérdida de caja;
- Viáticos;
- Prestaciones familiares;
- Pago por desgaste de herramientas;
- Indemnización por años de servicio;

En general, las devoluciones de gastos en que se incurra por causa del trabajo.

D) SUBORDINACIÓN Y DEPENDENCIA

Este elemento es el que permite calificar una relación como laboral propiamente tal. Si bien el legislador no da un concepto de este elemento, son los autores y la jurisprudencia quienes lo han conceptualizado. En específico, la Dirección del Trabajo ha precisado una serie de indicios o manifestaciones de este vínculo que aparecen frecuentemente en las relaciones laborales, entre ellos:

- Continuidad de los servicios prestados.
- Obligación de asistencia del trabajador.
- Cumplimiento de un horario de trabajo.
- Supervigilancia en el desempeño de las funciones.
- Sujeción a instrucciones y controles de diversa índole, respecto la forma y oportunidad de la ejecución de las labores y en del deber del trabajador de acatar y obedecer las mismas.

Sin perjuicio de los indicios anteriormente señalados, la manifestación concreta de estos debe analizarse en cada caso que se presente, no siendo requisito que concurren conjuntamente. Además, conforme al surgimiento de nuevas formas de organización de las empresas, desarrollo de nuevas tecnologías que afecten el trabajo desempeñado, surgen y se configuran nuevos indicios.

La subordinación de un trabajador, puede ser comprendida, a su vez:

- Subordinación Técnica: Si el empleador tiene el conocimiento técnico del empleador, siendo superior respecto del que posee el trabajador.
- Subordinación Económica: Se da por la dependencia económica del trabajador, que compromete su capacidad de trabajo a cambio de la remuneración para poder subsistir.
- Subordinación Moral: Respeto por la figura del empleador, lo que se manifiesta en el deber de fidelidad o lealtad.
- Subordinación jurídica: Sujeción del trabajador a la dirección y control del empleador.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO

Se encuentra regulada en los artículos 159 y siguientes del Código del Trabajo, donde se regulan las causales legales de terminación, así como las formalidades que se deben cumplir y montos a pagar al trabajador al momento del término.

1) CAUSALES SIN DERECHO A INDEMNIZACIÓN

Dentro de las causales que no dan derecho a indemnización, es necesario distinguir si hubo culpa del trabajador.

a) Sin culpa del trabajador.

- Artículo 159 N° 1: Mutuo acuerdo de las partes.
- Artículo 159 N° 2: Renuncia del trabajador, dando aviso a su empleador, al menos, con 30 días de anticipación.
- Artículo 159 N° 3: Muerte del trabajador. La muerte del empleador no es causal de término de la relación laboral, en virtud del principio de continuidad de la empresa, o al seguir como empleador la sucesión o herederos del empleador. En cambio, la muerte del trabajador si pone término al contrato, ya que éste se suscribió en atención a las cualidades especiales de la persona.

- Vencimiento del plazo convenido en el contrato de trabajo.
- Conclusión del trabajo o servicio que dio origen al contrato.
- Caso fortuito o fuerza mayor.

b) Con culpa del trabajador

- Artículo 160 n° 1: Alguna de las conductas indebidas de carácter grave, debidamente comprobadas, que a continuación se señalan:
- Falta de probidad del trabajador en el desempeño de sus funciones;
- Conductas de acoso sexual;
- Vías de hecho ejercidas por el trabajador en contra del empleador o de cualquier trabajador que se desempeñe en la misma empresa;
- Injurias proferidas por el trabajador al empleador; o Conducta inmoral del trabajador que afecte a la empresa donde se desempeña, y
- Conductas de acoso laboral.
- Artículo 160 n° 2: Negociaciones que ejecute el trabajador dentro del giro del negocio y que hubieren sido prohibidas por escrito en el respectivo contrato por el empleador.
- Artículo 160 n° 3: (1) No concurrencia del trabajador a sus labores sin causa justificada durante dos días seguidos, dos lunes en el mes o un total de tres días durante igual período de tiempo; (2) asimismo, la falta injustificada, o sin aviso previo de parte del trabajador que tuviere a su cargo una actividad, faena o máquina cuyo abandono o paralización signifique una perturbación grave en la marcha de la obra.
- Artículo 160 n°4: Abandono del trabajo por parte del trabajador, entendiéndose por tal:
- La salida intempestiva e injustificada del trabajador del sitio de la faena y durante las horas de trabajo, sin permiso del empleador o de quien lo represente, y

- La negativa a trabajar sin causa justificada en las faenas convenidas en el contrato.
- Artículo 160 n°5: Actos, omisiones o imprudencias temerarias que afecten a la seguridad o al funcionamiento del establecimiento, a la seguridad o a la actividad de los trabajadores, o a la salud de estos.
- Artículo 160 n° 6: El perjuicio material causado intencionalmente en las instalaciones, maquinarias, herramientas, útiles de trabajo, productos o mercaderías.
- Artículo 160 n°7: Incumplimiento grave de las obligaciones que impone el contrato.

Finalmente, existe la causal por culpa del empleador, denominada despido indirecto, o autodespido, que es aquella por medio de la cual el trabajador pone término a su contrato de trabajo, por estimar que el empleador ha incurrido en alguna de las causales que se establecen en los N° 1, 5 o 7 del artículo 160 del Código del Trabajo.

En estos casos, el trabajador debe comunicar por escrito a su empleador el término del contrato, con copia a la Inspección del Trabajo, indicando las causales legales que se invocan y los hechos en que se funda.

El trabajador deberá concurrir a los Tribunales de Justicia dentro del plazo de 60 días hábiles, contados desde la terminación del contrato, para interponer la demanda por despido indirecto y si obtiene sentencia favorable, el juez ordenará el pago de las indemnizaciones sustitutiva del aviso previo y legal por años de servicio, ésta última aumentada en un 50% en caso que la causal invocada sea el N° 7 del artículo 160, o en un 80% en el caso de las causales del N° 1 y 5 del mismo artículo.

2) CAUSALES CON DERECHO A INDEMNIZACIÓN

a) Artículo 161, Necesidades de la empresa

El empleador podrá poner término al contrato de trabajo invocando como causal las necesidades de la empresa, establecimiento o servicio, tales como las derivadas de la racionalización

o modernización de los mismos, bajas en la productividad, cambios en las condiciones del mercado o de la economía, que hagan necesaria la separación de uno o más trabajadores.

b) Artículo 161 inciso 2: Desahucio escrito del empleador

En el caso de los trabajadores que tengan poder para representar al empleador, tales como gerentes, subgerentes, agentes o apoderados, que estén dotados, a lo menos, de facultades generales de administración, el contrato de trabajo podrá terminar por desahucio escrito del empleador, el que deberá darse con treinta días de anticipación, a lo menos, con copia a la Inspección del Trabajo respectiva.

Sin embargo, no se requerirá esta anticipación cuando el empleador pague al trabajador, al momento de la terminación, una indemnización en dinero efectivo equivalente a la última remuneración mensual devengada. Regirá también esta norma tratándose de cargos o empleos de la exclusiva confianza del empleador, cuyo carácter de tales emane de la naturaleza de los mismos. Estas dos causales ya explicadas, no podrán ser invocadas con respecto a trabajadores que gocen de licencia médica, sea por enfermedad común, accidente del trabajo o enfermedad profesional.

c) Artículo 163 bis: Procedimiento concursal de liquidación del empleador

Causal que contempla la posibilidad de poner término al contrato de trabajo cuando el empleador sea sometido, por resolución judicial, a un procedimiento concursal de liquidación de sus bienes o de quiebra.

En este caso, la fecha de término del contrato es el día en que se dicte la resolución de liquidación. En este procedimiento se nombra un liquidador, el cual asume en representación del empleador-deudor, y es el encargado de pagar las indemnizaciones que correspondan al trabajador.

6.1. SITUACIÓN DE LOS PROFESIONALES A HONORARIOS

El contrato a honorarios es otra de las formas por las cuales se rige la contratación en el

sector privado de salud. En dichos vínculos, la legislación directamente aplicable son las reglas del arrendamiento de servicios inmateriales que regula el párrafo noveno, Título XXVI, del Libro IV, del Código Civil.

Las ventajas de esta forma de contratación, residen en que los aspectos de la misma, se rigen por la autonomía de la voluntad de las partes, es decir, lo que acuerden. Ello, por ejemplo, implica que el profesional puede prestar sus servicios de la forma que determine, en el lugar que estime pertinente o en los horarios y días que disponga, sin necesitar autorización para ausentarse, por ejemplo, para ir a congresos. También el sistema de tributación varía.

Sin perjuicio de ello, el trabajo a honorarios también tiene una serie de desventajas, como la inestabilidad del mismo, ya que puede terminar por la voluntad de una de las partes, es el propio médico el que debe procurar pagar sus cotizaciones de salud y previsión, no tiene derecho a vacaciones pagadas, etc.

1) CARACTERIZACIÓN DEL CONTRATO A HONORARIOS

El contrato a honorarios es un contrato que obliga al profesional a prestar un servicio óptimo, según los conocimientos de su propia ciencia; y al destinatario de dicho servicio a pagar el precio pactado.

Es un contrato donde cada parte asume sus riesgos, a diferencia del contrato de trabajo, en que los riesgos son exclusivos del empleador. Así las cosas, si un día van pocos pacientes a una consulta, el médico con contrato de trabajo percibe de todas formas su remuneración, en cambio, el contratado a honorarios percibe solo la cantidad pactada de dinero.

En esta contratación, las partes se ven como iguales, viéndose como pares el profesional y la persona natural o jurídica que contrata sus servicios profesionales. Ello es radicalmente opuesto en el contrato de trabajo, donde el trabajador se ve como la parte débil de la relación, ante el poder (económico, jurídico y disciplinario) del empleador, lo que motiva el otorgamiento de un alto grado de protección.

Otra característica del contrato a honorarios se da por el plazo de prescripción para cobrarlos. De acuerdo al artículo 2521 del Código Civil, los honorarios, entre ellos, los de médicos cirujanos, prescriben en dos años, y para su cobro, es necesario iniciar una acción ante el respectivo juzgado de letras en lo civil.

2) OPCIONES DEL PROFESIONAL QUE SE DESEMPEÑA A HONORARIOS

De lo expresado se desprende que el elemento esencialmente diferenciador entre un contrato de trabajo y un contrato a honorarios lo constituye el vínculo de subordinación o dependencia. En atención a dicho vínculo, es que, en los casos en que se busca disfrazar una relación laboral con la forma de un contrato a honorarios, los Tribunales Laborales han considerado como sujetos de derechos laborales, no solo a aquellos trabajadores que poseen un contrato de trabajo, sino que también, a aquellos trabajadores que cumplen con todos los elementos esenciales de una relación laboral y que no son reconocidos como tales por sus empleadores.

Es por ello, que una de las opciones que se debe evaluar con un abogado, consiste en la posibilidad de demandar la declaración de existencia de relación laboral.

Al respecto, se hace presente que la acción para obtener la declaración de existencia de relación laboral, es una vía aun en desarrollo para los profesionales médicos. En primer término, están las dificultades probatorias, ya que muchas veces no hay documentos o testigos que puedan concurrir a declarar. En segundo lugar, está lo que se denomina, el principio de los actos propios, muy atendido por los jueces laborales. En virtud del mismo, si el profesional se benefició de la devolución de impuestos, más aun cuando existió planificación tributaria a través de una sociedad, el juez estima que la parte no actúa de buena fe al demandar, ya que generalmente es una reacción al término de una relación, donde la propia parte se benefició. Finalmente, está el riesgo de que, declarándose la existencia de relación laboral, el juez considere que el empleador no tuvo obligación de retener cotizaciones, por lo que no debía enterarlas, y el trabajador puede quedar privado de las cotizaciones de dichos periodos.

De esta forma, la demanda por existencia de relación laboral es un procedimiento que puede solucionar la forma de precarización laboral, pero es necesario tener presente las dificultades de la misma.

En este punto, y en relación al ejercicio de acciones por parte de médicos que se desempeñan a honorarios, se debe tener presente o que puede ocurrir en el caso de prestar los servicios personales en el sector público. En el mes de diciembre del año 2018, se sometió a conocimiento y decisión del Tribunal Constitucional el caso de una Municipalidad con un profesional contratado a honorarios, y esa magistratura determinó, a propósito de una demanda por tutela laboral que los funcionarios del Estado no pueden recurrir a Tribunales Laborales. En tal situación, cada servicio demandado podría recurrir al Tribunal Constitucional para intentar anular las sentencias favorables para los profesionales en comento.

7. LA PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD, PATERNIDAD Y VIDA FAMILIAR EN LA ACTIVIDAD MÉDICA.

*Por Ignacio Avendaño Leyton, abogado UDELAM
Patricia Núñez Vargas, abogada Departamento
Jurídico. Colegio Médico de Chile (A.G.).*

La constitución de una familia, el embarazo, el nacimiento de un hijo(a), la pérdida de un familiar o conviviente, todos ellos son hechos que marcan la vida de una persona, más allá de su condición de trabajador. Es por ello, que la legislación laboral contempla una serie de beneficios, protecciones, y permisos, con el fin de compatibilizar el rol de toda persona en su lugar de trabajo, con los acontecimientos propios de la vida de toda persona y el desarrollo de su vida personal.

En primer término, es necesario tener presente que, dada la transversalidad de las situaciones, el Código del Trabajo, en su artículo 194, establece que las normas que regula relativas a la maternidad, paternidad y vida familiar (en adelante, PMPVF), son aplicables, además de

los trabajadores sujetos al Código del Trabajo, a quienes sean funcionarios de la administración pública, servicios semifiscales, de administración autónoma, municipalidades y todos los servicios y establecimientos, cooperativas o empresas industriales, extractivas, agrícolas o comerciales, sean de propiedad fiscal, semifiscal, de administración autónoma o independiente, municipal o particular o perteneciente a una corporación de derecho público o privado. Incluso, en el caso de que la persona cotice como trabajador(a) independiente, tendrá derecho a gozar de estos beneficios.

Los derechos que comprende la PMPVF son los siguientes:

- A. Limitaciones al trabajo de la mujer en estado de embarazo.
- B. Fuero laboral.
- C. Descansos especiales
- D. Alimentar al hijo o hija
- E. Sala cuna
- F. Permisos especiales.

7.1. LIMITACIONES AL TRABAJO DE LA MUJER EN ESTADO DE EMBARAZO

La mujer embarazada no puede ni debe ser obligada a realizar trabajos perjudiciales para su salud, debiendo ser trasladada a cumplir sus funciones, sin disminuir sus remuneraciones. Se consideran como labores perjudiciales, por ejemplo:

- Levantar, arrastrar o empujar grandes pesos.
- Exigir esfuerzo físico, incluido permanecer largo tiempo de pie.
- Laborar en horario nocturno.
- Laborar en horas extraordinarias.
- El que la autoridad competente (matrona o médico) declare como inconveniente

En los casos en que se deba cambiar la jornada de la trabajadora, como en caso de tener horario nocturno, esta jornada se debe distribuir en horario diurno.

7.2. FUERO LABORAL

El fuero maternal es una protección a la mujer embarazada, consistente en la imposibilidad del empleador de poner término a su contrato de trabajo por un período determinado, sin autorización judicial previa.

El fuero se inicia cuando empieza el embarazo y se extiende hasta un año expirado el descanso postnatal, sin contar el permiso postnatal parental. En términos prácticos, el fuero se extiende aproximadamente un año y doce semanas después del parto, salvo que existan extensiones de permiso por enfermedad u otras situaciones específicas.

El empleador no puede poner término al contrato de trabajo de la trabajadora con fuero, si no es con autorización previa de un juez competente, quien solo puede concederla bajo las siguientes causales de despido:

- Vencimiento del plazo del contrato.
- Conclusión del trabajo o servicio contratado.
- Cualquiera de las causales legales que habilitan al despido sin indemnización por conducta indebida de carácter grave del trabajador, del artículo 160 del Código del Trabajo.

Por su parte, la trabajadora puede, voluntariamente y con pleno conocimiento de sus derechos, renunciar al contrato de trabajo. Para ello, es recomendable que la trabajadora con fuero deje constancia que se encuentra en conocimiento de sus derechos, específicamente de su fuero maternal.

Si el empleador pone término al contrato de trabajo sin saber del estado de embarazo –o del cuidado personal o tuición de un menor–, el despido queda sin efecto y la trabajadora debe volver a su trabajo, es decir, debe ser reincorporada en sus funciones y además tiene derecho a que se le pague la remuneración por el tiempo en que no trabajó a causa de su despido.

Para ello basta con la sola presentación del certificado médico o de matrona corroborando el embarazo, o una copia autorizada de la resolución del tribunal que haya otorgado la tuición o cuidado personal del menor.

La mujer tiene un plazo de sesenta días hábiles desde el despido para comunicar que estaba embarazada al momento de terminar el contrato de trabajo o de la resolución que otorga el cuidado personal o tuición del menor.

7.3. DESCANSOS ESPECIALES

Los descansos por maternidad son el pre y post natal. Ellos, tienen por finalidad el proteger salud de la mujer y del gestante, permitir la recuperación física de la mujer luego del parto y realizar la adecuación psicosocial ante la maternidad, detectar complicaciones derivadas del embarazo y parto. A su vez, desde el punto de vista del(la) recién nacido(a), tiene el propósito de permitir generar apego, tanto con la madre como con el padre, fomentar la lactancia materna, el poder detectar tempranamente enfermedades, potenciar el desarrollo psicosocial desde un punto de vista nutricional y físico, entre otros.

En todos estos casos, si la madre muere en el parto o luego de éste, los descansos corresponderán al padre o a quién le fuere asignada la custodia del(la) menor.

7.3.1. DESCANSO PRENATAL

Son seis semanas de descanso (42 días), antes del parto. Para determinar el día en que se inicia el período de prenatal, se considera la fecha estimada del parto, según lo señalado por el certificado médico o de matrona. Este derecho es irrenunciable, es decir, queda prohibido el trabajo de la mujer que se encuentre gozando de este descanso.

En el caso de que la fecha probable de parto se atrase, el prenatal se prorroga hasta que éste ocurra. En el caso de que el nacimiento se adelante, termina el prenatal e inicia de inmediato el postnatal.

7.3.2. DESCANSO POSTNATAL

Consiste en el derecho que tiene la mujer por haber dado a luz, a 12 semanas de descanso (84 días). Al igual que el descanso prenatal, es un derecho irrenunciable, por lo que la mujer no puede desempeñar labores durante este periodo.

A su vez, este descanso postnatal se incrementa en los siguientes casos:

- Este descanso se puede extender, en el caso de que la mujer tenga una enfermedad comprobada a través del respectivo certificado médico, que sea consecuencia directa del alumbramiento, que le impida regresar al trabajo por un plazo superior al descanso postnatal.
- En el caso del nacimiento de un niño prematuro. Para estos efectos, se entiende que el(la) menor sería prematuro, cuando el parto se produce antes de iniciada la semana número 33 de gestación, o si el niño al nacer pesa menos de 1.500 gramos. En este caso, el descanso es de 18 semanas.
- Partos múltiples. En este caso, el postnatal se aumenta en 7 días corridos por cada niño nacido a partir del segundo.

En el lamentable caso de ocurra la pérdida del hijo(a) recién nacido, o habiendo nacido muerto(a), de todas formas se tiene derecho al postnatal, ya que este derecho surge con el parto.

7.3.3. POSTNATAL PARENTAL.

Consiste en un descanso adicional al postnatal, con el cual el legislador aumentó los descansos de maternidad, a fin de fomentar el periodo de apego, lactancia materna, y evitar el aumento de licencias por enfermedades de los(las) menores.

Consiste en 12 semanas adicionales al postnatal; o 18 semanas si es que la trabajadora se reincorpora a medio tiempo. Para ello, la trabajadora deberá avisar a su empleador con a lo menos 30 días de anticipación al término del postnatal, en qué modalidad ejercerá este beneficio.

El empleador podrá negarse a la reincorporación en media jornada, comunicando de ello por carta certificada a la trabajadora con a lo menos tres días de anticipación al término del postnatal, y solo por motivos fundados. Es decir, solo podrá negarse, cuando por la naturaleza de las labores y las condiciones en que se desempeña, solo pueda realizarse en la jornada de trabajo que tenía pactada. De todas formas, la trabajadora

podrá reclamar dentro de los tres días hábiles siguientes a que tome conocimiento de esta comunicación.

La novedad en este permiso reside en que, a contar de la séptima semana de este permiso, a elección de la madre, podrá optar por mantener ella el permiso postnatal parental, o transferirlo total o parcialmente al padre, si es que este también fuere trabajador. Si transfiriere parcialmente este permiso, las semanas del padre deberán ubicarse al final del permiso (por ejemplo, cede tres semanas al padre, serán las tres últimas semanas de las 12 del postnatal parental).

Este traspaso del postnatal parental deberá ser notificado a los empleadores de ambos trabajadores, por parte certificada, con a lo menos 10 días de anticipación a la fecha en que hará uso de este beneficio, con copia a la Inspección del Trabajo.

7.4. SUBSIDIO MATERNAL.

Todos los descansos por maternidad se financian a través de un subsidio estatal llevado al efecto, al que tendrán derecho todas las trabajadoras dependientes del sector privado y las trabajadoras independientes, que estén acogidas a algún sistema previsional.

Este subsidio se calcula según si se trata de una trabajadora dependiente o independiente.

7.4.1. TRABAJADORA DEPENDIENTE

En este caso, la trabajadora deberá contar con una licencia médica debidamente autorizada. Además, debe tener seis meses de afiliación previsional anteriores al mes en que se inicia la licencia (prenatal) y tener tres meses (90 días) de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica. Finalmente, debe mantener un contrato de trabajo vigente.

El subsidio que reemplazará a la remuneración se calcula según el promedio de la remuneración mensual neta (remuneración imponible, a la que se le descuentan las cotizaciones previsionales e impuestos personales) o el monto del subsidio (para el cálculo del postnatal, que considera el subsidio del prenatal) percibido los 3 meses anteriores al mes de inicio de la licencia médica.

Lamentablemente, se establece un tope diario para el subsidio. Para efectos de determinar el tope, se realiza el siguiente cálculo:

Se toman las tres remuneraciones netas anteriores al séptimo mes de inicio de la licencia. Por ejemplo, si la licencia inicia en marzo de 2021, los tres meses de remuneraciones netas, corresponderían a mayo, junio y julio de 2020. Luego, dicho promedio de remuneración neta, se divide por noventa, y se reajusta la cifra por la variación del IPC e incrementado en un 10%.

7.4.2. TRABAJADORA INDEPENDIENTE

La trabajadora independiente, es decir, aquella que no depende de un empleador, tendrá derecho al pago de estos subsidios por maternidad, si es que cuenta con una licencia médica debidamente autorizada; tiene 12 meses de afiliación previsional anteriores al mes en que se inicia la licencia (prenatal); debe haber enterado al menos 6 meses de cotizaciones continuas o discontinuas dentro del período de 12 meses de afiliación previsional anterior al mes en que se inició la licencia; y debe estar al día en el pago de las cotizaciones (mes anterior al inicio del descanso).

El subsidio que reemplaza los ingresos de la trabajadora independiente, se calcula según el promedio de la remuneración mensual neta (remuneración imponible, a la que se le descuentan las cotizaciones previsionales e impuestos personales) o el monto del subsidio (para el cálculo del postnatal, que considera el subsidio del prenatal) percibido los 6 meses anteriores al mes de inicio de la licencia médica.

Lamentablemente, se establece un tope diario para el subsidio. Para efectos de determinar el tope, se realiza el siguiente cálculo:

Se toman las tres remuneraciones netas anteriores al octavo mes de inicio de la licencia. Por ejemplo, si la licencia inicia en marzo de 2019, los tres meses de remuneraciones netas, corresponderían a abril, mayo y junio de 2018. Luego, dicho promedio de remuneración neta, se divide por noventa, y se reajusta la cifra por la variación del IPC e incrementado en un 10%.

7.4.3. TRABAJADORAS DEL SECTOR PÚBLICO

Las trabajadoras dependientes del sector público, pero durante dichos períodos tienen derecho a la mantención de la remuneración, no a un subsidio. Pese a ello, es importante presentar oportunamente las licencias por maternidad o enfermedad, ya que, si bien se mantiene la remuneración de las funcionarias, el Servicio recupera directamente el monto del subsidio.

7.5. ALIMENTAR AL HIJO O HIJA

Es el derecho que tienen las madres trabajadoras, para interrumpir por una hora su jornada y alimentar al(la) menor durante sus dos primeros años de vida. Si la madre y padre son trabajadores, pueden acordar que el derecho lo ejerza el padre, comunicando con 30 días de anticipación sus respectivos empleadores. Este derecho se puede ejercer:

- Dividiendo la jornada en dos partes.
- Postergando el ingreso
- Adelantando la salida.

Este beneficio es irrenunciable, y corresponde ya sea que la madre tenga o no el derecho a sala cuna. Ahora bien, en relación al tiempo de traslado y valor de los pasajes, son de cargo del empleador, si es que está obligado a contar con sala cuna. Si el empleador debe contar con sala cuna, pero, por ejemplo, no quedan cupos, se debe considerar el tiempo de traslado y valor de los pasajes de todas formas. La única excepción ocurre cuando se adelanta salida o posterga ingreso.

7.6. DERECHO A SALA CUNA

Derecho que garantiza a las madres trabajadoras de aquellas empresas con veinte o más mujeres, de cualquier edad o estado civil, para llevar a sus hijos a una sala cuna durante el tiempo que estas prestan servicios en la empresa. El empleador debe costear este beneficio.

El empleador puede cumplir con la obligación de contar con sala cuna de tres formas:

- Mantener o construir salas anexas e independientes del local de trabajo, que sea de propiedad de la empresa.

- Mantener con otros empleadores una sala cuna conjunta.
- Pagar una sala cuna externa donde la trabajadora deje a sus hijos.

Esta sala cuna debe contar con la autorización de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI).

7.7 PERMISOS ESPECIALES.

7.7.1. PERMISO POR NACIMIENTO DE UN HIJO (ARTÍCULO 195 DEL CÓDIGO DEL TRABAJO)

El padre tiene permiso para ausentarse de su trabajo por cinco días, los que son remunerados por el empleador como si hubiera trabajado. Este permiso opera también en el caso de adopción.

El trabajador puede hacer valer este permiso desde el momento del parto, en forma continua o discontinua, pero debe tomarse los cinco días durante el primer mes. De no hacerlo, pierde los días que no se haya tomado.

7.7.2. PERMISO PAGADO PARA LOS TRABAJADORES QUE CONTRAIGAN MATRIMONIO (ARTÍCULO 207 BIS DEL CÓDIGO DEL TRABAJO)

En este caso, el trabajador o la trabajadora tiene derecho a cinco días hábiles continuos, adicionales al feriado anual o vacaciones e independientemente del tiempo que lleve prestando servicios. Este permiso puede tomarse los días inmediatamente anteriores o posteriores al día del matrimonio. El empleador debe pagar tales días como si hubieran sido trabajados.

Los trabajadores que hagan uso de este permiso deben dar aviso a su empleador con treinta días de anticipación y presentar dentro de los treinta días siguientes a la celebración el respectivo certificado de matrimonio del Servicio de Registro Civil e Identificación.

7.7.3. PERMISO POR MUERTE DE UN HIJO, CÓNYUGE O CONVIVIENTE CIVIL

Derecho a 7 días corridos de permiso pagado, a contar del día del fallecimiento. Es adicional

al feriado anual, no se puede compensar en dinero, y es independientemente del tiempo de servicio.

7.7.4. PERMISO POR MUERTE DEL HIJO EN PERIODO DE GESTACIÓN, DEL PADRE O LA MADRE DEL(LA) TRABAJADOR(A):

Derecho a 3 días hábiles de permiso pagado, contados desde el día del fallecimiento. Es adicional al feriado anual, no se puede renunciar y compensar en dinero, ejerciéndose con independencia del tiempo de servicio. En el caso de la defunción fetal, este permiso se contabilizará desde que se acredite la muerte con el respectivo certificado de defunción fetal.

7.7.5. PERMISO POR ACCIDENTE GRAVE, O ENFERMEDAD GRAVE, AGUDA Y CON RIESGO DE MUERTE DEL MENOR DE 18 AÑOS

Consiste en un permiso, otorgado al padre y a la madre de un menor de 18 años que requiera de su cuidado personal, por haber tenido accidente grave, o padecer enfermedad grave, aguda y con riesgo de muerte. Los padres pueden ejercer el permiso conjunta o separadamente.

Este beneficio consiste en la posibilidad de ausentarse del trabajo por el número de horas equivalentes a diez jornadas ordinarias de trabajo al año, distribuidas a elección del trabajador o trabajadora en jornadas completas, parciales o combinación de ambas, las que se considerarán como trabajadas para todos los efectos legales.

Este permiso exige que el médico que tenga a su cargo la atención del niño o niña emita el respectivo certificado. Además, podrán hacer uso de este permiso la persona que tenga el cuidado personal del o la menor, otorgado por resolución judicial.

Como este beneficio es un permiso, el tiempo no trabajado deberá ser restituido, ya sea mediante imputación a su próximo feriado anual, extendiendo posteriormente su jornada, o a través de cualquier forma que convengan las partes. En el caso de los funcionarios, los días a recuperar se podrán imputar al feriado anual o a días administrativos. Si ello no es posible, se podrá descontar el tiempo equivalente al permiso de las remuneraciones mensuales del trabajador, en forma de un día por mes.

7.7.6. PERMISO POR TENER CÓNYUGE, CONVIVIENTE CIVIL O PADRES DESAHUCIADOS O EN ESTADO TERMINAL

Mediando certificado médico, el(la) trabajador(a) podrá ausentarse en los mismos términos que el permiso por accidente grave o enfermedad grave, aguda y con riesgo de muerte del menor de 18 años.

7.8. PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD, PATERNIDAD Y VIDA FAMILIAR EN EL TRABAJO MÉDICO

Rocío Toro Bravo, abogada jefa UDEGEN.

Es necesario aclarar a los Directores de los Servicios de Salud, Jefes de Servicio, de Unidades y a Encargados de Departamento de Personas de los Hospitales, Servicios de Salud, municipalidades y demás órganos de la Administración del Estado encargados de velar por la salud de la población, que la protección a la maternidad, la paternidad y la vida familiar no son aplicables solamente a los trabajadores del ámbito privado o sujetos a un contrato de trabajo, sino que, a todos los que se desempeñan en los servicios de la administración pública, los servicios semifiscales, de administración pública, de las municipalidades, entre otras. Se aclara además que las disposiciones de protección ya mencionadas, benefician a todos los trabajadores que dependan de cualquier empleador, comprendidos aquellos que trabajan en su domicilio y, en general, a todos los que estén acogidos a algún sistema previsional.

El deber de protección consiste en la exigencia que hace el Código del Trabajo al empleador para que este adopte todas las medidas necesarias para proteger eficazmente la vida y salud de los trabajadores, informando de los posibles riesgos y manteniendo las condiciones adecuadas de higiene y seguridad en las faenas, como también otorgue los implementos necesarios para prevenir accidentes y enfermedades profesionales. Asimismo, debe prestar o garantizar los elementos necesarios para que los trabajadores, en caso de accidente o emergencia, puedan acceder de forma oportuna y adecuada atención médica, hospitalaria y/o farmacéutica.

Este deber consiste en un conjunto de obligaciones que se impone a los empleadores para proteger la maternidad, buscando que no se condicione la contratación de las trabajadoras, su permanencia, renovación de contrato, promoción o movilidad en su empleo, a la ausencia o existencia de embarazo, ni que se exija para dichos fines certificado o examen alguno para verificar si la persona se encuentra o no en estado de gravidez. Asimismo, comienza desde el inicio del embarazo hasta aproximadamente un año y tres meses después del parto, tiempo durante el cual la trabajadora goza de permisos, subsidios y fueros que permiten su estabilidad en el empleo.

¿QUÉ ES LA PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD, PATERNIDAD Y VIDA FAMILIAR?

Conjunto de normas que establece derechos irrenunciables para las trabajadoras y trabajadores, tendientes a proteger al hijo/a y a los padres, en atención al interés superior del menor. Este deber obliga al empleador a adoptar todas las medidas necesarias para proteger la maternidad, paternidad y vida familiar.

¿A QUIÉNES SE APLICA ESTA PROTECCIÓN DE DERECHOS?

Es aplicable al sector privado de salud, administración pública, instituciones semifiscales, municipales, entre otras, y que dependan de cualquier empleador, acogidos a un sistema previsional.

¿QUÉ DERECHOS COMPRENDE LA PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD, PATERNIDAD Y VIDA FAMILIAR?

- Fuero laboral.
- Descansos de Maternidad.
- Derecho para alimentar al hijo/a menor de dos años.
- Derecho a sala cuna.
- Prohibición de realizar trabajos perjudiciales para la mujer en estado de embarazo.
- Permisos especiales.

¿QUÉ ES EL FUERO LABORAL?

- Es la protección especial que contempla la ley respecto de la mujer embarazada, consistente en la imposibilidad del empleador de poner término a su contrato de trabajo sin que exista autorización judicial previa. También tienen fuero quienes obtengan el cuidado personal de un menor.
- El fuero se inicia cuando empieza el embarazo y se extiende hasta un año expirado el descanso postnatal, sin contar el permiso postnatal parental.
- Solo se puede poner término a sus labores por causal legal, por vencimiento del plazo del contrato, conclusión del trabajo o servicio contratado o por conducta indebida de carácter grave debidamente acreditada del(la) trabajador(a).
- El fuero solo protege la permanencia en el organismo; no así eventuales cambios de distribución de jornada.

¿QUÉ DESCANSOS POR MATERNIDAD EXISTEN?

PRENATAL: Descansos que inicia seis semanas antes de la fecha de parto, determinada por certificado médico o del matrn o matrona.

Si el parto se produce después de la fecha indicada, se prorroga el prenatal hasta que éste se produzca.

POSTNATAL: Descanso de 12 semanas con posterioridad al parto. Si el menor nace antes de la semana 33 de gestación o pesa menos de 1.500 gramos, se extiende por 18 semanas.

POSTNATAL EXTENDIDO: En caso de partos múltiples, el postnatal aumenta en siete días por cada menor, a partir del segundo.

POSTNATAL PARENTAL: Descanso adicional al postnatal, que pueden ser 12 semanas adicionales, o 18 semanas en que se reincorpora a medio tiempo.

¿QUÉ SUCEDE CON LAS JEFATURAS EN EL PRE Y POST NATAL?

Cargos se mantienen inalterables.

¿CÓMO DEBE MI EMPLEADOR/A CUBRIR MI AUSENCIA?

- Quien debe velar por cubrir los turnos nocturnos de mujeres en estado de embarazo es el empleador, por lo que legalmente, no se le puede exigir a la embarazada que consiga su reemplazo o cubra los turnos que le corresponderían (se puede pedir su colaboración, pero no es obligación).
- En el caso del sector público, la Ley señala que se podrá contratar personal que reemplace a los funcionarios que se encuentren imposibilitados a desempeñar su cargo por más de 30 días (si cuenta con los recursos presupuestarios disponibles). La ley N°15.076 en específico, establece que el reemplazo se realizará según normas de cada institución.
- El funcionario suplente recibirá su sueldo más la diferencia de remuneración entre su cargo y el del reemplazado.

¿QUÉ ES EL BENEFICIO DE LACTANCIA?

- Los(las) trabajadores(as) disponen a los menos de 1 hora al día para alimentar a sus hijos(as) menores de 2 años. Este beneficio es irrenunciable, y el tiempo de traslado se considera como "trabajado", cuando el empleador está obligado a proporcionar sala cuna.
- No hay distinción entre jornada diurna o nocturna (aplica a turnos).

Sólo trabajadoras de entidades que tienen obligación de contar con sala cuna:

- Empleador paga el valor del pasaje de transporte (si traslado ocurre dentro de la jornada y no si adelanta salida o posterga ingreso).

- Ampliación del lapso de alimentación.

DERECHO A "SALAS CUNA": OBLIGACIÓN DEL EMPLEADOR DE TENER SALAS ANEXAS E INDEPENDIENTES DEL LOCAL DE TRABAJO

Obligación del empleador siempre y cuando hayan 20 o más trabajadoras, para alimentación y cuidados de hijos/as menores de 2 años

mientras las madres trabajan (o quien tenga el cuidado personal del menor de 2 años por sentencia judicial). Aplica en horario diurno y nocturno.

Condiciones:

- Higiene y seguridad necesarias para funcionamiento
- En periodo de vacaciones, establecimientos educacionales pueden ser habilitados como sala cuna.
- Construcción y ampliación debe ser aprobada por comisión técnica correspondiente.
- Mantenimiento será de costo exclusivo del Órgano de la Administración del Estado (o Fisco) y deberá tener persona competente a cargo.
- Se cumple también si se pagan los gastos de sala cuna directamente al establecimiento. El empleador es el que designará el lugar y deberá costear el pasaje de transporte del menor.

CASO EXCEPCIONAL:

Si el hijo/a de la funcionaria presenta una condición de salud que requiera cuidados especiales, se cumplirá la obligación a través de un medio equivalente:

- Si por disposición médica debe permanecer en casa: sala cuna con atención domiciliaria.
- Si es una condición grave que requiera atención de salud especial: se entregará directamente a la funcionaria el dinero de acuerdo al presupuesto institucional.

¿QUÉ TIPO DE TRABAJO PUEDE REALIZAR LA MUJER EN ESTADO DE EMBARAZO?

La mujer embarazada no puede ni debe ser obligada a realizar trabajos perjudiciales para su salud, debiendo ser trasladada a cumplir sus funciones, sin disminuir sus remuneraciones.

Se consideran como labores perjudiciales, por ejemplo:

- Levantar, arrastrar o empujar grandes pesos.

- Laborar en horario nocturno.
- Exigir esfuerzo físico, incluido permanecer largo tiempo de pie.
- Laborar en horas extraordinarias.
- El que la autoridad competente (matrona o médico) declare como inconveniente.

En los casos en que se deba cambiar la jornada de la trabajadora, como en caso de tener horario nocturno, esta jornada se debe distribuir en horario diurno.

Se entiende por horario nocturno el desarrollado luego de las 21:00 horas.

¿CUÁLES SON LOS PERMISOS ESPECIALES QUE SE RELACIONAN CON LA MATERNIDAD, PATERNIDAD Y VIDA FAMILIAR?

- Permiso para el padre por nacimiento del hijo(a): El padre tiene 5 días de permiso, continuos o discontinuos, que puede hacer valer dentro del mes siguiente al parto.
- Permiso por enfermedad grave del hijo menor de un año: Permiso que se otorga, previo certificado médico del tratante del menor. Se remunera de la misma forma que el pre y postnatal. Puede tenerlo el padre o madre, a elección de esta última.
- Permiso por tener cónyuge, conviviente civil o padres desahuciados o en estado terminal: Mediando certificado médico, el(la) trabajador(a) podrá ausentarse en los mismos términos que el permiso por accidente grave o enfermedad grave, aguda y con riesgo de muerte del menor de 18 años.

¿CUÁLES SON LOS PERMISOS ESPECIALES QUE SE RELACIONAN CON LA MATERNIDAD, PATERNIDAD Y VIDA FAMILIAR?

- Permiso por accidente grave o enfermedad grave, aguda y con riesgo de muerte del menor de 18 años: derecho que tienen los trabajadores a ausentarse por el número de horas equivalente a 10 jornadas de trabajo al año, distribuidas a elección del trabajador o trabajadora en jornadas completas, parciales o combinación de ambas, las que se considerarán como trabajadas

para todos los efectos legales. El tiempo no trabajado deberá ser restituido por el trabajador o trabajadora mediante imputación a su próximo feriado anual o laborando horas extraordinarias o a través de cualquier forma que convengan las partes. Si ello no es posible, podrá descontar un día de permiso por cada mes de sueldo.

- Permisos por contraer matrimonio o celebrar acuerdo de unión civil: todo trabajador tendrá derecho a cinco días hábiles continuos de permiso pagado, adicional al feriado anual, independientemente del tiempo de servicio, desde el día de la celebración, o los días inmediatamente anteriores o posteriores a esa fecha. Solo exige aviso con 30 días de anticipación y entrega dentro de 30 días siguientes del certificado de matrimonio o AUC.
- Permiso por muerte de un hijo, cónyuge o conviviente civil: Derecho a 7 días corridos de permiso pagado, a contar del fallecimiento. Es adicional al feriado anual, no se puede compensar en dinero, y es independientemente del tiempo de servicio.
- Permiso por muerte del hijo en periodo de gestación, del padre o la madre del(la) trabajador(a): Derecho a 3 días hábiles de permiso pagado, contados desde el día del fallecimiento. Es adicional al feriado anual, no se puede renunciar y compensar en dinero, ejerciéndose con independencia del tiempo de servicio.

MATERNIDAD Y REMUNERACIONES EN PRE Y POST NATAL

Funcionarios públicos y de las Municipalidades y Corporaciones Municipales: Se mantiene la integridad de las remuneraciones.

Durante el pre y postnatal, se mantiene en atención a que los artículos 111 del Estatuto Administrativo y 110 del Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales, contemplan la mantención de las remuneraciones durante la licencia médica, y estos descansos se otorgan en base a ese instrumento. Además, la ley contempló la mantención de las remuneraciones durante el postnatal parental (art. 197 bis Cód. Trabajo).

CÁLCULO DE REMUNERACIONES EN PRE Y POST NATAL COMÚN (SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO):

Trabajadora dependiente:

Promedio de la remuneración mensual neta (bruto, debiéndose descontar cotizaciones previsionales e impuestos personales) o el monto del subsidio percibido los 3 meses anteriores al mes de inicio de la licencia médica.

Trabajadora independiente:

Promedio de la remuneración mensual neta o el monto del subsidio percibido los 6 meses anteriores al mes de inicio de la licencia médica.

TOPE DIARIO SUBSIDIO:

Trabajadora dependiente:

Promedio de 3 remuneraciones netas /dividido en 90 (rentas percibidas antes del 7° mes de inicio de la licencia).

Trabajadora independiente:

Promedio de 3 remuneraciones /dividido en 90 (rentas percibidas antes del 8° mes de inicio de la licencia).

El monto diario no puede ser inferior a la trigésima parte del 50% del ingreso mínimo para fines no remuneracionales. Estas fórmulas aplican para prenatal, postnatal, postnatal parental y permisos por enfermedad grave del niño o niña menor de un año. En el último caso, no se impone el límite del monto diario del subsidio.

EJEMPLO DE CÁLCULO REMUNERACIONES

1°) El subsidio se otorga sobre la base de la licencia por reposo post natal y conforme a las Instrucciones que imparta la Superintendencia de Seguridad Social.

2°) Calcular Subsidio Diario: Sueldo promedio/30 DÍAS

3°) Hacer dos cálculos. Se aplica el de menor valor.

A) PRIMER CÁLCULO:

Se considera fecha de inicio de licencia (por ejemplo, 30 de octubre de 2013) y se consideran los sueldos de los tres meses anteriores a esa fecha, entonces:

1) Sueldo septiembre de 2013: \$ 1.053.604

2) Sueldo agosto de 2013: \$ 569.316

3) Sueldo julio de 2013: \$ 533.371

- Sumar los tres sueldos: \$ 2.156.291

- Dividir por 3 para obtener el promedio (que es \$ 718.764)

- Dividir ese valor por 30 para obtener promedio diario: \$ 23.959.

B) SEGUNDO CÁLCULO:

Se cuentan los siete meses anteriores de octubre y, se averigua el sueldo de los tres meses anteriores a ese período:

a) Sueldo de febrero de 2013: \$ 1.116.681

b) Sueldo de enero de 2013: \$ 1.161.681

c) Sueldo de diciembre de 2012: \$ 1.161.681

PROMEDIO: \$ 1.116.681

PROMEDIO \$ 1.116.671 : 30 = \$ 38.956 (Sueldo promedio diario) + variación de IPC

IPC septiembre 2013 = 0,5= 110,65

IPC febrero 2014 = -0,5= 108,82

$110,65 : 108,62 = 1,0168$

$\$ 1.168.681 \times 1,0168 = \$1.135.441 + 113.544$
(10%) = $\$1.248.985 : 30 = \41.633

La Ley indica aplicar como monto subsidio, el menor resultado de los calculados. Por lo tanto:

a) Monto subsidio mensual: \$ 718.764

b) Monto subsidio diario: \$ 23.959

BECARIAS Y MATERNIDAD

¿RIGE LA PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD RESPECTO DE LAS BECARIAS?

En atención a que el artículo 1 del Decreto 507 (Reglamento de Becarios) establece que la beca no constituye cargo o empleo, a las becarias solo se le aplican las disposiciones de las leyes 18.834 (Estatuto Administrativo) y N°15.076 (Estatuto para los Médico-Cirujanos, Farmacéuticos o Químico-Farmacéuticos, Bio-Químicos y Cirujanos Dentistas) que el propio reglamento señale.

¿QUÉ BENEFICIOS SE RECONOCEN A LAS BECARIAS EN MATERIA DE PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD?

Las becarias gozarán del beneficio de sala cuna, siempre que la beca sea financiada por un Servicio de Salud o sea una beca Ministerial. Así lo establece el artículo 13 del Reglamento de Becarios.

Por su parte, el artículo 14 del mismo Reglamento, reconoce el derecho a gozar de los permisos por maternidad, la que debe remitirse a la Dirección del Servicio de Salud que corresponda y comunicar a los Directores(as) del campo clínico y del centro formador.

En cuanto a la remuneración por este periodo, el mismo artículo establece que la becaria continuará percibiendo su estipendio.

El periodo durante el cual la becaria estuvo con pre y postnatal, corresponde a tiempo del programa de formación, por lo que debe ser recuperado. La forma de recuperar dicho tiempo la determinará el centro formador junto con el Servicio de Salud o Subsecretaría de Redes, según corresponda, por lo que se prorrogará la duración de la beca inicialmente fijada.

¿OTRAS PREGUNTAS?

- 2 2770 8800 / 600 8 325633
- udelam@colegiomedico.cl

8. ACOSO LABORAL, ACOSO SEXUAL Y DISCRIMINACIÓN.

Patricia Núñez Vargas, abogada Departamento Jurídico. Colegio Médico de Chile (A.G.).

La Unidad de Defensa Laboral Médica asesora en la defensa de los médicos y médicas que sean víctimas de acoso sexual y laboral.

Dada la relevancia y complejidad de estos casos, resulta esencial contar con un instrumento que permita exponer en términos comprensibles los conceptos de acoso laboral y sexual, las conductas que configuran cada uno de ellos, así como la denuncia y los trámites posteriores a ella.

Chile, a nivel internacional, es uno de los países con las mayores jornadas de trabajo, sin distinguir si la persona se desempeña en el sector público o privado. Ello implica que, en proporción a otras actividades, la mayor parte del día transcurre en los lugares de trabajo.

De este modo, se vuelve indispensable desplegar todas las herramientas necesarias con el fin de propender a relaciones de trabajo fundadas en un trato digno, respetuoso y tolerante entre quienes comparten diariamente su ambiente laboral, tendiendo finalmente a una mejora en la calidad de vida de los profesionales de la salud.

Por su parte, y en atención a la situación actual, donde la opinión pública ha comenzado a cuestionar la realización de ciertas conductas contrarias a la dignidad de las personas, es que se vuelve necesario precisar lo que ocurre en relación con la regulación de la discriminación en el ámbito laboral, desde una óptica de prevención de este tipo de actos, así como para otorgar herramientas de defensa a quienes los experimenten.

Discriminación en atención al género, orientación sexual, problemas derivados del acoso o maltrato laboral, son algunos de los ejemplos de conductas contrarias a la dignidad humana.

El presente apartado, tiene la finalidad de informar a los médicos y médicas en esta materia, tanto en lo relativo a sus derechos, así como las vías por las que ello puede realizarse. Del mismo modo, a través de la información,

se pretende evitar la comisión de estos actos, promoviendo el respeto por la dignidad de toda persona en su ambiente laboral.

8.1. ACOSO LABORAL.

8.1.1. ¿QUÉ ES EL ACOSO LABORAL?

Conforme al artículo 2° del Código del Trabajo, se entiende por acoso laboral toda conducta que constituya agresión u hostigamiento reiterados, ejercida por el empleador o por uno o más trabajadores, en contra de otro u otros trabajadores, por cualquier medio, y que tenga como resultado para el o los afectados su menoscabo, maltrato o humillación, o bien que amenace o perjudique su situación laboral o sus oportunidades en el empleo.

En el caso de funcionarios públicos, el acoso laboral se sanciona en el artículo 84 letra m), tanto del Estatuto Administrativo y en el artículo 82 letra m) del Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales. Ambos textos legales remiten su definición al artículo 2° del Código del Trabajo.

8.1.2. ¿QUIÉN PUEDE REALIZAR CONDUCTAS CONSTITUTIVAS DE ACOSO LABORAL?

El acoso, tanto el laboral como el sexual, puede provenir del empleador, jefatura, un colega o par, así como de personas que se encuentren bajo la víctima dentro de la jerarquía de la empresa o institución.

8.1.3. REQUISITOS QUE DEBEN CONCURRIR PARA QUE EXISTA EL ACOSO LABORAL.

Para que exista efectivamente una situación de acoso laboral, se deben cumplir al menos tres circunstancias:

La acción de hostigamiento o acoso debe ser sistemática y persistente. Por lo tanto, no constituyen acoso laboral los conflictos ocasionales o esporádicos.

Los efectos que sufran las personas acosadas deben ser claros y evidentes, a nivel físico y psicológico y pueden presentarse en diferentes grados.

La existencia de diferencias de poder: formal (de un superior o jefatura) o informal (entre colegas o subordinados).

8.1.4. CONDUCTAS QUE PUEDEN CONSTITUIR ACOSO LABORAL

A modo ejemplar, pueden constituir conductas abusivas, las siguientes:

Gritar, avasallar o insultar a una persona, cuando está sola o en presencia de otros.	Amenazar o coaccionar a una persona de manera continua, entendiéndose por tales acciones, ejercer fuerza o violencia física o psíquica sobre una persona para obligarla a decir o hacer algo contra su voluntad.	Tratar a una persona de una manera diferente o discriminatoria, usar medidas exclusivas contra ella, con vistas a estigmatizarle ante otros compañeros o jefes.	Ignorar o excluir a una persona, hablando solo a un tercero presente, simulando su inexistencia o su no presencia física en el lugar de trabajo o en las reuniones a las que asiste.
Difamar a una persona, extendiendo por el lugar de trabajo rumores maliciosos o calumniosos que menoscaban su reputación, su imagen o su profesionalidad.	Criticar continuamente el trabajo, ideas, propuestas o soluciones de una persona.	Sobrecargar selectivamente a una persona con mucho trabajo.	Asignar tareas, objetivos o proyectos que son inalcanzables o imposibles de cumplir, en razón del tiempo u otros factores.
Modificar las atribuciones o responsabilidades del puesto de trabajo de una persona, sin informarle nada.	Quitar funciones de responsabilidad a una persona, a cambio de ofrecerle tareas rutinarias o incluso no asignarle trabajo alguno.	Retener información crucial para el trabajo de una persona, o manipularla para inducirle a error en su desempeño laboral, y acusarle después de negligencia o faltas profesionales.	Ignorar los éxitos profesionales de una persona o atribuirlos maliciosamente a otros o a elementos ajenos a ella, como la casualidad, la suerte, entre otros.
Castigar duramente a una persona o impedir cualquier toma de decisiones o iniciativa personal en el marco de sus atribuciones.	Ridiculizar el trabajo de una persona, sus ideas o los resultados obtenidos ante los demás trabajadores, caricaturizándolo o parodiando.	Animar a otros compañeros de trabajo a participar en cualquiera de las acciones anteriores mediante la persuasión, la coacción o el abuso de autoridad.	

En el mismo sentido, es necesario tener presente que no constituyen acoso laboral, entre otras, las siguientes conductas:

- Tener un mal día en el lugar de trabajo.
- Tener un jefe o un compañero de trabajo con una personalidad difícil.
- Tener un problema puntual con un jefe o algún compañero de trabajo.
- Tener una temporada de mucho trabajo.
- Estar estresado.

8.1.5. ¿CÓMO SE REALIZAR LA DENUNCIA POR ACOSO LABORAL EN EL SECTOR PRIVADO DE SALUD?

En primer lugar, es necesario revisar el Reglamento Interno de la institución. Si bien el Código del Trabajo exige establecer un procedimiento de denuncias e investigación para el acoso sexual, muchas veces se hace extensivo para el acoso laboral.

En caso de no estar regulado vía Reglamento Interno, es posible realizar la denuncia directamente ante la Inspección del Trabajo. Si el inspector del trabajo constata que hubo una acción contra su dignidad, o no se protegió efectivamente la salud e integridad (sea física o psíquica) del trabajador víctima, podrán aplicar una multa al empleador por no cumplir su deber legal de cuidar la vida y salud del trabajador o por atentar contra su dignidad.

Ahora bien, el inspector del trabajo no tiene facultades legales para solicitar al empleador el cese de la conducta, reparar a la víctima, ni ordenar la imposición de medidas a los acosadores, por lo que muchas veces la solución efectiva del caso se da por la vía judicial, por medio del autodespido con derecho a las indemnizaciones por término de contrato, o a través de acción de tutela por vulneración de derechos fundamentales. En ambos casos, es el juez el que estima si, de acuerdo a la prueba que se rinda en audiencia, se trata de conductas de tal entidad que fundamentan la necesidad de terminar el contrato de trabajo por medio del autodespido, o que ameriten la protección eficaz del trabajador, ordenando el cese de

la conducta y la adopción de medidas de reparación, como ocurre en el caso de la tutela.

8.1.6. ¿CÓMO SE REALIZA LA DENUNCIA POR ACOSO LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD?

En primer lugar, es necesario tener presente que se entiende por denuncia, el acto formal que se presenta por escrito y por medio del cual se pone en conocimiento de la autoridad máxima de la institución, un hecho supuestamente constitutivo de acoso laboral.

La denuncia deberá contener:

Identificación y domicilio del denunciante.

Narración circunstanciada de los hechos.

La individualización de quienes los hubieren cometido y de las personas que los hubieren presenciado o que tuvieran noticia de ellos, en cuanto le constare al denunciante.

Acompañar o mencionar los antecedentes y documentos que le sirvan de fundamento, cuando ello sea posible.

Las denuncias que no cumplan con dichos requisitos, se tendrán por no presentadas.

8.1.7. ¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO QUE SE SIGUE LUEGO DE LA DENUNCIA POR ACOSO LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO?

Para ello, en primer lugar, se debe revisar el reglamento interno de denuncia, investigación y sanción de acoso laboral y/o sexual que existe en cada servicio, establecimiento o institución de salud. Ellos pueden estar disponibles en la página web institucional o pueden solicitarse en la oficina de recursos humanos. Los manuales de procedimientos pueden presentarse también en forma de "Códigos de Ética o Conducta".

Estos manuales varían según el establecimiento de que se trate, sin perjuicio de lo cual todos ellos explican lo que debe entenderse por acoso laboral, cuáles son las conductas que lo constituyen y cuál es el mecanismo de denuncia. Resulta importante revisar dicho procedimiento, ya que algunos de ellos contemplan diversos receptores de denuncias: jefe superior del servicio, jefe superior de la institución, receptor de denuncias designado en el Manual.

Ahora bien, si no hay un procedimiento especial determinado, de conformidad con la Ley N° 20.607, que incorporó la regulación y sanción del acoso laboral en la Administración Pública del Estado, se deberá investigar como una infracción funcionaria y sancionarse de acuerdo al respectivo estatuto.

¿Se puede denunciar ante otro organismo el acoso laboral y sexual?

Sector público de salud:

Es posible presentar la denuncia por acoso laboral o sexual directamente ante Contraloría General de la República, cuando se hubieren producido vicios de legalidad que afectaren los derechos que les confiere el respectivo estatuto, dentro del plazo de diez días hábiles desde que se produzca el hecho.

En términos generales, el órgano fiscalizador, frente a denuncias de este tipo, se limita a ordenar a la autoridad máxima del servicio la instrucción de un sumario administrativo.

Ahora bien, si el denunciante somete el conocimiento del asunto a un tribunal de justicia, la Contraloría General de la República se inhibe de emitir pronunciamiento en el caso concreto.

8.1.8. ¿CUÁLES SON LAS SANCIONES, EN CASO DE COMPROBARSE LA EXISTENCIA DEL ACOSO LABORAL?

El empleador puede adoptar las medidas que se contemplen en el reglamento interno e incluso puede terminar el contrato de trabajo del trabajador infractor, sin derecho a indemnización alguna (artículo 160 N° 1, letra f).

Por su parte, en caso de comprobarse la existencia de acoso laboral en el sector público de salud, la persona podrá ser objeto de la medida disciplinaria de a) censura; b) multa; c) suspensión del empleo desde treinta días a tres meses, según la gravedad de los hechos comprobados y considerando las circunstancias atenuantes y/o agravantes de su responsabilidad administrativa.

8.1.9. POSIBLES EFECTOS DEL ACOSO LABORAL EN LA VÍCTIMA.

Las consecuencias del acoso laboral, tanto para quien lo sufre como para su entorno, tanto

laboral como personal, son sustantivas. Muchas veces, terminan con la expulsión o abandono del puesto de trabajo por parte del afectado y un daño en el clima laboral y rendimiento de la empresa.

El acoso laboral tiene un efecto dañino sobre la autoestima de las personas afectadas, pudiendo crear severas dificultades de reinserción posterior a la experiencia; puede pasar mucho tiempo antes de que pueda recuperarse la capacidad productiva lesionada y restablecerse la motivación y seguridad para retomar el trabajo.

Lo que distingue a una enfermedad que pudo ser originada por el acoso de cualquier otra relacionada con condiciones de trabajo difíciles o incluso violentas, es la humillación y el ataque a su dignidad que padece la víctima, la vergüenza de haber sufrido tal ataque y no haber sabido qué hacer o haber permitido que la trataran así. A las víctimas les avergüenza haber sido víctimas y se sienten culpables de lo que les sucede.

La agresión suele hacerles perder los límites de su espacio psíquico; ya no saben lo que es normal y lo que no lo es; lo que es fruto de su propia fragilidad y lo que se debe a la destructividad del agresor y muchas veces se produce desequilibrio a nivel psicosomático y pueden surgir estados depresivos graves conducentes incluso al suicidio. La víctima no se deprime porque previamente era una persona enferma o frágil, sino porque la han privado de su autoestima.

A más largo plazo, mientras más se prolongue el acoso y cuanto más frecuentes sean los ataques, mayor será el riesgo de que se produzca un estado de estrés post-traumático en la víctima. Por otra parte, la víctima de acoso suele sufrir una especie de fobia de evitación que puede conducir a una actitud de alejamiento temporal o definitivo de todo lo relacionado con el área laboral o profesional. Al mismo tiempo, reduce el interés por actividades que antes interesaban experimenta sensación de poco apego a los demás, distancia y restricción de los afectos, que puede tener graves repercusiones sobre la vida personal y familiar.

8.2. ACOSO SEXUAL LABORAL.

8.2.1. ¿QUÉ ES EL ACOSO SEXUAL LABORAL?

La Organización Internacional del Trabajo define el acoso sexual como un comportamiento en función del sexo, de carácter desagradable y ofensivo para la persona que lo sufre.

Por su parte, el artículo 2° del Código del Trabajo, conceptualiza el acoso sexual como una conducta contraria a la dignidad humana, siendo definido como “el que una persona realice en forma indebida, por cualquier medio, requerimientos de carácter sexual, no consentidos por quien los recibe y que amenacen o perjudiquen su situación laboral o sus oportunidades en el empleo”.

En términos más simples, el acoso sexual laboral son todos aquellos requerimientos de carácter sexual, que se realicen de cualquier forma y por cualquier medio, en forma indebida, por una persona en contra de otra, quien los recibe y no los consiente. Además, estas conductas deben amenazar o perjudicar la situación laboral o las oportunidades en el empleo de la víctima de acoso.

Respecto de los profesionales funcionarios, es necesario tener presente el artículo 84 letra l) del Estatuto Administrativo y el artículo 82 letra l) del Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales, que regulan entre las prohibiciones funcionarias, la realización de cualquier acto atentatorio a la dignidad humana, remitiéndose a la definición del Código del Trabajo de acoso sexual.

8.2.2. ¿QUIÉN PUEDE REALIZAR CONDUCTAS CONSTITUTIVAS DE ACOSO LABORAL O SEXUAL?

El acoso, tanto el laboral como el sexual, pueden provenir del empleador, jefatura, un colega o par, así como de personas que se encuentren bajo la víctima dentro de la jerarquía de la empresa o institución.

Es necesario tener presente, además, que los requerimientos no consentidos pueden ser realizados por un hombre a una mujer, por mujer a hombre, o entre personas de un mismo sexo.

8.2.3. VÍAS POR LAS QUE SE PUEDE COMETER EL ACOSO SEXUAL.

La Dirección del Trabajo ha establecido que las conductas constitutivas de acoso no se encuentran limitadas a acercamientos o contactos físicos, sino que incluyen cualquier acción del acosador sobre la víctima que pueda representar un requerimiento de carácter sexual indebido, el que pueda producirse por cualquier medio, incluyendo las propuestas verbales, correos electrónicos, llamadas telefónicas, cartas o misivas personales, mensajes de texto, etc.

8.2.4. CÓMO IDENTIFICAR LA CONDUCTA QUE CONSTITUYE ACOSO SEXUAL:

Antes de realizar una denuncia por acoso sexual, en primer lugar, es necesario identificar la conducta, la que puede ser:

- Chantaje: Si se condiciona la obtención de un beneficio laboral, como por ejemplo, un aumento de sueldo, ascenso, la mantención del trabajo, mediando un acto de carácter sexual.
- Manifestación de un ambiente laboral hostil: cuando se generan situaciones que intimiden o humillen a la persona víctima del acoso.

De esta forma, los comportamientos que pueden ser constitutivos de acoso sexual pueden ser físicos, verbales o no verbales. De modo ejemplar, pueden considerarse como acoso sexual las siguientes conductas:

- Contacto físico innecesario y no deseado
- Miradas lascivas y gestos relacionados con la sexualidad
- Petición de favores sexuales
- Insultos, observaciones, bromas e insinuaciones de carácter sexual,
- Comentarios, bromas, gestos o miradas sexuales,
- Manoseos, jalones o pellizcos en forma sexual,
- Restregar a la víctima contra alguien de un modo sexual,

- Propagar rumores sexuales acerca de la víctima,
- Jalar la ropa de manera sexual,
- Mostrar, dar o dejar imágenes sexuales, fotografías, ilustraciones, mensajes o notas sexuales,
- Escritos o mensajes sexuales acerca de la víctima, en paredes de los baños, vestuarios u otros lugares
- Forzar a besar a alguien o a algo más que besar
- Llamar a la víctima “gay” o “lesbiana”
- Espiar mientras se cambia o está encerrada en un sanitario,
- Uso o exhibición de material pornográfico.

Finalmente, para determinar si la conducta constituye o no acoso sexual laboral, incluso estando frente a los actos descritos anteriormente, debe faltar el consentimiento, ya que si la persona responde y acepta libremente, no se trataría de una conducta de acoso sexual laboral.

8.2.5. ¿CÓMO SE REALIZAN LAS DENUNCIAS POR ACOSO SEXUAL EN EL SECTOR PRIVADO DE SALUD?

Una vez identificada la conducta, la persona afectada deberá hacer llegar su reclamo por escrito a:

- a) La dirección de la empresa, establecimiento o servicio, o
- b) A la respectiva Inspección del Trabajo.

De esta forma, es posible seguir dos vías por las que iniciar un procedimiento por acoso:

A) SEGÚN EL REGLAMENTO INTERNO DE LA INSTITUCIÓN:

El Código del Trabajo exige que las empresas o establecimientos con más de 10 trabajadores cuenten con un reglamento interno, el cual deberá regular el procedimiento al que se someterán las denuncias por acoso laboral

y sexual, las medidas de resguardo del denunciante y las sanciones aplicables.

En este caso, la investigación debe iniciarse dentro de los 5 días siguientes de realizada la denuncia; y deberá realizarse dentro de un plazo de 30 días, por escrito, bajo estricta reserva y escuchando a ambas partes.

Cuando se termine la investigación deben enviarse los resultados a la Inspección del Trabajo, pudiendo formular observaciones, las que se pondrán en conocimiento del empleador y de las partes, y habiendo plazo de 15 días para implementar las medidas sugeridas o las sanciones que correspondan

B) ANTE LA INSPECCIÓN DEL TRABAJO:

La Inspección del Trabajo realizará la investigación si la víctima realiza directamente la denuncia, o cuando el empleador deriva el caso a ella.

Esta investigación también deberá realizarse en un plazo de 30 días desde la denuncia, informando de sus conclusiones a las partes involucradas y al empleador. En caso de que se determine la adopción de sanciones, el empleador deberá aplicarla en un plazo de 15 días.

8.2.6. ¿CÓMO SE REALIZA LA DENUNCIA POR ACOSO SEXUAL?

La denuncia debe presentarse por escrito, ante el jefe superior del servicio o el receptor de denuncias determinado en el respectivo servicio o institución.

La denuncia deberá contener:

Nombre de la persona acosadora y su descripción física.

Precisar el lugar, fecha y hora en que ocurrieron los hechos.

Identificar posibles testigos.

Describir los hechos con claridad.

Describir cómo hizo sentir el incidente a la víctima.

Mencionar o acompañar, cuando fuere posible, los antecedentes que sirvan de fundamento de la denuncia, los que ayudarán al desarrollo de la investigación que se realizará.

8.2.7. ¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO QUE SE SIGUE LUEGO DE LA DENUNCIA POR ACOSO SEXUAL EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD? (SERVICIOS DE SALUD?)

De conformidad con la Ley N° 20.005, que incorporó la regulación y sanción del acoso sexual en la Administración Pública del Estado, sin determinar un procedimiento especial, esta infracción deberá investigarse y sancionarse de acuerdo al respectivo estatuto.

De esta forma, tanto la Ley N° 18.834 sobre Estatuto Administrativo, como la Ley N° 18.883 sobre Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales, contemplan la investigación sumaria y el sumario administrativo como las vías para determinar la responsabilidad administrativa y, eventualmente, imponer la respectiva sanción.

A) INVESTIGACIÓN SUMARIA:

La investigación sumaria inicia con la denuncia de la víctima del acoso sexual. Esta se ordena instruir cuando la naturaleza de los hechos a investigar reviste menor gravedad o importancia. Según el Estatuto Administrativo, el procedimiento debe ser breve, concentrado, fundamentalmente verbal y de lo actuado se levantará un acta general que firmarán los declarantes.

La finalidad de la investigación sumaria es verificar la existencia de los hechos, la individualización de los responsables y su participación, si los hubiere.

La investigación es realizada por un funcionario nombrado como investigador, quien indaga los hechos y, al término de ella, deberá emitir una vista o informe, el cual detallará los hechos indagados, fundamentos y conclusiones a las que arribó, proponiendo sanciones al funcionario involucrado (no procede en estos casos la destitución) o el sobreseimiento, es decir, desiste de la investigación por no ameritar la imposición de sanción.

Ahora bien, si se constatan hechos de mayor gravedad, se pondrá término a la Investigación

sumaria y se dispondrá, por la autoridad que ordenó su inicio, que se eleve a sumario administrativo.

B) SUMARIO ADMINISTRATIVO:

El sumario administrativo constituye un conjunto de actuaciones formales a cargo del fiscal, destinado a establecer la efectividad de los hechos materia del mismo, a determinar la participación que los funcionarios pueden haber tenido en ellos y a precisar, cuando corresponda, la consiguiente responsabilidad.

El sumario se ordenará instruir por el jefe superior del servicio, previa denuncia de la víctima de acoso. El sumario debe constar por escrito, dejándose constancia de cada una de sus actuaciones, entre ellas, la declaración de la víctima denunciante y el documento donde se formalice la denuncia realizada.

La finalidad del sumario administrativo es determinar la efectividad de los hechos investigados y comprobar el real grado de participación que pudiere corresponderle al involucrado. El fiscal debe realizar todas las diligencias legalmente procedentes para establecer los hechos y las eventuales responsabilidades. El sumario termina con la resolución que lo declara cerrado.

La reserva es de la esencia del sumario administrativo, lo que implica que su contenido es secreto hasta la conclusión. Este secreto termina de forma parcial al existir formulación de cargos, es decir, se pone en conocimiento de los funcionarios afectados y/o de sus abogados, para que puedan formular su defensa.

8.2.8. ¿QUÉ SON LAS MEDIDAS DE RESGUARDO?

El empleador debe adoptar todas las medidas de resguardo necesarias respecto de los involucrados, por ejemplo, separación de los trabajadores, redistribución de jornada o cualquier otra medida que sea pertinente según la forma en que la empresa se organice.

Sin perjuicio de esas medidas, el empleador también debe resguardar la presunción de inocencia del acusado, hasta que una investigación determine lo contrario.

En el mismo sentido, los estatutos administrativos general y para funcionarios municipales establecen que, durante un sumario administrativo, el fiscal sumariante podrá suspender de sus funciones o destinar transitoriamente a otro cargo dentro de la misma institución y ciudad, al o a los inculpados.

Esta medida terminará al dictarse el sobreseimiento o al emitirse el dictamen del fiscal. Ahora bien, en este último caso, cuando el fiscal sumariante proponga la medida de destitución, podrá decretar que se mantenga la suspensión preventiva o la destinación transitoria, terminando cuando se resuelva de forma definitiva el sumario administrativo.

8.2.9. ¿CUÁLES SON LAS SANCIONES, EN CASO DE COMPROBARSE LA EXISTENCIA DEL ACOSO SEXUAL LABORAL?

En el caso del sector privado de salud, el empleador puede adoptar las medidas que se contemplen en el reglamento interno e incluso puede terminar el contrato de trabajo del trabajador infractor, sin derecho a indemnización alguna (artículo 160 N° 1, letra b).

Por su parte, en caso de comprobarse la existencia de acoso sexual en el sector público de salud, la persona podrá ser objeto de la medida disciplinaria de a) censura; b) multa; c) suspensión del empleo desde treinta días a tres meses, o d) destitución, según la gravedad de los hechos comprobados y considerando las circunstancias atenuantes y/o agravantes de su responsabilidad administrativa.

8.2.10. POSIBLES EFECTOS DEL ACOSO SEXUAL EN LA VÍCTIMA.

Las consecuencias del acoso sexual son muy significativas para sus víctimas. Aparte de los efectos psicológicos y físicos dañinos que provoca, tales como estrés emocional, ansiedad, depresión y enfermedades físicas, entre otros, la persona afectada corre el riesgo de perder su trabajo o se ve limitada o impedida en el desarrollo de carrera. En consecuencia, el acoso sexual lleva a la frustración, pérdida de autoestima, ausentismo y una merma de la productividad.

Efectos psicológicos y físicos: estrés, ansiedad, depresión, ira, impotencia, insomnio, fatiga, disminución de la autoestima, úlcera.

Efectos sociales: ausentismo, despido del trabajo, renuncia al trabajo, mal desempeño y disminución de la productividad, fin de la carrera.

8.3. DISCRIMINACIÓN

8.3.1. ¿QUÉ ES LA DISCRIMINACIÓN EN MATERIA LABORAL?

La discriminación laboral consiste en toda distinción, exclusión o preferencia de trato que, ocurrida con motivo o con ocasión de una relación de trabajo, se base en un criterio de raza, color, sexo, religión, sindicación, opinión política o cualquier otro que se considere irracional o injustificado, y que tenga por efecto alterar o anular la igualdad de trato en el empleo y la ocupación.

8.3.2. ¿CUÁL ES EL CONCEPTO DE DISCRIMINACIÓN LABORAL QUE EXISTE EN NUESTRA LEGISLACIÓN?

El artículo 2° del Código del Trabajo señala lo siguiente:

“Son contrarios a los principios de las Leyes laborales los actos de discriminación.

Los actos de discriminación son las distinciones, exclusiones o preferencias basadas en motivos de raza, color, sexo, edad, estado civil, sindicación, religión, opinión política, nacionalidad, ascendencia nacional, situación socioeconómica, idioma, creencias, participación en organizaciones gremiales, orientación sexual, identidad de género, filiación, apariencia personal, enfermedad o discapacidad u origen social, que tengan por objeto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo y la ocupación”.

Por su parte, los estatutos administrativos general y municipal establecen en los artículos 84 letra L) y 82 letra L), respectivamente, la prohibición de este tipo de conductas, remitiéndose a la definición del Código del Trabajo para estos efectos.

8.3.3. ¿QUÉ ES LA DISCRIMINACIÓN ARBITRARIA?

Una discriminación es arbitraria cuando se funda en motivos tales como la raza o etnia, la nacionalidad, la situación socioeconómica,

el idioma, la ideología u opinión política, la religión o creencia, la sindicación o participación en organizaciones gremiales o la falta de ellas, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, el estado civil, la edad, la filiación, la apariencia personal y la enfermedad o discapacidad.

Sin embargo, el artículo 2º, incisos quinto y siguientes, del Código del Trabajo, establece la posibilidad de realizar distinciones: “Con todo, las distinciones, exclusiones o preferencias basadas en las calificaciones exigidas para un empleo determinado no serán consideradas discriminación”.

8.3.4. ¿CÓMO SE REGULA LA NO DISCRIMINACIÓN EN EL ACCESO A UN PUESTO DE TRABAJO?

El Código del Trabajo prohíbe las ofertas de trabajo que se realicen en base a los criterios señalados en el numeral anterior.

En específico, la parte final del artículo 2º establece la prohibición de condicionar la contratación de un trabajador a la ausencia de obligaciones de carácter económico, financiero, bancario o comercial que, conforme a la Ley, puedan ser comunicadas por los responsables de registros o bancos de datos personales; ni exigir para dicho fin declaración ni certificado alguno.

Sin perjuicio de ello, se permite solicitar dicha información a los trabajadores que representen al empleador (gerentes, subgerentes, agentes o apoderados, con facultades generales de administración) y los trabajadores que tengan a su cargo la recaudación, administración o custodia de fondos o valores de cualquier naturaleza.

De esta forma, la Ley permite la discriminación, en específico, en materia laboral, cuando esta se funda en capacidades técnicas, calificación para un determinado empleo, siguiendo criterios objetivos.

Estas normas son aplicables en el sector privado de salud y a todos los profesionales sujetos a un contrato de trabajo.

En el caso de los funcionarios públicos, los estatutos administrativos general y para funcionarios municipales establecen la no discriminación en el acceso a los cargos de planta y contrata, que pudiere alterar la igualdad

de trato entre hombres y mujeres. Ello se ve reforzado por el artículo 16, inciso 2º, de la Ley N°18.575, Ley de Bases de la Administración del Estado que establece: “Todas las personas que cumplan con los requisitos correspondientes tendrán el derecho de postular en igualdad de condiciones a los empleos de la Administración del Estado, previo concurso público”.

Al igual que el Código del Trabajo, los estatutos prohíben “todo acto de discriminación arbitraria que se traduzca en exclusiones o restricciones, tales como aquellas basadas en motivos de raza o etnia, situación socioeconómica, idioma, ideología u opinión política, discapacidad, religión o creencia, sindicación o participación en organizaciones gremiales o la falta de ellas, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil, edad, filiación, apariencia personal o enfermedad, que tengan por objeto anular o alterar la igualdad de oportunidades o trato en el empleo”.

Las distinciones, exclusiones o preferencias basadas en las calificaciones exigidas para un empleo determinado no serán consideradas discriminación.

De esta forma, es posible apreciar la regulación del principio de igualdad en el acceso a los cargos públicos.

8.3.5. ¿QUÉ TIPO DE DISCRIMINACIÓN LABORAL EXISTE?

Discriminación laboral por sexo:

Consiste en la distinción entre hombres y mujeres, atendiendo históricamente a una supuesta mayor capacitación o fortaleza física por parte de los trabajadores varones. Actualmente, guarda relación con el mayor ausentismo laboral por parte de las trabajadoras mujeres, a causa de la maternidad.

Discriminación laboral por orientación sexual:

Estrechamente vinculada a la discriminación por sexo se encuentra la discriminación laboral motivada por la orientación sexual de la persona. Esta discriminación se produce cuando arbitrariamente se alteran las condiciones laborales, se extingue la relación laboral, o bien se impide su acceso a una ocupación a personas que integran los que diversos autores han llamado “minorías sexuales”.

Discriminación laboral por edad:

Se relaciona con las distinciones basadas en la vejez y la juventud, es decir, opera como barrera de entrada para los puestos de trabajo, ante la presunta falta de experiencia o disminución del rendimiento, en atención a la etapa de la vida en que se encuentre la persona.

Discriminación laboral por motivos de salud:

Se fundamenta en la salud como una situación fundamental, que permite la disposición física y psíquica necesaria para cumplir las obligaciones y tareas que se han asumido. A este respecto, es necesario tener presente que, para el caso de los trabajadores del sector público, los respectivos estatutos contemplan como una causal de término de la relación funcional la pérdida del requisito de salud compatible con el cargo. En este caso, es el propio legislador el que permite desvincular al funcionario que por motivos de salud, dejó de cumplir con el requisito de salud para acceder a los cargos de la Administración del Estado.

Discriminación laboral por origen social o apariencia personal:

En el campo laboral se advierte el problema, particularmente en la contratación del personal donde, tanto para las actividades comerciales como administrativas, la selección toma en cuenta alguna de las circunstancias que hemos apuntado, como el origen social del postulante, sobre todo cuando la tarea se cumple con relación a otras personas de mejor situación económica.

8.3.6. ¿CÓMO REALIZAR DENUNCIAS POR CONDUCTAS DE DISCRIMINACIÓN?

Al igual que en los casos de acoso laboral y sexual, se seguirán los mismos procedimientos y canales de denuncia, tanto en el sector público como privado de salud.

Pero en el caso de la discriminación, es necesario tener presente además, la Ley N° 20.609 de no discriminación, conocida comúnmente como "Ley Zamudio", que tiene por objetivo fundamental instaurar un mecanismo judicial que permita restablecer eficazmente el imperio del derecho cuando se cometa un acto de discriminación arbitraria.

La discriminación arbitraria es aquella que se basa en las distinciones fundadas en motivos tales como la raza o etnia, la nacionalidad, la situación socioeconómica, el idioma, la ideología u opinión política, la religión o creencia, la sindicación o participación en organizaciones gremiales o la falta de ellas, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, el estado civil, la edad, la filiación, la apariencia personal y la enfermedad o discapacidad.

Estas conductas no podrán invocarse, en ningún caso, para justificar, validar o exculpar situaciones o conductas contrarias a las Leyes o al orden público.

8.3.7. PROCEDIMIENTO QUE CONTEMPLA LA Ley DE NO DISCRIMINACIÓN?

La Ley crea la acción de no discriminación arbitraria que puede ser presentada directamente por quien sea afectado por un acto u omisión que genere discriminación, ante el juez de letras de su domicilio o ante el del domicilio del responsable de dicha acción u omisión.

La acción deberá ser presentada dentro de noventa días corridos contados desde la ocurrencia de la acción u omisión discriminatoria, o desde el momento en que el afectado adquirió conocimiento cierto de ella. En ningún caso podrá ser interpuesta luego de un año de acaecida dicha acción u omisión. La acción se interpondrá por escrito, pudiendo, en casos urgentes, interponerse verbalmente, levantándose acta por la secretaría del tribunal competente.

No se admitirá a tramitación la acción de no discriminación arbitraria en los siguientes casos:

Cuando se ha recurrido de protección o de amparo, siempre que tales acciones hayan sido declaradas admisibles, aun cuando el recurrente se haya desistido. Tampoco se admitirá cuando se haya requerido tutela de derechos, establecida en los artículos 485 y siguientes del Código del Trabajo.

- Cuando se impugnen los contenidos de Leyes vigentes.
- Cuando se objeten sentencias emanadas de

los tribunales creados por la Constitución o la Ley.

- Cuando carezca de fundamento. El juez deberá decretarla por resolución fundada.
- Cuando la acción haya sido deducida fuera de plazo.

Presentada la acción, el tribunal debe pedir informe al denunciado y fijar una audiencia a la que citará a las partes. Si una de las partes no asiste o si concurriendo ambas no se produce la conciliación, el tribunal, en la misma audiencia, citará a las partes a oír sentencia si no hubiere hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos.

Si existieran hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos, el tribunal recibirá la causa a prueba, la que recibirá en una nueva audiencia. Finalizada la última audiencia de prueba, el tribunal deberá citar a las partes a oír sentencia, entro de los quince días hábiles siguientes.

8.3.9. ¿CUÁLES SON LAS SANCIONES, EN CASO DE COMPROBARSE LA EXISTENCIA DE ACTOS DE DISCRIMINACIÓN?

En el caso del sector privado de salud, el empleador puede adoptar las medidas que se contemplen en el reglamento interno.

Porsu parte, en caso de comprobarse la existencia de la comisión de actos discriminatorios en el sector público de salud, la persona podrá ser objeto de la medida disciplinaria de a) censura; b) multa; c) suspensión del empleo desde treinta días a tres meses, o d) destitución, según la gravedad de los hechos comprobados y considerando las circunstancias atenuantes y/o agravantes de su responsabilidad administrativa.

9. PROBIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

*Por Gabriel Nieto Muñoz, abogado jefe UDELAM
Constanza Urrutia Swarzenberg, abogada UDELAM*

El principio de probidad en la función pública consiste en observar una conducta funcionaria intachable, un desempeño honesto y leal de la función o cargo con preeminencia del interés general sobre el particular.

Por su parte, existe conflicto de intereses en el ejercicio de la función pública cuando concurren a la vez el interés general propio del ejercicio de las funciones con un interés particular, sea o no de carácter económico, de quien ejerce dichas funciones o de los terceros vinculados a él determinados por la Ley, o cuando concurren circunstancias que le restan imparcialidad en el ejercicio de sus competencias.

La propia Ley es la que vehementemente expresa que, todo aquel que desempeñe funciones públicas, cualquiera sea la calidad jurídica en que lo haga, deberá ejercerlas en conformidad con lo dispuesto en la Constitución y las Leyes, con estricto apego al principio de probidad.

En ese sentido, para el debido cumplimiento del principio de probidad, es que se exige a las autoridades y funcionarios una serie de actuaciones concretas para materializar el ejercicio probo de la función pública, sin que se comprometa o se conculque el bien público.

9.1. DECLARACIÓN DE PATRIMONIO E INTERESES

9.1.1 ¿QUIÉNES ESTÁN OBLIGADOS A REALIZARLA?

Se encuentran obligados a realizar una declaración de intereses y patrimonio las siguientes personas:

- a) El Presidente de la República, los ministros de Estado, los subsecretarios, los intendentes, los gobernadores, los secretarios regionales ministeriales, los jefes superiores de servicio, los embajadores, los ministros consejeros y los cónsules.
- b) Los consejeros del Consejo de Defensa del Estado, del Consejo Directivo del Servicio Electoral, del Consejo para la Transparencia, del Consejo de Alta Dirección Pública, del Instituto Nacional de Derechos Humanos y del Consejo Nacional de Televisión.
- c) Los integrantes de los Paneles de Expertos o Técnicos creados por las Leyes N°19.940, N°20.378 y N°20.410.
- d) Los alcaldes, concejales y consejeros regionales.

e) Los oficiales generales y oficiales superiores de las Fuerzas Armadas y niveles jerárquicos equivalentes de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública.

f) Los defensores locales de la Defensoría Penal Pública.

g) Los directores o las personas a que se refieren los incisos tercero, cuarto y quinto del artículo 37 de la Ley N°18.046, sobre Sociedades Anónimas, y los directores y gerentes de las empresas públicas creadas por Ley y de las sociedades en que el Estado tenga participación accionaria, aun cuando la Ley señale que es necesario mencionarlas expresamente para quedar sujetas a la regulación de otras Leyes, tales como Televisión Nacional de Chile, la Empresa Nacional de Minería, la Empresa de los Ferrocarriles del Estado, la Corporación Nacional del Cobre de Chile o el Banco del Estado de Chile.

h) Los presidentes y directores de corporaciones y fundaciones que presten servicios o tengan contratos vigentes con la Dirección Administrativa de la Presidencia de la República, sea que perciban o no una remuneración, y los directores y secretarios ejecutivos de fundaciones, corporaciones o asociaciones reguladas en el decreto con fuerza de Ley N°1, del año 2006, del Ministerio del Interior, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.695, orgánica constitucional de Municipalidades.

i) Los funcionarios que cumplan funciones directas de fiscalización.

j) Las demás autoridades y personal de planta y a contrata, que sean directivos, profesionales y técnicos de la Administración del Estado que se desempeñen hasta el tercer nivel jerárquico de la respectiva planta de la entidad o su equivalente. Para establecer la referida equivalencia deberá estarse al grado remuneratorio asignado a los empleos de que se trate y, en caso de no tener asignado un grado, al monto de las respectivas remuneraciones de carácter permanente.

Las personas **contratadas a honorarios** que presten servicios en la Administración del Estado, cuando perciban regularmente una

remuneración igual o superior al promedio mensual de la recibida anualmente por un funcionario que se desempeñe en el tercer nivel jerárquico, incluidas las asignaciones que correspondan.

k) Los rectores y miembros de las juntas directivas de las universidades del Estado.

9.1.2. CONTENIDO DE LA DECLARACIÓN DE INTERESES Y PATRIMONIO.

La declaración de intereses deberá hacerse dentro de los treinta días siguientes a la fecha de asunción del cargo. Además el declarante deberá actualizarla en el mes de marzo y dentro de los treinta días posteriores a la conclusión de su cargo.

La declaración de intereses y patrimonio y sus actualizaciones, deberá hacerse a través de un formulario electrónico disponible para todos los obligados por la Ley en la página web <http://dpi.minsegpres.gob.cl/>, plataforma a la cual se podrá acceder ingresando con su run y clave única.

De esa forma, debe contener:

- El nombre completo del declarante y de su cónyuge o conviviente civil;
- La fecha y lugar en que se presenta;
- Las actividades profesionales, laborales, económicas, gremiales o de beneficencia, sean o no remuneradas, que realice o en que participe el declarante;
- Bienes inmuebles situados en el país o en el extranjero;
- Derechos de aprovechamiento de aguas y concesiones de que sea titular el declarante;
- Bienes muebles registrables, tales como vehículos motorizados;
- Toda clase de derechos o acciones, de cualquier naturaleza, que tenga el declarante en comunidades, sociedades o empresas constituidas en Chile;
- Valores, distintos de aquellos señalados en

la letra anterior, sea que se transen o no en bolsa, tanto en Chile como en el extranjero;

- Contratos de mandato especial de administración de cartera de valores;
- La enunciación del pasivo, siempre que en su conjunto ascienda a un monto superior a cien unidades tributarias mensuales.

Además, la declaración de intereses y patrimonio deberá **comprender los bienes del cónyuge siempre que estén casados bajo el régimen de sociedad conyugal, y los del conviviente civil del declarante, siempre que hayan pactado régimen de comunidad de bienes.** La declaración de intereses y patrimonio también comprenderá los bienes de los hijos sujetos a la patria potestad del declarante y los de las personas que éste tenga bajo tutela o curatela.

9.1.3. DATOS CONSIDERADOS PERSONALES PARA EFECTOS DE DECLARACIÓN DE INTERESES Y PATRIMONIO.

Los datos declarados por las personas obligadas por la Ley vigente a realizar una declaración de intereses y patrimonio, son públicos, por regla general, por existir una Ley que habilita a su tratamiento. Por su parte, no son públicos aquellos datos considerados personales según la Ley N°19.628, sobre Protección a la Vida Privada.

En esos términos, son considerados personales para los efectos de la declaración de patrimonio e intereses, los siguientes:

1. RUT.
2. Estado civil
3. Domicilio
4. Datos sobre participación política o entidades religiosas
5. Ubicación de los inmuebles
6. Datos del registro conservatorio de los inmuebles.
7. Placa patente
8. Número de motor vehículo

9. Número de chasis vehículo

10. Fecha de inscripción vehículo

9.1.4. DECLARACIÓN POR INTERNET

a) Ingresar a la página <http://dpi.minsegpres.gob.cl/> y presionar en el botón de declaración de patrimonio e intereses:



b) Luego, en la página que se abra, presione "Declare aquí":



c) Aparecerá la solicitud de su rut y su clave única otorgada por el Servicio de Registro Civil e Identificación. Introduzca los datos y presione "Acceder":

Una vez ingresados todos los datos, se desplegará una pantalla en la que deberá entregar la información relativa a sus bienes

muebles, inmuebles, tales como, automóviles, terrenos, casas, departamentos, por lo que se recomienda tener los títulos de compraventas de esos bienes, escrituras, inscripciones en el Conservador de Bienes Raíces, padrón de automóviles, si tiene sociedades, las escrituras de constitución social, inscripción y publicación del extracto social, contabilidad de sus sociedades, de usted como persona natural, tener claridad si participa en una comunidad, etcétera.

9.1.5. SANCIÓN EN CASO DE NO CUMPLIR DENTRO DE PLAZO O DE MANERA COMPLETA Y EXACTA LA DECLARACIÓN DE PATRIMONIO

Si la persona obligada a efectuar o actualizar la declaración **no** la realiza **dentro del plazo** dispuesto para ello o la efectúa de manera **incompleta** o **inexacta**, la Contraloría General de la República, de oficio o a petición fundada de cualquier interesado, deberá **apercibir** al infractor para que la realice o rectifique dentro del plazo de diez días hábiles, notificándolo por carta certificada.

Si tras el apercibimiento se **mantuviera** el incumplimiento, la Contraloría General formulará cargos y el obligado tendrá el plazo de **diez días** hábiles para contestarlos, luego de lo cual podrá abrirse un periodo probatorio de ocho días hábiles.

Luego, la Contraloría, dentro de los diez días hábiles siguientes a aquel en que se evacuó la última diligencia, mediante resolución fundada, **propondrá** (no sanciona directamente) al jefe de servicio, o a quien haga sus veces, la aplicación de una multa a beneficio fiscal de cinco a cincuenta unidades tributarias mensuales, la que se reiterará por cada mes adicional de retardo desde la notificación de la sanción.

Si el incumplimiento se mantuviera por un período superior a los cuatro meses siguientes a la notificación de la sanción, se considerará falta grave a la probidad y **dará lugar a la destitución o cese de funciones del infractor, de acuerdo al estatuto respectivo.**

Luego, su inciso cuarto consigna que **el cese de funciones del sujeto obligado no extingue**

la responsabilidad a que haya lugar por infracción a las obligaciones relativas a la DIP, la que podrá hacerse efectiva dentro de los cuatro años siguientes al incumplimiento.

Así, se advierte que el legislador previó un régimen sancionatorio disciplinario específico para un grupo de infracciones determinadas, esto es, la no presentación o presentación tardía de las declaraciones de intereses y patrimonio o la falta de integridad o veracidad de los datos incorporados en esas declaraciones.

De esta manera, no resulta procedente aplicar al infractor otro tipo de medidas diversas a la multa fijada en unidades tributarias mensuales, como serían las comprendidas en el régimen disciplinario general que rige al obligado.

10. CALIFICACIÓN DE TRABAJO PESADO

Por Gabriel Nieto Muñoz, abogado jefe UDELAM, Patricia Núñez Vargas, abogada Departamento Jurídico. Colegio Médico de Chile (A.G.).

10.1. ¿QUÉ ES EL TRABAJO PESADO?

Es aquel trabajo cuya realización **acelera el desgaste físico, intelectual o psíquico** en la mayoría de quienes lo realizan, provocando un **envejecimiento precoz**, aun cuando ellos no generen una enfermedad laboral.

Son trabajos pesados, entre otros:

Los que producen un desgaste orgánico excepcional, por requerir esfuerzo físico extremo


Los que se ejecutan a temperaturas excesivamente altas o bajas.

Aquellos que se realizan habitualmente o íntegramente de noche. En este caso aquellos médicos cirujanos que desempeñan sus funciones en Urgencias, turnos nocturnos, o en Unidades de alta exigencia física y mental.

10.2. ¿QUÉ BENEFICIO TIENE QUE SE CALIFIQUE UN TRABAJO COMO PESADO?

El(la) trabajador(a) o funcionario(a) que haya desempeñado un trabajo calificado como pesado, podrá obtener una rebaja de la edad

legal para pensionarse por vejez, al estimarse que dichas labores generan un aceleramiento en su envejecimiento.



<p>Se rebaja 2 años la edad de jubilación, por cada 5 años en que se cotice un 2% adicional de la remuneración mensual imponible, con un máximo de 10 años de rebaja de la edad de jubilación, siempre que al acogerse a pensión tengan un total de 20 años de cotizaciones con este régimen excepcional.</p>	<p>Se rebajará 1 año la edad de jubilación, por cada 5 años de cotización adicional, con un máximo de 5 años, si la cotización, hubiese sido rebajada en un 1%</p>
--	--

10.3. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE SE CONSIDERAN PARA CALIFICAR COMO TRABAJO PESADO UNA LABOR?

<p>Factor físico El puesto de trabajo demanda un esfuerzo adaptativo fisiológico, reflejado en mayor gasto energético y con modificaciones del metabolismo. Ejemplo: desarrollo de fuerza, postura sostenida, trabajo repetitivo</p>	<p>Factor ambiental Presencia en los puestos de trabajo de agentes ambientales que pueden afectar negativamente la salud de los trabajadores, su bienestar y su equilibrio fisiológico. Ej: temperaturas extremas, ruido, exposición a agentes químicos (gases, polvos, etc) o biológicos (virus, bacterias, etc)</p>
<p>Factor mental El puesto de trabajo demanda esfuerzos adaptativos del sistema nervioso y de la estructura psicoafectiva del trabajador. Ej: manejo de incertidumbre, atención, vigilancia constante.</p>	<p>Factor organizacional Exigencias del puesto de trabajo derivadas de la organización y diseño de la labor y su entorno psicosocial. Ej: trabajo en turnos, conflicto de roles, sobrecarga cualitativa y cuantitativa</p>

10.4. ¿QUIÉN DETERMINA SI LA COTIZACIÓN ADICIONAL ES DE 1% O 2%?

Lo determina la Comisión Ergonómica Nacional (CEN), de acuerdo a los antecedentes aportados al momento de solicitar la calificación de trabajo pesado (en relación al desgaste relativo producido por dicha labor)

10.5. ¿QUÉ ES LA COMISIÓN ERGONOMICA NACIONAL?

Es un organismo creado por Ley, compuesto por un equipo multidisciplinario, que tiene la labor de calificar un trabajo como pesado (Funciona en la ciudad de Santiago).

10.6. ¿QUIÉN PUEDE PRESENTAR LA SOLICITUD DE "TRABAJO PESADO"?

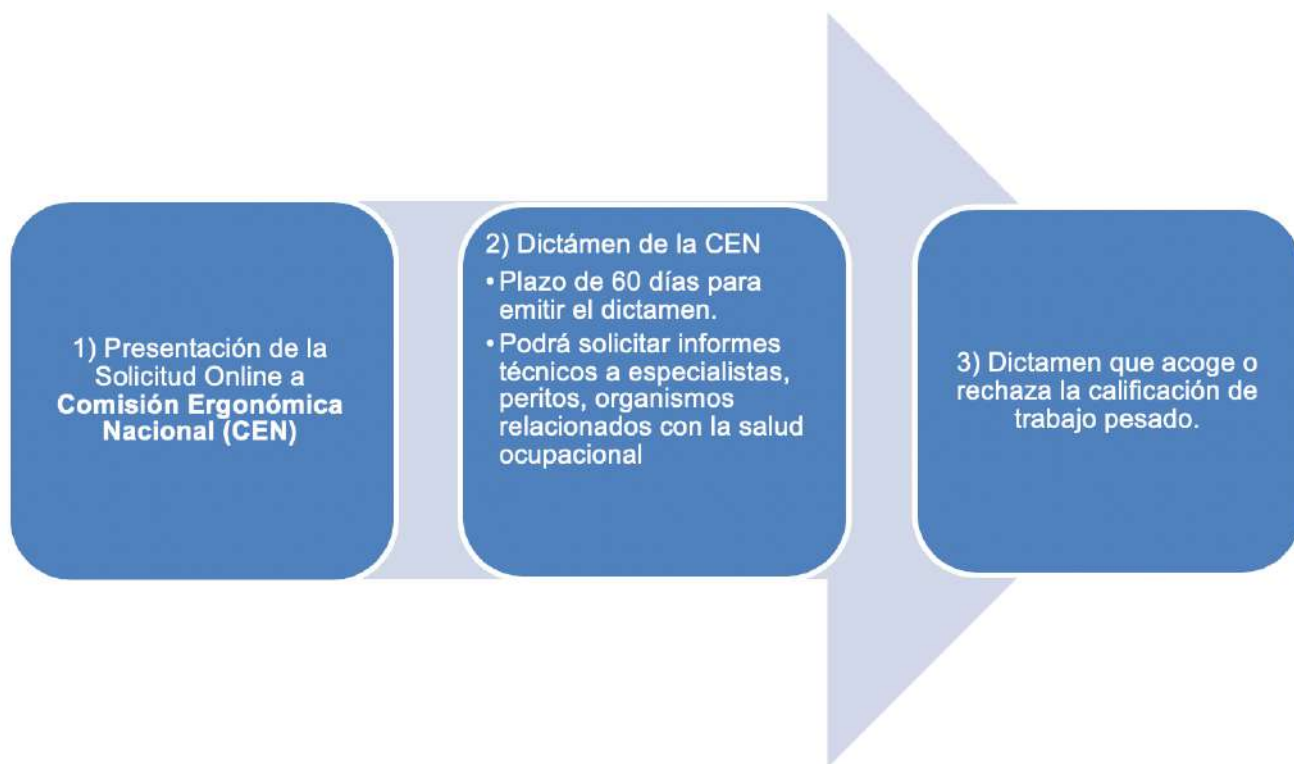
La solicitud de trabajo pesado puede ser presentada por:

1. El empleador, sea del sector público o privado.
2. Un trabajador
3. Un sindicato (En el caso de médicos cirujanos del sector privado de la salud)

El requirente deber tener vinculación directa con el puesto de trabajo a calificar, por lo que no puede hacerlo un trabajador que ya no labora en el puesto de trabajo al momento de realizarse la solicitud.

10.7.¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR UNA ACTIVIDAD O EMPLEO COMO TRABAJO PESADO?

La presentación del formulario se deberá realizar exclusivamente por medios electrónicos, a través de la página <https://ctp.spensiones.cl/>



10.8. ¿QUÉ PUEDE DICTAMINAR LA CEN?

La CEN puede aprobar o rechazar de la calificación de “Trabajo Pesado”.

Deberá notificar por escrito al trabajador, al empleador y a los demás interesados su dictamen, sobre la aprobación o rechazo de la calificación de trabajo pesado.

Igual notificación deberá efectuar a las Administradoras de Fondos de Pensiones y al ISP, en su caso, una vez ejecutoriada este dictamen, para que reciban la cotización adicional y velen por que el empleador la entere en la cuenta del trabajador o funcionario.

10.9. ¿PUEDO RECLAMAR DEL DICTAMEN DE LA CEN?

Si, se puede reclamar por el rechazo o calificación insuficiente, en el caso de que se determine un 1% de sobre cotización y se quiere llegar al máximo de 2%.

Este reclamo se realiza dentro del plazo de 30 días hábiles contado desde la notificación del dictamen respectivo.

10.10. ¿QUIÉN RESUELVE EL RECLAMO DEL DICTAMEN DE LA CEN?

El reclamo es resuelto por la Comisión de Apelaciones, la cual realiza sus funciones en la ciudad de Santiago. La resolución de la Comisión de Apelaciones, no es apelable.

11. SITUACIÓN ESPECIAL: COVID-19 Y SU REPERCUSIÓN EN EL TRABAJO MÉDICO.

*Por Jaime Venegas Alarcón, abogado UDELAM
Constanza Urrutia Schwarzenberg, abogada UDELAM,
Gabriel Nieto Muñoz, abogado jefe UDELAM.*

11.1. GRUPOS DE RIESGO Y TRABAJO REMOTO

La emergencia sanitaria tiene repercusiones en el ejercicio profesional, especialmente para la población que está expuesta a un mayor riesgo de contagio, como lo son los profesionales de la salud ¿Quiénes pueden solicitar sus Superiores acceder a un trabajo remoto? ¿Qué pasa con

aquellos(as) profesionales con enfermedades crónicas?

11.2. NORMATIVA APLICABLE EN EL ÁMBITO PÚBLICO:

Ante la pandemia que afecta al país, los órganos de la Administración del Estado, a través de las respectivas autoridades sanitarias, deben adoptar las medidas necesarias para dar continuidad al ejercicio de la función pública y mantener los servicios esenciales para toda la población, incluyendo los servicios de salud y hospitales. Además, busca evitar la propagación de la pandemia, teniendo presente el resguardo de la salud de toda la población.

Durante el actual contexto, se han dictado los siguientes oficios:

1. OFICIO PRESIDENCIAL N°3 de 16 de marzo 2020: Ordena dar cumplimiento a las garantías constitucionales, como son el respeto y protección del derecho a la vida, a la integridad física y psíquica, y a la protección de la salud. Para ello, impartió instrucciones generales a los jefes de servicio, quienes deberán implementar medidas que brinden seguridad a los trabajadores del sector público. Además, permitió eximir de control horario y cumplir con labores administrativas a través de medios electrónicos.
2. OFICIO CIRCULAR N°18, de 20 de marzo de 2020: Se pronuncia sobre el plan de Retorno Gradual de la administración del Estado por brote de COVID-19, y define los grupos de riesgo. Explica que para el cumplimiento de los principios de eficiencia, eficacia y de control jerárquico, los jefes superiores deben establecer un plan de retorno gradual a los servicios, y establece que los funcionarios de grupo de riesgo podrán ser eximidos del control horario, permitiéndoles que cumplan sus labores fuera de las dependencias.

Este oficio define los grupos de riesgo como:

- Aquellas personas mayores de 70 años de edad.
- Las mujeres embarazadas.
- Aquellas personas que el Jefe Superior del servicio defina, considerando las que tengan

contacto estrecho con casos confirmados de COVID-19 o que por sus condiciones de salud sean susceptibles de contagio, tales como personas inmunodeprimidas y que tengan diabetes, enfermedades cardíacas, pulmonares o que padezcan otras enfermedades de riesgo.

3. DICTAMEN N° 3610 de la Contraloría General de la República de 17 de marzo de 2020: Se pronuncia sobre medidas de gestión que pueden adoptar los órganos de la administración del Estado, teniendo presente el **resguardo de la salud** de los servidores públicos. Su objeto es proteger la vida y la salud de todos los servidores, **no haciendo distinción de la modalidad de contratación**, por lo que desde ya es posible incluir a aquellos prestadores de servicios a honorarios.

Reafirma que los jefes superiores de los servicios pueden disponer que las funciones se cumplan mediante el trabajo remoto, siempre que dichas labores puedan ser desarrolladas por esa vía, y también pueden decidir la no asistencia del personal, a fin de evitar la propagación.

Señala que estas medidas pueden ser adoptadas respecto de todos los servidores, independiente de los grupos de riesgo, teniendo presente la continuidad del servicio.

También señala que las decisiones deben ser acatadas por los servidores, dado el **deber de obediencia** contemplado en el artículo 61, letra

f) del estatuto administrativo.

Finalmente, se refiere a las normas de protección a la maternidad, reconociendo los derechos laborales de las funcionarias a honorarios. Reitera que la Ley N° 21.133, para para que tengan el debido acceso al sistema de salud y seguridad social, corresponde la obligación de cotizar, tal como todos los servidores públicos.

I. Normas relevantes en el sector privado:

Aplica principalmente el CÓDIGO DEL TRABAJO. Si bien este no contempla una definición de cuáles son las personas en grupo de riesgo, podemos aplicar lo señalado por la autoridad competente.

Además, dentro de las normas sobre protección a la maternidad, en el artículo 202 del Código del Trabajo, se le otorga a la autoridad competente determinar los trabajos que impliquen un riesgo para el **embarazo** y, por ende, que sea perjudicial para la salud de las trabajadoras.

La relación es de carácter consensual y por lo mismo, queda sujeto al acuerdo de voluntades, tanto del empleador como de los trabajadores. Puntualiza que por tratarse de derechos esenciales e irrenunciables, como lo son el derecho a la vida e integridad física y Siquica y el resguardo de la salud, en caso de profesionales que se encuentren dentro del grupo de riesgo, es deber ineludible del empleador, conforme lo mandatado en el artículo 184 y 184 bis del Código del Trabajo, tomar todas las medidas necesarias para proteger eficazmente la vida y salud de los trabajadores, manteniendo las condiciones adecuadas de higiene y seguridad, como también los implementos necesarios para prevenir accidentes y enfermedades profesionales. De esta forma, la ley ha hecho recaer en el empleador la responsabilidad de evitar la ocurrencia de contagios y accidentes en el trabajo.

Así también, el artículo 184 bis del Código del Trabajo, establece que en caso que en el lugar de trabajo sobrevenga un riesgo grave e inminente para la vida o salud de los trabajadores -como es la contingencia sanitaria por Covid-19-, el empleador debe:

- a) Informar inmediatamente a todos los trabajadores afectados sobre la existencia del mencionado riesgo, así como las medidas adoptadas para eliminarlo o atenuarlo.
- b) Adoptar también medidas para la suspensión inmediata de los trabajos y la evacuación de los trabajadores, en caso que el riesgo no se pueda eliminar o atenuar, como sería el caso del COVID.

11.3 Preguntas frecuentes sobre derechos laborales de médicos y médicas con salud de riesgo en contexto Covid-19

11.3.1 Quiénes se consideran población de riesgo

1. ¿Qué trabajadores del área de salud deberían dejar de asistir a su hospital por condiciones de salud y/o edad?

Aquellos servidores públicos que se encuentran en los grupos de riesgo definido por la administración del Estado, es decir:

- Mayores de 70 años de edad
- Mujeres embarazadas
- Aquellas personas que el Director del Establecimiento respectivo defina.

Considerando aquellas que tengan contacto estrecho con casos confirmados de COVID-19 o que por sus condiciones de salud sean susceptibles de desarrollar enfermedad grave, como personas inmunodeprimidas, que tengan diabetes, enfermedades cardíacas, pulmonares o que padezcan otras enfermedades de riesgo.

2. Si bien tengo menos de 70 años, y no tengo una enfermedad de las mencionadas por el Minsal, considero que soy de alto riesgo. ¿Puedo hacer algo? Y si es así, ¿debo realizar algún trámite para no atender directamente a pacientes?

En circunstancias particulares, el Jefe Superior del servicio podrá definir otros casos que considere se encuentran dentro del grupo de riesgo, lo cual debe realizar mediante un acto formal y fundado. En ese sentido, el funcionario, por escrito, debe poner en conocimiento a la autoridad del servicio todos los fundamentos por los cuales solicita ser eximido de realizar labores presenciales en los hospitales, incluyendo por ejemplo certificados médicos que acrediten alguna condición de salud especial, ya sea del propio funcionario o de alguna persona a su cuidado. En esos casos, se podrá realizar trabajo vía remota si es que sus funciones permiten esta modalidad o en caso contrario, solicitar derechamente ser eximidos de prestar

funciones durante ese periodo. Esto queda a absoluta discrecionalidad y ponderación del Jefe Superior del servicio.

3 ¿Qué derechos tienen los independientes para realizar trabajo vía remota?

Si entendemos que los independientes se refieren a aquellos prestadores de servicios a honorarios, debemos distinguir si aludimos a prestadores del sector público o privado.

En este sentido, si los médicos están contratados bajo esa modalidad en el sector público, cobra relevancia lo sostenido en el dictamen 3610 de la Contraloría, donde se menciona de manera amplia el concepto de "servidores" que abarca a todo el personal, incluso a honorarios y, por ende, se aplican todos los derechos ya señalados sobre los grupos de riesgo.

En el sector privado, no existe normativa ni pronunciamientos que modifiquen lo pactado en el contrato. La única forma de eximirse de asistir al trabajo sin perder los honorarios es estipulándolo de forma consensual. Dicho de otro modo, si no existe ningún pacto entre las partes con respecto a esta contingencia, no existe un mecanismo legal para exigir, por ejemplo, no asistir presencialmente a los centros de salud privados por pertenecer a un grupo de riesgo.

Si existen derechos asociados a las prestaciones sociales, en que los prestadores hayan cotizado conforme a la operación renta del año 2019 y ahora del 2020.

4. La definición de grupos de riesgo ¿se aplica a otros profesionales de salud?

Si, entendiendo que todas las normas antes señaladas se refieren a servidores en general, y profesionales que deban cumplir labores en servicios mínimos y esenciales como lo son los profesionales de la salud., ya sean técnicos, administrativos, auxiliares, profesionales no médicos y médicas, o incluso directivos.

11.3.2 Personal de salud embarazadas y personal al cuidado de escolares

1. Estoy embarazada, ¿cuáles son mis derechos en época de pandemia?

Todos los derechos contemplados en el título 2, del libro segundo del Código del Trabajo. Por remisión del artículo 89 del Estatuto Administrativo se aplican todas las normas sobre protección a la maternidad a las funcionarias públicas. En particular, al ser considerada como grupo de riesgo, se les debe autorizar el trabajo vía remota y en caso de que las funciones propias del cargo no sean compatibles para realizar desde la casa, se debe eximir a la trabajadora de prestar sus funciones, manteniendo el goce íntegro de sus remuneraciones.

Los mismos derechos se aplican en el sector privado, donde expresamente no se pueden realizar trabajos perjudiciales para el estado de gravidez, como son las horas extraordinarias, trabajos que impliquen fuerza, estar de pie, jornadas nocturnas, entre otros: Derecho a cobertura de licencias médicas en caso de enfermedad, licencias de pre y post natal, derecho a percibir íntegramente las remuneraciones, etc.

Por otro lado, conforme al nuevo régimen de cotizaciones previsionales, las trabajadoras a honorarios quedan cubiertas conforme a las cotizaciones que hayan realizado en la operación renta 2019 y 2020 pendiente.

2.¿Desde qué semana de embarazo por derecho podríamos estar fuera del ambiente laboral durante la pandemia?

No existe norma que se pronuncie al respecto, pero los documentos legales se refieren a las trabajadoras embarazadas como grupo de riesgo, por lo que desde que se encuentra en ese estado y la trabajadora lo notifica al empleador, el Director del establecimiento, mediante acto administrativo fundado, debe señalar el trabajo vía remota. En caso de no ser compatible con las labores que desempeña, debe eximirla de realizar funciones, siempre teniendo el derecho a percibir el pago íntegro de sus remuneraciones tal como todos los servidores públicos.

3. ¿Las embarazadas pueden continuar en su trabajo sin perder cobertura en caso de enfermedad laboral (ante eventual contagio COVID-19)?

No se pierde la protección ni la cobertura del seguro por el solo hecho de estar expuesto, ya que la normativa exige que la enfermedad sea de origen laboral. Ahora bien, se sugiere que, a pesar de que se sienta bien para seguir trabajando, no se exponga al riesgo de contagio, sobre todo porque no están demostradas las consecuencias futuras del COVID-19 en mujeres embarazadas.

4. Si estoy embarazada, actualmente en cuarentena preventiva por resolución del SS, ¿debo presentar la licencia prenatal a las 34 semanas?

La ley es clara y señala que se debe extender la licencia de prenatal, 42 días (seis semanas) antes de la fecha probable de parto, determinada por el doctor tratante o matrona. Siempre se debe notificar al empleador cuál será la fecha probable en que ejercerá su derecho irrenunciable de pre natal, pero la normativa señala el plazo antes indicado.

5. ¿Los derechos de embarazadas con permiso especial se mantendrán durante todo el período de gestación? Entendiendo que en algún momento el período de riesgo termine...

Si, ya que al estar embarazada se encuadra dentro de la población de alto riesgo y con ello, estará protegida mientras se mantengan las condiciones y fundamentos por los cuales se otorgó la protección.

6. ¿Qué consideraciones se tiene con las madres con hijos menores de 2 años?

De acuerdo a las instrucciones de la autoridad, se señala la posibilidad de ser considerada como persona de grupo de riesgo, ya que se refiere a casos especiales a considerar, como por ejemplo:

Además, tiene todos los derechos establecidos en el Código del Trabajo, entre ellos, el derecho a sala cuna y derecho a lactancia.

En ese sentido, el empleador debe disponer de la sala cuna, y dado que durante la emergencia

sanitaria no se encuentran abiertas, debe otorgar facilidades a la madre, disponiendo incluso la autorización de teletrabajo, ya que los derechos son irrenunciables.

Se hace presente que recientemente la Dirección del Trabajo ha señalado que, la madre trabajadora que se encuentre dentro de los presupuestos del artículo 203 del Código del Trabajo, en el marco de la presente emergencia sanitaria, mantiene el derecho a que el empleador provea de la respectiva sala cuna, lo que, no siendo posible de cumplir bajo las alternativas típicas (sala cuna en el establecimiento o en otro lugar), habilita a las partes a acordar el pago de un bono compensatorio, considerando el carácter de irrenunciable del derecho en análisis y la necesidad de resguardar la salud del menor.

11.4 Adulto mayor

1. ¿Hay una edad que las normas actuales acogen para eximirse del trabajo médico por COVID-19?

Si, según todos los documentos expuestos, la edad establecida como grupo de riesgo es mayor de 70 años.

2. ¿Están obligados a ir a trabajar los profesionales mayores de 65 años que se desempeñan en instituciones públicas?

Considerando que no están incluidos como grupo de riesgo, deben ir a trabajar a sus establecimientos; salvo aquellos funcionarios públicos que padezcan alguna de las enfermedades enumeradas, como diabetes, enfermedades cardíacas, pulmonares, persona inmunodeprimida, y otros casos especiales que quedan a criterio del jefe superior del servicio determinarlos.

3. ¿Qué pasa con los profesionales adultos mayores que trabajamos en el área privada?

¿Podemos dejar de asistir al trabajo, sin miedo a que nos corten la agenda?

No existe obligación del empleador de otorgarle un permiso para ausentarse. Sin embargo, el empleador debe velar por las

medidas necesarias para proteger eficazmente la vida y salud de los trabajadores, y si ud. es parte de los grupos de riesgo antes descritos, puede solicitar una autorización para ausentarse y trabajar de forma remota.

4. ¿Cuánto tiempo puedo permanecer en domicilio si soy adulta mayor, 67 años, con hipertensión, diabetes, hipotiroidismo con tiroiditis?

Todo el tiempo que sea necesario, mientras duren los fundamentos por los cuales se le concedió estar en su domicilio. Por ende, es muy relevante el criterio que establezca el jefe superior del servicio.

11.5 Enfermedades de mayor riesgo y comorbilidad

1. Además de adultos mayores y embarazadas, ¿quiénes catalogan como población de riesgo?

El oficio N°18, faculta al Jefe Superior del servicio a definir otros casos de personas que formen parte del grupo de riesgo, por lo que las normas no son taxativas y admiten evaluar otros casos, como aquellos trabajadores con enfermedades cardíacas, pulmonares, diabetes, inmunodeprimidos, aquellos que tienen contacto estrecho con personas en grupo de riesgo, aquellos que por su condición de salud sean especialmente susceptibles de contagio, etcétera. Es importante certificar tales condiciones al Jefe Superior.

2. ¿Tener una enfermedad crónica severa me convierte en beneficiario por mi condición de alto riesgo?

Todo lo señalado en la normativa queda sujeto a la facultad discrecional del Director del establecimiento, por lo que si es una enfermedad crónica será él quien determine los criterios y la modalidad para que se pueda desempeñar. En este contexto, tiene el derecho a solicitar el trabajo vía remota, en caso de que sus funciones así lo permitan. Si ello no es posible, puede asumir funciones administrativas o ser eximidos de prestar funciones. Lo importante es no exponerlos al riesgo de contagio.

3. Si me acojo al permiso por riesgo, ¿puedo tener actividades privadas?

En caso de ser otorgado este beneficio, sería contraproducente ejercer funciones en el ámbito privado, pues la medida justamente busca evitar el riesgo de contagio, y con ello, el resguardo de la vida, integridad física y Siquica de los trabajadores y otorgar protección a la salud. En ese sentido, el médico incurriría en falta a la probidad y con ello, podría ser sancionado con la destitución del cargo, recordando que los funcionarios tienen una investidura tal que se lleva incluso fuera del establecimiento.

4. ¿Cuánto tiempo se puede prolongar el permiso para no asistir a trabajar por alto riesgo de contagio en pacientes con inmunodepresión?

Todo el tiempo que duren los fundamentos por los cuales se extendió el permiso. No existe hasta la fecha un límite legal de vigencia para estos permisos.

5. Si soy población de riesgo, ¿existe algún mecanismo que se esté utilizando cuando las jefaturas del hospital solicitan hacer trámites administrativos presenciales que pueden enviarse por mail? Por ejemplo, una firma.

Si bien, aún no entra en vigencia de forma íntegra la Ley N° 21.180, el dictamen 3610 de la Contraloría se pronuncia sobre la posibilidad de realizar procedimientos y actos administrativos a través de medios electrónicos, sobre todo considerando la situación de pandemia actual. Por lo que para efectos de notificación de información son válidos los correos electrónicos. Sugerimos en estos casos que como parte final del correo se exprese que en virtud del artículo 5 de la Ley 19.880 y la Ley N°21.120 se permite realizar actos administrativos a través de medios electrónicos.

6. Si se prolonga el periodo de riesgo elevado de contagio, ¿puede el Servicio desvincular a profesionales de alto riesgo por "salud incompatible con el cargo"?

Los funcionarios que se encuentran en grupo de riesgo, y que por disposición de la autoridad (amparado en el dictamen N°3610 de la Contraloría General de la República) fueron

separados temporalmente de sus funciones o enviados a realizar trabajos remotos, no están ausentes de sus funciones por licencia médica sino por autorización especial de la autoridad por acto administrativo. Al no cumplirse el requisito de "estar con licencia médica", no procederá bajo ningún caso que se declare salud incompatible.

11.6 COVID 19 COMO ENFERMEDAD LABORAL Y EL SEGURO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES ESTABLECIDOS EN LA LEY 16.744.

Luego que la SUSESO determinara a través del Dictamen 1482-2020 del 27 de abril que para los trabajadores que se desempeñen en establecimientos de salud, la enfermedad COVID-19 debe ser calificada como de origen laboral, los médicos y médicas cuentan con una serie de prestaciones gratuitas que deben conocer, accediendo al Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales establecidos en la Ley 16.744.

Originalmente la SUSESO establecía hacer una evaluación para reconocer si el origen de la enfermedad era o no por razones laborales. Eso implicaba hacer una evaluación del puesto de trabajo, lo cual dificultaba el proceso y enlentecía el sistema.

El actual contexto sanitario requiere aislar a los sospechosos. Dado que el oficio estableció que el empleador debe hacer la denuncia del contagio, el trámite se vuelve más expedito y permite proteger a la población.

1) ¿A quiénes beneficia?

A todos los trabajadores que se desempeñen en establecimientos de salud, que sean diagnosticados con COVID-19 o determinados como contactos estrechos.

2) ¿Qué prestaciones gratuitas puedo recibir gracias al Seguro?

Prestaciones Médicas y Prestaciones Económicas

A) Gastos Médicos:

El seguro comprende el pago de todos los gastos médicos, hasta por 52 semanas de licencia, las que son prorrogables por 52 semanas más.

B) Indemnizaciones:

En caso de invalidez parcial:

El trabajador tendrá derecho a una indemnización global que no excederá de 15 veces el sueldo base y que se determinará en función de la relación entre dicho monto y el valor asignado a la incapacidad respectiva, en la forma y condiciones previstas en el reglamento.

En caso de invalidez total:

Tendrá derecho a una pensión mensual, equivalente al 70% de su sueldo base.

En caso de gran invalidez:

En caso de gran invalidez, se tendrá derecho a un suplemento de pensión, mientras permanezca en tal estado, equivalente a un 30% de su sueldo base.

*Gran inválido es aquel trabajador que requiere del auxilio de otras personas para realizar los actos elementales de su vida.

Beneficio por hijo o hija

Montos se aumentan en un 5% por cada uno de los hijos o hijas que le causen asignación familiar al pensionado, en exceso sobre dos.

En caso de fallecimiento:

El cónyuge, sus hijos, la madre de sus hijos, los ascendientes o descendientes que le causaban asignación familiar, tendrán derecho a pensiones de supervivencia.

La cónyuge superviviente mayor de 45 años o inválida de cualquier edad, tendrá derecho a una pensión vitalicia equivalente al 50% de la pensión básica que habría correspondido a la víctima si se hubiere invalidado totalmente.

Igual pensión corresponde a la viuda menor de 45 años de edad por el periodo de un año, prorrogable por todo el tiempo durante el cual mantenga a su cuidado hijos legítimos que le causen asignación familiar. Si al término del plazo o de su prórroga hubiere cumplido 45 años, la pensión se transformará en vitalicia. Cesará su derecho si contrajere nuevas nupcias.

La madre de los hijos del causante, soltera o viuda, que hubiere estado viviendo a expensas de éste hasta el momento de su muerte, tendrá también derecho a una pensión equivalente al 30% de la pensión básica que habría correspondido a la víctima.

Los hijos menores de 24 años que sigan estudios regulares, o inválidos de cualquier edad, tendrán derecho a percibir una pensión.

A falta de los anteriores, tendrán derecho a la pensión los demás ascendientes y descendientes del causante que le causaban asignación hasta cumplir 18 años de edad, para el caso de los descendientes.

3) ¿Cuáles son las ventajas de acceder a este seguro, versus hacer uso de régimen general (Fonasa o Isapre)?

A) Protege a todos los trabajadores por igual

El Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades profesionales protege tanto a quienes se desempeñan en forma dependiente (con contrato de trabajo) o de manera independiente (honorarios o por cuenta propia). Ello porque todo trabajador está protegido por la ley.

La ley N° 16.744 establece una obligatoriedad de financiamiento, delegando la administración del seguro a entidades de derecho público o privado, sin fines de lucro, como el Instituto de Seguridad Laboral (ISL), las Mutualidades de Empleadores y las Empresas con administración delegada.

Es importante mencionar que el oficio no hace distinción ni por especialidad ni por función que desarrolle la persona en la institución de salud.

B) Amplia cobertura de prestaciones médicas gratuitas

Entrega a la víctima de la enfermedad profesional derecho a las prestaciones médicas de las Ley N° 16.744, de manera gratuita, hasta su curación completa o mientras subsistan los Síntomas de las secuelas causadas (artículo 29 Ley N° 16.744). Tales prestaciones incluyen atención médica, quirúrgica y dental; hospitalización; medicamentos; prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación; rehabilitación física y reeducación profesional, y gastos de traslado, cuando así fuere necesario.

C) Indemnizaciones incluyen a la familia

Todas las coberturas de salud, pensiones y/o el fallecimiento habrá concurrencia de recursos por orfandad, viudez, para proteger a los integrantes de la familia ante la pérdida del proveedor de la familia. Desde ese punto de vista, en el actual contexto sanitario y la poca certeza de la evolución de la enfermedad para el paciente, el Seguro entrega una protección muy significativa.

D) Amplio subsidio por duración de Licencia Médica.

Las Isapres y Fonasa pueden rechazar y/o rebajar las licencias médicas. En cambio, la víctima de la enfermedad profesional tiene derecho al pago de un subsidio hasta de 52 semanas, el cual puede prorrogarse por igual período (hasta 104 semanas), para un mejor tratamiento o para atender su rehabilitación. Si transcurrido este tiempo no se logra la curación y/o la rehabilitación del paciente, debe presumirse que presenta un estado de invalidez

4) Cambio entre un régimen y otro

Se puede producir la suspensión del pago del subsidio del seguro laboral si la persona deja de seguir el tratamiento o impide deliberadamente su curación. Así también, los organismos administradores podrán suspender el pago de las pensiones a quienes se nieguen a someterse a los exámenes, controles o prescripciones que les sean ordenados, o que rehúsen, sin causa justificada, a someterse a los procesos necesarios para su rehabilitación física y

reeducación profesional que les sean indicados.

Existe la figura de la automarginación que consiste en optar por atenderse en el régimen general, en vez de utilizar las prestaciones del seguro laboral. En este caso, la SUSESO cubre el subsidio por incapacidad laboral (pago de licencia médica) y las prestaciones médicas se pagan según el plan de salud que tenga contratado el afiliado.

5) ¿A quién corresponde el pago de mi Licencia Médica por COVID-19?

El pago de la Licencia Médica es responsabilidad de la entidad administradora que corresponda.

De todos modos, FALMED se encuentra esperando la confirmación de la SUSESO de la información.

6) ¿Qué plazos debo tener en cuenta para notificar la enfermedad y para presentar una Licencia Médica?

En virtud de la situación excepcional que implica la actual alerta sanitaria en el país, se entiende que pueden no cumplirse los plazos para presentar licencias médicas. Se recomienda hacerlo a través de una vía digital, y aplicar el mismo criterio para notificaciones de todo tipo.

De todas maneras, recordar que la denuncia de enfermedad profesional la puede hacer cualquier persona. No obstante, lo recomendable es comunicarse de inmediato con el área de recursos humanos del empleador o directamente con el/la prevencionista de riesgo, quien es el encargado de guiarlo para hacer la denuncia.

Sobre el plazo para alegar existencia de la enfermedad, la ley establece que hay un plazo de 6 meses.

En principio la denuncia se debe hacer a las 24 hrs. de ocurrido el accidente laboral. Como este es un caso de enfermedad profesional, debería regirse el mismo plazo, pero ante la excepcionalidad que estamos viviendo, lo importante, desde el punto de vista epidemiológico, es atenderse lo más rápido posible. Es fundamental que los plazos sean lo más rápido posible para evitar la cadena de contagios.

7) ¿Puedo elegir el prestador en el cual quiero atenderme por COVID-19?

Se debe ir al establecimiento que corresponda según la entidad administradora. Para eso, consultar con el departamento de recursos humanos que corresponde. El o la prevencionista de riesgos debe indicar cómo proceder. El indicará qué mutualidad es la que corresponde.

En el caso de tratarse de un trabajador independiente (a honorarios) deberá acudir al Instituto de Seguridad Laboral.

En caso de emergencia o situación grave que signifique riesgo vital o de secuelas permanentes, la persona se puede atender en el lugar más cercano. Una vez resuelta la emergencia, el paciente será trasladado donde corresponda. Como el Covid es una enfermedad laboral, será trasladado una vez que el médico tratante dé la autorización. Cuando la persona ingresa donde se establezca que su caso su enfermedad no es de origen laboral, los costos serán remitidos a su sistema de salud.

11.7 INSTRUCTIVO DE CONTRALORÍA DIRIGIDO A FUNCIONARIOS, SERVIDORES A HONORARIOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA PÚBLICO. DICTAMEN 3.610 DE 17 DE MARZO DE 2020

1. Los órganos de la administración del Estado deben adoptar todas las medidas que el ordenamiento jurídico les confiere a fin de proteger la vida y salud de sus servidores:
¿Cómo?

- Evitando la exposición innecesaria a estos a un eventual contagio
- Siempre resguardando la continuidad del servicio público
- Siempre procurando el bienestar general de la población

2. Señala la Contraloría que el COVID-19 representa una situación de caso fortuito que, atendidas las graves consecuencias de su

propagación en la población puede generar, habilita la adopción de medidas extraordinarias de gestión interna de los órganos y servicios públicos, incluidas las municipalidades, con el objeto de resguardar a las personas.

3. ¿Qué facultades se otorgan a los jefes superiores, en lo que nos interesa:

- Permitir el cumplimiento de trabajo remoto desde sus domicilios u otros lugares, siempre que ello sea posible
- Establecer programas especiales de trabajo que permitan el ejercicio del control jerárquico de las jefaturas directas
- RESPECTO DE AQUELLOS QUE DEBEN PERMANECER REALIZANDO LABORES MÍNIMAS DE EMERGENCIA: como sucede con la atención de salud, la ayuda humanitaria, el control del orden público, la seguridad exterior, entre otras:
- Establecer horarios de ingreso y salida diferidos, con el objeto de evitar aglomeración de personas en el uso de transporte público
- DEBE DICTARSE ACTO ADMINISTRATIVO FUNDADO, en que se explicita la modalidad que se adopte, indicando las unidades o grupos de servidores que prestan servicios críticos que deberían continuar desarrollando sus funciones de manera presencial, y que modalidades podrán emplearse para el resto del personal

4. RESPECTO A LOS TRABAJOS EXTRAORDINARIOS

Señala el Dictamen que, respecto de aquellos funcionarios que realizan trabajo a distancia, no resulta admisible el pago de horas extraordinarias o compensación.

Nada señala respecto de aquellos que servirán presencialmente en sus servicios, razón por la cual, deberá aplicarse la ley vigente y procede el pago de las horas extraordinarias o las compensaciones.

5. RESPECTO A FERIADO LEGAL O PERMISOS

- Por causa de la pandemia, no corresponde que se exija a los funcionarios o servidores a honorarios, solicitar los feriados o permisos a que tengan derecho para justificar su inasistencia al lugar de trabajo.
- El contexto de caso fortuito o permite obligar al servidor a hacer uso de aquellos derechos que están concebidos para que su ejercicio opere solo a requerimiento del interesado.
- Todo, sin perjuicio de las facultades que el ordenamiento jurídico—o el convenio a honorarios, según sea el caso—contemple para la autoridad respectiva una vez que el funcionario ha solicitado hacer uso de esos beneficios.

6. LICENCIAS MÉDICAS Y FERIADO LEGAL (MUY IMPORTANTE)

- Las licencias extendidas a causa del COVID-19, cuando el servidor se encuentra haciendo uso de sus vacaciones: resulta útil destacar que la Contraloría ha señalado, como regla general, que el feriado corre ininterrumpidamente una vez que se ha concedido, no pudiendo superponerse durante su transcurso una licencia médica **CON EXCEPCIÓN DE CASOS DEBIDAMENTE CALIFICADOS Y REFERIDOS A ENFERMEDADES GRAVES**, condiciones que corresponde a la respectiva jefatura verificar.
- De acuerdo con el criterio sustentado en el Dictamen N°2.803, de 2020, de la Contraloría, la autoridad puede disponer la suspensión del feriado en casos calificados como la enfermedad producida por el virus COVID-19, considerando **QUE EL DESCANSO DISPUESTO PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD RESULTA INCOMPATIBLE CON LA FINALIDAD DE LAS VACACIONES**.

7. PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD Y HONORARIOS

Respecto a este punto, la Contraloría señala que, **NO RESULTA LÍCITO LIMITAR A UN PERIODO DE TIEMPO EL USO DE LICENCIAS MÉDICAS NI EL DERECHO A GOZAR DE LOS SUBSIDIOS PERTINENTES DEL PERSONAL A HONORARIOS**.

8. LICENCIAS MÉDICAS DE SERVIDORES A HONORARIOS

Las ausencias producidas producto del contagio COVID-19 y que se encuentren cubiertas con la pertinente licencia médica, dan derecho a los servidores a honorarios a justificar su inasistencia y percibir el respectivo subsidio, durante todo el tiempo en que se extienda el descanso prescrito por el facultativo.

11.8 ALGUNAS NOTAS SOBRE EL TELETRABAJO Y MODIFICACIONES CONTRACTUALES EN EL SECTOR PRIVADO.

En el contexto de la pandemia, el Legislador se vio en la imperiosa necesidad de agilizar la tramitación de la ley que regula el teletrabajo en Chile, como modalidad especial de ejercicio de las labores de los trabajadores. De esa forma, fue modificado nuestro Código del Trabajo, conceptualizando el trabajo a distancia o teletrabajo, siendo este último aquél que se presta en lugares distintos a las dependencias del empleador por medios tecnológicos principalmente. Desde el momento de la modificación del indicado texto legal, se ha ordenado por la ley, o modificar los pactos laborales que tomaban esta forma de ejercicio de labores y, en definitiva escriturar una serie de cláusulas especiales en las convenciones que adoptaron esta distinta y novedosa forma de ejercicio del trabajo.

Sobre este particular, conviene puntualizar que el artículo 9° del Código del Trabajo establece que, “El contrato de trabajo es consensual; deberá constar por escrito en los plazos a que se refiere el inciso siguiente, y firmarse por ambas partes en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada contratante”. Por su parte,

el artículo 11 del referido Código menciona “Las modificaciones del contrato de trabajo se consignarán por escrito y serán firmadas por las partes al dorso de los ejemplares del mismo o en documento anexo.”

a) Cuándo estamos en presencia del pacto de teletrabajo.

Prestadores privados, a partir de marzo del año 2020, han determinado que los trabajadores debían cambiar el lugar habitual en donde debían prestar sus servicios, dada la imposibilidad de poder concurrir a las consultas o lugares determinados por el empleador para prestar los servicios, aceptándose tanto por el empleador como por el trabajador, el mantener vigente el contrato de trabajo en cuanto los trabajadores siguen ejecutando sus labores y reportando las mismas y el empleador pagando las remuneraciones, asignación de colación y movilización pactadas.

Desde ese punto de vista, evidentemente, atendido el estado de excepción constitucional, los trabajadores han cambiado totalmente la dinámica de su trabajo, ejerciéndolo desde sus hogares (o lugar que no se encuentra determinado por el empleador), mediante medios electrónicos, a saber, correos y reuniones por teleconferencia.

Visto lo anterior y, al haber presentado la clara realidad en la que actualmente se encuentra la relación jurídica laboral, cuestión del todo relevante en el derecho del trabajo, debemos considerar que se desprende del artículo 152 quáter G) del Código del Trabajo que, define expresamente el concepto de trabajo a distancia y teletrabajo, estableciendo que el primero es aquel que involucra a los trabajadores que prestan sus servicios, total o parcialmente, desde su domicilio u otro lugar o lugares distintos de los establecimientos, instalaciones o faenas de la empresa. Por su parte, el segundo, es una forma de trabajo a distancia que se distingue por el hecho de que en la prestación de servicios se utilizan medios tecnológicos, informáticos o de telecomunicaciones o porque tales servicios deben reportarse a través de estos medios. (Aplica Criterio del Dictamen 1389/007 de 08 de abril de 2020 de la Dirección del Trabajo).

Considerando lo anterior, debemos señalar que la prestación de servicios bajo estas modalidades requiere del acuerdo de las partes, el que puede alcanzarse tanto al inicio de la relación laboral como durante su vigencia, el que en ningún caso podrá implicar un menoscabo de los derechos que el Código del Trabajo reconoce a los trabajadores, circunstancia que implica que aquellos deberán gozar de todos los derechos individuales y colectivos, en tanto no sean incompatibles con las normas que regulan esta modalidad de contratación.

Desde tal punto de vista, atendido a que el contrato de trabajo es consensual, esto es, se perfecciona por el solo consentimiento de las partes, ya, desde el momento en que el empleador envía una comunicación a sus trabajadores (oferta) de ejecutar exactamente sus mismas labores desde sus casas y el trabajador accede a ello, retira sus equipos computacionales de la oficina, consulta, etcétera, se instala en su hogar y presta sus servicios desde allí y reporta diariamente su trabajo por mail y accede a videoconferencias (aceptación), se entiende que se acordó (se formó el consentimiento) la modalidad de teletrabajo.

Ahora, en simple, la Dirección del Trabajo ha indicado lo que no constituye teletrabajo: “No se considera trabajo a distancia o teletrabajo cuando el trabajador presta servicios en lugares designados y habilitados por el empleador, aun cuando se encuentren ubicados fuera de las dependencias de la empresa.” Evidentemente, ello no ocurre en el caso de los trabajadores en este momento.

b) Necesidad de que el empleador y los trabajadores firmen los anexos de contrato de trabajo.

La Ley es la que ordena que los pactos de teletrabajo se escriban y se registren en la Dirección del Trabajo. Así, el artículo 152 quáter K es el que establece que “Además de las estipulaciones previstas en el artículo 10, el contrato de trabajo, en los casos como el que estoy exponiendo debe contener lo siguiente:

1. Indicación expresa de que las partes han acordado la modalidad de trabajo a distancia o teletrabajo, especificando si será de forma total o parcial y, en este último caso,

la fórmula de combinación entre trabajo presencial y trabajo a distancia o teletrabajo.

2. El lugar o los lugares donde se prestarán los servicios, salvo que las partes hayan acordado que el trabajador elegirá libremente dónde ejercerá sus funciones, en conformidad a lo prescrito en el artículo 152 quáter H, lo que deberá expresarse. 5
3. El período de duración del acuerdo de trabajo a distancia o teletrabajo, el cual podrá ser indefinido o por un tiempo determinado, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 152 quáter I.
4. Los mecanismos de supervisión o control que utilizará el empleador respecto de los servicios convenidos con el trabajador.
5. La circunstancia de haberse acordado que el trabajador a distancia o teletrabajador podrá distribuir su jornada en el horario que mejor se adapte a sus necesidades o que el teletrabajador se encuentra excluido de la limitación de jornada de trabajo.
6. El tiempo de desconexión.”

La dirección del Trabajo en su dictamen 1389/007 de 08 de abril de 2020 señala que, conforme a lo establecido en el artículo precitado, además de las estipulaciones mínimas establecidas en el artículo 10 del Código del Trabajo, el contrato que nos ocupa debe contener aquellas especiales que dicha norma prevé, las cuales deben ser incorporadas al momento de acordar la aplicación de la modalidad de trabajo a distancia o teletrabajo.

Añade que, sin perjuicio de los aspectos ya dilucidados, se debe destacar que, a propósito de los contenidos mínimos de estos contratos de trabajo, el trabajo a distancia o teletrabajo puede acordarse por un tiempo determinado o de forma indefinida, aspecto que debe estar consignado por escrito al momento de alcanzar el acuerdo respectivo.

Señala la Dirección del trabajo que se debe destacar que, siendo el contrato de trabajo consensual—como ya adelanté en este informe—la existencia del trabajo a distancia o teletrabajo requiere del solo acuerdo de las

partes. Agrega que, no obstante, en lo que respecta a la obligación de escriturar este tipo de contratos, pertinente resulta puntualizar que su escrituración se regirá por las reglas generales establecidas en el artículo 9 del Código del Trabajo.

En este orden de ideas—señala la Dirección—la NO ESCRITURACIÓN del contrato de trabajo dentro del plazo fijado por el legislador para estos efectos, implicará que el empleador pueda ser sancionado con una multa a beneficio fiscal de una a cinco UTM y, adicionalmente, se presumirá legalmente que son estipulaciones del contrato de trabajo las que declare el trabajador.

Estas estipulaciones mínimas deben quedar establecidas—señala la Dirección—en aquellos casos en que se suscribe un pacto de trabajo a distancia o teletrabajo con posterioridad al inicio de la vigencia de la relación laboral (como es en nuestro caso), lo que de no cumplirse podría acarrear multas al empleador conforme a las reglas generales asociadas a este incumplimiento de la normativa laboral.

c) Obligatoriedad de Registro y Fiscalización de los contratos de trabajo.

El artículo 152 quáter O del Código del Trabajo establece que dentro de los quince días siguientes al que las partes acuerdan sujetarse a la modalidad de teletrabajo, el empleador debe registrar electrónicamente el pacto respectivo ante la Dirección del Trabajo, la que remitirá copia del registro de la Superintendencia de Seguridad Social y a los organismos administradores de la ley 16.744.

De ello se colige que, además de cumplir con la disposición legal de mantener los registros de los trabajadores dentro de la entidad empleadora, la finalidad de estas normas es velar para que los lugares de trabajo (casas o lugares externos a la entidad empleadora) sean eventualmente fiscalizados para observar que cumplen con los estándares de seguridad exigidos por el legislador y, además, de mantener un control para que se configure una verdadera subordinación del trabajador, elemento esencial del contrato de trabajo y que lo distingue de cualquier otro.

d) Asignaciones de movilización, colación, desgastes de herramientas, cobertura de gastos de luz e internet.

Como ya se ha adelantado, en el derecho del trabajo la realidad constituye un elemento esencial para determinar la dinámica en la que se desarrolla un contrato de trabajo y ello determina derechos y obligaciones para ambas partes que emanan de la relación jurídica.

De esa forma, no se puede desconocer que la actual situación del país irrumpió abruptamente en las relaciones jurídicas que nos ocupan y la forma en la que los trabajadores prestan sus servicios al empleador.

De ello se sigue que es innegable que los trabajadores, si bien, pueden estar trabajando con los equipos que les ha brindado la empleadora, esto es, computador y teléfono celular, etc. ocupan el mobiliario de su hogar, o adquieren artículos de oficina de suyo propio, usan impresoras propias, tinta, entre otros elementos con los que habitualmente se ejerce el trabajo de naturaleza jurídica. Por ello, se hace necesario manifestar que, se torna una obligación para el trabajador aportar algún monto que constituya un paliativo al desgaste de esos elementos que les son propios, pues, un elemento propio de la naturaleza de este tipo de relaciones jurídicas es que el trabajador preste sus servicios brindando su conocimiento técnico a las labores que realiza. Sin embargo, los demás objetos para ejecutar sus labores debe aportarlas del todo el empleador y, en la medida en que el trabajador en parte contribuya con alguna herramienta de su propio patrimonio, la fundación es quien debe retribuirle por aquello y, esa es el espíritu que subyace a la obligación de pagar una asignación de desgaste de herramientas y otras compensaciones.

Por su parte, se hace presente que, la dirección ha señalado en su dictamen 1389/007 de 08 de Abril de 2020 que, en conformidad a lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 152 quáter G) del Código del Trabajo, la suscripción de un contrato de trabajo a distancia o teletrabajo no puede implicar un menoscabo en los derechos que el Código del Trabajo reconoce a los Trabajadores, en especial, su remuneración, circunstancia frente a la cual resulta pertinente

considerar la irrenunciabilidad de los derechos laborales.

Así las cosas, el espíritu de la ley que modificó al Código del Trabajo en la materia que nos ocupa, tiene como espíritu que los trabajadores gocen de todos los derechos individuales y colectivos que les reconoce el Código del Trabajo en tanto no sean incompatibles con la regulación del contrato a distancia y el teletrabajo.

De esa forma, siguiendo en la línea de lo que se está planteando, el hecho de que el teletrabajo no puede implicar un menoscabo para el trabajador quiere decir que éste no deba incurrir en gasto alguno adicional para el ejercicio de sus labores, y gozar íntegramente de su remuneración para su disfrute personal y cubrir sus necesidades familiares, entre otras y no las del empleador. De esta forma, el hecho de que la entidad empleadora no pague al trabajador el desgaste de las herramientas, reflejará un menoscabo en el patrimonio de este último, quien estará devaluando sus bienes propios en pos al trabajo que ejecuta por cuenta de otro.

La misma idea puede predicarse en relación a los gastos de luz e internet que habitualmente se enuncian para establecer el pago de alguna compensación por tales gastos al empleado. Así las cosas, debe considerarse que, en tiempos de normalidad, los trabajadores permanecen o ejecutan gran parte de sus labores en los lugares que el empleador tiene dispuesto (oficinas, consultas). Con la modalidad de teletrabajo imperante, ya no puede hacerse, aceptando el empleador que los trabajadores presten sus servicios desde sus lugares particulares, debiendo evidentemente estos, utilizar recursos propios para el funcionamiento, lo que, en pos a evitar menoscabo de todo tipo, se establece que el empleador debe compensar en parte los gastos en que haya incurrido, insistiendo en que es éste quien debe otorgar todos los medios para que el trabajo convenido se materialice.

En cuanto a las asignaciones de colación y movilización actualmente vigentes, se debe considerar que, no son constitutivas de remuneración, sino más bien, aportes que hace el empleador de carácter compensatorio y que se enteran a los trabajadores a fin de cubrir efectivamente los gastos en que incurren en esos conceptos.

Respecto de la asignación de colación, es innegable que los trabajadores deben seguir percibiéndola, pues, es la cobertura de una necesidad básica que no ha mutado con la circunstancia de existir el teletrabajo. No resiste mayor análisis.

En relación a la asignación de movilización en todo caso, al pactar el cambio en el lugar de prestación de servicios, se puede acordar el cese de esta asignación o pactar la procedencia de otras que supongan el desplazamiento o la presencia física del Trabajador en la Empresa.

Ahora, ha señalado la doctrina que, si la asignación de movilización se paga incluso cuando el Trabajador está de vacaciones, no puede descontarse, pues el Empleador le ha dado el tratamiento de pago aun en periodos de no prestación de servicios (García De La Pastora).

La ley es clara, si una persona pacta teletrabajo tiene derecho a que se le mantengan sus mismas condiciones y no sufrir ningún menoscabo, por eso el empleador no puede quitar ninguna de las asignaciones ya establecidas, sin embargo, si las partes lo acuerdan se podrían cambiar los motivos de las asignaciones, por ejemplo, si un trabajador tenía una asignación por movilización que hoy día ya no aplica por la situación país, se podría pactar entre las partes cambiar el motivo. Sin embargo, para ello, es necesario el pacto entre las partes, no le es posible al empleador de forma unilateral modificar lo ya pactado en el contrato de trabajo, de forma que, si se pretende sustituir la movilización, debe hacerse con acuerdo de ambas partes. Ello no obsta a que, debe pagarse la asignación de desgaste de herramientas, compensaciones por electricidad e internet que ya se han explicado.

CAPÍTULO III

DE LA REGULACIÓN ATINGENTE AL TRABAJO MÉDICO

- Unidad de Defensa Laboral Médica, UDELAM
- Área Jurídica Falmed
- Abg. Juan Carlos Bello
- Abg. Nicolás Sanhueza

1. DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTE

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- Esta Ley tiene por objeto regular los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

Sus disposiciones se aplicarán a cualquier tipo de prestador de acciones de salud, sea público o privado. Asimismo, y en lo que corresponda, se aplicarán a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud.

Artículo 2°.- Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las Leyes. La atención que se proporcione a las personas con discapacidad física o mental y a aquellas que se encuentren privadas de libertad, deberá regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, para asegurar que aquella sea oportuna y de igual calidad.

Artículo 3°.- Se entiende por prestador de salud, en adelante el prestador, toda persona, natural o jurídica, pública o privada, cuya actividad sea el otorgamiento de atenciones de salud. Los prestadores son de dos categorías: institucionales e individuales.

Prestadores institucionales son aquellos que organizan en establecimientos asistenciales medios personales, materiales e inmateriales destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, dotados de una individualidad determinada

y ordenados bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad. Corresponde a sus órganos la misión de velar porque en los establecimientos indicados se respeten los contenidos de esta Ley.

Prestadores individuales son las personas naturales que, de manera independiente, dependiente de un prestador institucional o por medio de un convenio con éste, otorgan directamente prestaciones de salud a las personas o colaboran directa o indirectamente en la ejecución de estas. Se consideran prestadores individuales los profesionales de la salud a que se refiere el Libro Quinto del Código Sanitario.

Para el otorgamiento de prestaciones de salud todo prestador deberá haber cumplido las disposiciones legales y reglamentarias relativas a los procesos de certificación y acreditación, cuando correspondan.

TÍTULO II

DERECHOS DE LAS PERSONAS EN SU ATENCIÓN DE SALUD

Párrafo 1º: De la seguridad en la atención de salud

Artículo 4º.- Artículo 4º.- Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado.

Las normas y protocolos a que se refiere el inciso primero serán aprobados por resolución del Ministro de Salud, publicada en el Diario Oficial, y deberán ser permanentemente revisados y actualizados de acuerdo a la evidencia científica disponible.

Párrafo 2º: Del derecho a un trato digno

Artículo 5º.- En su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia.

En consecuencia, los prestadores deberán:

a) Velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención; cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad, no tengan dominio del idioma castellano o solo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario

del establecimiento, si existiere, o con apoyo de un tercero que sea designado por la persona atendida.

b) Velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre.

c) Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud. En especial, se deberá asegurar estos derechos en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso. En todo caso, para la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones para usos o fines periodísticos o publicitarios se requerirá autorización escrita del paciente o de su representante legal.

La atención otorgada por alumnos en establecimientos de carácter docente asistencial, como también en las entidades que han suscrito acuerdos de colaboración con universidades o institutos reconocidos, deberá contar con la supervisión de un médico u otro profesional de la salud que trabaje en dicho establecimiento y que corresponda según el tipo de prestación.

Un reglamento expedido por el Ministerio de Salud establecerá las normas para dar cumplimiento a lo dispuesto en el literal c) y en el inciso precedente.

Párrafo 3º Del derecho a la atención preferente

Artículo 5º bis.- Toda persona mayor de 60 años, como también toda persona en situación de discapacidad, tendrá derecho a ser atendida preferente y oportunamente por cualquier prestador de acciones de salud, con el fin de facilitar su acceso a dichas acciones, sin perjuicio de la priorización que corresponda aplicar según la condición de salud de emergencia o urgencia de los pacientes, de acuerdo al protocolo respectivo.

Esta atención preferente y oportuna consistirá, al momento del ingreso del paciente, en la adopción por el prestador de las siguientes medidas:

I. Si se tratare de una consulta de salud:

- a) En la entrega de número para la solicitud de día y hora de atención.
- b) En la asignación de día y hora para la atención.
- c) En la asignación prioritaria para la consulta de salud de urgencia.

Si en la consulta el médico o profesional de salud considera necesario que el paciente sea evaluado por un médico especialista, generando una interconsulta, deberá ser priorizada de la misma manera indicada en el inciso anterior.

II. Si se tratare de la prescripción y dispensación de medicamentos:

- a) En la emisión y gestión de la receta médica respectiva.
- b) En la entrega de número para la dispensación de medicamentos en la farmacia.
- c) En la dispensación de medicamentos en la farmacia.

III. Si se tratare de toma de exámenes o procedimientos médicos más complejos:

- a) En la entrega de número para la solicitud de día y hora para su realización.
- b) En la asignación de día y hora para su realización.
- c) En la posterior asignación prioritaria para la realización de exámenes o procedimientos médicos más complejos.

Artículo 5° ter.- El prestador de acciones de salud deberá consignar con caracteres legibles, en un lugar visible y de fácil acceso del recinto en que se desempeña, el texto de este derecho a la atención preferente y oportuna.

Párrafo 4° Del derecho a tener compañía y asistencia espiritual

Artículo 6°.- Toda persona tiene derecho a que los prestadores le faciliten la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones

ambulatorias, de acuerdo con la reglamentación interna de cada establecimiento, la que en ningún caso podrá restringir este derecho de la persona más allá de lo que requiera su beneficio clínico.

Asimismo, toda persona que lo solicite tiene derecho a recibir, oportunamente y en conformidad a la Ley, consejería y asistencia religiosa o espiritual.

Artículo 7°.- En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.

Párrafo 5° Del derecho de información

Artículo 8°.- Toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito, respecto de los siguientes elementos:

- a) Las atenciones de salud o tipos de acciones de salud que el prestador respectivo ofrece o tiene disponibles y los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones, así como el valor de las mismas.
- b) Las condiciones previsionales de salud requeridas para su atención, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites necesarios para obtener la atención de salud.
- c) Las condiciones y obligaciones contempladas en sus reglamentos internos que las personas deberán cumplir mientras se encuentren al interior de los establecimientos asistenciales.

d) Las instancias y formas de efectuar comentarios, agradecimientos, reclamos y sugerencias. Los prestadores deberán colocar y mantener en un lugar público y visible, una carta de derechos y deberes de las personas en relación con la atención de salud, cuyo contenido será determinado mediante resolución del Ministro de Salud.

Los prestadores individuales estarán obligados a proporcionar la información señalada en las letras a) y b) y en el inciso precedente.

Artículo 9°.- Toda persona tiene derecho a que todos y cada uno de los miembros del equipo de salud que la atiendan tengan algún sistema visible de identificación personal, incluyendo la función que desempeñan, así como a saber quien autoriza y efectúa sus diagnósticos y tratamientos.

Se entenderá que el equipo de salud comprende todo individuo que actúe como miembro de un equipo de personas, que tiene la función de realizar algún tipo de atención o prestación de salud. Lo anterior incluye a profesionales y no profesionales, tanto del área de la salud como de otras que tengan participación en el quehacer de salud.

Artículo 10.- Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional.

Cuando la condición de la persona, a juicio de su médico tratante, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información a que se refiere el inciso anterior será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. Sin perjuicio de lo anterior, una vez que haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, deberá ser informada en los términos indicados

en el inciso precedente.

Tratándose de atenciones médicas de emergencia o urgencia, es decir, de aquellas en que la falta de intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital o secuela funcional grave para la persona y ella no esté en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, velando porque se limite a la situación descrita. Sin perjuicio de lo anterior, la persona deberá ser informada, de acuerdo con lo indicado en los incisos precedentes, cuando a juicio del médico tratante las condiciones en que se encuentre lo permitan, siempre que ello no ponga en riesgo su vida. La imposibilidad de entregar la información no podrá, en ningún caso, dilatar o posponer la atención de salud de emergencia o urgencia.

Los prestadores deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar la adecuada confidencialidad durante la entrega de esta información, así como la existencia de lugares apropiados para ello.

Artículo 11.- Toda persona tendrá derecho a recibir, por parte del médico tratante, una vez finalizada su hospitalización, un informe legible que, a lo menos, deberá contener:

- a)** La identificación de la persona y del profesional que actuó como tratante principal;
- b)** El período de tratamiento;
- c)** Una información comprensible acerca del diagnóstico de ingreso y de alta, con sus respectivas fechas, y los resultados más relevantes de exámenes y procedimientos efectuados que sean pertinentes al diagnóstico e indicaciones a seguir, y
- d)** Una lista de los medicamentos y dosis suministrados durante el tratamiento y de aquellos prescritos en la receta médica.

El prestador deberá entregar por escrito la información sobre los aranceles y procedimientos de cobro de las prestaciones de salud que le fueron aplicadas, incluyendo pormenorizadamente, cuando corresponda, los insumos, medicamentos, exámenes, derechos

de pabellón, días-cama y honorarios de quienes le atendieron, antes del pago, si éste correspondiere.

Toda persona podrá solicitar, en cualquier momento de su tratamiento, un informe que señale la duración de éste, el diagnóstico y los procedimientos aplicados.

Asimismo, toda persona tendrá derecho a que se le extienda un certificado que acredite su estado de salud y licencia médica si corresponde, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria, o cuando lo solicite para fines particulares. El referido certificado será emitido, de preferencia, por el profesional que trató al paciente que lo solicita.

Párrafo 6°: De la reserva de la información contenida en la ficha clínica

Artículo 12.- La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella.

Toda la información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2° de la Ley N° 19.628.

Artículo 13.- La ficha clínica permanecerá por un período de al menos quince años en poder del prestador, quien será responsable de la reserva de su contenido. Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud establecerá la forma y las condiciones bajo las cuales los prestadores almacenarán las fichas, así como las normas necesarias para su administración, adecuada protección y eliminación.

Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la persona no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica. Ello incluye al personal de salud y administrativo del mismo prestador, no vinculado a la atención de la persona.

Sin perjuicio de lo anterior, la información contenida en la ficha, copia de la misma o parte de ella, será entregada, total o parcialmente, a solicitud expresa de las personas y organismos que se indican a continuación, en los casos, forma y condiciones que se señalan:

- a) Al titular de la ficha clínica, a su representante legal o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos.
- b) A un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario.
- c) A los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo.
- d) A los fiscales del Ministerio Público y a los abogados, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.
- e) Al Instituto de Salud Pública, en el ejercicio de sus facultades.

Las instituciones y personas indicadas precedentemente adoptarán las providencias necesarias para asegurar la reserva de la identidad del titular las fichas clínicas a las que accedan, de los datos médicos, genéticos u otros de carácter sensible contenidos en ellas y para que toda esta información sea utilizada exclusivamente para los fines para los cuales fue requerida.

Párrafo 7°: De la autonomía de las personas en su atención de salud

Del consentimiento informado

Artículo 14.- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16.

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10.

En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.

Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo deberán constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 10. Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse.

Artículo 15.- No obstante lo establecido en el artículo anterior, no se requerirá la manifestación de voluntad en las siguientes situaciones:

a) En el caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones señalados en el artículo anterior supongan un riesgo para la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en la Ley, debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona.

b) En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo

vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda.

c) Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido.

En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.

Del estado de salud terminal y la voluntad manifestada previamente

Artículo 16.- La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.

Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de esta intervención, procedimiento o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario. De esta circunstancia deberá dejarse constancia por el profesional tratante en la ficha clínica de la persona. Para el correcto ejercicio del derecho establecido en el inciso primero, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar información completa y comprensible.

Las personas que se encuentren en este estado tendrán derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte. En consecuencia, tienen derecho a los cuidados paliativos que les permitan hacer más soportables los efectos de la enfermedad, a la compañía de sus familiares y personas a cuyo cuidado estén y a recibir, cuando lo requieran, asistencia espiritual.

Siempre podrá solicitar el alta voluntaria la misma persona, el apoderado que ella haya designado

o los parientes señalados en el artículo 42 del Código Civil, en orden preferente y excluyente conforme a dicha enunciación.

De los Comités de Ética

Artículo 17.- En el caso de que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona, o estime que la decisión manifestada por ésta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados, deberá solicitar la opinión del comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 20 le corresponda.

Asimismo, si la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico son rechazadas por la persona o por sus representantes legales, se podrá solicitar la opinión de dicho comité.

En ambos casos, el pronunciamiento del comité tendrá solo el carácter de recomendación y sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal respecto de lo que ocurra en definitiva. En el caso de que la consulta diga relación con la atención a menores de edad, el comité deberá tener en cuenta especialmente el interés superior de estos últimos.

Tanto la persona como cualquiera a su nombre podrán, si no se conformaren con la opinión del comité, solicitar a la Corte de Apelaciones del domicilio del actor la revisión del caso y la adopción de las medidas que estime necesarias. Esta acción se tramitará de acuerdo con las normas del recurso establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.

Si el profesional tratante difiere de la decisión manifestada por la persona o su representante, podrá declarar su voluntad de no continuar como responsable del tratamiento, siempre y cuando asegure que esta responsabilidad será asumida por otro profesional de la salud técnicamente calificado, de acuerdo al caso clínico específico.

Artículo 18.- En el caso de que la persona, en virtud de los artículos anteriores, expresare su voluntad de no ser tratada, quisiere interrumpir

el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, podrá solicitar el alta voluntaria. Asimismo, en estos casos, la Dirección del correspondiente establecimiento de salud, a propuesta del profesional tratante y previa consulta al comité de ética, podrá decretar el alta forzosa.

Artículo 19.- Tratándose de personas en estado de muerte cerebral, la defunción se certificará una vez que ésta se haya acreditado de acuerdo con las prescripciones que al respecto contiene el artículo 11 de la Ley N°19.451, con prescindencia de la calidad de donante de órganos que pueda tener la persona.

Artículo 20.- Mediante un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud se establecerán las normas necesarias para la creación, funcionamiento periódico y control de los comités de ética, y los mecanismos que permitirán a los establecimientos acceder a comités de ética de su elección, en caso de que no posean o no estén en condiciones de constituir uno. Además, se fijarán mediante instrucciones y resoluciones las normas técnicas y administrativas necesarias para la estandarización de los procesos y documentos vinculados al ejercicio de los derechos regulados en este párrafo.

Dichos comités deberán existir al menos en los siguientes establecimientos, siempre que presten atención cerrada: autogestionados en red, experimentales, de alta complejidad e institutos de especialidad.

Párrafo 8° De la protección de la autonomía de las personas que participan en una investigación científica

Artículo 21.- Toda persona deberá ser informada y tendrá derecho a elegir su incorporación en cualquier tipo de investigación científica biomédica, en los términos de la Ley N°20.120.

Su expresión de voluntad deberá ser previa, expresa, libre, informada, personal y constar por escrito. En ningún caso esta decisión podrá significar menoscabo en su atención ni menos sanción alguna.

Artículo 22.- Mediante un reglamento expedido por el Ministerio de Salud, en los términos de la Ley N° 20.120, se establecerán las normas necesarias para regular los requisitos de los protocolos de investigación y los procedimientos administrativos y normas sobre constitución, funcionamiento y financiamiento de comités para la evaluación ético-científica; para la aprobación de protocolos y para la acreditación de los comités por parte de la Autoridad Sanitaria; la declaración y efectos sobre conflictos de interés de investigadores, autoridades y miembros de comités y, en general, las demás normas necesarias para la adecuada protección de los derechos de las personas respecto de la investigación científica biomédica.

Párrafo 9°: De los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual

Artículo 23.- La reserva de la información que el profesional tratante debe mantener frente al paciente o la restricción al acceso por parte del titular a los contenidos de su ficha clínica, en razón de los efectos negativos que esa información pudiera tener en su estado mental, obliga al profesional a informar al representante legal del paciente o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, las razones médicas que justifican tal reserva o restricción.

Artículo 24.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 15 de esta Ley, si la persona no se encuentra en condiciones de manifestar su voluntad, las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles, tales como esterilización con fines contraceptivos, psicocirugía u otro de carácter irreversible, deberán contar siempre con el informe favorable del comité de ética del establecimiento.

Artículo 25.- Una persona puede ser objeto de hospitalización involuntaria siempre que se reúnan todas las condiciones siguientes:

- a) Certificación de un médico cirujano que indique fundadamente la necesidad de proceder al ingreso de una persona para llevar a cabo la evaluación de su estado de salud mental;
- b) Que el estado de la misma comporte un riesgo real e inminente de daño a Si mismo o a

terceros;

c) Que la hospitalización tenga exclusivamente una finalidad terapéutica;

d) Que no exista otro medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados, y

e) Que el parecer de la persona atendida haya sido tenido en consideración. De no ser posible esto último, se tendrá en cuenta la opinión de su representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y, en ausencia de ambos, de la persona más vinculada a él por razón familiar o de hecho.

Toda hospitalización involuntaria deberá ser comunicada a la Secretaría Regional Ministerial de Salud y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental indicada en el artículo 29 que correspondan.

La Autoridad Sanitaria Regional velará por el respeto de los derechos de las personas ingresadas en instituciones de salud mental, y autorizará el ingreso de todas las hospitalizaciones involuntarias que excedan de setenta y dos horas, de acuerdo a lo establecido en los artículos 130 y 131 del Código Sanitario.

Las Comisiones Regionales indicadas informarán de su revisión, conclusiones y recomendaciones al Secretario Regional Ministerial de Salud para que éste, si correspondiere, ejerza la facultad indicada en el artículo 132 del Código Sanitario. En el evento que dicha autoridad decida no ejercer esta facultad, la Comisión respectiva podrá presentar los antecedentes a la Corte de Apelaciones del lugar en que esté hospitalizado el paciente, para que ésta resuelva en definitiva, conforme al procedimiento aplicable a la acción constitucional de protección establecida en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, sin perjuicio de las demás acciones que correspondan.

Artículo 26.- El empleo extraordinario de las medidas de aislamiento o contención física y farmacológica deberá llevarse a cabo con pleno respeto a la dignidad de la persona objeto de tales medidas, las cuales solo podrán aplicarse en los casos en que concurra indicación

terapéutica acreditada por un médico, que no exista otra alternativa menos restrictiva y que la necesidad de su aplicación fuere proporcional en relación a la conducta gravemente perturbadora o agresiva.

Estas excepcionales medidas se aplicarán exclusivamente por el tiempo estrictamente necesario para conseguir el objetivo terapéutico, debiendo utilizarse los medios humanos suficientes y los medios materiales que eviten cualquier tipo de daño. Durante el empleo de las mismas, la persona con discapacidad psíquica o intelectual tendrá garantizada la supervisión médica permanente.

Todo lo actuado con motivo del empleo del aislamiento o la sujeción deberá constar por escrito en la ficha clínica. Además de lo anterior, se comunicará el empleo de estos medios a la Autoridad Sanitaria Regional, a cuya disposición estará toda la documentación respectiva.

Se podrá reclamar a la Comisión Regional que corresponda la revisión de las medidas de aislamiento y contención o aquellas que restrinjan temporalmente la comunicación o contacto con las visitas.

Mediante un reglamento expedido por el Ministerio de Salud se establecerán las normas adecuadas para el manejo de las conductas perturbadoras o agresivas que las personas con discapacidad psíquica o intelectual pudieran tener en establecimientos de salud y el respeto por sus derechos en la atención de salud.

Artículo 27.- Sin perjuicio del derecho de la persona con discapacidad psíquica o intelectual a otorgar su autorización o denegarla para ser sometida a tratamientos, excepcionalmente y solo cuando su estado lo impida, podrá ser tratada involuntariamente siempre que:

a) Esté certificado por un médico psiquiatra que la persona padece una enfermedad o trastorno mental grave, suponiendo su estado un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros, y que suspender o no tener tratamiento significa un empeoramiento de su condición de salud. En todo caso, este tratamiento no se deberá aplicar más allá del período estrictamente necesario a tal propósito;

b) El tratamiento responda a un plan prescrito individualmente, que atienda las necesidades de salud de la persona, esté indicado por un médico psiquiatra y sea la alternativa terapéutica menos restrictiva de entre las disponibles;

c) Se tenga en cuenta, siempre que ello sea posible, la opinión de la misma persona; se revise el plan periódicamente y se modifique en caso de ser necesario, y

d) Se registre en la ficha clínica de la persona.

Artículo 28.- Ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica.

En los casos en que se realice investigación científica con participación de personas con discapacidad psíquica o intelectual que tengan la capacidad de manifestar su voluntad y que hayan dado consentimiento informado, además de la evaluación ética científica que corresponda, será necesaria la autorización de la Autoridad Sanitaria competente, además de la manifestación de voluntad expresa de participar tanto de parte del paciente como de su representante legal.

En contra de las actuaciones de los prestadores y la Autoridad Sanitaria en relación a investigación científica, podrá presentarse un reclamo a la Comisión Regional indicada en el artículo siguiente que corresponda, a fin de que ésta revise los procedimientos en cuestión.

Artículo 29.- Sin perjuicio de las facultades de los tribunales ordinarios de justicia, el Ministerio de Salud deberá asegurar la existencia y funcionamiento de una Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y de Comisiones Regionales de Protección, una en cada región del país, cuya función principal será velar por la protección de derechos y defensoría de las personas con discapacidad psíquica o intelectual en la atención de salud entregada por los prestadores públicos o privados, sea en las modalidades de atención comunitaria, ambulatoria, hospitalaria o de urgencia. Serán atribuciones de la Comisión Nacional:

- a)** Promover, proteger y defender los derechos humanos de las personas con discapacidad psíquica e intelectual cuando estos sean o puedan ser vulnerados.
- b)** Proponer al Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, directrices técnicas y normativas complementarias con el fin de garantizar la aplicación de la presente Ley para promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad psíquica e intelectual.
- c)** Coordinar y velar por el buen funcionamiento de las Comisiones Regionales.
- d)** Proponer a la Subsecretaría de Salud Pública la vinculación y coordinación de la Comisión con otros organismos públicos y privados de derechos humanos.
- e)** Revisar los reclamos contra lo obrado por las Comisiones Regionales.
- f)** Revisar las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles.
- g)** Revisar hechos que involucren vulneración de derechos de las personas y muertes ocurridas durante la hospitalización psiquiátrica.

Serán funciones de las Comisiones Regionales:

- a)** Efectuar visitas y supervisar las instalaciones y procedimientos relacionados con la hospitalización y aplicación de tratamientos a personas con discapacidad psíquica o intelectual.
- b)** Revisar las actuaciones de los prestadores públicos y privados en relación a las hospitalizaciones involuntarias y a las medidas o tratamientos que priven a la persona de desplazamiento o restrinjan temporalmente su contacto con otras personas, y controlar dichas actuaciones, medidas y tratamientos periódicamente.
- c)** Revisar los reclamos que los usuarios y cualquier otra persona en su nombre realicen sobre vulneración de derechos vinculados a la atención en salud.
- d)** Emitir recomendaciones a la Autoridad Sanitaria sobre los casos y situaciones sometidos

a su conocimiento o revisión.

- e)** Recomendar a los prestadores institucionales e individuales la adopción de las medidas adecuadas para evitar, impedir o poner término a la vulneración de los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual.
- f)** Cumplir y ejecutar las directrices técnicas emitidas por el Ministerio de Salud.

La Comisión Nacional estará conformada por las siguientes personas, quienes se desempeñarán ad honorem:

- a)** Dos miembros de asociaciones gremiales de profesionales del área de la salud, que sean representativos del área de la salud mental.
- b)** Un miembro de la asociación gremial de abogados que cuente con el mayor número de adherentes.
- c)** Dos miembros de sociedades científicas del área de la salud mental.
- d)** Dos representantes de asociaciones de usuarios de la salud mental.
- e)** Dos representantes de asociaciones de familiares de personas con discapacidad psíquica o intelectual.
- f)** Un representante de la Autoridad Sanitaria.

La Comisión tendrá una Secretaría Ejecutiva, que coordinará su funcionamiento y cumplirá los acuerdos que aquella adopte y estará conformada por el personal que al efecto asigne el Ministerio de Salud.

En la conformación de las Comisiones Regionales el Ministerio de Salud procurará una integración con similares características, de acuerdo a la realidad local de la respectiva Región.

Un reglamento señalará la manera en que se designarán dichas personas y las normas necesarias para el adecuado funcionamiento de las Comisiones indicadas en este artículo.

En contra de las acciones efectuadas por los prestadores institucionales e individuales, o por la autoridad sanitaria, las personas con discapacidad psíquica o intelectual afectadas,

sus representantes y cualquiera a su nombre podrán recurrir directamente a la Corte de Apelaciones del domicilio del afectado para el resguardo de sus derechos. La Comisión Nacional o las Comisiones Regionales podrán informar a la Corte de Apelaciones del lugar en que tengan su asiento, de los casos de que tomen conocimiento en el ejercicio de sus funciones, y entregarle todos los antecedentes para que ésta restablezca el imperio del derecho.

Las acciones ante las Cortes de Apelaciones se tramitarán de acuerdo a las normas del recurso establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.

Párrafo 10°: De la participación de las personas usuarias

Artículo 30.- Sin perjuicio de los mecanismos e instancias de participación creados por Ley, por reglamento o por resolución, toda persona tiene derecho a efectuar las consultas y los reclamos que estime pertinentes, respecto de la atención de salud recibida. Asimismo, los usuarios podrán manifestar por escrito sus sugerencias y opiniones respecto de dicha atención.

Por medio del Ministerio de Salud, con consulta a las instancias de participación creadas por Ley, se reglamentarán los procedimientos para que los usuarios ejerzan estos derechos, y el plazo y la forma en que los prestadores deberán responder o resolver, según el caso.

Al reglamentar la existencia de comités de ética que atiendan las consultas de las personas que consideren necesaria la evaluación de un caso desde el punto de vista ético clínico, se deberá asegurar la participación de los usuarios en dichos comités.

En el caso de los prestadores institucionales, serán estos los que provean los medios para que sus usuarios accedan a un comité de ética, si así lo requirieren. Los prestadores individuales darán a conocer a las personas el comité de ética al cual estuvieren adscritos. Los Servicios de Salud deberán disponer de, al menos, un comité de ética, al cual se entenderán adscritos los prestadores privados individuales de su

territorio, en caso de no estarlo a algún otro.

Párrafo 11°: De los medicamentos e insumos

Artículo 31.- Los prestadores institucionales, públicos y privados, mantendrán una base de datos actualizada y otros registros de libre acceso, con información que contenga los precios de las prestaciones, de los insumos y de los medicamentos que cobren en la atención de personas.

Asimismo, al momento de ingresar, se informará por escrito, a la persona o a su representante, de los posibles plazos para el pago de las prestaciones, medicamentos e insumos utilizados, así como de los cargos por intereses u otros conceptos.

En los casos en que la persona deba concurrir al pago de las atenciones que recibe, ya sea total o parcialmente, podrá solicitar, en cualquier oportunidad, una cuenta actualizada y detallada de los gastos en que se haya incurrido en su atención de salud.

Artículo 32.- Si las dosis de medicamentos o insumos fueren unitarias, en el caso de que la persona deba concurrir al pago de ellas, solo estará obligada al pago de aquellas unidades efectivamente usadas en el tratamiento correspondiente.

TÍTULO III

DE LOS DEBERES DE LAS PERSONAS EN SU ATENCIÓN DE SALUD

Artículo 33.- Para el debido respeto de la normativa vigente en materia de salud, la autoridad competente implementará las medidas que aseguren una amplia difusión de ella.

Tanto las personas que soliciten o reciban atención de salud por parte de un prestador institucional, como sus familiares, representantes o quienes los visiten, tendrán el deber de respetar el reglamento interno de dicho establecimiento.

Artículo 34.- Sin perjuicio del deber preferente del prestador de informar de acuerdo a lo indicado en el Párrafo 4° del Título II de esta Ley, la persona que solicita una atención de salud procurará informarse acerca del funcionamiento del establecimiento que la recibe para los fines de la prestación que requiere, especialmente, respecto de los horarios y modalidades de atención, así como sobre los mecanismos de financiamiento existentes, sin perjuicio de la obligación del prestador de otorgar esta información.

Asimismo, deberá informarse acerca de los procedimientos de consulta y reclamo establecidos.

Artículo 35.- Todas las personas que ingresen a los establecimientos de salud deberán cuidar las instalaciones y equipamiento que el prestador mantiene a disposición para los fines de atención, respondiendo de los perjuicios según las reglas generales.

Las personas deberán tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean estos profesionales, técnicos o administrativos. Igual obligación corresponde a los familiares, representantes legales y otras personas que los acompañen o visiten.

El trato irrespetuoso o los actos de violencia verbal o física en contra de los integrantes del equipo de salud, de las demás personas atendidas o de otras personas, dará derecho a la autoridad del establecimiento para requerir, cuando la situación lo amerite, la presencia de la fuerza pública para restringir el acceso

al establecimiento de quienes afecten el normal desenvolvimiento de las actividades en él desarrolladas, sin perjuicio del derecho a perseguir las responsabilidades civiles o penales que correspondan. También podrá ordenar el alta disciplinaria del paciente que incurra en maltrato o en actos de violencia, siempre que ello no ponga en riesgo su vida o su salud.

La autoridad del establecimiento podrá requerir a quien corresponda los medios de seguridad adecuados para asegurar el normal desenvolvimiento de las actividades desarrolladas en ésta, impidiendo el acceso de la o las personas que porten armas o artefactos incendiarios. Para estos efectos, en cada uno de sus accesos podrá disponer dispositivos de detección de metales o arco detector de metales. Asimismo, la autoridad del establecimiento podrá requerir el auxilio de la fuerza pública en caso de indicios graves que permitan presumir respecto de una o más de las personas que se encuentran en el establecimiento, que pudieran atentar contra la vida o la integridad de los miembros del equipo de salud, y con la finalidad de restaurar el normal desenvolvimiento de las actividades desarrolladas en éste.

Si el tribunal decreta una medida cautelar que impide el acceso del imputado al establecimiento de salud, no se considerará que aquél incurre en quebrantamiento de la misma si ingresa a éste cuando exista un peligro grave para su vida o salud. Una vez que dicho peligro grave deje de existir, el imputado deberá ser trasladado inmediatamente a otro establecimiento de salud, si corresponde. La autoridad del establecimiento levantará un acta de todo lo obrado, la que deberá remitir en el más breve plazo al Ministerio Público.

Artículo 35 bis.- Los integrantes del equipo de salud y los trabajadores de los establecimientos de salud de prestadores institucionales que, con motivo del desempeño de funciones clínicas, técnicas o administrativas, fueren objeto de atentados a su integridad física o psicológica u objeto de tratos vejatorios, degradantes o maltratos por parte de pacientes, usuarios o cualquier persona ajena al establecimiento, podrán exigir, mediante una solicitud escrita dirigida a la autoridad del establecimiento, que dicho prestador les proporcione los

mecanismos de defensa jurídica adecuados para el ejercicio de las acciones civiles y penales correspondientes. Respecto de los funcionarios de los establecimientos que conforman la red asistencial de los servicios de salud, se aplicará lo dispuesto en el artículo 90 del decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo.

Artículo 36.- Tanto la persona que solicita la atención de salud, como sus familiares o representantes legales, deberán colaborar con los miembros del equipo de salud que la atiende, informando de manera veraz acerca de sus necesidades y problemas de salud y de todos los antecedentes que conozcan o les sean solicitados para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

TÍTULO IV

DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Artículo 37.- Sin perjuicio del derecho de las personas a reclamar ante las diferentes instancias o entidades que determina la normativa vigente, toda persona podrá reclamar el cumplimiento de los derechos que esta Ley le confiere ante el prestador institucional, el que deberá contar con personal especialmente habilitado para este efecto y con un sistema de registro y respuesta escrita de los reclamos planteados.

El prestador deberá adoptar las medidas que procedan para la acertada solución de las irregularidades detectadas.

Si la persona estimare que la respuesta no es satisfactoria o que no se han solucionado las irregularidades, podrá recurrir ante la Superintendencia de Salud.

Un reglamento regulará el procedimiento a que se sujetarán los reclamos, el plazo en que el prestador deberá comunicar una respuesta a la persona que haya efectuado el reclamo por escrito, el registro que se llevará para dejar constancia de los reclamos y las demás normas que permitan un efectivo ejercicio del derecho

a que se refiere este artículo.

Asimismo, las personas tendrán derecho a requerir, alternativamente, la iniciación de un procedimiento de mediación, en los términos de la Ley N°19.966 y sus normas complementarias.

Artículo 38.- Corresponderá a los prestadores públicos y privados dar cumplimiento a los derechos que esta Ley consagra a todas las personas. En el caso de los prestadores institucionales públicos, deberán, además, adoptar las medidas que sean necesarias para hacer efectiva la responsabilidad administrativa de los funcionarios, mediante los procedimientos administrativos o procesos de calificación correspondientes.

La Superintendencia de Salud, a través de su Intendencia de Prestadores, controlará el cumplimiento de esta Ley por los prestadores de salud públicos y privados, recomendando la adopción de medidas necesarias para corregir las irregularidades que se detecten.

En el caso de que ellas no sean corregidas dentro de los plazos fijados para este efecto por el Intendente de Prestadores, éste ordenará dejar constancia de ello al prestador en un lugar visible, para conocimiento público, dentro del establecimiento de que se trate.

Si transcurrido el plazo que fijare el Intendente de Prestadores para la solución de las irregularidades, el que no excederá de dos meses, el prestador no cumpliera la orden, será sancionado de acuerdo con las normas establecidas en los Títulos IV y V del Capítulo VII, del Libro I del decreto con fuerza de Ley N°1, de 2006, del Ministerio de Salud.

En contra de las sanciones aplicadas el prestador podrá interponer los recursos de reposición y jerárquico, en los términos del Párrafo 2° del Capítulo IV de la Ley N° 19.880.

2. NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Fuente: Decreto 7-24 de Enero de 2020, Disponible en www.leychile.cl -“Aprueba Reglamento Sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria”.

INTRODUCCIÓN

El presente documento contempla algunas de las consideraciones fundamentales sobre el Decreto 158 que regula la notificación obligatoria de determinadas enfermedades. El reglamento fue publicado en mayo de 2005 y ha recibido varias actualizaciones, siendo la fuente del presente documento la actualización efectuada por la autoridad respectiva el 24 de enero de 2020 bajo el nombre de Decreto 7.

SÍNTESIS DEL REGLAMENTO

Será obligación de todos los médicos cirujanos, que atienden enfermos en establecimientos asistenciales, sean públicos o privados, en que se proporcione atención ambulatoria notificar las enfermedades de declaración obligatoria en la forma que se establece en el presente reglamento. En el caso de las atenciones realizadas por un prestador institucional, el director del establecimiento será responsable de velar por que la notificación se realice, para la cual deberá nombrar un delegado de epidemiología.

Si el enfermo fuese atendido por médicos particulares en su domicilio o consulta, la notificación se efectuará a través de los formularios que para estos efectos proporcionará la autoridad sanitaria. El profesional médico deberá despachar la notificación a la autoridad sanitaria dentro de cuya jurisdicción se encuentra ubicada su consulta particular.

1. NOTIFICACIÓN INMEDIATA:

Frente a la sospecha de las enfermedades de notificación obligatoria se deberá comunicar en forma inmediata por cualquier medio a la autoridad sanitaria correspondiente, desde el lugar en que fue diagnosticada, sin perjuicio de que con posterioridad, dentro del plazo de 24 horas, se proceda a llenar el formulario respectivo. La autoridad sanitaria deberá, a su vez, comunicar al Minsal por la vía más expedita.

Las enfermedades consideradas en esta categoría son:

- Botulismo
- Carbunco bacteridiano
- Chagas aguda
- Chikungunya
- Cólera
- Dengue
- Difteria
- Enfermedad Invasora por *Haemophilus Influenzae*
- Fiebre Amarilla
- Hantavirus
- Infecciones Respiratorias Agudas Graves Inusitadas
- Leptospirosis

- Malaria
 - Meningitis Bacteriana
 - Neisseria meningitidis
 - Fiebres hemorrágicas virales (Ébola, Marburg, Lassa, otros)
 - Peste
 - Poliomieltis
 - Rabia
 - Rubéola
 - Sarampión
 - Síndrome Rubéola Congénito
 - Triquinosis
 - Virus del Nilo Occidental
 - Zika
 - La ocurrencia de toda agrupación de casos relacionados en el tiempo y en el espacio, donde se sospeche de una causa infecciosa transmisible, incluidos los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos.
 - La notificación inmediata se debe efectuar "por escrito en un formulario que contendrá la siguiente información":
1. Identificación del establecimiento y del Servicio de Salud al que corresponde notificar.
 2. Apellidos, nombre, RUT, datos clínicos, domicilio, teléfono, edad, sexo del enfermo.
 3. Diagnóstico de la enfermedad objeto de la denuncia, su confirmación, fecha de inicio de los Síntomas, lugar de aislamiento, exámenes practicados, antecedentes epidemiológicos y de vacunación.
 4. En caso de TBC, indicar si se trata de un caso nuevo o recaída, y localización.
 5. Identificación del profesional que notifica, RUT y su firma.

Tratándose de enfermedades de transmisión sexual, podrá omitirse el nombre y apellidos del paciente, indicándose en su reemplazo el RUT, así como su domicilio, consignándose en este caso solo la comuna que corresponda.

2. NOTIFICACIÓN DIARIA.

Las enfermedades de declaración dentro de 24 hrs. Contadas desde la confirmación o clasificación final del diagnóstico, deberán ser notificadas, una vez confirmado el diagnóstico, notificación que se realizará a la Autoridad Sanitaria Regional, desde donde se remitirá al Ministerio de Salud.

- Brucelosis
- Enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis Americana)
- Cisticercosis
- Enfermedad de Creutzfeld-Jakob (EJC)
- Coqueluche
- Fiebre Tifoidea y Paratifoidea
- Fiebre Q
- Hepatitis viral A, B, C, E
- Hidatidosis
- Infección gonocócica
- Leishmaniasis
- Lepra
- Listeriosis
- Parotiditis viral
- Psitacosis
- Rickettsiosis
- Sífilis
- Síndrome Hemolítico Urémico
- Streptococcus pneumoniae

- Tétanos
- Tuberculosis.
- Virus de la inmunodeficiencia humana
- La notificación diaria se debe efectuar “por escrito en un formulario que contendrá la siguiente información”:
- Identificación del establecimiento y del Servicio de Salud al que corresponde notificar.
- Apellidos, nombre, RUT, ficha clínica, domicilio, teléfono, edad, sexo del enfermo.
- Diagnóstico de la enfermedad objeto de la denuncia, su confirmación, fecha de inicio de los Síntomas, lugar de aislamiento, exámenes practicados, antecedentes epidemiológicos y de vacunación.
- En caso de TBC, indicar si se trata de un caso nuevo o recaída, y localización.
- Identificación del profesional que notifica, RUT y su firma.

Tratándose de enfermedades de transmisión sexual, podrá omitirse el nombre y apellidos del paciente, indicándose en su reemplazo el RUT, así como su domicilio, consignándose en este caso solo la comuna que corresponda.

3. NOTIFICACIÓN A TRAVÉS DE CENTROS CENTINELAS.

- Influenza y otras infecciones respiratorias agudas virales
- Enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años
- Virus del Papiloma Humano
- Virus Varicela

Las enfermedades de declaración a través de establecimientos centinela deberán ser notificadas en cuanto al número de casos semanales, solo por los centros y establecimientos definidos como centinela por la Autoridad Sanitaria Regional.

3. CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

Fuente: División de Gestión de la Red Asistencial– Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

INTRODUCCIÓN

Ante el diagnóstico de una enfermedad contemplada en las Garantías Explícitas en Salud, el médico tiene obligación de informar al paciente de las garantías que el Estado entrega para la atención de dicha enfermedad en cuatro dimensiones: garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. En el presente documento, la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud informa respecto de la obligación de dichas notificaciones. Además se adjunta formulario realizado por la Superintendencia de Salud para tales efectos y un listado actualizado de Patologías GES.



Ministerio de Salud

Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Gestión de la Red Asistencial

“CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES”

Las Garantías Explícitas en Salud (GES), constituyen un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al Fonasa y a las Isapres.

En el ámbito de la “Constancia de Información al paciente GES”, el artículo 24 de la Ley 19.966, señala “los prestadores de salud deberán informar, a los beneficiarios, que tienen derecho

a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen”. Por otra parte el artículo 25 de la misma Ley especifica que “la constancia debe ser por escrito de acuerdo a las instrucciones de la Superintendencia de salud”.

La Superintendencia de Salud ha emitido una serie de circulares (IF n° 57/2007; IF n° 142/2011; IF n° 181/2012; IF n° 186, 194, 195

del 2013 y 227 de 2014) con instrucciones en relación al uso del “Formulario de Constancia de Información al paciente GES”.

En estas circulares se especifica que la Obligación de Notificar se debe realizar al momento de la confirmación diagnóstica (solo realizable por Médico u Odontólogo) o de la confirmación de problema GES (realizable por otros profesionales: analgesia del parto; salud oral de la embarazada, etc...). Es en ese momento que se le debe entregar al usuario información sobre garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, y el momento a partir del cual tiene derecho a tales garantías. Otro antecedente a entregar es información sobre la red de prestadores correspondiente.

El formulario de constancia de entrega de esta información deberá ser extendido en 2 ejemplares, uno para el prestador y otro para el usuario, y debe contener al menos la siguiente información:

- La constancia del Diagnóstico GES (debe decir “AUGE” o “GES”), especificando cual es la condición
- Nombre, RUN y firma de la persona que notifica
- Nombre, RUN y firma de la persona notificada
- Fecha y hora de la notificación
- Datos de contacto (N° telefónico, dirección, dirección electrónica)
- Se debe entregar una copia al beneficiario y la otra debe quedar archivada en la ficha clínica.

Se entiende por prestador responsable de este acto, el establecimiento que otorga la

prestación y no los profesionales, por lo que parte de esta información puede ser entregada por un funcionario diferente del profesional Médico. Sin embargo, la responsabilidad del diagnóstico sigue siendo del profesional competente médico o dentista tal como lo señala el código sanitario, por lo que en la mayoría de los problemas GES, en los cuales se requiere confirmar el Diagnóstico, le corresponderá al profesional Médico o Odontólogo iniciar el proceso, informándole al usuario de que tiene una condición GES, y derivándolo al funcionario que le complementará la información correspondiente, si así fuera implementado en el establecimiento.

PATOLOGÍAS GES

Fuente: Superintendencia de Salud

De acuerdo a sistema (manual o electrónica) del centro de salud correspondiente, el médico debe notificar al paciente sobre las siguientes patologías GES.

1. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5
2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
3. Cáncer cérvico-uterino
4. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado
5. Infarto agudo del miocardio
6. Diabetes Mellitus tipo I
7. Diabetes Mellitus tipo II
8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más
9. Disrafias espinales
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa

13. Fisura Labiopalatina
14. Cáncer en personas menores de 15 años
15. Esquizofrenia
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
17. Linfomas en personas de 15 años y más
18. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA
19. Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años
20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
23. Salud oral integral para niños y niñas de 6 años
24. Prevención de parto prematuro
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso
26. Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
27. Cáncer gástrico
28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más
30. Estrabismo en personas menores de 9 años
31. Retinopatía diabética
32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático
33. Hemofilia
34. Depresión en personas de 15 años y más
35. Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas
36. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
37. Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
39. Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años
40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
43. Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
45. Leucemia en personas de 15 años y más
46. Urgencia odontológica ambulatoria
47. Salud oral integral del adulto de 60 años
48. Politraumatizado grave
49. Traumatismo craneoencefálico moderado o grave
50. Trauma ocular grave
51. Fibrosis quística
52. Artritis reumatoidea
53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
54. Analgesia del parto
55. Gran quemado
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono

57. Retinopatía del prematuro
58. Displasia broncopulmonar del prematuro
59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
61. Asma bronquial en personas de 15 años y más
62. Enfermedad de parkinson
63. Artritis idiopática juvenil
64. Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal
65. Displasia luxante de caderas
66. Salud oral integral de la embarazada
67. Esclerosis múltiple remitente recurrente
68. Hepatitis crónica por virus hepatitis B
69. Hepatitis C
70. Cáncer colorectal en personas de 15 años y más
71. Cáncer de ovario epitelial
72. Cáncer vesical en personas de 15 años y más
73. Osteosarcoma en personas de 15 años y más
74. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más
75. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
76. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
77. Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años
78. Lupus eritematoso sistémico
79. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricuspide en personas de 15 años y más

80. Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori
81. Cáncer de pulmón en personas de 15 años y más
82. Cáncer de Tiroides diferenciado y medular en personas de 15 años y más
83. Cáncer Renal en personas de 15 años y más
84. Mieloma múltiple en personas de 15 años y más
85. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

1. Garantía de Acceso: Recibir las atenciones definidas para cada enfermedad.
2. Garantía de Oportunidad: Las prestaciones garantizadas en el AUGE/GES deben ser entregadas de acuerdo a los plazos establecidos.
3. Garantía de Protección Financiera: Tendrán un valor máximo a pagar. Sólo el copago: 0% Afiliados del Fonasa A y B; 10% grupo C y 20% grupo D y afiliados a Isapres.
4. Garantía de Calidad: Las prestaciones garantizadas en el AUGE/GES deben ser entregadas por un prestador de salud registrado y acreditado en la Superintendencia de Salud o certificado.

ACCESO

La Ley otorga el derecho de acceso al AUGE-La Ley otorga el derecho de acceso al AUGE- GES a toda persona beneficiaria del Fonasa o de una Isapre que:

- Presente una enfermedad que esté incluida entre los 85 problemas de salud o patologías AUGE-GES.
- Cumpla las condiciones especiales de edad, estado de salud u otras definidas para cada uno de los problemas de salud.

FONASA

- Las personas beneficiarias del Fonasa deben atenderse en los establecimientos de la red asistencial pública, siendo en general el Consultorio de atención primaria donde estén inscritos, la puerta de entrada al AUGE-GES.
- En el caso del Fonasa, la Red AUGE-GES está conformada principalmente por establecimiento de salud pública, Centros de Atención Primaria (Consultorios, CESFAM), Atención Secundaria (CRS- CDT) y Hospitales.

ISAPRE

- Las personas afiliadas a Isapres que le diagnostiquen un problema AUGE-GES, deben dirigirse a una sucursal de su Isapre, con la notificación de su médico, que padece una patología garantizada, completar el formulario respectivo.
- La ISAPRE le designará un prestador que se encuentre dentro de su Red de prestadores establecida para este efecto.
- El prestador de la red verificará o descartará el diagnóstico y la ISAPRE lo derivará al establecimiento de la Red que proporcionará el tratamiento.

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES
(Artículo 24º, Ley 19.966)

Datos del prestador

Nombre de la institución (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.)

Dirección Ciudad

Nombre persona que notifica RUT persona que notifica en representación del Prestador de Salud

Antecedentes del paciente

Nombre completo RUT Aseguradora (Seleccione una opción)
FONASA ISAPRE

Dirección Comuna / Región

Teléfono de contacto: Correo electrónico (E-mail)
Fijo Celular

Información médica

Confirmación diagnóstica GES (Problema de Salud - Patología)

Notificación
Fecha
Hora

Confirmación diagnóstica Paciente en tratamiento

Constancia

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las "Garantías Explícitas en Salud" GES, siempre que la atención sea otorgada en la "Red de Prestadores" que me corresponde según Fonasa o la Isapre, a la que me encuentro adscrito.

Informé diagnóstico GES Firma de la persona que notifica

Tomé conocimiento Firma o huella digital del paciente o representante

IMPORTANTE: El paciente debe tener presente que si no se cumplen las garantías, puede reclamar ante el Fonasa o la Isapre, según correspondiera. Si la respuesta no es satisfactoria, puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

En caso que la persona que "tomó conocimiento" no sea el paciente, identificar los siguientes datos:

Antecedentes del representante

Nombre completo RUT

Teléfono de contacto Correo electrónico (E-mail)
Fijo Celular

4. OBLIGACIONES A LOS MÉDICOS QUE EMANAN DE LA LEY N° 20.850, "Ley RICARTE SOTO"

Fuente: División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2015 empezó a operar la Ley N° 20.850, también conocida como "Ley Ricarte Soto", legislación que entrega cobertura y garantía de acceso a los pacientes que padecen de enfermedades calificadas como "de alto costo". Esta nueva pieza legal asigna una serie de obligaciones a los médicos que el Ministerio de Salud explica en el presente documento.



Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Gestión de la Red Asistencial

Ley 20.850, Ley RICARTE SOTO

"Ley que recibe el nombre como un homenaje póstumo a Don Ricarte Soto"

I. ANTECEDENTES:

La Ley nace como respuesta a grupo de la población que debido al tipo de patología que les afectaba debían incurrir en gastos en tratamientos de alto costo provocando un descalabro en la economía del grupo familiar. La Ley 20.850 se promulga el 1° de junio 2015 y entra en vigencia el 04 de diciembre del mismo año.

Es un sistema de protección se considera Universal, porque da garantías explícitas en el acceso, calidad y protección financiera a todas las personas beneficiarias de los sistemas previsionales de salud en Chile.

La cobertura de esta Ley está orientada a diagnósticos, medicamentos, dispositivos de uso médico y alimentos de alto costo.

Se define de alto costo a través de un umbral nacional de costo anual: cifra monetaria que define universalmente el monto sobre el que se considera que un diagnóstico o tratamiento es de alto costo, que se fijará por decreto cada 3 años.

La Ley considera garantías de acceso donde fija plazos por garantía en cada problema de salud, equidad, calidad que se traduce en asegurar prestadores aprobados bajo ciertos requisitos y la satisfacción usuaria.

El beneficiario, para recibir las garantías debe ser atendido dentro de la Red única Aprobada para tal efecto.

La administración del fondo de recursos asignados para el financiamiento de los grupos de tratamientos, está mandatado a FONASA, así como el Sistema informatizado de Seguimiento clínico asistencia, seguimiento de fármacos y garantías, Seguimiento del Fondo y de Información para el usuario.

Es una Ley Progresiva que incorporará nuevas patologías y garantías en cada decreto.

El Primer decreto que entró en vigencia de 04 de diciembre de 2015, actualmente, el decreto 47, publicado el 6 de marzo de 2018 de junio de 2019 e incorpora los siguientes problemas de salud y garantías:

1. Mucopolisacaridosis tipo I
2. Mucopolisacaridosis tipo II
3. Mucopolisacaridosis tipo IV
4. Tirosinemia tipo I
5. Artritis reumatoide en adultos refractaria a tratamiento habitual
6. Esclerorisis múltiple remitente recurrente refractaria a tratamiento habitual
7. Enfermedad de Gaucher
8. Enfermedad de Fabry

9. Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I
10. Profilaxis Virus Respiratorio Sincicial para prematuros
11. Cáncer de Mamas HER2+
12. Nutrición Enteral Domiciliaria Total o Parcial para personas cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral
13. Enfermedad de Crohn
14. Diabetes tipo 1 inestable severa
15. Angioedema Hereditario
16. Hipoacusia sensorineural bilateral severa o profunda postlocutiva
17. Tumores neuroendocrinos
18. Distrofia generalizada
19. Epidermólisis bullosa
20. Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
21. Tumores del estroma gastrointestinal (GIST)
22. Inmunodeficiencia primaria
23. Artritis psoriásica
24. Colitis ulcerosa
25. Mielofibrosis
26. Lupus eritematoso sistémico
27. Enfermedad de Huntington

II. DE LA APROBACIÓN DE PRESTADORES

El Reglamento N° 54 del 31 de agosto del 2015, establece las Normas para el otorgamiento y cobertura financiera de los diagnósticos y tratamientos incorporados al sistema establecido en la Ley 20.850.

Establece en el Título III de la Aprobación de Prestadores, en artículo 11 los requisitos para conformar la Red de Prestadores y en el artículo 12, los estándares que deben cumplir los prestadores para ser aprobados, requisitos

generales, de Probidad y específicos por problema de salud.

Todo lo anterior con la finalidad de resguardar la calidad técnica de atención de los pacientes beneficiarios de la Ley, generando una Red única Público - Privada Aprobada. Esta aprobación es dinámica realizará a través de un proceso de Postulación a través de un Link "Aprobación de Prestadores" Ley Ricarte Soto donde los establecimientos realizan el proceso e ingresan los medios verificables solicitados para cada Etapa y Problema de salud que posteriormente, serán evaluados por una comisión asesora de la Ministra de Salud, quien finalmente dará su aprobación mediante un Decreto.

Los establecimientos aprobados deberán suscribir un convenio con FONASA.

Las etapas definidas en este mismo reglamento son:

- I Etapa de Confirmación
- II Etapa de Tratamiento
- III Etapa de Seguimiento

En la Norma técnica N° 207 del 27 de junio de 2019 se describen los requisitos técnicos y verificables para cada etapa y problema de salud.

III. DEL PROCESO CLÍNICO

El proceso clínico considerado para los problemas de salud es el mismo que para cualquier patología y se ha resguardado este proceso en las Orientaciones Técnicas, Protocolos, flujos de atención y documentos asociados desarrollados para la implementación de la Ley.

Este proceso considera las distintas etapas clínicas que fueron relevadas en el Reglamento y se resumen en la siguiente imagen:



Para acceder al grupo de patologías cubiertas por la Ley, se requiere que el médico especialista ingrese al paciente al Sistema a través del formulario disponible en la plataforma de FONASA, entendiendo que hay patologías que requieren ser confirmadas por algún método diagnóstico el cual también puede estar garantizado y el otro grupo que ya cuenta con un diagnóstico están postulando a una terapia de segunda línea y para ello debe pasar por un Comité Técnico de expertos que aprobará o no esta solicitud de acuerdo a criterios establecidos en las orientaciones y protocolos.

Es así que un paciente que es portador de un Problema de salud con garantías en la Ley debe ser ingresado al Sistema Informático de FONASA, con todos los antecedentes solicitados en el Formulario por su médico tratante, lo cual generará una Etapa inicial de Sospecha fundada que si bien no tiene garantía es fundamental para dar inicio al proceso.

Para que el médico pueda ingresar a sus pacientes debe primero obtener su clave en la página de FONASA en el link para tal efecto.

Una vez ingresado el paciente en el sistema pasa a la Etapa de Confirmación donde el paciente será confirmado a través del examen considerado como Gold estándar o en caso de pacientes confirmados y ya en terapia donde la garantía es una terapia de segunda línea, pasarán a la aprobación de un Comité de expertos.

Una vez confirmado por el examen Gold estándar realizado por un prestador aprobado o aprobado por el comité de expertos esta

información vuelve al tratante, quien deberá notificar al paciente de su calidad de Beneficiario de la Ley.

La Etapa de tratamiento, que consiste en la entrega o administración del fármaco o dispositivo o alimento por un prestador aprobado lo más cercano posible al domicilio del paciente.

La Etapa de seguimiento, consiste el seguimiento del paciente por un equipo multidisciplinario experto en la patología.

Todas las etapas con seguimiento y formularios deben encontrarse en el sistema informático.

IV. DE LA OBLIGACIÓN MÉDICA

Las obligaciones del Médico en relación a la Ley:

1. Los Médicos ya sean prestadores institucionales o independientes de una institución, deberán Obtener su clave en la página de FONASA para el ingreso, tratamiento y/o seguimiento de sus pacientes.
2. Deberán Ingresar a sus pacientes al Sistema Informatizado, para que sus pacientes puedan iniciar el proceso de confirmación o validación para que puedan optar a la garantía.
3. Según el reglamento N° 54 artículo 4 de la obligación de informar, Notificar al paciente, que es beneficiario de la LRS, cuando le llegue la confirmación clínica o la aprobación del Comité de expertos, en el formulario dispuesto en el sistema para tal efecto, deberá imprimir dos copias una para el paciente y la otra para la ficha clínica del mismo.
4. Realizar el seguimiento del paciente en el Sistema, cuando le corresponda.

5. CONSTATACIÓN DE LESIONES: ESTÁNDARES MÍNIMOS

Por: Departamento Derechos Humanos
Colegio Médico de Chile

01. La constatación de lesiones es un acto médico al servicio de la justicia.

Es un acto con implicancias legales, cuyo interés es resguardar los derechos de las personas y que contempla los siguientes aspectos fundamentales:

- Certificación de la identidad de la persona examinada.
- Anamnesis o relato.
- Descripción detallada de las lesiones físicas, además de incluir aspectos descriptivos sobre el estado mental y emocional.
- Diagnóstico clínico de las lesiones.
- Pronóstico estimado de las lesiones.
- Señalar si requiere exámenes o derivaciones a especialistas u otros servicios.

02. La constatación de lesiones puede ser solicitada directamente por la persona lesionada

Una persona puede asistir por su propia cuenta a constatar lesiones o ser llevada en el curso de una detención por parte de Carabineros, Policía de Investigaciones o Gendarmería; por tanto, no debe ser condicionada a la presencia de funcionarios policiales o gendarmes.

03. Ningún médico/a puede negarse arbitrariamente a constatar lesiones a quien lo solicite

Un médico/a que atiende a una persona que solicita una constatación, ya sea en el sistema público o privado, no puede negarse arbitrariamente a examinarla, debiendo registrar las lesiones que encontrarse en la ficha clínica o DAU.

04. La constatación de lesiones no debe ser condicionada a una denuncia previa

La constatación de lesiones es un instrumento médico legal cuyo interés es resguardar los derechos de las personas y dar cuenta fehaciente sobre el estado de salud de un/a individuo en un momento dado. Condicionar la atención médica a la realización de una denuncia previa, puede contribuir a que no se denuncien apremios ilegítimos y desincentivar que las personas se acerquen a los establecimientos de salud a solicitar asistencia.

05. La constatación no debe realizarse en recintos policiales

Para dar cumplimiento a la normativa vigente, tanto nacional como internacional, en el resguardo de los derechos y deberes de los/as pacientes y ser consistentes con la finalidad de este tipo de acto médico, las constataciones de lesiones deben ser efectuadas en los servicios de urgencia, nosocomios o centros de salud formalmente habilitados para brindar atención de salud y por lo tanto no deben ser efectuadas en cuarteles policiales, recintos penitenciarios o militares. Lo anterior, sin perjuicio de las consideraciones éticas y teniendo presente las particularidades que pudiera tener la labor de médicos/as que prestan servicios para las instituciones armadas.

06. La constatación de lesiones implica el consentimiento informado de la persona

En el caso de que la persona se niegue a ser evaluada, el/la médico/a debe explicarle la importancia del examen. Si la persona de manera libre y voluntaria persiste en su decisión, ésta debe respetarse y ser consignada explícitamente en el DAU o ficha clínica.

07. La constatación de lesiones debe realizarse en privacidad

La persona que es llevada a constatar lesiones durante una detención, debe ser entrevistada y examinada en privacidad, sin la presencia del efectivo policial o gendarme. De considerarlo necesario el/la profesional debe solicitar la compañía de otro/a funcionario/a de salud.

08. Toda persona tiene derecho al respeto de su autonomía

Toda persona debe ser evaluada respetando su autonomía, siempre con su consentimiento

y de ser posible sin elementos de restricción (esposas). Si por motivos de seguridad el/la médico/a prefiere realizar el examen en compañía de otra persona, debe solicitar la presencia de otro funcionario/a de salud del recinto asistencial. En casos justificados se puede solicitar al policía o gendarme que fije las esposas a un mueble u otro objeto que no dificulte la realización del examen.

09. Toda persona tiene derecho a un trato digno

Se debe otorgar un trato digno que permita el ejercicio de los derechos humanos por parte de los/ as afectados/as, con perspectiva de género y respetando la diversidad y multiculturalidad. No corresponde hacer juicios de valor, por ejemplo, respecto al por qué ocurrieron los hechos.

10. Se debe resguardar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes

Se debe garantizar el interés superior de estos, respetando su autonomía progresiva y resguardando su derecho a la salud, asegurándoles asistencia médica cuando la soliciten. No se debe condicionar la atención médica o la constatación de lesiones a la presencia de un adulto responsable. En caso de denuncias de niñas, niños y adolescentes víctimas de delitos contemplados en la ley 21.057, debe registrarse de manera íntegra lo que voluntariamente manifieste y limitar la anamnesis solo a los aspectos clínicos, de manera de no intervenir en el relato ni generar procesos revictimizantes al poder ser eventualmente ser entrevistados en el contexto de una investigación penal.

11. Se debe permitir un relato abierto y tomar una anamnesis completa

Se debe permitir un relato abierto y realizar una anamnesis completa consignando todos los detalles posibles sobre la detención y las lesiones: qué, quién(es), dónde (ej: entre cuáles calles), cuándo (fecha/hora) y cómo. Realizar preguntas abiertas evitando dar opciones o inducir el relato. Además, indagar sobre otras formas de violencia (psicológica o sexual), salvo las restricciones en niñas, niños y adolescentes indicadas en el punto 10.

12. El/la profesional debe realizar un examen físico minucioso de lesiones

Se debe realizar un examen minucioso de las lesiones, consignando características como: tipo de lesión, ubicación, tamaño y profundidad. Estas descripciones son fundamentales y una oportunidad única para fijar la presencia (o ausencia) de lesiones y características de estas al momento del examen.

13. El/la profesional debe consignar con detalle en la ficha clínica el estado de salud de la persona lesionada

Todo detalle sobre el estado de salud de una persona debe ser consignado en la ficha clínica. Una copia de ella (incluyendo resultados de exámenes) puede ser solicitada por el/la paciente para sí mismo o para un tercero que él/ella autorice. En el caso de una constatación de lesiones, una copia se le debe entregar sin perjuicio de la que se adjunte al procedimiento policial.

14. El/la profesional debe dar cuenta del ingreso de personas con lesiones que puedan constituir delito, es decir participación de terceros

Se deberá dar cuenta al Fiscal correspondiente del ingreso de personas con lesiones corporales que pudieran constituir delito. Se sugiere dejar constancia en la ficha de las instrucciones entregadas por la Fiscalía. En el caso de retiro de proyectiles u otros elementos, iniciar cadena de custodia.

15. El/la profesional de salud no debe cometer acciones u omisiones constitutivas de delito

Se debe tener presente que omitir deliberadamente el registro de lesiones encontradas durante el examen físico, puede ser constitutivo de delito. La ley establece penas para los empleados públicos que consintieren que se aplique tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, o no impidieren o no hicieren cesar la aplicación de ellos estando en posición para hacerlo, siendo esto extensivo a los profesionales que, no siendo empleados públicos, cumplan funciones delegadas por el Estado.

REFERENCIAS:

- Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos.
- Normas directivas para médicos con respecto a la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas. Asociación Médica Mundial.
- Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas, contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Artículos 175, 176 y 177 del Código Procesal Penal.
- Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
- Ley 20.968, que tipifica delitos de tortura y de tratos crueles, inhumanos y degradantes.
- Ley 21.057, que regula entrevistas grabadas en video y otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales.
- Reglamento sobre Derechos y Deberes de las personas, en relación con las actividades vinculadas con su atención. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Código de Ética, Colegio Médico de Chile, A.G.
- Normas éticas relativas a la atención médica de detenidos, Colegio Médico de Chile, A.G.

6. ASPECTOS MÉDICO LEGALES DE LAS LESIONES CORPORALES

Por: Dra. Paulina Troncoso

En el ejercicio de la práctica clínica asistencial es posible que el o la paciente que requiere o solicita la atención médica también lo haga en calidad de víctima, como en el caso del o la paciente con lesiones. Corresponde, entonces, además de la realización del acto médico (anamnesis, examen físico, formulación diagnóstica y tratamiento), efectuar el adecuado registro de las características de las lesiones que permita inferir el mecanismo de acción, precisar la ubicación anatómica, extensión, compromiso de tejidos y tipo de daño para poder formular el pronóstico médico legal y formular el pronóstico médico legal. Este informe será insumo fundamental para la evaluación judicial del daño corporal.

Dado el carácter evolutivo de las lesiones, es de la mayor importancia la descripción de estas según la nomenclatura y estándares definidos, puesto que en una posterior evaluación las lesiones se habrán modificado o desaparecido. En este contexto el médico, según lo señalado en el Código Procesal Penal (artículo 198), puede ser citado como testigo a declarar en juicio oral para dar cuenta de lo registrado en el informe realizado.

El informe de lesiones, o el registro de lesiones en la ficha clínica o en el Dato de Atención de Urgencia (DAU), a su vez, será cotejado con la exposición que haga el perito, en la lógica de mostrar consistencia entre ambas evaluaciones.

Se define como lesión a todo daño o alteración anatómica y funcional, temporal o permanente, ocasionada por agentes externos o internos. Corresponde a un fenómeno vital. Representa una consulta con alta frecuencia en la solicitud de atención en las unidades de Urgencia en casos de agresión de terceros, accidentes, violencia de género, violencia sexual y autoagresión, correspondiendo realizar la denuncia en todos los casos en que el profesional de la Salud sospeche delito.

PRONÓSTICO MÉDICO LEGAL DE LAS LESIONES

El Código Penal chileno, que data de 1874, se refiere a las lesiones corporales en los artículos 395-403. A diferencia del pronóstico médico, que depende del riesgo vital, el pronóstico médico legal de las lesiones se determina según la recuperabilidad para el trabajo (recuperable, irrecuperable, parcial o total) y la incapacidad laboral que ocasiona.

La calificación médico legal de las lesiones o gravedad está determinada por el tiempo que demorará en sanar, de no mediar complicaciones, definiendo como gravísima aquella lesión que ocasiona castración, mutilación de un miembro importante que produzca incapacidad para realizar actividades cotidianas. La lesión es grave si “queda el ofendido demente, inútil para el trabajo, impotente, impedido de algún miembro o notablemente deforme” o si produce incapacidad para el trabajo mayor de 30 días, las lesiones menos graves son aquellas que demoran en sanar o producen incapacidad laboral menor de 30 días. Las lesiones leves no están definidas en el Código Penal, aunque se asume que son las que demoran en sanar o producen incapacidad laboral menor a 15 días, quedando a discreción del tribunal.

El Código Penal contempla también, desde junio de 2017, el delito de maltrato a menores de dieciocho años, adultos mayores o personas en situación de discapacidad, el cual es distinto al maltrato habitual contemplado en la Ley de Violencia Intrafamiliar. Este nuevo delito de maltrato no requiere que la agresión sea habitual ni que provoque lesiones, solo el hecho de agredir es constitutivo de delito.

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES

1.- Las lesiones se pueden clasificar según el agente que las produce. Los agentes externos se clasifican en mecánicos, físicos o químicos.

1.a. Agentes mecánicos: por efecto de un cuerpo en movimiento que contacta o golpea al sujeto o porque el sujeto contacta o se golpea contra un cuerpo inmóvil. El objeto que golpea y lesiona los tejidos puede ser un proyectil de arma de fuego, objetos cortantes, punzantes, contusos. Las contusiones son

producidas por cuerpos duros de superficie roma, dando origen a distintos tipos de lesiones según el objeto usado, la fuerza del contacto y la forma de contacto (presión, roce, tracción). Son contusiones superficiales las equimosis y hematomas. Son contusiones profundas las que comprometen vísceras (bazo, hígado, cerebro), articulaciones (esguinces), derrames cavitarios.

1.b. Agentes físicos: calor, frío, electricidad, radiación

1.c. Agentes químicos: ácidos, álcalis

1.d. Agentes biológicos: toxinas, mordeduras, picaduras.

LESIONES POR AGENTES MECÁNICOS

Según la continuidad de la piel, las lesiones se clasifican en:

1. Sin solución de continuidad: edema, eritema, equimosis y hematoma

Equimosis: Extravasación de sangre en el tejido celular subcutáneo. Se presenta como un cambio de color plano (sin volumen), al inicio presenta contornos bien definidos y a las horas más difusos, produciéndose un cambio de color con los días. La evidencia actual no apoya la estimación de la data de la lesión según el color, debido a la variación en el metabolismo de la hemoglobina

Es importante reparar en ciertas localizaciones que pueden tener importancia médico legal: equimosis palpebrales pueden ser producidas por golpe de puño, fractura órbita; en el cuello asociada a marca de uñas (estigmas ungueales) puede ser producida por estrangulación manual, en el borde cubital del antebrazo pueden ser lesiones de defensa; en muslos, genitales y ano por violencia sexual.

Sugilación: equimosis por succión, forma ovalada, puede producirse en cuello y mamas en contexto de violencia sexual.

Petequias: pequeñas equimosis agrupadas en forma de punteado hemorrágico.

Hematoma: colección de sangre que diseca la piel de los planos profundos, produciendo cambio de color y aumento de volumen, frecuente en traumatismo tangencial que produce desgarros de vasos mayores que

en la equimosis y coloración variable según antigüedad. Los hematomas profundos no se observan externamente. Deben sospecharse y realizar procedimientos auxiliares para su diagnóstico (hematoma en espesor de músculo, cavidades, órganos). Especial importancia la sospecha de hematomas extradurales, subdurales e intracerebrales.

2. Con solución de continuidad parcial: Erosión, escoriación, se ubican topográficamente en partes salientes, bajo las cuales existe plano óseo que genera resistencia.

Erosión rasmilladura): compromiso solo de epidermis, no sangra, no produce costra, desaparece a los 4 días y no deja cicatriz. Son características las lineales múltiples por arrastre, las semilunares por acción de las uñas, en anillo contuso erosivo por heridas de bala.

Escoriación: compromiso epidermis y dermis, producen exudado y costra. A los pocos minutos coagula y forma costra, la costra se desprende desde la periferia al centro a los 7 días y desaparece a los 20 días, dejando una zona central con halo rojizo.

Tienen características específicas en:

Atropellos: indican posición de la persona al momento del hecho y la dirección del vehículo
Arrastramiento: señalan la dirección del arrastre y la naturaleza del suelo.

Sofocación: alrededor de nariz y boca, producidas por las uñas

Estrangulación: erosiones en el cuello, estigmas ungueales con concavidad lateral

Riña: excoriaciones y erosiones distribuidas en forma irregular, la distribución anatómica es distinta según sean por defensa o por lucha.

3. Con solución de continuidad total: HERIDAS

3.1. Herida contusa: objeto contundente de superficie roma produce solución de continuidad de la piel, es una lesión irregular, las lesiones "figuradas" permiten definir el objeto utilizado. La profundidad de la lesión es variable, con puentes de tejido (diagnóstico diferencial con heridas cortantes), bordes anfractuosos que presentan escoriaciones o equimosis.

Heridas contusas complejas: provocadas por más de 1 mecanismo de lesión (presión, percusión, fricción, tracción). Incluye arrancamientos, aplastamientos, mordeduras, caída y precipitación.

Arrancamiento: producido por compresión y tracción violenta de la piel y tejidos subyacentes, con desprendimiento de 1 segmento, superficies irregulares y bordes deshilachados. Incluye el scalp o colgajo de cuero cabelludo con tracción de éste desde el cabello, observado principalmente en accidentes laborales. Generan graves secuelas, el pronóstico médico legal es grave.

Aplastamiento: producido por compresión de 2 superficies opuestas sobre uno o más segmentos corporales, observado en derrumbes y accidentes laborales. Al quedar comprimido el o los segmentos corporales entre las 2 superficies se produce daño de tejidos profundos como el óseo (esquirlas), fracturas simples o complejas y compromiso de partes blandas, siendo el tejido más resistente la piel. El pronóstico es grave.

4. Mordedura: producto de la penetración en el tejido y tracción de los dientes, presentan la forma de la arcada dentaria (semilunar) rodeada de una zona con erosiones, equimosis, escoriaciones que en casos graves puede acompañarse de arrancamiento. Es importante documentar el tamaño de la arcada dentaria, la diferencia de profundidad de las marcas, si la hay, y el ancho de cada pieza dentaria, si es medible. Lo anterior, permite diferenciar si se trata de una mordedura humana o animal, pudiendo incluso determinar de qué especie se trata. Si la mordedura es humana, reciente y no ha sido lavada, es posible tomar muestras con un hisopo para estudio de ADN y fotografiar para labores de identificación.

Caída: desplome de un sujeto en el mismo plano de sustentación.

Precipitación: desplome en un plano con un importante desnivel más bajo que el plano de sustentación (caída de altura). La energía del impacto se transmite a todo el cuerpo, con fuerte desaceleración, produciendo lesiones óseas y viscerales.

4.1. Heridas por arma blanca: producidas por instrumentos punzantes o cortantes con el fin de provocar daño, pueden comprometer planos más profundos o varios segmentos corporales. Se clasifican en heridas cortantes, punzantes, cortopunzantes y contuso-cortantes.

Herida punzante: producida por instrumentos alargados que terminan en una punta aguzada que penetra por presión y rechaza lateralmente los tejidos, observándose un agujero pequeño en la superficie, sin conocer su profundidad a la inspección externa.

Presenta un orificio de entrada en la piel o mucosa que puede ser puntiforme, ovalado (en forma de ojal) que tiene la dirección de las fibras elásticas, si existen fibras de dirección divergente, el orificio tiene forma triangular. La dirección del trayecto de la herida depende de la elasticidad de las fibras de cada plano, si compromete cavidades corporales es punzante penetrante. Puede o no existir orificio de salida más pequeño e irregular.

Herida cortante: producida por instrumentos con una hoja de poco espesor que actúa solo por el filo, produciendo solución separación limpia de los tejidos por presión con o sin deslizamiento. Presenta bordes netos e invertidos, paredes y lecho regulares, sin puentes de tejido, en sus extremos una cola de entrada corta y profunda y una de salida superficial y larga. Cuando se corta en el mismo sentido de las líneas de tensión se forma una línea, si se incide en forma perpendicular a las fibras se retraen los bordes, formándose un óvalo alargado. Existen heridas cortantes en forma de colgajo, cuando el corte es oblicuo o biselado, mutilantes cuando se produce pérdida de una parte saliente del cuerpo, atípicas e irregulares.

Las heridas cortantes pueden ser autoinferidas por simulación (superficiales, sangran poco y respetan el rostro), autoinferidas por autoagresión: pliegues de codos, muñecas, tobillos. Las heridas heteroinferidas de defensa se ubican predominantemente en borde cubital y cara posterior de antebrazos y manos, palma, pliegues interfalángicos de manos.

Herida cortopunzante: producida por instrumentos terminados en punta que

presentan aristas cortantes (cortaplumas), actuando por mecanismo de presión y corte perpendicular a la piel en forma simultánea. Cuando el instrumento tiene doble filo, la lesión presenta ambos ángulos agudos (similar a la cortante, pero más profunda), si tiene solo un extremo cortante se observa un ángulo romo y otro agudo.

Herida contuso-cortante: producida por objetos con capacidad de corte irregular usado de modo contuso, por presión contra el área de contacto, separación irregular de tejidos, características de heridas contusas y cortantes a la vez.

4.2. Heridas por arma de fuego: Son lesiones complejas, producidas por varios mecanismos. Se produce por perforación de la superficie corporal por el proyectil a alta velocidad, generada por una pequeña explosión que se produce en la parte posterior de la vainilla al golpearla con el disparador del arma. La punta de los proyectiles tiene distinta forma (aguzados, romos, achatados).

Por acción contusa y punzante se produce cavitación virtual a través del movimiento giroscópico .

Presentan características específicas:

- Herida orificio de entrada, con elementos constantes: orificio rodeado de un anillo contuso-erosivo circular (dirección del disparo perpendicular), oval (dirección tangencial) o irregular, de espesor variable. Por dentro del anillo erosivo se observa un anillo de limpieza que consiste en los elementos agregados que deja el proyectil en la piel o ropa, "limpiándose" de los productos de la combustión de la pólvora y grasa del cañón. Los elementos inconstantes se observan en disparos a corta distancia: halo carbonoso (impregnación de residuos de carbón-pólvora), el que se ubica alrededor del orificio de entrada y puede ser borrado con el lavado del área, a diferencia del tatuaje que está determinado por escoriaciones e incrustación de partículas (puntos negros) y es indeleble. Pueden observarse en la ropa, por lo que es importante no olvidar enviar

esta evidencia a través de la cadena de custodia.

- Trayectoria: túnel anfractuoso definido por los cambios de densidad de los distintos tejidos comprometidos, si se impacta el plano óseo las esquirlas pueden actuar como proyectiles secundarios que amplifican el daño. Los proyectiles de baja velocidad (armas comunes), determinan túneles que se llenan momentáneamente de sangre, y luego colapsan, dejando un trayecto de diámetro similar al del proyectil. En cambio, los proyectiles de alta velocidad (armas de guerra), producen túneles (cavitaciones transitorias) de diámetro mucho mayor, donde se acumula gran cantidad de sangre, causando trastornos hemodinámicos. Finalmente, cuanto más plano sea el proyectil, producirá mayor grado de contusión en la piel; si es aserrado en cruz, enganchará mayor cantidad de tejido mediante su movimiento giroscópico, produciendo orificios y trayectos de mayor tamaño.
- Orificio de salida: no presenta los elementos del orificio de entrada y suele tener mayor tamaño que éste, bordes evertidos, puede no estar presente.

LESIONES POR AGENTES FÍSICOS Y QUÍMICOS

Quemaduras: sin solución de continuidad de la piel (eritema), produce descamación epidérmica a los 7 días, sin secuela; con solución de continuidad parcial (flictena), sana a los 14 días sin secuela; con solución de continuidad total (escara), se resuelve en semanas o meses, deja cicatrices, según si hay deformidad o incapacidad para el trabajo pueden ser menos graves, graves o gravísimas.

1. Quemaduras por calor: Cada agente produce quemaduras de distintas características: el fuego quema los cabellos, pelos o vello corporal en la zona afectada. También puede producir carbonización. Los vapores o gases en ignición penetran en las vías aéreas, produciendo desde edema obstructivo hasta necrosis de la mucosa respiratoria. Los líquidos calientes suelen producir lesiones en forma de salpicadura o chorreo. No producen carbonización ni queman

los vellos. Si las vestimentas quedan empapadas en líquido caliente, las zonas cubiertas se verán más afectadas que las zonas expuestas. Los sólidos al estado de incandescencia (al rojo), reproducen todo o parte del contorno del objeto calentado en la zona afectada.

Se clasifican en 4 grados según su profundidad: Grado I: eritema, producido por vasodilatación; Grado II: flictena, producida por aumento de permeabilidad; Grado III: escara, producida por trombosis y necrosis y Grado IV: carbonización, por necrosis.

La extensión de las quemaduras se calcula como porcentaje de superficie corporal comprometida, usando la "regla de los 9" (cabeza y cuello 9%, cada extremidad superior 9%, cara anterior tórax 9%, cara anterior o posterior abdomen 9%, cada extremidad inferior 18%, área genital 1%.

2. Quemaduras por frío: se produce vasoconstricción con anoxia tisular secundaria, vasodilatación, edema, trombosis y necrosis. Se clasifican en 4 grados, heladura grado I (hiperemia y edema), cura en 3-4 días sin secuelas; grado II (hiperemia y vesículas con líquido claro, escara negruzca), cura en 10-15 días; grado III (necrosis piel y tejido subcutáneo, ampollas violáceas y hemorrágicas), cura con secuelas a los 21 días; grado IV (necrosis completa y pérdida de tejido que puede comprometer tejido óseo, aspecto moteado rojo o cianótico que evoluciona a la momificación), curación larga con secuelas (amputación).

3. Lesiones por agente eléctrico:

En la electrocución es importante buscar la lesión cutánea en el punto de contacto directo o quemadura que puede reproducir la forma del conductor o como una escara negra, apergaminada. Si la chispa salta a la piel (arco voltaico), se produce una lesión pequeña con una depresión central y bordes solevantados que no sangra. La marca eléctrica de salida es inconstante, de mayor tamaño que la de entrada, semejando una herida contusa o quemadura.

4. Lesiones por agentes químicos: producidas por ácidos y álcalis fuertes que producen lesiones similares a las que produce el calor, presentan áreas de necrosis (escara), límites netos, no

sangra. Los álcalis producen escara húmeda y blanca y los ácidos escara seca, acartonada.

OBLIGACIONES LEGALES EN RELACIÓN A LAS LESIONES

Denuncia: El artículo 175 del Código Procesal Penal establece la denuncia obligatoria entre otros a "jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y otras ramas relacionadas con la conservación o restablecimiento de la salud, y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito..." El artículo 176 establece como plazo para efectuar la denuncia dentro de las 24 horas siguientes al momento en que toman conocimiento del delito. Si no se cumple la obligación de denunciar se incurre en una falta, según lo estipulado en el artículo 494 del Código Penal.

Denuncia de lesiones: el Código Procesal Penal establece, en su artículo 200, la obligación de toda persona a cargo de hospital o establecimiento de salud público o privado de dar cuenta al fiscal de la "entrada de cualquier individuo que tuviere lesiones corporales de significación", indicando el estado del paciente y lo expuesto por los acompañantes en relación al origen de las lesiones, lugar y estado en que se le hubiere encontrado y signos externos. En ausencia del jefe del establecimiento corresponde realizar la denuncia a su subrogante.

Realización de exámenes corporales: el artículo 197 del Código Procesal Penal establece que pueden efectuarse "exámenes corporales" al imputado o a la víctima, si fuese necesario para constatar circunstancias relevantes para la investigación, es decir, pruebas de carácter biológico, extracción de sangre u otros. Esto debe ser ordenado por el fiscal, con el consentimiento de la persona, si la persona se niega, se solicitará la autorización judicial para que el juez de garantía autorice la diligencia. El artículo 198 señala, en relación a exámenes médicos y pruebas relacionadas con delitos sexuales, que los establecimientos de salud públicos o privados deberán "practicar los reconocimientos, exámenes médicos y pruebas

biológicas para acreditar el hecho punible” e identificar a los implicados, conservando antecedentes y muestras que se mantendrán en custodia en la dirección del establecimiento por 1 año. Se desprende de este articulado que la Ley dispone la obligación de los médicos de realizar el informe de lesiones, documento médico legal, sobre el cual puede el médico ser requerido como testigo experto en el evento que se realice el juicio oral, debiendo dar testimonio de lo que registró en su informe.

Registro de la información en el caso de lesiones: en la atención de un paciente lesionado en el Servicio de Urgencia se debe siempre llenar el Dato de Atención de Urgencias, además del informe de lesiones que será remitido a la policía o Fiscalía.

INFORME DE LESIONES

1. Debe consignar la **identificación** de la persona lesionada y de acompañantes si los hubiera, fecha, hora y lugar de la constatación de lesiones, identificación del profesional que realiza el examen.

2. Relato: Junto con la anamnesis clínica, en relación a las lesiones se debe preguntar por las circunstancias en que se produjeron, lugar, tiempo, objeto y mecanismo de producción de estas. En el contexto médico legal es posible que el relato no dé cuenta de toda la información requerida para ocultar o falsear el contexto. En este caso se recomienda escribir textual, entre comillas el relato para su posterior validación. Al profesional médico le corresponde solicitar un relato abreviado que le sirva para contrastarlo con las lesiones existentes, no le corresponde emitir juicios u opiniones respecto a la información obtenida.

3. Descripción de la lesión: consignar los siguientes elementos: tipo de lesión (diagnóstico de lesión : erosión, herida contusa, herida contuso-cortante, etc.), número, forma de lesión (lineal, semilunar, ovalada, estrellada, irregular, figurada), tamaño y profundidad (medir una a una o agrupar si son muchas y similares, utilizar testigo métrico en fotografías), dirección y sentido (cola de entrada y salida en heridas cortantes), color (escala cromática en equimosis), bordes cutáneos (anfractuoso

en heridas contusas, regulares en heridas cortantes), fondo (puentes de tejido).

4. Fijación de lesiones: describir en forma prolija las lesiones encontradas en el examen físico, en caso de ser necesario estudio adicional al examen físico (laboratorio, imágenes) consignar su solicitud y resultado. Es útil ayudarse de esquemas del cuerpo humano para marcar las lesiones, así como fotografías en que aparezcan los datos del paciente, fecha y puntos de reparo.

El examen de las lesiones debe seguir un orden de cefálico a caudal, ubicando cada lesión en la región anatómica correspondiente y describiendo sus características, de manera que al leer el informe se pueda dibujar la lesión original.

Ubicación topográfica: identificar segmento corporal, lado, superficie anterior o posterior, precisar con 2 puntos de referencia del lado de la lesión: distancia en cm desde la lesión a línea media anterior o posterior y distancia en cm hasta reparo óseo.

Además consignar si la lesión presenta hemorragia, infección, cicatrización, elementos agregados como tierra, pasto, vidrio y relación espacial y según mecanismo causal con otras lesiones y si son contemporáneas o no.

5. En relación a los hallazgos encontrados, si hubiese que realizar exámenes o recolectar evidencia, debe realizarse el procedimiento según estándares de toma de muestra, rotulado y llene de la cadena de custodia.

6. Diagnóstico de la lesión: De acuerdo a las características de la lesión corresponde catalogarla según la nomenclatura revisada, el tipo de lesión (ej: herida contusa) responde a un mecanismo de acción que debe contrastarse con lo expuesto en el relato del paciente o sus acompañantes. Asimismo deberá informar si la lesión descrita es o no compatible con el mecanismo expuesto por el paciente.

7. Incapacidad para el trabajo: precisar si es recuperable o no, si la recuperación es parcial o total y estimar tiempo de incapacidad laboral.

8. Calificación médico legal de las lesiones: estimación de gravedad según el tiempo que

demora en recuperarse: leve, menos grave, grave, gravísima.

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

INFORME MEDICO DE LESIONES N° _____

En Santiago, a ____ del mes de ____ del año ____ siendo las ____ hrs. y de conformidad con lo señalado en los artículos 341, 315, 322 del Código Procesal Penal, se procede a emitir el siguiente informe de lesiones:

Nombre Completo Examinado: _____
Rut: _____ Edad: _____ Sexo: M F

1.- Diagnóstico clínico de las lesiones y breve descripción del examen físico relevante: Erosiones, cicatrices, heridas contusas, heridas cortantes, heridas punzantes, equimosis, hematomas, etc. Describir hallazgo positivo, motivo del diagnóstico, con ubicación topográfica.

2.- Método de Diagnóstico Exámen Físico Imagenología
 Exámenes de Laboratorio Otros

3.- Describir brevemente origen de la lesión:
Según relato lesionado: _____

Según Apreciación Clínica: _____

Ej: Caída de Altura, Objeto Contundente, etc. No puede el médico certificar la intencionalidad de la caída ni diferenciar entre objetos contundentes causantes: palo, piedra, manopla, etc.

4.- Lesiones que ocasionarán al lesionado enfermedad y/o incapacidad para el trabajo por ____ días.
Si el examinado es un niño, o una persona que no trabaja, se considerará el tiempo que tarda en poder realizar una actividad normal para su edad o para su condición previa al momento de ser lesionado.

5.- Diagnóstico Médico Legal de las lesiones:
 Leves (0 a 14 días) Menos Graves (16 a 29 días) Graves (más de 30 días)

6.- Identificación persona que acompaña al lesionado (Nombre y Calidad)
Acompañado Sí No
Parentesco, Funcionario de Carabineros, ambulancia, Vecino, Etc.

7. Evidencia Recogida Sí No
Prendas de vestir u objetos relacionados con lesiones encontradas. Describir y mantener con cadena de custodia.

MÉDICO	NOMBRES _____	CENTRO ASISTENCIAL
	APELLIDOS _____	_____
	R.U.T. _____	DAU N° _____
	FIRMA _____	TIMBRE

LESIONES EN VIOLENCIA SEXUAL.

El cuidado de las víctimas de violencia sexual debe enfocarse siempre al bienestar y salud de la persona. La provisión de servicios médico legales no debe dejar de lado los cuidados generales, tratamiento de las lesiones, prevención y manejo de ITS y embarazo.

Las personas agredidas sexualmente deben poder consultar en servicios disponibles las 24 horas del día. En Chile, solo las dependencias del SML de la Región Metropolitana funcionan con turnos 24 horas, en el resto del país, el horario es diurno de lunes a viernes. Por esta razón, deben desarrollarse competencias en los servicios de urgencia, de manera de atender oportunamente a las víctimas que no tienen acceso al SML (Servicio Médico Legal).

La Ley 19617 (de delitos sexuales, 1999) establece que en cualquier establecimiento de salud se pueden y deben realizar peritajes en caso de delitos sexuales, de manera de facilitar la persecución penal en las localidades que no cuentan con médicos del SML. De esta manera se modificó el Código de Procedimiento Penal con el artículo 145 bis que obliga a que cualquier profesional médico, de cualquier establecimiento de salud, pueda emitir un informe pericial, en contraposición a lo que ocurría anteriormente cuando era atribución exclusiva del SML.

Con la Reforma Procesal Penal, el Código de Procedimiento Legal se reemplaza por el Código Procesal Penal, el cual establece en su artículo 198 que, tratándose de delitos sexuales, los hospitales, clínicas y establecimientos de salud semejantes, públicos o privados, deberán practicar los reconocimientos, exámenes médicos y pruebas biológicas conducentes a acreditar el delito e identificar a los partícipes en su comisión, debiendo conservar los antecedentes y muestras correspondientes en la dirección del establecimiento por un periodo no menor de 1 año, para ser remitidos al Ministerio Público.

La atención temprana es relevante para no perder oportunidades de tratamiento como la anticoncepción de emergencia, constatar y fijar lesiones y obtener muestras forenses que pueden constituir evidencia.

ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN AGRESIÓN RECIENTE.

A continuación se resume parte de lo publicado en la Norma General Técnica para la atención de víctimas de violencia sexual, elaborada por el Ministerio de Salud junto al Servicio Médico Legal, con la cooperación del Consejo de Infancia, Ministerio Público y Unicef. Está disponible en los sitios de MINSAL y SML. Las ilustraciones corresponden a este documento.

En términos generales, el plazo óptimo para realizar peritaje en agresión sexual es dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho. Puede ocurrir también que en casos de violencia sexual no reciente puedan consultar las víctimas por daño físico como Síntomas o signos de infecciones de transmisión sexual, daño psicológico o para certificar la agresión.

En casos de abuso sexual crónico en contexto familiar o cercano, éste se ejerce habitualmente sin violencia física y suelen consultar o ser sospechadas en el escenario de atención primaria.

Cuando existe sospecha de delito sexual, dependiendo de si la víctima es mayor o menor de edad se determina la obligación de denuncia. Los delitos cometidos contra menores de edad son de acción penal pública y en el caso de los profesionales de salud existe la obligación de denuncia. Si al momento de atender al menor de edad no se ha hecho la denuncia, ésta debe ser realizada, preferentemente vía carabineros del centro asistencial al Fiscal que corresponde, el cual recaba antecedentes e indica realizar el peritaje.

En el caso que la víctima sea mayor de edad, corresponde a delito de acción pública previa instancia particular y es la víctima quien debe realizar la denuncia. En este caso, si corresponde por los plazos realizar el peritaje, éste se realizará y las muestras se conservarán por si se realiza la denuncia después y se solicitan los registros y muestras.

ETAPAS DE LA ATENCIÓN

1. Acogida: como en una atención clínica, corresponde realizar anamnesis y examen físico, pero en este contexto, el primer paso lo constituye la Acogida, que enfatiza la necesidad

de empatizar con la víctima, con un trato digno y respetuoso. Es clave que los profesionales de salud entiendan que la responsabilidad de lo ocurrido no es de la víctima sino del agresor, centrándose en el cuidado y protección de la víctima. Como es esperable, en un contexto de agresión y sentimiento de vulnerabilidad al afectarse su esfera íntima, la víctima puede acudir por atención en un estado emocional inestable que requerirá mayor esfuerzo y empatía por parte del equipo de salud para lograr la contención emocional.

Es especialmente relevante la primera respuesta del sector salud cuando las víctimas de violencia son niños, niñas y adolescentes (NNA), debiendo velar por la seguridad de ellos, evaluando las redes de apoyo, considerando incluso hospitalizar cuando se sospeche agresión dentro del hogar sin garantía de seguridad. Es importante identificarse, informar las etapas de la atención y la importancia de estas.

2. Exploración Clínico – Forense

En todo momento de la atención debe procurar evitar revictimizar, es decir, con nuestra anamnesis y examen hacer que la víctima recuerde lo ocurrido y vuelva a sufrir por ello. Por ello, debe obtenerse un relato acotado a lo estrictamente necesario para realizar la exploración, pues no se trata de una entrevista investigativa.

Registre los datos de la víctima y su acompañante cuando es menor de edad, identificando al médico que realiza el examen y su acompañante, recabando antecedentes médicos, anamnesis breve, no inducida y relato abreviado del hecho. Con la puesta en marcha de la ley 21.057, respecto a la entrevista investigativa videograbada, si ésta ya se ha realizado, es posible acceder a la información por parte de la fiscalía antes de realizar la anamnesis. En caso contrario, se registra lo que diga la víctima, pero no se puede preguntar por el delito ni por el autor o su relación con la víctima.

EXAMEN FÍSICO

El examen es siempre voluntario y requiere consentimiento escrito, debe ofrecerse el acompañamiento de la víctima por la persona que escoja durante el examen, el rechazo por parte de la víctima se debe informar a la Fiscalía.

El examen físico sigue las mismas normas que en la atención clínica, primero un examen general, incluyendo los signos vitales. Consignar el estado emocional y hallazgos como estar bajo el efecto de drogas, en cuyo caso es importante tomar examen toxicológico - alcoholemia.

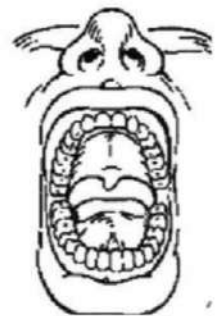
INFORME DE VIOLENCIA SEXUAL			
A. INFORMACIÓN GENERAL			
Institución en la que se realiza el examen			Ciudad del examen
Fecha del examen	Horas del examen AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	Nº Documento de Identidad: R.U.T. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nº de Informe
Nombre del examinado		Edad referida años/meses/días	
Fecha de nacimiento	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Dirección	Teléfono contacto
Estado civil	Nivel educacional	Actividad	
B. CONSENTIMIENTO INFORMADO MÉDICO FORENSE			
Escriba brevemente en que consiste la anamnesis, el examen médico-forense, recolección de muestras y su importancia dentro de la investigación del delito sexual. Complete el formato de consentimiento informado forense.			
C. ABORDAJE DEL CASO			
1. Información Adicional al Peritaje Hacer una breve referencia de los documentos aportados con el caso y extraer de los mismos lo pertinente (interconsultas, datos de atención en centro de salud, informe policosocial, informe de Fiscalía, etc.)			
2. Examen Médico Forense			
2.1 Anamnesis (Breve relato/estado emocional)			
Información suministrada por: Nombre de acompañante que entrega datos: Relación con el paciente			
Paciente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Lugar de los hechos		Fecha de los hechos (D/M/A)	Hora de los hechos H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
2.2 Presunto agresor			
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	Nº de agresiones	Relación con la víctima	Violencia sexual anterior
Métodos empleados por el agresor Amenazas <input type="checkbox"/> Ataduras <input type="checkbox"/> Armas <input type="checkbox"/> Golpes físicos <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>		Tipos de armas Arma de fuego <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punciante <input type="checkbox"/> Cortapuntas <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>	
El agresor se encontraba bajo el efecto del alcohol/otras drogas		El agresor resultó lesionado en los hechos	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	
Si resultó lesionado, describa el área del cuerpo afectada			
2.3 Actos descritos por el paciente			
Penetración del pene en: Cavidad oral <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		Penetración de objeto diferente al pene en: Vagina <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Cavidad oral <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	
Sitio de eyacuación		¿USÓ CONDÓN?	
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
Otras maniobras Besos <input type="checkbox"/> Suciones <input type="checkbox"/> Mordeduras <input type="checkbox"/> Tocaciones <input type="checkbox"/> Otras (describa):		USO DE ALCOHOL O DROGAS Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Describa:	
Durante los hechos resultó lesionada/o la víctima			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si presenta lesiones describalas en el examen físico por área corporal (puede ayudarse de los esquemas adjuntos)			
Recibió atención médica previa a este examen			
Si <input type="checkbox"/> Dónde? Cuál? _____			
No <input type="checkbox"/>			

5. Examen Médico Forense
Peso: _____ Talla: _____ Signos vitales: F/R: _____ FC: _____ FR: _____ Temp: _____
5.1 Aspecto general
Describe el aspecto general, estado emocional del examinado, cooperación y su evolución durante el examen

Recolecte la ropa de la víctima, haciendo que se desvista (privadamente) sobre un papel doble hoja, para enviar ropa y residuos, que deben estar secos, en una bolsa de papel debidamente rotulada y con la cadena de custodia correspondiente.

Examen segmentario: de cefálico a caudal, describiendo hallazgos y lesiones. Considerar zonas importantes como cara, incluir boca, revisando paladar y mucosa bucal, si corresponde por el relato, tomar muestra con tórula estéril delante y detrás de incisivos superiores para búsqueda de semen y espermios y ADN.

Cavidad oral: Examine la cavidad oral en busca de lesiones y material extraño (si lo indica el recuento de los hechos)
Presenta Lesiones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo describa _____
Se recolecta evidencia física: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál? _____
En niños y niñas describa tipo de dentición _____
fase inicial _____ media _____ completa _____

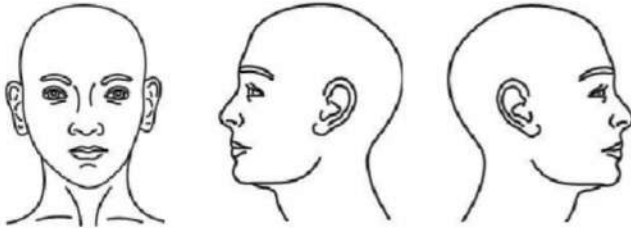


El cuello es una zona de interés forense, buscar equimosis, lesiones de succión (sugilación) o mordidas, las que deben describirse y fijarse, en lo posible fotografiando la lesión con un testigo métrico, a la vez que tomar muestra con tórula de algodón para DNA, la que debe rotularse adecuadamente y llenar la cadena de custodia.

5.2 Descripción de hallazgos y recolección de evidencia física
 Describa lesiones si las presenta o condiciones físicas que puedan alterar la interpretación de los hallazgos.
 Puede ayudarse de los dibujos para ilustrar los hallazgos.

Valoración de la zona subungueal:
 Presenta Lesiones: Si No N/A En caso afirmativo describa _____
 Se recolecta evidencia física: Si No Cuál? _____
 Frotis subungueal Cuerpo extraño Frotis ADN del agresor

Cara, cabeza (cuero cabelludo, pelo), cuello:
 Presenta Lesiones: Si No N/A En caso afirmativo describa _____
 Se recolecta evidencia física: Si No Cuál? _____



En los brazos buscar equimosis en cara interna y en antebrazos lesiones de defensa, observar manos y tomar muestras subungueales.

Explorar el tronco, comenzando por la espalda y luego las mamas que son una zona más íntima y que en agresiones sexuales pueden presentar lesiones como mordidas y equimosis por succión.

Tórax
 Presenta Lesiones: Si No N/A En caso afirmativo describa _____
 Se recolecta evidencia física: Si No Cuál? _____

Mamas
 Presenta Lesiones: Si No N/A En caso afirmativo describa _____
 Se recolecta evidencia física: Si No Cuál? _____
 En niñas y niños describa caracteres sexuales secundarios (Tanner) _____

Los muslos deben revisarse por todas sus caras en búsqueda de lesiones, inspeccionar rodillas y tobillos.

Abdomen
 Presenta Lesiones: Si No N/A En caso afirmativo describa _____
 Se recolecta evidencia física: Si No Cuál? _____
 Signos de embarazo: Si No Describa _____

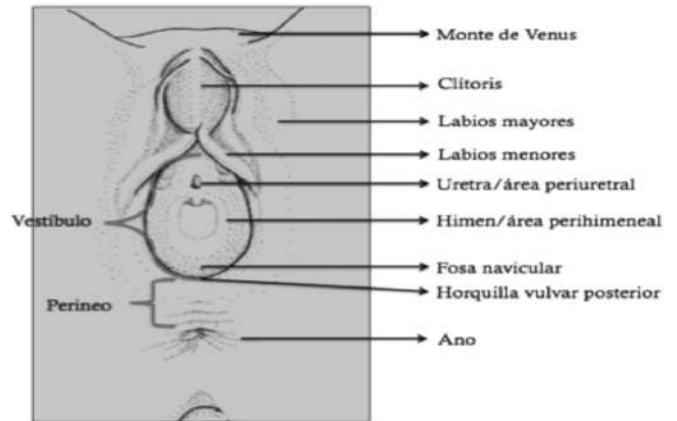
Espalda
 Presenta Lesiones: Si No N/A En caso afirmativo describa _____
 Se recolecta evidencia física: Si No Cuál? _____

Región Glútea
 Presenta Lesiones: Si No N/A En caso afirmativo describa _____
 Se recolecta evidencia física: Si No Cuál? _____

Extremidades
 Axilas: Presenta lesiones Si No N/A En caso afirmativo describa _____
 Se recolecta evidencia física: Si No Cuál? _____
 Miembros superiores: Presenta lesiones Si No N/A En caso afirmativo describa _____
 Se recolecta evidencia física: Si No Cuál? _____
 Miembros inferiores: Presenta lesiones Si No N/A En caso afirmativo describa _____
 Se recolecta evidencia física: Si No Cuál? _____

EXAMEN GENITO - ANAL:

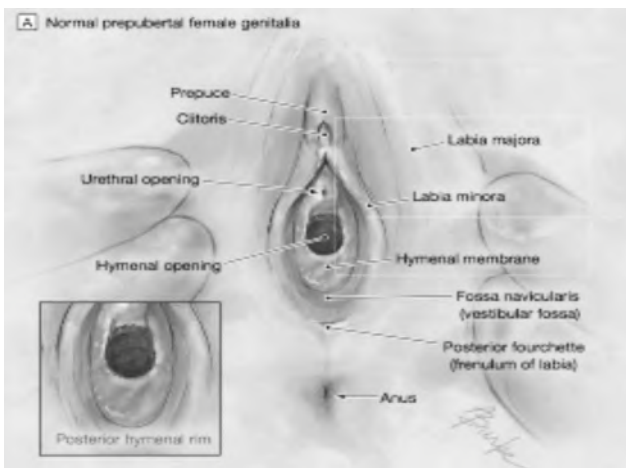
Puede realizarse bajo visión directa, lupa o, idealmente, con colposcopio que es un microscopio binocular con fuente de luz, lo que permite maximizar la posibilidad de hallazgos de microtraumas. La mayoría de los colposcopios tienen una cámara incorporada que permite fotografiar los hallazgos.



En posición inicial de litotomía examine las zonas externas de la región genital y ano. Inspeccione el monte de Venus. En relación al vestíbulo, observe labios mayores y menores, clítoris, himen o remanentes himeneales, fosa navicular y periné.

Las agresiones sexuales se concentran en niñas y adolescentes, por lo que es importante diferenciar la anatomía de los genitales prepuberales y postpuberales.

En el esquema se observan genitales femeninos normales prepuberales:



En pre púberes el examen debiera ser solo externo. Para visualizar el área primero se debe separar los labios mayores y luego traccionarlos suavemente para visibilizar mejor el vestíbulo y el himen. Si existen dudas se puede mejora la visualización en posición genupectoral.

El examen con espéculo no debe realizarse en niñas, a menos que se requiera por sangrado, sospecha de desgarro vaginal o cuerpo extraño, en cuyo caso debe considerarse sedación.

La penetración produce que los tejidos circundantes se distiendan, por lo que la forma y extensión de las lesiones dependen de la elasticidad de los tejidos, tamaño del objeto que penetra, fuerza usada, grado de relajación del piso pélvico y posición del agresor. La horquilla posterior (posterior fourchette en el esquema), los labios menores y mayores, el himen y los pliegues perianales son los sitios más frecuentes de lesiones.

Pueden observarse laceraciones (desgarros) que presentan bordes irregulares y equimóticos en himen, horquilla posterior, periné y región perianal.

Las lesiones se deben describir y fijar fotografiando con el colposcopio si está disponible. En caso de lesiones en himen, identificarlas según los punteros del reloj, describiendo profundidad.



No todos los desgarros del himen constituyen evidencia de penetración. Se considera indicador si se produce un desgarro profundo del himen en el anillo posterior. Cuando la lesión se observa en la etapa crónica, es decir, el desgarro cicatrizó sin unión de los bordes (hasta la base del himen) corresponde a un desgarro profundo antiguo, "transección" en nomenclatura anglosajona y es también un indicador de penetración. Sin embargo, la mayoría de las lesiones cicatrizan antes de 1 semana sin dejar lesiones residuales.

Además, producto de una agresión sexual puede no haber lesiones visibles, por lo que el no encontrar lesiones no descalifica la ocurrencia del hecho.

La ausencia de lesiones recientes o antiguas no permite descartar una agresión sexual y puede ser concordante con el relato de la víctima.

Examen genital: establecer la presencia (o ausencia) de lesiones; recuperar evidencia traza a este nivel, evaluar caracteres sexuales secundarios en caso de niños y niñas según Tanner, valorar signos clínicos de embarazo y/o infección de transmisión sexual.

Genitales externos femeninos: Desarrollo: Tanner _____

Posición para el examen: Supina Prona Lateral Otra Cuál?

Región púbica (vello púbico según Tanner): _____

Labios mayores: _____

Horquilla vulvar: _____

Citotris: _____

Meato urinario: _____



Vagina: _____

Perine: _____

Región inguinal: _____

Himen (forma, integridad, elasticidad):

Forma del himen:

Anular Labiado Semilunar Fimbriado

Imperforado Cribiforme Tabicado Carúnculas Mirtiformes

Estado del himen:

Integro no elástico Integro elástico

Escotaduras Desgarro reciente Desgarro antiguo

Descripción bordes y desgarros himenales (utilizar nomenclatura manecillas del reloj):

Toma de muestras: Sí No Describe _____

EXAMEN GENITOUROLÓGICO: Describir anatómicamente pene, prepucio, escroto y testículos, consignando lesiones traumáticas., observar lesiones dérmicas sugerentes de ITS (Sifilis, condilomas, herpes). Si existe flujo uretral: sospechar gonorrea, tomar examen directo y cultivo TM. Realizar peneocopia con colposcopio y tomar fotografías y/o videos.

Registrar lesiones en esquema anatómico.

Genitales externos masculinos: Desarrollo: Tanner _____

Bolsa escrotal (bilateralmente): _____

Testículos según Tanner: _____

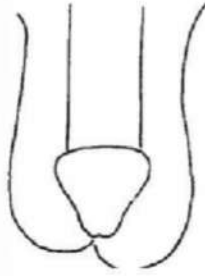
Pene y prepucio: _____

Frenillo: _____

Surco balanoprepucial: _____

Glande: _____

Meato urinario: _____

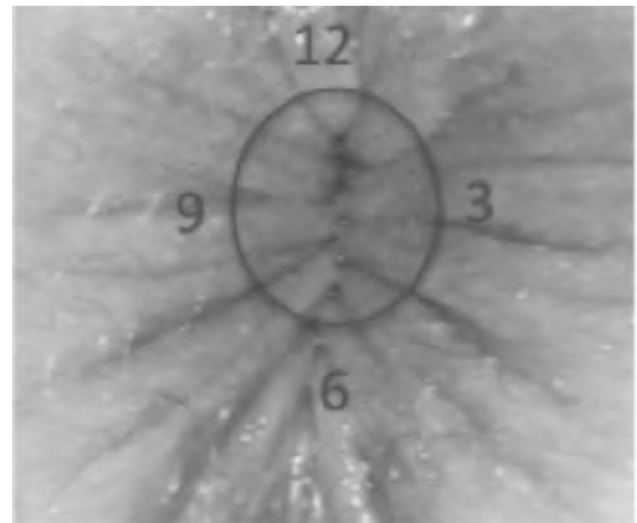


Toma de muestras: Sí No Describe _____

EXAMEN PROCTOLÓGICO:

Realizar inspección, en lo posible con colposcopio, de la región perianal, buscando erosiones, excoriaciones, fisuras, desgarros, equimosis, hematomas, petequias, cicatrices antiguas, que deben ubicarse según los punteros del reloj.

Consignar tonicidad del esfínter anal. Tomar muestra contenido ano-rectal, con tórula estéril humedecida para búsqueda de semen y espermios (24- 48 hrs).



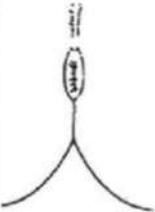
Examen anal y perianal

Posición para el examen: Genuspectoral Supina Lateral Otra Cuál?

Forma: Oval Circular Tono: Normal Hipotónico

Descripción de fisuras, edema, borramiento de pliegues, desgarros, lesiones:

Toma de muestras: Sí No En caso afirmativo describe _____



La utilidad real del examen físico es baja:

25-30% hallazgos positivos: mayor en extra genitales por sobre genitales. En lesiones genitales se observa con mayor frecuencia erosiones, laceraciones, en edades extremas de la víctima, mayor posibilidad de encontrar lesiones.

3. Toma de muestras

La toma de muestra forense permite probar la conexión física entre personas, objetos y lugares. Las muestras biológicas (pelo, sangre, semen, fragmentos cutáneos) pueden encontrarse en la víctima como en el agresor (por ejemplo contenido subungueal). Siempre tomar con guantes para evitar la contaminación con el propio DNA y considerar que solo rinden si se toman en las primeras horas (en términos generales 72 horas). Deben rotularse adecuadamente y enviar con la correspondiente cadena de custodia.

Deben tomarse muestras con tómulas de algodón estériles húmedas para DNA si la superficie está seca en zona vulvar y perivulvar (niñas), en adolescentes puede tomarse una muestra de contenido vaginal sin necesidad de colocar espéculo.

Genitales internos: en la mujer con vida sexual activa, deberá realizarse especuloscopia, describiendo lesiones en vagina y cérvix, tomar muestra de contenido vaginal con tómula estéril, rotular y derivar con cadena de custodia. En el fondo de saco posterior se puede pesquisar espermios hasta 5-7 días post evento, por lo que en este caso cabría ampliar el plazo para la toma de muestra. Realizar colposcopia y fotografía o videos.

Además de las muestras de DNA, existen otros exámenes que pueden solicitarse, con consentimiento de la víctima: muestras para búsqueda VIH/SIDA, muestra para búsqueda de hepatitis B, VDRL.

Alcoholemia, muestra para búsqueda de drogas de abuso en orina y sangre, evaluar según el relato y condición física.

Todas las muestras deben ser derivadas donde el fiscal señale, debidamente rotuladas, selladas, adjuntando el informe ML y la orden judicial, conservar cadena de custodia. Las prendas húmedas o con manchas deben ser secadas al aire antes de ponerlas en su contenedor de papel. Las muestras de contenido rectal

y vaginal para estudio de semen o DNA se recolectan en forma separada.

Estudios solicitados:			
Alcoholemia	Si ___ No ___		
Toxicológico en sangre	Si ___ No ___	Toxicológico en Orina	Si ___ No ___
Contenido gástrico	Si ___ No ___		
Contenido vaginal, vulvar y perivulvar	Si ___ No ___	NUE: _____	Destino: _____
Contenido rectal	Si ___ No ___	NUE: _____	Destino: _____
Contenido bucal	Si ___ No ___	NUE: _____	Destino: _____
Contenido genital masculino	Si ___ No ___	NUE: _____	Destino: _____
Estudio de ITS por PCR	Si ___ No ___	NUE: _____	Destino: _____
BHCG para diagnóstico de embarazo	Si ___ No ___	NUE: _____	Destino: _____
Estudio de manchas en ropas	Si ___ No ___	NUE: _____	Destino: _____
Muestra lecho ungueal	Si ___ No ___	NUE: _____	Destino: _____
Recolección de vello púbico	Si ___ No ___	NUE: _____	Destino: _____
Recolección de material extraño	Si ___ No ___	NUE: _____	Destino: _____

4. Profilaxis ITS y embarazo

En caso de sospecha de infección de transmisión sexual (ITS), debe considerarse tomar muestras para chlamydia y gonococo, según el riesgo de exposición evaluar profilaxis VIH, realizando la toma basal del examen. En caso que no esté vacunado por hepatitis B, debe tomarse antígeno de superficie y derivar para seguimiento.

Si existe riesgo de embarazo, otorgar anticoncepción de emergencia. Si existe sospecha de embarazo solicitar exámenes para el diagnóstico.

Toma muestra basal VIH	Si ___ No ___	NUE: _____	Destino: _____
Muestra basal VDRL	Si ___ No ___	NUE: _____	Destino: _____
Muestra basal antígeno de superficie Hepatitis B	Si ___ No ___	NUE: _____	Destino: _____
Profilaxis ITS (Esquema indicado): _____			
Profilaxis VIH (Esquema indicado): _____			
Derivación para profilaxis (inmunización)			
Cuál? Vacuna VPH	_____		
	Vacuna Hepatitis B _____		
Anticoncepción de emergencia	Si ___ No ___		

5. Conclusión del exámen Médico Legal

Resumen de lesiones: consignar la presencia o no de lesiones y la forma de documentación de los hallazgos (dibujos, fotografías, exámenes adicionales).

Consignar si se tomaron muestras para estudio forense y la cadena de custodia.

Pronóstico médico legal de las lesiones (estimación en término de tiempo/días de curación de las lesiones).

Apreciación de concordancia entre relato aportado por la víctima y/o su cuidador/a y el mecanismo de acción de las lesiones examinadas. El médico no afirma el delito ni lo califica; pero su descripción forense deberá dar una orientación al respecto.

Dado que la Ley describe aquellas conductas que han vulnerado la libertad o indemnidad sexual, es importante que la conclusión del peritaje dé cuenta de manera precisa de los hallazgos.

D. DOCUMENTACIÓN DE HALLAZGOS Fotografías: _____ Diagramas: _____ Radiografías: _____ Ecografías: _____ Otros: _____		E. MUESTRAS Y ELEMENTOS PARA ESTUDIO Diligenciar adecuadamente de la cadena en custodia de las evidencias y muestras recolectadas.	
F. INTERCONSULTAS _____ _____			
G. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES: _____ _____ _____ _____			
H. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES 1. Interconsulta: _____ 2. Solicitud de medida cautelar: _____ 3. Otras recomendaciones: _____			
Nombre: _____		RUT: _____	Firma: _____
J. INFORME (Denuncia)			
1. Informe a Fiscalía		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre de quien recibe la información: _____		Nº Identificación: _____	
Reportado por (Nombre): _____		Teléfono: _____	
Fecha: _____ Hora: _____			
2. Policía o autoridad que solicita el examen médico forense		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre del funcionario: _____		Nº Identificación: _____	
Institución: _____		Teléfono contacto: _____ Fecha: _____ Hora: _____	
Número de parte (si se cuenta con el): _____			

7. INSTRUCCIONES PARA REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE ALCOHOLEMIA

Fuente: Resolución 8833 EXENTA de 3 de septiembre de 2010 y Resolución 856 EXENTA de 29 de marzo de 2018 – Servicio Médico Legal.

INTRODUCCIÓN

La toma de exámenes de alcoholemia es un procedimiento que se encuentra regulado por la autoridad y en el que es preciso seguir un debido protocolo de acción. El presente documento recoge una Síntesis del protocolo establecido, el que se puede consultar a mayor abundamiento en la Resolución 8833 EXENTA. Dicha resolución, fue actualizada por la resolución 856 exenta, de fecha 29 de marzo de 2018.

La extracción de la muestra se realizará en cualquier establecimiento de salud habilitado por el Servicio Médico Legal, o móviles habilitados para la toma de muestra.

La extracción será ejecutada a solicitud de funcionarios de Carabineros de Chile o de la Policía de Investigaciones, o de particulares, en caso de exámenes de alcoholemia voluntarios.

La extracción debe ser efectuada por un médico cirujano, quien será responsable de comprobar la identidad de la persona con su respectiva cédula de identidad u otro documento que acredite identificación del país de origen, en caso de ciudadanos extranjeros, en presencia del funcionario policial.

El profesional médico podrá delegar el acto mismo de la extracción, en personal calificado de su dependencia, manteniendo su responsabilidad en cuanto a fiscalizar adecuadamente la identidad del examinado y el cumplimiento de las normas técnicas que se imparten en el presente instructivo.

PROCEDIMIENTO:

1. Se deben usar material desechable.
2. Aseptización de la piel en zona de punción utilizando algodón o equivalente con

jabón desinfectante del tipo triclosan 1% o equivalente, o solución de mercurio o solución de lugol. No usar alcohol, solución alcohólica de yodo ni otros desinfectantes que contengan alcohol.

3. Recibir la sangre en frascos con anticoagulante y agente preservante, los que serán proporcionados por los laboratorios de análisis del Servicio Médico Legal.
4. El frasco se debe llenar completamente, para evitar la volatilización del alcohol que pudiese contener.
5. Junto con extraer las muestras, se extenderá una boleta de atención en el establecimiento habilitado por el SML, en duplicado, la cual debe contener la misma numeración que el frasco que contenga la muestra evitando registrar en el frasco datos personales (nombre y RUT).

La boleta debe estar escrita con letra imprenta y contendrá los siguientes datos:

- Nombre del Establecimiento de Salud o individualización del Móvil habilitado.
- Número o identificación de tubo (debe coincidir con número o identificación de boleta).
- Fecha y hora de la toma de muestra, la hora expresada en formato de 24 horas, (00:00 a 23:59 horas.).
- Nombre completo de la persona a quien pertenece la muestra de sangre.
- Número de Cédula de Identidad o documento de identificación del país de origen.
- Edad y género.
- En caso de personas no identificadas, o que no porten cédula de identidad, debe agregarse a la boleta una ficha dactiloscópica. Para tal efecto, el médico o el funcionario del establecimiento o móvil en quien éste delegue dicha facultad debe tomar las impresiones de las huellas dactilares de

los diez (10) dedos de la persona que se le toma la muestra, llenando la totalidad de los datos requeridos en los formularios de ficha dactiloscópica que proporciona el Servicio Médico Legal, cuyo formato referencial, a modo explicativo, se encuentra en Anexo Nro. 1 de la presente normativa, el que forma parte integrante de la misma.

Con este objeto, el responsable del establecimiento habilitado por el SML, o del Servicio Público a cargo del móvil, deberá tomar contacto con la Dirección Regional del SML donde se encuentra el Establecimiento, o el Servicio Público, donde le serán entregados estos formularios y se le brindará la asesoría necesaria para llenarlos.

- Condición de la persona a quien se le toma la muestra, expresada como: Peatón, Conductor u otro.
- Apreciación clínica del estado de ebriedad, según juicio del médico, con base en anamnesis de ingesta alcohólica (si es posible) y detección de Síntomas y signos de la misma en el examen físico. Marcando la celdilla correspondiente;
 - Sobrio o sin signos de ingesta alcohólica
 - Con signos de ingesta alcohólica o hálito alcohólico
 - Ebriedad manifiesta
 - Estado de coma.
- Observaciones clínicas acerca de la presencia de Traumatismo Cráneo-Encefálico o de Síntomas y/o signos del consumo de drogas por el examinado, u otras observaciones que sean relevantes para la determinación del estado de ebriedad y para la interpretación de su resultado.
- Nombre completo, RUT (otro medio según nacionalidad) y firma, tanto del profesional que toma la muestra, como del médico responsable del procedimiento.
- Número de Placa y firma del funcionario policial que solicitó la toma de la muestra.

- Número de parte policial.
- Fecha y hora del suceso que motiva el examen, la hora expresada en formato de 24 horas (00:00 a 23:59).
- Comisaría u otra unidad policial emisora del parte.
- Fiscalía o Tribunal donde se enviará el parte policial.
- Huella dactilar del pulgar derecho de la persona a quien se toma la muestra, la que debe consignarse tanto en el original como en la copia del documento.

Una vez completado el registro de datos en la Boleta de Alcoholemia, el frasco se envuelve en el original de la Boleta, mientras la copia se reserva para la elaboración de la nómina.

El frasco rotulado solo con el número de la boleta y envuelto en el original de su boleta, debe ser depositado por el médico en la caja de seguridad.

El frasco se depositará a través del orificio de la caja, en presencia del funcionario policial que condujo al afectado y del afectado mismo, si la condición de salud lo permite

En caso que el afectado se niegue a la extracción de la muestra, se confeccionará igualmente la Boleta de Alcoholemia, con todos sus datos y muy especialmente con el registro de la apreciación clínica, efectuada por el médico, y que según su análisis, presentaba el usuario/a.

En el espacio dispuesto para registrar otras observaciones, el médico dejará constancia de la negativa, anotando "Rechaza toma de muestra", o "Se niega a la toma de muestra". El centro asistencial deberá consignar claramente en la nómina al igual que en la boleta, en forma clara, las razones por las cuales se ha rechazado por parte del usuario/a la toma de muestra sanguínea.

El envío de las muestras es de responsabilidad del Médico Jefe del establecimiento o médico responsable del móvil habilitado por el SML, o del profesional en quien éste delegue esta función.

APRECIACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO DE EBriedAD

Según juicio del médico, con base en anamnesis de ingesta alcohólica (si es posible) y detección de Síntomas y signos de la misma en el examen físico. El resumen de esta apreciación clínica será expresado mediante la siguiente escala de grados de ebriedad:

Grado de Ebriedad

1. Sobrio o sin signos de ingesta alcohólica 0
2. Con signos de ingesta alcohólica o con hálito alcohólico 1
3. Ebriedad manifiesta 2
4. Estado de coma 3

ANEXO Nro. 1: FICHA DACTILOSCOPICA REFERENCIAL

SML SERVICIO MEDICO LEGAL		República de Chile Ministerio de Justicia - Servicio Médico Legal				Nº 039419	
Fecha	Tant <input type="checkbox"/>	Clin <input type="checkbox"/>	Lab <input type="checkbox"/>	RNA <input type="checkbox"/>	Sede	N.I.P.:	
N° Doc. Nacional de Ident.			Nacionalidad			N.N SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Pres. Primer Apellido			Pres. Segundo Apellido				
Presuntos Nombres							
Fecha de Nacimiento			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>		Edad Aprox. (años)		
Impresiones Rodetales:							
D E R E C H A							
	PULGAR	INDICE	MEDIO	ANILAR	MEÑIQUE		
I Z Q U I E R D A							
Impresiones Planas:							
Mano Izquierda		Pulgar Iz.		Pulgar De.		Mano Derecha	
Funcionario que realiza el levantamiento:							

e Invalidez (COMPIN) una serie de facultades tendientes a asegurar el correcto uso de este derecho de seguridad social, como solicitar a los médicos autorizados para emitir licencias médicas la entrega o remisión de antecedentes o informes y en casos excepcionales y por razones fundadas, citar a entrevistas a los médicos que por Ley están autorizados para emitir licencias médicas. Lo anterior, respecto de las licencias médicas otorgadas y que se encuentran sometidas al conocimiento de dichas entidades.

La negativa reiterada a la entrega o la no remisión de los antecedentes, así como la inasistencia injustificada y repetida a las citaciones, en los plazos fijados al efecto, los cuales no podrán exceder de 7 días corridos, habilitarán a la COMPIN para que, mediante resolución fundada sancione al profesional con multas a beneficio fiscal de hasta 10 unidades tributarias mensuales. En casos calificados, además, podrá suspenderse tanto la venta de formularios de licencias médicas como la facultad para emitirlas hasta por 15 días, renovables mientras persista la conducta del profesional

En contra de lo resuelto por la COMPIN respectiva podrá reclamarse ante la Superintendencia de Seguridad Social, dentro de 5 días hábiles contados desde la respectiva notificación.

Una vez que el profesional proporcione los antecedentes requeridos o acuda a la citación, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez respectiva, de oficio o a petición de parte, dictará una resolución que ponga término a la suspensión indicada. Si, por otro lado, la Superintendencia de Seguridad Social resuelve favorablemente el reclamo del profesional, se dejarán sin efecto las multas cursadas y cesará la suspensión aplicada.

3. PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 5 DE LA Ley N° 20.585.

De acuerdo con esta norma legal, la Superintendencia de Seguridad Social, en aquellos casos en que un profesional de salud habilitado para extender licencias médicas, las emita con evidente ausencia de fundamento médico, de oficio o a petición de la Secretaría

Regional Ministerial de Salud (SEREMI de Salud), de la COMPIN respectiva, del Fondo Nacional de Salud (FONASA), de una ISAPRE o de cualquier particular, puede, si existe mérito para ello, iniciar una investigación.

Es la propia Ley la que se encarga de definirlo que se entiende por “evidente falta de fundamento médico”, señalando que se configura cuando un profesional de la salud emite una licencia médica “en ausencia de una patología que cause incapacidad laboral temporal por el período y la extensión del reposo prescrito.”

La Superintendencia de Seguridad Social, iniciada que sea la investigación, puede solicitar informe al profesional de la salud, al empleador o al trabajador, según corresponda.

De acuerdo con el procedimiento, el profesional, una vez notificado contará con un plazo de 10 días hábiles para emitir su informe y además, podrá solicitar una audiencia para REALIZAR SUS DESCARGOS frente a la comisión de expertos de la Unidad de Control de Licencias Médicas dependiente de la Superintendencia de Seguridad Social.

Transcurrido el plazo de 10 días o realizada la audiencia referida, la Superintendencia de Seguridad Social debe resolver de plano y fundadamente. Si se dan por acreditados los hechos investigados puede aplicar alguna de las sanciones previstas y detalladas en la misma norma referida.

Dichas sanciones consisten en:

1. Multa a beneficio fiscal de hasta 7,5 unidades tributarias mensuales. La multa podrá elevarse al doble en caso de constatarse que la emisión de licencias sin fundamento médico ha sido reiterada
2. Suspensión hasta por treinta días de la facultad para otorgar licencias médicas y una multa a beneficio fiscal de hasta 15 unidades tributarias mensuales, en caso de reincidencia dentro del período de tres años contados desde la fecha de la notificación de la resolución que impuso la primera sanción.

3. Suspensión hasta por noventa días de la facultad para otorgar licencias médicas y una multa a beneficio fiscal de hasta 30 unidades tributarias mensuales, en caso de segunda reincidencia dentro del período de tres años contados desde la fecha de la notificación de la resolución que impuso la primera sanción.
4. Suspensión hasta por un año de la facultad para otorgar licencias médicas y una multa a beneficio fiscal de hasta 60 unidades tributarias mensuales, en caso de tercera reincidencia dentro del período de tres años contados desde la fecha de la notificación de la resolución que impuso la primera sanción."

El profesional de la salud habilitado para emitir licencias médicas, podrá recurrir de reposición de las sanciones aplicadas conforme al artículo 5 de la Ley N°20.585, en un plazo de 5 días hábiles contados desde su notificación, debiendo acompañar el facultativo los antecedentes en que se funde el recurso.

Con la finalidad de resolver este recurso, la Superintendencia de Seguridad Social puede pedir informe al respectivo organismo administrador.

En contra de la resolución de la Superintendencia de Seguridad Social que deniegue la reposición, el profesional afectado puede reclamar ante la Corte de Apelaciones correspondiente al territorio jurisdiccional de su domicilio, en los términos señalados en los incisos primero y tercero del artículo 58 de la Ley N°19.635, que fija el texto refundido de la Ley de Organización y Atribuciones de la Superintendencia de Seguridad Social, esto es, debe ser interpuesto en el plazo de 15 días hábiles contados desde la notificación y se tramitará en cuenta y con preferencia, previo informe de la Superintendencia de Seguridad Social, que deberá remitirse en un plazo de 6 días hábiles.

En contra de la resolución que dicte la Corte de Apelaciones respectiva, no procederá recurso alguno.

¿QUÉ ES UNA LICENCIA MÉDICA?

Es el reposo con fines terapéuticos, que se prescribe como parte del tratamiento de alguna enfermedad. Si usted es un trabajador activo dependiente o independiente y se enferma, tiene derecho a ausentarse de su trabajo, de manera parcial o total, si así lo ha indicado un médico cirujano, un cirujano dentista o una matrona (ésta última solo para permisos o licencias pre y postnatales).

La Licencia Médica se certifica a través de un formulario que constituye un justificativo para ausentarse del trabajo de manera total o parcial según indique el profesional que la extiende.

¿QUÉ ES EL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL?

Es un subsidio especial cuya finalidad es que usted mantenga sus ingresos por aquellos días que no los va generar por encontrarse con reposo terapéutico por la prescripción de una Licencia Médica. Para gozar de este subsidio, debe cumplir ciertos requisitos y con la correcta tramitación de la licencia médica.

Las licencias médicas solamente pueden ser prescritas por:

- Un médico cirujano (incluidos los psiquiatras).
- Un cirujano dentista.
- Un matrnón o matrona.

¿QUÉ TIPOS DE LICENCIA EXISTEN?

1. Enfermedad o accidente común.
2. Prórroga medicina preventiva.
3. Licencia maternal pre y posnatal.
4. Enfermedad grave del hijo menor de un año.
5. Accidente del trabajo o trayecto.
6. Enfermedad profesional.
7. Patología del embarazo.

4. EMISIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS

1. El profesional debe estar inscrito en el Registro Nacional de Profesionales de FONASA, el cual autorizada a dichos profesionales para extender licencias médicas.
2. La emisión de licencias médicas por parte del profesional habilitado se materializa mediante el llenado de un formulario electrónico especial, cuyo contenido es fijado por el MINSAL, el que debe ser enviado al empleador del paciente, para lo cual debe tener un convenio con un operador que suministra el sistema computacional para estos fines (IMed, Medipass o el Portal de Tramitación de Licencias Médicas de FONASA)
3. Para que se verifique el otorgamiento y tramitación de la Licencia Médica Electrónica es requisito indispensable que tanto el profesional habilitado para otorgar licencias médicas como el organismo administrador de la Ley N°16.744, la empresa con administración delegada y la COMPIN, según corresponda, reciban la prestación de servicios informáticos del mismo operador.
4. El Profesional que emitió la licencia, debe hacer entrega al trabajador de un comprobante impreso, con su correspondiente folio, que certificará dicho otorgamiento.
5. Excepcionalmente, a falta de medios tecnológicos o falta de conectividad, o tratándose de un profesional previamente autorizado por la COMPIN por alguna causal que lo justifique, se podrán emitir licencias médicas en formato papel.
6. El prestador Independiente que desee obtener un talonario de licencias médicas debe presentar en la COMPIN o Subcomisión fotocopia de Cédula de Identidad vigente por ambos lados, certificado de título profesional y de especialidad, si corresponde, autenticadas ante notario; y certificado del Registro Nacional de Prestadores de Individuales de Salud. Para el caso de profesionales extranjeros deberá

presentar además la validación de su título en Chile.

7. Cumplidos los requisitos anteriores, todo médico podrá adquirir un talonario en la COMPIN para seguir emitiendo licencias en papel, mediante "Solicitud de talonario de LM a partir del 01 de enero de 2021".
8. Para comprar un segundo talonario, los médicos deberán elevar una solicitud a la COMPIN a través de un formulario especial, debiendo acompañar documentación que acredite la causa excepcional invocada para la compra de otro talonario.

9. RECETAS MÉDICAS

Gabriel Nieto Muñoz.

1.- RECETA MÉDICA EN GENERAL

Conforme a la Ley, la receta es "el instrumento privado, gráfico o electrónico, mediante el cual el profesional habilitado para prescribir indica a una persona identificada y previamente evaluada, como parte integrante del acto médico y por consiguiente de la relación clínica, el uso y las condiciones de empleo de un producto farmacéutico, por su denominación común internacional (D.C.I.) o su denominación de fantasía si lo prefiere.

En caso que en la prescripción se individualice al producto farmacéutico por su denominación de fantasía, deberá agregarse, a modo de información, la denominación común internacional correspondiente, cuando existan medicamentos bioequivalentes certificados, condición que por el solo efecto de la Ley, autoriza el intercambio del producto prescrito, en los términos que se explican a continuación.

Si el medicamento prescrito es de aquellos que deben demostrar bioequivalencia, la dispensación se realizará: el químico farmacéutico podrá, por sí mismo o en quien este delegue, expender cualquier otro bioequivalente que contenga el mismo principio activo y dosis por forma farmacéutica. Tratándose de productos que no requieren demostrar bioequivalencia se expenderá conforme a la receta.

Al momento del expendio y tratándose de recetas que prescriban productos farmacéuticos no sujetos a control legal, en estas se deberá dejar constancia de su despacho mediante timbre del establecimiento, conservando visibles:

a) Individualización del profesional que la extiende, señalando su nombre, número de la cédula de identidad, profesión, domicilio y en su caso, el Número del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, de la Superintendencia de Salud, indicado después de la siguiente sigla "REG-SIS N°:". Estos datos deberán ser impresos o timbrados.

b) Individualización del paciente, señalando su nombre, número cédula de identidad y domicilio.

c) La prescripción, escrita o reproducida, en forma clara, legible y completa, debiendo contener: nombre del producto y su denominación común internacional si fuera distinta, dosis, forma farmacéutica y vía de administración; dosificación o posología, indicando el intervalo de administración y período de tratamiento. En las recetas gráficas, estos contenidos deberán ser consignados en letra imprenta.

Cuando se trate de fórmulas magistrales los componentes deberán indicarse con su denominación común internacional o química no permitiéndose claves o abreviaturas.

d) Cualquier contraindicación, cuando corresponda, que permita la correcta administración y adecuado tratamiento, así como el uso racional del medicamento prescrito.

e) Nombre manuscrito o por timbre, y firma del profesional.

f) Fecha en que se extiende la receta.

Asimismo, una norma técnica aprobada mediante decreto del Ministerio de Salud determinará los formatos obligatorios a los que debe ajustarse cada tipo de receta y establecerá las Leyendas y/o Símbolos que deberán contener para propender al uso racional de los

2. RECETA MAGISTRAL

Es aquella en que un profesional legalmente habilitado para ello prescribe una fórmula especial para un paciente determinado, la que debe elaborarse en el momento de su presentación..

3. RECETA RETENIDA

Aquella a través de la cual se prescriben productos sujetos a esta condición de venta, la que deberá archivar en el establecimiento.

Cuando se trate de la prescripción de estupefacientes y productos psicotrópicos cuya condición de venta es receta retenida, ésta deberá ser impresa y extendida conforme lo disponen los respectivos reglamentos.

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 23 del decreto supremo N° 405, y en el artículo 23 del decreto supremo N° 404, ambos de 1983, de esta Secretaría de Estado, el formato de la receta médica retenida y receta cheque, se ajustarán a las siguientes normas:

1.A. Receta médica retenida:

a) En la parte superior izquierda de la receta, deberá contener impreso los nombres y apellidos del médico cirujano, cédula de identidad, ubicación de la consulta, teléfono y ciudad.

b) A continuación se dejará un espacio para identificar al paciente: nombres y apellidos, edad, número de carnet, domicilio, ciudad y fecha de emisión.

c) Cuerpo de la receta donde aparece la prescripción.

d) Espacio para la firma del médico cirujano.

e) Toda receta deberá contener, en forma clara y visible a continuación de la firma del médico cirujano, la identificación de la imprenta donde se confeccionaron dichas recetas, indicándose su nombre, RUT, domicilio, teléfono y ciudad.

1.B. Receta médica retenida extendida por profesionales habilitados en establecimientos asistenciales públicos y privados, para ser despachada en farmacias comerciales.

a) En la parte superior izquierda de la receta, deberá contener impreso el nombre del establecimiento, Municipalidad a la que pertenece, en el caso de establecimientos municipalizados, y Servicio de Salud en cuyo territorio esté ubicado.

b) A continuación, se dejará un espacio para identificar al paciente:

- Nombres y apellidos.
- Edad.
- Número de cédula de identidad; si es menor de edad deberá consignarse dicho antecedente de su representante legal.
- Domicilio y ciudad.

c) Cuerpo de la receta donde aparece la prescripción que señalará:

- Nombre genérico de la benzodiazepina.
- Forma farmacéutica y dosis de presentación.
- Período que comprende el tratamiento.
- Total de unidades a despachar.
- Fecha de emisión.

d) Nombres y apellidos del médico cirujano que suscribe la receta y cédula de identidad consignados manual y personalmente.

e) Espacio para la firma del médico cirujano que suscribe la receta.

4. RECETA CHEQUE:

Aquella por medio de la cual se prescriben productos estupefacientes o psicotrópicos y que se extiende empleando los formularios oficiales, gráficos o electrónicos, conforme a lo dispuesto en los reglamentos respectivos.”.

a) La Receta Cheque se imprimirá en papel químico autocopiativo, en la Casa de Moneda de Chile.

b) Su tamaño será de 135 x 280 mm

c) Contará de 3 cuerpos:

1. Talón
2. Uso exclusivo del médico cirujano, y
3. Uso exclusivo del Director Técnico de la farmacia

c) Se emitirá en original y copia

d) El talón contendrá la siguiente información:

- Serie y número de la receta cheque
- Nombre y apellidos de la persona a la cual se prescribe
- Su Cédula Nacional de Identidad
- Prescripción
- Su fecha

e) El cuerpo de uso exclusivo del médico cirujano contendrá los siguientes datos:

- Nombre y apellidos del paciente
- Su domicilio con indicación además de la ciudad
- Su Cédula Nacional de Identidad
- Prescripción
- Espacios para codificar el producto o las drogas prescritas, en forma individual, o las drogas en el caso de recetas magistrales
- Nombre y apellidos del médico cirujano
- Ubicación de la consulta, o en su defecto del domicilio del profesional, con indicación de la ciudad.
- Su Cédula Nacional de Identidad
- Fecha de la emisión
- Firma
- Sexo del paciente
- Fecha de nacimiento
- Código del producto conforme al N° de Registro Sanitario y la letra que le adiciona el Instituto de Salud Pública para su identificación

f) El cuerpo de uso exclusivo del Director Técnico contendrá la siguiente información:

- Serie y número de la receta cheque
- Nombre y apellidos del adquirente
- Su domicilio con indicación de la ciudad
- Su Cédula Nacional de Identidad
- Nombre del establecimiento
- Su Rol Único Tributario
- El número del local si varios comparten el mismo R.U.T.
- Cantidad despachada expresada en cajas, frascos o gramos en el caso de las Recetas magistrales
- Nombre y apellidos del Director Técnico
- Su Cédula Nacional de Identidad
- Fecha de despacho
- Firma del Director Técnico
- Número de local del establecimiento en los casos en que la Farmacia tenga más de uno
- Cantidad despachada expresada en cajas, frascos o miligramos

¿CÓMO ADQUIRIR LA RECETA CHEQUE?

Conforme a las instrucciones de las SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL, se debe seguir el siguiente procedimiento, para compraventa de talonario de receta cheque a médicos cirujanos que requieren prescribir medicamentos psicotrópicos o estupefacientes, con condición de venta receta cheque:

a) Requisitos:

Los establecidos en el D.S. 466/1984 Aprueba Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados, D.S. 404/1984 Reglamento de Estupefacientes y D.S. 405/1984 Reglamento de Productos Psicotrópicos.

b) Documentos requeridos:

Primera adquisición de talonario:

1. Dirigir carta dirigida al SEREMI de Salud solicitando la adquisición de talonario de receta cheque, conteniendo la siguiente información:

a) Nombre completo

b) RUN

c) Nacionalidad

d) Dirección particular (calle, N° dpto., pobl. y comuna)

e) Teléfono particular

f) Correo electrónico

g) Dirección consulta particular

2. Documentos para acreditar la profesión (según situación):

a) Cédula de Identidad + Certificado de Título otorgado por Universidad Chilena.

b) Cédula de Identidad Nacional + Certificado de Título obtenido en Universidad extranjera + Certificado de Reconocimiento de Título otorgado en Chile o Certificado de EUNACOM Aprobado.

3. Documento para acreditar residencia:

a) Copia de Boleta del SII o Contrato de trabajo

4. Comprobante de depósito original o comprobante de transferencia electrónica.

5. Todas las Fotocopias de Documentos deben estar Protocolizados ante Notario con Timbre Original

A partir de la segunda adquisición de talonario:

1. Presentar cédula de identidad

2. Comprobante de depósito original o comprobante de transferencia electrónica

3. En el caso de tener recetas nulas, están deben ser entregadas a la SEREMI de Salud.

TRÁMITES A REALIZAR Y/O ETAPAS

1. Recepción de documentación solicitada (primera adquisición).
2. Recepción de comprobante de pago y entrega de formulario de ingreso de depósito.
3. Recepción de recetas nulas (si las tuviese).
4. Venta de talonario de receta cheque a través de plataforma FARMANET.

SISTEMA DE VALIDACIÓN DE RECETAS GRÁFICAS

Herramienta desarrollada con la finalidad de mejorar el acceso a medicamentos bajo situación de alerta sanitaria o pandemia, introducida por la Ley N°21.267, publicada el 22 de septiembre de 2020. Esta ley establece que “en caso de decretarse alerta sanitaria con ocasión de una epidemia o pandemia y durante la vigencia de ésta, los productos farmacéuticos podrán ser expedidos por cualquier establecimiento autorizado para ello, mostrando una copia de la receta médica que lo prescriba, ya sea en formato físico o digital, en cualquiera de sus formas”.

Las licencias electrónicas como digitalizadas deben cumplir con todas las condiciones de una receta gráfica pudiendo contar con Firma Electrónica Avanzada (FMA) la receta electrónica. La receta gráfica digitalizada puede ser generada mediante fotografía o utilizando un scanner para transformarla en un archivo digital.

En el caso de la FEA la certificación debe ser entregada por un prestador acreditado, solo ellos pueden asegurar a la farmacia la validez de la receta y que ha sido creada usando medios que el titular mantiene bajo su exclusivo control.

VALIDACIÓN DE LA RECETA DIGITALIZADA

El Ministerio de Salud ha desarrollado un sistema electrónico para la validación de recetas gráficas digitalizadas que permite el expendio de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes

de forma segura en tiempos de emergencia sanitaria. Los profesionales prescriptores que presenten dificultades en la entrega de la receta física a sus pacientes, sea ésta receta retenida con control de saldo o receta cheque, podrán cargar una imagen de la receta al sistema, la que podrá ser consultada por el químico farmacéutico de la farmacia donde el usuario decida realizar el despacho. Concretado el expendio, se consigna éste en la plataforma, bloqueando un eventual despacho en otras farmacias.

Para acceder al sistema se debe contar con acceso a internet, poseer clave única y estar en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud, en términos generales los pasos son:

MÉDICO PRESCRIPTOR:

- Ingreso a seremienlinea.minsal.cl con el RUT y Clave Única. Se verifica habilitación profesional en la Superintendencia de salud.
- Se debe escribir la palabra “Digitalizada” junto a la firma impresa en la receta, se digitaliza la receta (foto o Scanner) y se carga en el sistema.

10. EL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN: ¿CÓMO Y POR QUÉ DEBEMOS LLENARLO?

PROPÓSITO DEL CERTIFICADO

El certificado médico de defunción tiene dos propósitos:

- Inscripción de la defunción en la oficina del Servicio de Registro Civil e Identificación con fines legales, entre ellos, obtener el pase de sepultación. Por tanto es muy importante el correcto registro de los datos de identificación del fallecido.
- Estadístico, al proporcionar los datos para conocer las características de las defunciones y las causas de muerte.

QUIÉN DEBE CERTIFICAR

El MÉDICO TRATANTE del fallecido, vale decir, el que lo atendía habitualmente o el que lo atendió durante el cuadro mórbido que provocó la defunción. Este es quien puede proporcionar la mejor información sobre la causa de muerte. Es él quien está obligado a extender el certificado médico de defunción.

El MÉDICO LEGISTA, o el que cumple las funciones de tal por disposición de la autoridad judicial, certificará las muertes en que se presume que la causa no fue natural y para las que se requirió autopsia.

El MÉDICO PATÓLOGO, o el médico que el director del establecimiento designe, extenderá el certificado de defunción cuando se practica la autopsia en un establecimiento hospitalario.

OTRO MÉDICO puede extender el certificado cuando no es posible obtener la certificación del médico tratante, o cuando el fallecido no recibió atención médica antes de morir, basándose en antecedentes clínicos o de testigos.

La MATRONA está autorizada para llenar los certificados correspondientes a defunciones fetales.

CÓMO OBTENER EL FORMULARIO DEL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Para defunciones que ocurren en hospitales y clínicas de atención cerrada, el establecimiento dispone de certificados médicos de defunción. Hay casos en que los hospitales tienen suboficinas del Servicio de Registro Civil e Identificación que tienen existencia de formularios.

Para defunciones ocurridas en la casa habitación, tanto los médicos como los parientes del fallecido pueden solicitar el certificado médico de defunción en una oficina del Registro Civil. Cada médico puede solicitar un número limitado de certificados identificándose con los datos que aparecen en su recetario: Nombre, RUT y domicilio, para mantener una existencia propia con folios controlados.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Los datos de mortalidad constituyen una valiosa fuente de información de los problemas de salud y son usados para asignar prioridad a los problemas y a los esfuerzos destinados a solucionarlos. Como se comprende, la mejor información respecto a la mortalidad es la proveniente de los certificados extendidos por los médicos. De ahí que el llenar y registrar en forma adecuada el certificado de defunción es una positiva contribución que el médico puede hacer al conocimiento de los problemas médicos nacionales y a los programas destinados a resolverlos.

El certificado médico de defunción consta de dos partes: individualización del fallecido y certificación de la causa de muerte. La individualización comprende nombre; sexo; estado civil; edad; nivel de instrucción; características del trabajo; incluyendo ocupación habitual y categoría ocupacional; fecha y lugar del fallecimiento; residencia habitual y comprobación de la identidad a través de la cédula respectiva, el conocimiento personal del médico o la declaración firmada por dos testigos. Este conjunto de antecedentes identifica al fallecido, define variables de importancia ligadas al estado de salud (edad, sexo, instrucción, ocupación) y permite señalar tanto el sitio de ocurrencia como el de residencia habitual. Si se trata de un niño menor de un año o de una defunción fetal tardía (28 semanas o más de gestación) se requiere informar la edad en forma detallada junto a atributos del padre (nombre, edad, ocupación y nivel de instrucción) y la madre, (nombre, edad, estado civil, número de hijos habidos y nivel de instrucción) dada la relación de estas características con el deceso precoz del niño. En estos casos, hay que precisar igualmente el peso al nacer, el mes de gestación y el estado nutritivo previo a la enfermedad que llevó a la muerte por la estrecha asociación entre muerte infantil, prematuridad y desnutrición.

La segunda parte incluye la certificación de la causa de muerte. Lo que fundamentalmente importa en la certificación de defunción es definir la causa originaria o causa básica que inicia la cadena de acontecimientos que llevan a la muerte. Esta causa será la tabulada como "causa de muerte". Los ejemplos

siguientes clarifican el concepto anterior: en un fallecimiento por bronconeumonía consecutiva a mastectomía por cáncer de mama, la causa de muerte es cáncer de mama; en la muerte de un insuficiente cardíaco por valvulopatía mitroaórtica de origen reumático, la causa de muerte es enfermedad reumática; en una defunción pro traumatismo craneo-encefálico producido en una colisión de automóviles, la causa de muerte es colisión de automóviles.

Para poder registrar razonablemente el encadenamiento de patologías que llevan finalmente al deceso, en el certificado de defunción se consideran la causa inmediata, las causas originarias o básicas y los estados morbosos concomitantes de significación.

Se entiende por "causa inmediata" la condición, complicación o enfermedad terminal que produjo directamente la muerte. No quiere decir la forma de muerte (paro respiratorio, falla cardíaca, coma, etc.) puesto que ello es equivalente a señalar que la muerte se produjo y no proporciona información útil. La causa inmediata puede ser la única anotación si la causa de muerte fue única o bien si no existieron o se desconocen antecedentes patológicos como puede ocurrir en peritonitis, septicemia, metástasis cancerosas de origen no precisado. En estos casos, se funden en una sola las causas inmediata y originaria.

Con mucha frecuencia, la muerte es la consecuencia de una cadena de eventos en los que la "causa inmediata" es solo una complicación o resultado tardío de una enfermedad original que es la que interesa conocer. Para definir esa sucesión de acontecimientos aparecen en el certificado los espacios suficientes para determinar causa o "causas originarias" entendiéndose por tal las que provocaron la causa inmediata.

En los ejemplos siguientes, se destacan con mayúscula las causas básicas u originarias de muerte, tanto si constituyen el único episodio coincidiendo con la causa inmediata o fueron el factor inicial de una cadena de patologías.

Los "estados morbosos concomitantes" corresponden a condiciones de significación que, aunque no forman parte de la cadena o sucesión causal, contribuyen al resultado fatal como embarazo, desnutrición, diabetes y otras.

Una adecuada certificación de defunción requiere exactitud y precisión. No basta, por ejemplo, señalar como encefalitis, reumatismo, bocio, neumonía y otras sin precisar la etiología correspondiente de esos cuadros. En igual forma, se necesita indicar la localización de un proceso en problemas tales como tuberculosis, cáncer, aneurismas, várices, etc.

CAUSA INMEDIATA	CAUSA ORIGINARIA	CAUSA ORIGINARIA
Debida a	Debida a	
TUBERCULOSIS PULMONAR CÁNCER CERVICOUTERINO HEMOFILIA INTOXICACIÓN ACCIDENTAL POR ATROPINA		
Hemorragia digestiva Accidente vascular Cerebral Insuficiencia renal Fracturas múltiples Heridas múltiples	FIEBRE TIFOIDEA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA GLOMERULONEFRITIS CRÓNICA ATROPELLAMIENTO O POR AUTOMÓVIL HOMICIDIO	
Septicemia estafilocócica Insuficiencia cardíaca Shock postoperatorio Neumonía postoperatoria Asfixia	Anemia aplásica por Cloranfenicol Valvopatía mitroaórtica Colecistitis aguda Gangrena del pie Ahorcamiento	INFECCIÓN URINARIA ENFERMEDAD REUMÁTICA COLELITIASIS DIABETES MELLITUS SUICIDIO

concomitantes, si los hay, se necesita precisar el intervalo entre la iniciación de la enfermedad y la muerte.

El certificado de defunción solicita información respecto al fundamento de la causa de muerte (autopsia, biopsia, operación, exámenes de laboratorio, cuadro clínico, información de testigos) y la calidad del médico que certifica (tratante, legista o patólogo u otro). Antecedentes que tienen importancia para evaluar la precisión de los diagnósticos. Finalmente, interroga sobre la existencia o no de atención médica del fallecido en su última enfermedad y la duración de esta atención.

En caso de muerte violenta o accidente, se requiere señalar el lugar de ocurrencia (casa, vía pública, trabajo, otro) y las circunstancias (accidente, suicidio, homicidio).

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

El médico solo debe llenar la parte "a" del certificado: uso exclusivo del médico (o matrona en caso de defunción fetal) cuya copia está en el anexo.

Esta parte debe ser llenada en duplicado, utilizando papel calco de buena calidad o vienen llenando la copia con la misma letra del original. Es de suma importancia que las anotaciones se hagan con letra claramente legible.

1. INDIVIDUALIZACIÓN DEL FALLECIDO

Nombre y apellidos del fallecido: Debe registrarse con letra de imprenta el primer nombre, el segundo nombre, el primer apellido y el segundo apellido del fallecido.

En los nombres no deben usarse abreviaturas, como por ejemplo 2° del C. González H, en lugar de Segundo del Carmen González Hernández.

Cédula de identidad: Se anota el número de la cédula y el dígito verificador.

Sexo: En el casillero correspondiente se debe anotar el código M (masculino) ó F (femenino) y 9 si es ignorado.

Fecha de nacimiento: Debe anotarse el día, mes y año en los casilleros correspondientes a esa información. Por ejemplo, si la persona nació el 18 de febrero de 1930 se anotará: 17 bajo día, 02 bajo mes y 1930 bajo año.

Edad: Si el fallecido tenía UN AÑO CUMPLIDO O MÁS, la información debe anotarse en años cumplidos. Si la edad era MENOR DE UN AÑO, se registrará en meses cumplidos entre 1 y 11. Si era MENOR DE UN MES, en días cumplidos; si era MENOR DE UN DÍA, en horas; y si alcanzó a vivir MENOS DE UNA HORA, en minutos. La anotación debe hacerse en los casilleros correspondientes, dejando en blanco los que no corresponden al caso. En el caso de las DEFUNCIÓNES FETALES no debe aparecer anotación en los casilleros correspondientes a edad (Ver definiciones de nacimiento vivo y defunción fetal en 1. Del Anexo).

Testigos que certifican la identidad del difunto: Cuando no se dispone de la cédula de identidad del fallecido, su identidad puede ser certificada por dos testigos. Para estos efectos debe registrarse el nombre y el número de la cédula de identidad y el dígito verificador de cada testigo y ellos deberán firmar en el lugar correspondiente.

2. DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Fecha y hora: Debe anotarse el día, mes, año y hora (entre 0 y 24) y los minutos (entre 1-59) en que ocurrió la defunción, en los casilleros correspondientes.

SÓLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL

Peso al nacer: Se anotará en gramos, en casillero correspondiente.

Semanas de gestación: La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad de gestación se expresa en semanas completas. Por ejemplo, nacimientos ocurridos entre 280 y 286 días se considerarán como ocurridos a las 40 semanas de gestación. Este valor se anota en casillero correspondiente.

Estado nutritivo previo a la enfermedad: Si se dispone de información sobre el estado nutritivo del niño al inicio de la enfermedad que lo condujo a la muerte, se anotará en el casillero el código que corresponde. Si no se dispone de la información necesaria, se anotará el código de ignorado.

Local: Se refiere al lugar de ocurrencia de la muerte. Debe anotarse en el casillero el código que corresponde.

Establecimiento o dirección: Si la muerte ocurrió en un hospital o clínica (código 1 del rubro anterior), se anota el nombre del establecimiento. Si fue en casa habitación (código 2), se anota la dirección. Para defunciones en otro lugar, por ejemplo vía pública, río, mar, etc., se anota lo que corresponde.

Comuna: Para todos los casos anteriores se anotará la comuna en que se encuentra el establecimiento, la casa y otro lugar en que ocurrió el deceso.

3. CAUSA DE LA MUERTE

La anotación de la causa de muerte es de responsabilidad exclusiva del médico que extiende y firma el certificado. Por ningún motivo puede delegar esa anotación en otra persona.

El registro debe hacerse escrito a mano con letra claramente legible.

La estructura de esta parte del certificado se ciñe a las recomendaciones de la Asamblea Mundial de la Salud y consta las partes I y II.

CAUSA DE MUERTE

Anote sólo un diagnóstico en cada línea Intervalo entre la iniciación de la enfermedad y la muerte

a) Causa inmediata

Enfermedad terminal, complicación o
Condición que produjo directamente la
muerte

.....
..... "Debida a" o "como consecuencia de"

b) Causas originarias o básicas

Enfermedades que provocaron la
causa Inmediata o tipo de
accidente, suicidios u homicidio.

.....
..... "Debida a" o "como consecuencia de"

c)

II Estados morbosos concomitantes.

Estados morbosos o condiciones de
importancia (ej. embarazo)

.....
.....

PARTE I

Está destinada al registro de las "causas básicas" u "originarias". Se entiende por causa básica u originaria.

- La enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o
- Las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

Ejemplos: en una muerte por peritonitis difusa debido a perforación de úlcera gástrica, la causa básica es la úlcera gástrica perforada; en una muerte por traumatismo encefalocraneano por

colisión de automóviles en accidente de tránsito, la causa básica es colisión de automóviles en accidente de tránsito, dado que ella produjo el traumatismo encefalocraneano que fue la lesión fatal.

En la línea a) causa inmediata, se inscribe la causa que condujo directamente a la muerte, por ejemplo, bronconeumonía, hemorragia cerebral, insuficiencia cardíaca, anemia aguda, etc.

En las líneas b) y c) causa originaria, se inscriben los estados patológicos que ocasionaron la causa registrada en a), anotándose la causa básica en la última línea de la secuencia de los estados patológicos de la sección I.

No es necesario usar las líneas b) y c) si la enfermedad o proceso patológico anotado en a) describiera por completo el curso de los acontecimientos.

Es correcto anotar:

I a) Bronconeumonía b)

c)

Si la bronconeumonía no se debió a una condición patológica previa.

En cambio si la bronconeumonía fue la consecuencia de otra enfermedad, por ejemplo, sarampión, deberá anotarse:

I a) Bronconeumonía

b) Sarampión

c)

En este caso, cuando se codifiquen las causas y se elaboren las estadísticas de defunción, esta muerte quedará clasificada como "sarampión".

Si la bronconeumonía fue consecuencia de un estado morbozo debido a un accidente, por ejemplo, cuadriplejía por fractura de columna cervical como consecuencia de un atropello accidente por automóvil se anotará:

a) Bronconeumonía

b) Fractura de columna cervical con cuadriplejía

c) Atropello accidental por automóvil

Quedará seleccionada como causa básica el atropello por automóvil en accidente de tránsito. Además se clasificará la defunción respecto a la naturaleza de la lesión, en fractura de columna cervical con lesión de la médula espinal. Ante la importancia del accidente, y de la lesión recibida, la bronconeumonía no será considerada en las estadísticas, tal como se la ignoró cuando era consecuencia del sarampión. Como regla general, el estado morbosos que el médico considera causa básica debe anotarse en último lugar en la parte I del certificado. Se le anotará en a) cuando es causa única, en b) si la cadena comprende dos estados patológicos y en c) si comprende tres.

En caso de traumatismo o envenenamiento, siempre debe hacerse el registro en al menos dos líneas de la sección I. Primero se anotará la naturaleza de la lesión, por ejemplo, anemia aguda por herida de bazo, asfixia por inmersión, etc. Luego, en la última parte de la sección I se anota la causa externa, por ejemplo colisión de vehículos en accidente de tránsito, volcamiento accidental de lancha pesquera, etc. Cuando es evidente que se trata de un accidente, como sucede por ejemplo, en accidente de tránsito con colisión de vehículos o en choque de trenes, debe dejarse consignada la naturaleza accidental de la muerte, anotando el código 1 en el casillero respectivo.

Cuando consta que fue suicidio u homicidio, se anotará el código 2 ó 3 respectivamente.

En aquellos casos en que no hay pruebas suficientes para determinar si la lesión fue producto de accidente, de suicidio o de homicidio, se dejará constancia escrita en el certificado, de que se ignora si la lesión fue accidental o intencionalmente infligida. Esto se hace anotando el código 9 en el casillero respectivo.

PARTE II

Está destinada a anotar cualquiera otra entidad morbosos significativa que hubiera influido desfavorablemente en el curso del proceso patológico, sin pertenecer a la cadena de acontecimientos que llevaron a la muerte. Así, en el ejemplo del sarampión, la desnutrición de grado 2, puede haber sido una

condición contribuyente al desenlace fatal de la enfermedad. Sin embargo, el sarampión no se debe directamente a la desnutrición. Por lo tanto, el registro correcto será:

I a) Bronconeumonía

b) Sarampión

c)

II Desnutrición grado 2.

Si bien habitualmente no se publican los estados morbosos concomitantes en las estadísticas de defunción, se utilizan en estudios especiales de causas asociadas. Por ejemplo, es de interés conocer la frecuencia de desnutrición en muertes infantiles. Sin embargo, los niños desnutridos suelen morir por otras enfermedades que son las que quedan registradas como causa básica y la única manera de obtener la información deseada es a través de la anotación en la parte II del certificado. También es importante disponer de la información sobre estados morbosos concomitantes para la auditoría de muertes maternas e infantiles que realiza el Ministerio de Salud.

Duración de la enfermedad: Corresponde al intervalo transcurrido entre la iniciación de la enfermedad y la muerte. Este dato sirve para complementar la información sobre la secuencia en que ocurrió la cadena de estados morbosos que llevaron a la muerte.

Dado que en la Parte I. la causa inmediata a) es debida a la causa anotada en b) y ésta a su vez es debida a la anotada en c), el intervalo entre la iniciación de esas enfermedades o condiciones y la muerte, debe decrecer en longitud desde c) hasta a).

4. FUNDAMENTO DE LA CAUSA DE MUERTE

Las opciones sobre la forma en que se llegó a establecer la causa de muerte, están ordenadas en orden decreciente de validez de la información, para que se anote en el casillero, el código de la primera que aparece en la lista, cuando el diagnóstico se basa en más de una fuente.

Por ejemplo, si en una muerte por cirrosis hepática, el diagnóstico se hizo por el cuadro clínico, los exámenes de laboratorio y además

por una biopsia hepática, lo que corresponde es el código 2: biopsia. Sin embargo, el médico está facultado para anotar aquí el antecedente que según su opinión fue el más importante para establecer la causa de la muerte.

El hecho de anotar como fundamento de la causa de muerte el código correspondiente a “información de testigos” permite al médico que no conocía al fallecido, llenar el certificado, deslindando su responsabilidad respecto a la causa anotada. También puede pedir a dos testigos que firmen el certificado junto a él.

EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE

Lugar de ocurrencia: se anotará en el casillero el código que corresponde a casa, vía pública, trabajo u otro.

Circunstancias y Tipo: La información en estos rubros complementa a la que debe aparecer en la última línea, la b) o la c) llenada en la Parte I. Del registro de la Causa de Muerte, en que se especifica la causa externa de la muerte: colisión de trenes, ahogamiento por inmersión, envenenamiento u otro. Cuando los antecedentes lo permiten, debe anotarse si el traumatismo o el envenenamiento fue consecuencia de accidente, suicidio u homicidio. En caso contrario se anotará el código de ignorado.

ANOTACIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD

Debe anotarse en el casillero el código 1 en caso de Si, 2 en caso de No y 9 si es Ignorado.

CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA

Se anota el código en casillero correspondiente.

FECHA CERTIFICADO

Anotar en casilleros de día, mes, año, la fecha en que se otorga certificado.

DATOS DEL MÉDICO

Anotar en recuadros nombre, RUT y domicilio del médico.

CERTIFICACIÓN DE LOS HECHOS CONSIGNADOS

Usar solo el recuadro del casillero y sin invadir otros casilleros, poniendo la firma del médico y, cuando la defunción ha ocurrido en hospital, el sello del establecimiento.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA CERTIFICACIÓN DE CAUSAS

- **Evitar los Síntomas o signos como causas únicas de defunción:** Paro cardíaco, anemia aguda, senilidad, shock, hipertermia u otros, pueden ser consecuencia de diferentes enfermedades y por lo tanto no permiten clasificar a la defunción en una causa precisa. Cuando se las anota como causa inmediata, debe anotarse en las causas originarias la enfermedad que provocó el Síntoma.
- **En lo posible especificar la etiología:** En cuadros que pueden deberse a diferentes causas, por ejemplo, la meningitis, será importante saber si fue meningocócica, viral, tuberculosa, etc. O se causa no especificada, cuando se desconoce su origen. En el aborto es importante saber si fue espontáneo o provocado.
- **Especificar localización:** Cuando una misma enfermedad puede provocar lesiones en diferentes órganos, debe especificarse en lo posible su localización primaria así como los órganos afectados secundariamente. Por ejemplo en tuberculosos, adenocarcinomas, lifangiomas, quiste hidatídico, etc.
- **Efectos tardíos:** Si la muerte de un adulto, por insuficiencia cardíaca debida a enfermedad mitral tuvo su origen en una enfermedad reumática en la niñez, ésta será la causa básica y debe quedar anotada al último en la **Parte I.** de la sección sobre causa de muerte.

Intervenciones quirúrgicas: Si la defunción fue consecuencia de una operación, ésta debe quedar incorporada a la cadena de acontecimientos, pero se considerará la causa básica la patología que motivó la intervención.

ANEXO

1. DEFUNCIONES PERINATALES

Es importante distinguir la muerte fetal de la defunción de un nacido vivo.

Se define como **NACIMIENTO VIVO** la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, tal como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera nacido vivo.

Aunque la defunción de un nacido vivo se produzca inmediatamente después del nacimiento, deberá inscribirse tanto el nacimiento como la defunción.

DEFUNCIÓN FETAL es la muerte de un producto de la concepción antes de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. La defunción indica la circunstancia de que después de la separación, el feto no respira ni da otra señal de vida como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Las definiciones de nacimiento vivo y de defunción fetal, adoptadas por la Organización Mundial de la Salud, son coherentes con su concepción básica, con las que contiene nuestro Código Civil en su Artículo 74, vigente desde 1855.

No es obligatoria la inscripción de las defunciones fetales. Sin embargo, si se desea sepultar el feto es necesario tener un certificado de defunción debidamente llenado y presentado en la oficina de Registro Civil para obtener el pase de sepultación.

2. DÓNDE Y CÓMO INSCRIBIR LA DEFUNCIÓN

Toda defunción debe inscribirse en la Oficina del Servicio de Registro Civil e Identificación de la comuna o en la suboficina de ese Servicio del hospital en que ocurrió la muerte, dentro del plazo de tres días a contar de la fecha del fallecimiento.

La inscripción es necesaria para obtener el pase de sepultación, sin el cual no puede sepultarse el cadáver.

Para requerir la inscripción debe presentarse el Certificado Médico de Defunción llenado en su Sección "A" y la cédula de identidad de la persona fallecida. Si el fallecido era casado, se presentará además la libreta de familia o el certificado de matrimonio. Para fallecidos menores, sin cédula de identidad, además del certificado médico se presentará la libreta de familia de los padres o el certificado de nacimiento.

La inscripción en la Oficina del Registro Civil e Identificación puede ser solicitada por cualquier persona que pueda proporcionar los datos del fallecido que permitan al oficial civil llenar la Sección "B" (Información Estadística) del Certificado Médico de Defunción y los del reverso del Certificado.

3. PROBLEMAS EN LA CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN

La legislación chilena exige para la sepultación de los cadáveres, la certificación del deceso y la inscripción del fallecimiento en el Registro Civil. La importancia de contar con un certificado de defunción que llenara, tanto las necesidades jurídicas como las de información respecto a los problemas de salud, llevó hace algunos años al diseño del actual certificado, resultado del trabajo conjunto del Registro Civil, el Colegio Médico y el Servicio Nacional de Salud.

Es importante señalar que las orientaciones de la política de salud chilena se basan en la idea de dar una atención preferente a los problemas prioritarios de acuerdo a los datos existentes. Como ocurre que la información relativa; a enfermedades es solo parcial al no existir un

sistema de registro completo que incluya las atenciones funcionarias y privadas, las muertes han ido adquiriendo, progresivamente, el carácter de indicadores de situación de salud. Por el volumen de decesos que determinan es que se da en Chile énfasis y recursos especiales al control del riesgo de los menores de un año (mortalidad infantil), a las diarreas o la tuberculosis. En períodos más recientes ha surgido la preocupación por las enfermedades cardiovascular y por el cáncer.

El conocimiento de la mortalidad chilena corresponde a la suma de todos los certificados de defunción extendidos en el país. Sólo en la medida que la información proporcionada por ellos sea correcta, la programación y orientación de los recursos y programas de acción será adecuada. Si la información es incorrecta caemos en la paranoia de elaborar todo un sistema lógico de acción basado en premisas falsas, con el grave precio de distraer hacia problemas irrelevantes los recursos siempre escasos de que dispone el sector salud.

Los principales errores en la extensión del certificado de defunción suelen derivar del desconocimiento de que lo que se pretende precisar es la causa originaria o básica de la muerte y no la causa directa o final del deceso. Y ello porque la causa final (un paro cardíaco o una bronconeumonía terminal) son solo el último eslabón de una cadena de eventos que no se hubieran producido si no hubiere ocurrido la causa básica: lo que importa identificar con precisión es la entidad patológica que llamamos causa básica u originaria y que es la que interesa controlar.

Recomendaciones para un correcto certificado de defunción:

- El certificado de defunción desea precisar orígenes o etiologías y no condiciones fisiopatológicas o episodios finales. En esencia bastaría con colocar solo la causa básica.
- Si existe una cadena de situaciones construya la cadena causal desde la causa directa o final a la causa básica u originaria, pero no omita por ningún motivo la causa básica.

- La cadena causal puede ser tan corta que un solo diagnóstico baste. Ejemplo: Bronconeumonía, Pancreatitis aguda, Infarto de miocardio.
- Si hubo más de un problema que contribuyó a la muerte, haga un esfuerzo para identificar el más importante y anote solo una condición como causa básica.
- Cuando un cuadro patológico pueda tener diversas etiologías, coloque la correspondiente. Por ejemplo, en el caso de una meningitis, agregue si es meningocócica, estafilocócica, u otra.
- Si un problema patológico puede tener diversas localizaciones anatómicas, precise dicha localización. Por ejemplo, no basta colocar tuberculosos. Agregue pulmonar, meníngea, generalizada, etc. No basta escribir cáncer, precise el sitio de origen probable: gástrico, cuello uterino, mama, etc.

11. ORIENTACIONES SOBRE BIOEQUIVALENCIA

Gabriel Nieto Muñoz.

¿A QUÉ SE REFIERE EL CONCEPTO DE BIOEQUIVALENCIA?

Es preciso indicar que la bioequivalencia, conforme a los términos y conceptos trazados por el Instituto de Salud Pública es "un atributo de un medicamento respecto de un referente, en donde ambos poseen diferentes orígenes de fabricación, contienen igual principio activo y cantidad y son similares en cantidad y velocidad de fármaco absorbido, al ser administrados por la vía oral, dentro de límites razonables, establecidos por procedimientos estadísticos".

Se ha señalado que el propósito de la bioequivalencia es demostrar que dos medicamentos que contengan el mismo fármaco en la misma dosis, son equivalentes en términos de calidad, eficacia y seguridad en el paciente receptor. Pero, ¿qué debe entenderse por medicamento?



Decreto 34 EXENTO

MODIFICA DECRETO N° 500 EXENTO, DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Fecha Publicación: 21-JUL-2020 | Fecha Promulgación: 14-JUL-2020
Tipo Versión: Única De : 21-JUL-2020
Url Corta: <http://bcn.cl/2fnkg>



MODIFICA DECRETO N° 500 EXENTO, DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD

Núm. 34 exento.- Santiago, 14 de julio de 2020.

Visto:

Lo dispuesto en el artículo 4º del Libro I del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el DFL N° 725, de 1967, que aprueba el Código Sanitario; en el artículo 221 del DS N° 3, de 2010, del Ministerio de Salud, Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; en el DS N° 28, de 2009, del Ministerio de Salud; en la resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República, y

Considerando:

1.- Que, al Ministerio de Salud le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud, entre las cuales se encuentra la Política Nacional de Medicamentos.

2.- Que, según el artículo 94 del Código Sanitario, esta Cartera debe velar por el acceso de la población a productos farmacéuticos que cumplan estándares de calidad, seguridad y eficacia.

3.- Que, el artículo 221, inciso 1º, del Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano dispone que "El Ministerio de Salud, mediante decreto, aprobará la norma técnica que determine los productos que requieren demostrar su equivalencia terapéutica, estableciendo las listas de los principios activos y de los productos farmacéuticos que servirán de referencia de los mismos, cuando corresponda; lo que podrá hacerse a proposición del Instituto".

4.- Que, en virtud de lo anterior, el Ministerio de Salud dictó el decreto exento N° 500, de 2012, que aprueba la Norma General Técnica N° 136 que "Determina los Principios Activos contenidos en Productos Farmacéuticos que deben demostrar su Equivalencia Terapéutica y Lista de Productos Farmacéuticos que sirven de Referencia de los Mismos". Norma que ha sido modificada en varias oportunidades a fin de incorporar nuevos principios activos y prorrogar los plazos para presentar los estudios que demuestran equivalencia terapéutica.

5.- Que, mediante presentaciones de fechas 19 de febrero, 17 y 21 de abril, de 2020, realizadas por la empresa Servicios y Asesorías Innolab SpA, por la Asociación de Productores Locales de Medicamentos A.G. (Prolmed) y por Laboratorios Saval S.A., respectivamente, se solicitó al Ministerio de Salud que dispusiera la prórroga, por un año, del plazo de 18 meses contenido en el decreto exento N° 115, de 2018, de esta Cartera, que modifica el decreto exento N° 500 de 2012, del mismo origen, destinado a demostrar la Equivalencia Terapéutica de los productos farmacéuticos contenidos en la "Lista de Productos de Referencia para los estudios de Equivalencia Terapéutica". Tales solicitudes se basan, principalmente, en la situación de emergencia sanitaria provocada por la pandemia de Covid-19, que ha

originado múltiples problemas en la actividad productiva, entre ellas, la industria farmacéutica, afectando la realización de los estudios de Equivalencia Terapéutica (EQT) que se encontraban en pleno desarrollo, tanto en Chile como en el extranjero.

6.- Que, de la misma manera, la Directora (S) del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), mediante Ord. Nº 805 de 23 de abril de 2020, solicitó la prórroga, por un año, del plazo de 18 meses contenido en el citado decreto Nº 115 de 2018, toda vez que, de acuerdo al análisis realizado por la Agencia Nacional de Medicamentos de dicho Instituto (Anamed), un 88% de los registros que deben demostrar bioequivalencia no podrán cumplir con el plazo antes señalado, debido a los acontecimientos de contingencia nacional ocurridos a partir del 18 de octubre de 2019 y la emergencia sanitaria provocada por la propagación del nuevo Coronavirus 2019.

7.- Que, mediante Memorando B35 / Nº 177, de 28 de abril de 2020, la Jefa de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción comparte la opinión manifestada por la Directora del ISP, agregando que la Dirección de Cenabast ha expresado su preocupación por eventuales problemas de desabastecimiento de medicamentos correspondientes a formas farmacéuticas líquidas. Además, señala que existen plazos contenidos en otros actos administrativos que imponen la exigencia de demostración de Equivalencia Terapéutica que deben ser ampliados, pues los efectos de los procesos sociales acaecidos con posterioridad a octubre de 2019 y aquellos relacionados con la pandemia por Covid-19, afectan, en general, a todas las programaciones de actividades de demostración de Equivalencia Terapéutica.

8.- Que, mediante Memorando B35 / Nº 249, de 16 de junio de 2020, la Jefa de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción complementa lo dicho en el memorando indicado en el considerando anterior, señalando que la realización de estudios de EQT conlleva la realización de múltiples actividades que, en la actualidad, se encuentran despriorizadas, pues el esfuerzo de toda la industria e importadores farmacéuticos se ha centrado en cumplir con el abastecimiento de la población y la programación adelantada para cubrir entregas de tratamientos periódicos (3 meses). Por tal razón, solicita la prórroga de los plazos de demostración de EQT que aún se encuentran pendientes, así como la fijación de un nuevo plazo para aquellos productos farmacéuticos incluidos en el Grupo A del decreto exento Nº 115, de 2018, y que alcanza a 62 principios activos, de los cuales 30 de ellos deben ser garantizados por ser esenciales para el tratamiento de patologías GES, como hipertensión arterial, epilepsia, VIH, entre otras.

9.- Que, mediante Dictamen Nº 2.072, de 11 de enero de 2016, la Contraloría General de la República, a propósito de los plazos para la demostración de Equivalencia Terapéutica, resolvió que "...corresponde al Ministerio de Salud, en su calidad de organismo técnico especializado, fijar los plazos para la presentación de los estudios en cuestión, como asimismo determinar la extensión de dichos términos...". Luego, agrega que "Con todo, es útil recordar que el Dictamen Nº 99.745, de 2014, precisó que no existe inconveniente jurídico para que la señalada cartera ministerial fije nuevos plazos para la presentación de estudios de bioequivalencia o amplíe los que aún no han vencido, en la medida que concurran circunstancias que lo justifiquen y lo haga mediante un acto administrativo fundado".

10.- Que, en mérito de lo anterior, de las facultades que confiere la ley y el propósito de seguir avanzando en materia de equivalencia terapéutica; dicto el siguiente:

Decreto:

Primero: Modificase el decreto exento Nº 500, de 2012 de este Ministerio, que aprueba la Norma General Técnica Nº 136 que "Determina los Principios Activos contenidos en Productos Farmacéuticos que deben demostrar su Equivalencia Terapéutica y lista de productos farmacéuticos que sirven de referencia de los mismos", en el siguiente sentido:

a) Fíjase como nuevos plazos para la demostración de equivalencia terapéutica de productos farmacéuticos registrados en Chile, contenidos en el decreto exento Nº

500 de 2012 de este Ministerio, los siguientes:

Decreto	Publicación en Diario Oficial	Plazo establecido	Nuevo plazo
Decreto N° 112 de 2018	05/11/2018	01/10/2020	01/05/2021
Decreto N° 65 de 2018	25/10/2019	28/10/2021	01/03/2022
Decreto N° 115 de 2018	08/11/2018	Grupo A: 08/05/2020	01/05/2021
	08/11/2018	Grupo C: 08/11/2021	01/03/2022

Segundo: Un texto actualizado de la Norma General Técnica N° 136, aprobada mediante decreto exento N° 500 de 2012 del Ministerio de Salud, que contendrá las modificaciones que se aprueban por el presente acto, se mantendrá en el Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas y Prestadores de Salud, dependiente de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, el que a su vez velará por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión.

Tercero: Las disposiciones de este decreto entrarán en vigencia al momento de su publicación en el Diario Oficial.

Anótese, comuníquese y publíquese.- Por orden del Presidente de la República, Enrique Paris Mancilla, Ministro de Salud.

Transcribo para su conocimiento decreto exento N° 34, de 14 de julio de 2020.- Por orden de la Subsecretaría de Salud Pública.- Saluda atentamente a Ud., Jorge Hübner Garretón, Jefe de la División Jurídica, Ministerio de Salud.



Decreto 24 EXENTO

MODIFICA EL DECRETO EXENTO N° 500 Y EL DECRETO EXENTO N° 27, AMBOS DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Fecha Publicación: 22-MAY-2020 | Fecha Promulgación: 21-ABR-2020

Tipo Versión: Única De : 22-MAY-2020

Url Corta: <http://bcn.cl/2gsow>



MODIFICA EL DECRETO EXENTO N° 500 Y EL DECRETO EXENTO N° 27, AMBOS DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD

Núm. 24 exento.- Santiago, 21 de abril de 2020.

Vistos:

Lo dispuesto en el artículo 4° del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; la ley N° 20.724; las disposiciones del artículo 52° y aquellas del inciso 1° del artículo 221°, contenidas en el decreto supremo N° 3, de 2010, también del Ministerio de Salud, y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; lo solicitado por el Instituto de Salud Pública de Chile, mediante su oficio ordinario N° 69, de 2020, que comunica propuesta de listado de productos de referencia para la demostración de equivalencia terapéutica en Chile; lo informado por la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, mediante su memorándum B 35 N° 52, de 28 de febrero de 2020; la resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República; y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo N° 28, de 2009, del Ministerio de Salud, dicto el siguiente,

Considerando:

1° Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma, así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.

2° Que, conforme con lo anterior, corresponde a esta Secretaría de Estado formular, fijar y controlar las políticas de salud.

3° Que, de acuerdo al artículo 94° del Código Sanitario, compete al Ministerio de Salud velar por el acceso de la población a medicamentos o productos farmacéuticos de calidad, seguridad y eficacia.

4° Que, mediante el oficio ordinario N° 69, de 8 de enero de 2020, el Instituto de Salud Pública requirió la incorporación de 23 productos de referencia o comparadores para la realización de estudios de equivalencia terapéutica.

5° Que, asimismo, el Instituto propuso incrementar el listado de principios "No nuevos - Maduros de larga experiencia de uso", en tanto del proceso de selección de productos de referencia se verificaron dificultades en su designación.

6° Que, por lo antes expuesto, dicto el siguiente:

Decreto:

Artículo primero.- Modifícase el decreto exento N° 500, de 1 de junio de

2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 6 de junio de 2012, mediante el cual se aprobó la Norma Técnica N° 136, denominada "Norma que determina los Principios Activos contenidos en Productos Farmacéuticos que deben demostrar su equivalencia terapéutica y lista de Productos Farmacéuticos que sirven de referencia de los mismos" en la forma que a continuación se indica:

1) Incorpórense al listado denominado "Lista de productos de referencia para los Estudios de Equivalencia Terapéutica", los que a continuación se indican:

.

N°	PRINCIPIO ACTIVO O ASOCIACIONES	REFERENTE	TITULAR	PAIS	N° REGISTRO	LIBERACION
1	AMLODIPINO HIDROCLOROTIAZIDA/ VALSARTAN	EXFORGE D COMPRIMIDOS RECUBIERTOS (5/160/12,5)	NOVARTIS CHILE S.A.	CHILE	F-19745	CONVENCIONAL
		EXFORGE D COMPRIMIDOS RECUBIERTOS (10/320/25)	NOVARTIS CHILE S.A.	CHILE	F-19859	CONVENCIONAL
2	AMLODIPINO ATORVASTATINA	CADUET COMPRIMIDOS RECUBIERTOS (5/20)	PFIZER CHILE S.A.	CHILE	F-14289	CONVENCIONAL
		CADUET COMPRIMIDOS RECUBIERTOS (10/20)	PFIZER CHILE S.A.	CHILE	F-14293	CONVENCIONAL
		CADUET COMPRIMIDOS RECUBIERTOS (5/10)	PFIZER CHILE S.A.	CHILE	F-14288	CONVENCIONAL
		CADUET COMPRIMIDOS RECUBIERTOS (10/10)	PFIZER CHILE S.A.	CHILE	F-14295	CONVENCIONAL
3	AMLODIPINO PERINDOPRIL	COVERAM COMPRIMIDOS (10/5)	LABORATORIO SERVIER CHILE LTDA	CHILE	F-21342	CONVENCIONAL
		COVERAM COMPRIMIDOS (10/10)	LABORATORIO SERVIER CHILE LTDA	CHILE	F-21343	CONVENCIONAL
		COVERAM COMPRIMIDOS (5/5)	LABORATORIO SERVIER CHILE LTDA	CHILE	F-21340	CONVENCIONAL
		COVERAM COMPRIMIDOS (5/10)	LABORATORIO SERVIER CHILE LTDA	CHILE	F-21344	CONVENCIONAL
4	ATORVASTATINA/ EZETIMBA	LIPTRUZET 10/10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	MERCK SHARP & DOHME	CHILE	F-23338	CONVENCIONAL
		LIPTRUZET 10/20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	MERCK SHARP & DOHME	CHILE	F-23339	CONVENCIONAL
		LIPTRUZET 10/40 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	MERCK SHARP & DOHME	CHILE	F-23340	CONVENCIONAL
5	CEFPODOXIMA	ORELOX COMPRIMIDOS 100 MG	SANOFI-AVENTIS DE MEXICO, S.A. DE C.V.	MEXICO		CONVENCIONAL
		ORELOX COMPRIMIDOS 200 MG	SANOFI-AVENTIS DE MEXICO, S.A. DE C.V.	MEXICO		CONVENCIONAL
6	CLORZOXAZONA/ PARACETAMOL	TAFIROL FLEX 300 MG / 250 MG	ASOFARMA DE MEXICO, S.A. DE C.V.	MEXICO		CONVENCIONAL
7	DEXMETILFENIDATO	FOCALIN 10 MG	NOVARTIS PHARMACEUTICALS CORP	ESTADOS UNIDOS		CONVENCIONAL
8	FENOPIRATO	LIPIDIL CAPSULAS 200 MG	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.	CHILE	F-21817	CONVENCIONAL
		LIPIDIL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 160 MG	ABBOTT BRASIL	BRASIL		CONVENCIONAL
9	FLUVOXAMINA	LUVOX COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 100 MG	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.	CHILE	F-20498	CONVENCIONAL
		LUVOX COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 50 MG	ABBOTT LABORATORIES DE MEXICO, S.A. DE C.V.	MEXICO		CONVENCIONAL
10	GLIMEPIRIDA	AMARYL COMPRIMIDOS 4 MG	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.	CHILE	F-9724	CONVENCIONAL
		AMARYL COMPRIMIDOS 2 MG	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.	CHILE	F-9723	CONVENCIONAL
11	GLIMEPIRIDA/ METFORMINA	AMARYL M 2-1000 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.	CHILE	F-17022	CONVENCIONAL



	AMARYL M 4/1000 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	SANOPI AVENTIS DE CHILE S.A.	CHILE	F-17021	CONVENCIONAL	
12	QUINAPRIL	ACCUPRIL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 10 MG	PFIZER CHILE S.A.	CHILE	F-20787	CONVENCIONAL
		ACCUPRIL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 10 MG	PFIZER CHILE S.A.	CHILE	F-20788	CONVENCIONAL
		ACCUPRIL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 20 MG	PFIZER CHILE S.A.	CHILE	F-10921	CONVENCIONAL
		ACCUPRIL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 20 MG	PFIZER CHILE S.A.	CHILE	F-10922	CONVENCIONAL
13	RAMIPRIL	ALTACE	KING PHARMACEUTICALS INC.	USA		CONVENCIONAL
		TRITACE	SANOPI AVENTIS S.A.	MEXICO		CONVENCIONAL
		TRITACE	NOVA QUIMICA, MEDLEY Y SANOPI AVENTIS	BRASIL		CONVENCIONAL
14	ROXITROMICINA	RULID COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	SANOPI AVENTIS, S.A.	ESPAÑA	CONVENCIONAL	
15	SITAGLIPTINA	JANLVIA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 50 MG	MERCK SHARP & DOHME	CHILE	F-21057	CONVENCIONAL
		JANLVIA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 100 MG	MERCK SHARP & DOHME	CHILE	F-21058	CONVENCIONAL
16	VALSARTAN SACUBITRIL	ENTRESTO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 50 MG	NOVARTIS CHILE S.A.	CHILE	F-22087 F-23451	CONVENCIONAL
		ENTRESTO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 100 MG	NOVARTIS CHILE S.A.	CHILE	F-22088 F-23250	CONVENCIONAL
		ENTRESTO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 200 MG	NOVARTIS CHILE S.A.	CHILE	F-22089 F-23516	CONVENCIONAL
17	CICLOBENZAPRINA	AMRIX CAPSULES, EXTENDED RELEASE 15 MG	TEVA PHARMACEUTICALS INTERNATIONAL GMBH	EE.UU.		MODIFICADA
		AMRIX CAPSULES, EXTENDED RELEASE 30 MG	TEVA PHARMACEUTICALS INTERNATIONAL GMBH	EE.UU.		MODIFICADA
		MITRIL CÁPSULAS DURAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA	ZODIAC	BRASIL		MODIFICADA
18	DOXICICLINA MONOHIDRATO	ORACEA CÁPSULAS CON MICROGRANULOS DE LIBERACIÓN MODIFICADA 40 MG	GALDERMA CHILE LABORATORIOS LTDA.	CHILE	F-22119	MODIFICADA
	DOXICICLINA HICLATO	DORYX 50 MG DELAYED-RELEASE TABLETS (DOXYCYCLINE HYCLATE)	MAYNE PHARMA INTERNATIONAL PTY. LTD	EE.UU.		MODIFICADA
		DORYX 75 MG DELAYED-RELEASE TABLETS (DOXYCYCLINE HYCLATE)	MAYNE PHARMA INTERNATIONAL PTY. LTD	EE.UU.		MODIFICADA
		DORYX 100 MG DELAYED-RELEASE TABLETS (DOXYCYCLINE HYCLATE)	MAYNE PHARMA INTERNATIONAL PTY. LTD	EE.UU.		MODIFICADA
		DORYX 150 MG DELAYED-RELEASE TABLETS (DOXYCYCLINE HYCLATE)	MAYNE PHARMA INTERNATIONAL PTY. LTD	EE.UU.		MODIFICADA



		DORYX 200 MG DELAYED-RELEASE TABLETS (DOXYCYCLINE HYCLATE)	MAYNE PHARMA INTERNATIONAL PTY. LTD	EE.UU		MODIFICADA
		DORYX MPC 120 MG DELAYED-RELEASE TABLETS (DOXYCYCLINE HYCLATE)	MAYNE PHARMA INTERNATIONAL PTY. LTD	EE.UU		MODIFICADA
20	METFORMINA/ SITAGLIPTINA	JANUMET XR 50/1000 COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA	MERCK SHARP & DOHME	CHILE	F-20933	MODIFICADA
		JANUMET XR 100/1000 COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA	MERCK SHARP & DOHME	CHILE	F-20932	MODIFICADA
21	MICOFENOLATO	MYFORTIC COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTERICO 180 MG	NOVARTIS CHILE S.A	CHILE	F-23539	MODIFICADA
		MYFORTIC COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTERICO 360 MG	NOVARTIS CHILE S.A.	CHILE	F-23540	MODIFICADA
22	TRAZODONA	TRITTICO A.C. COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 150 MG	LABORATORIO CHILE	CHILE	F-7860	MODIFICADA
23	ZOLPIDEM	STILNOX CR 6.25 MG	SANOFI-AVENTIS	BRASIL		MODIFICADA
		STILNOX CR 12.5 MG	SANOFI-AVENTIS	BRASIL		MODIFICADA
		STILNOX CR 6.25 MG	SANOFI-AVENTIS DE MEXICO. S. A. DE C. V	MEXICO		MODIFICADA
		STILNOX CR 12.5 MG	SANOFI-AVENTIS DE MEXICO. S. A. DE C. V	MEXICO		MODIFICADA
		AMBIEN CR 6.25MG	SANOFI AVENTIS US LNC	USA		MODIFICADA
		AMBIEN CR 12.5MG	SANOFI AVENTIS US LNC	USA		MODIFICADA

Artículo segundo.- Modifíquese el decreto exento N° 27, de 2012, del Ministerio de Salud, y mediante el cual se aprobó la Norma Técnica N° 131 que "Define los criterios destinados a establecer equivalencia terapéutica en productos farmacéuticos en Chile", en la forma que a continuación se indica:

a) Reemplázase la tabla contenida en su numeral 7, denominado "Demostración de Equivalencia Terapéutica para Principios Activos No Nuevos (Maduros) de Larga Experiencia de Uso" por la siguiente:

LISTA DE PRINCIPIOS ACTIVOS NO NUEVOS (MADUROS) DE LARGA EXPERIENCIA DE USO

Nº	PRINCIPIO ACTIVO O ASOCIACIONES	FORMA FARMACÉUTICA SÓLIDA ADMINISTRACIÓN ORAL TIPO DE LIBERACIÓN
1	BIPERIDENO	CONVENCIONAL
2	CLOXACILINA	CONVENCIONAL
3	DILTIAZEM	CONVENCIONAL
4	BROMOCRIPTINA	CONVENCIONAL
5	FLUNARIZINA	CONVENCIONAL
6	KETOCONAZOL	CONVENCIONAL
7	PIROXICAM	CONVENCIONAL
8	SIMVASTATINA	CONVENCIONAL
9	ACETAZOLAMIDA	CONVENCIONAL
10	GRISEOFULVINA	CONVENCIONAL
11	NISTATINA	CONVENCIONAL
12	PROPILTIOURACILO	CONVENCIONAL
13	TETRACICLINA	CONVENCIONAL
14	TINIDAZOL	CONVENCIONAL
15	TIORIDAZINA	CONVENCIONAL
16	LAMOTRIGINA	MODIFICADA
17	FLUCLOXACILINA	CONVENCIONAL
18	AMITRIPTILINA/CLORDIAZEPOXIDO	CONVENCIONAL

Artículo tercero.- Un texto actualizado de las normas, conteniendo las modificaciones que se aprueban en este decreto y las anteriores realizadas, se mantendrá en el Departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesiones Médicas de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto aprobado.

Artículo cuarto.- Las disposiciones de este decreto regirán desde su publicación en el Diario Oficial.

Anótese y publíquese.- Jaime Mañalich Muxi, Ministro de Salud.

Transcribo para su conocimiento decreto exento N° 24, de 21 de abril de 2020.- Por orden de la Subsecretaría de Salud Pública.- Saluda atentamente a Ud., Jorge Hübner Garretón, Jefe de la División Jurídica, Ministerio de Salud.



Decreto 17 EXENTO

MODIFICA DECRETO N° 27 EXENTO QUE APROBÓ LA "NORMA QUE DEFINE LOS CRITERIOS DESTINADOS A ESTABLECER LA EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS EN CHILE"

MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Fecha Publicación: 21-MAR-2019 | Fecha Promulgación: 12-MAR-2019

Tipo Versión: Única De : 21-MAR-2019

Url Corta: <http://bcn.cl/2f5wz>



MODIFICA DECRETO N° 27 EXENTO QUE APROBÓ LA "NORMA QUE DEFINE LOS CRITERIOS DESTINADOS A ESTABLECER LA EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS EN CHILE"

Núm. 17 exento.- Santiago, 12 de marzo de 2019.

Visto:

Lo dispuesto en el artículo 4° del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto con fuerza de ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; las disposiciones de los incisos 2° y 3° del artículo 221°, del decreto supremo N° 3 de 2010, también del Ministerio de Salud y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano.

Considerando:

1° Que, a través del oficio ordinario N° 1260, de 12 de noviembre de 2018, la Sra. Directora (S) del Instituto de Salud Pública, remitió propuestas de Guías Técnicas relacionadas con la demostración de Equivalencia Terapéutica, las cuales complementan técnicamente las disposiciones de la Norma Técnica N° 131, nominada "Norma que define los criterios destinados a establecer la equivalencia terapéutica en productos farmacéuticos en Chile", aprobada mediante el decreto exento N° 27, de 2012, publicado en el Diario Oficial el 28 de enero de 2018.

2° Que, por medio del memorándum B35 N° 1065, de 12 de diciembre de 2018, de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, se informó que las guías remitidas de acuerdo al considerando anterior, se ajustan a la normativa, a los avances técnicos en la materia y a las prácticas que actualmente ejecutan los laboratorios farmacéuticos en sus áreas de equivalencia terapéutica.

3° Que, posteriormente, a través del memorándum B35 N° 20, se solicitó complementar el requerimiento indicado en el considerando anterior, incorporando ajustes a la normativa de equivalencia terapéutica, de acuerdo a lo informado por el Instituto de Salud Pública de Chile, a través de su oficio N° 1521, de 28 de diciembre de 2018, principalmente en relación a la agilización del registro sanitario de productos farmacéuticos.

4° Que, mediante correo electrónico de fecha 15 de enero de 2019, el Jefe del Subdepartamento de Biofarmacia y Equivalencia Terapéutica, del Departamento Anamed, del Instituto de Salud Pública de Chile, solicitó incorporar correcciones respecto a la forma de liberación de tres productos farmacéuticos.

6° Que, teniendo presente las facultades que me concede el decreto supremo N° 28, de 2009, del Ministerio de Salud, dicto el siguiente:

Decreto:

Artículo primero.- Modifíquese la "Norma que define los criterios destinados a establecer la equivalencia terapéutica en productos farmacéuticos en Chile", aprobada mediante el decreto exento N° 27, de 18 de enero de 2012, del Ministerio de Salud, y publicada en el Diario Oficial el 28 de enero del mismo año, en la forma que a continuación se indica:

A) Modifíquese el párrafo segundo de su numeral 1.15, agregando la siguiente frase final, inmediatamente antes de su punto aparte:

"o por cualquier otra autoridad sanitaria que participe del "Pharmaceutical Inspection Cooperation Scheme (PIC/S)".

B) Incorpórense los siguientes anexos y sus respectivos textos:

. ANEXO N° 2:

Guía Técnica G-BIOF 01: Guía para la realización de estudios de biodisponibilidad comparativa en formas farmacéuticas sólidas de administración oral y acción sistémica.

. ANEXO N° 3:

Guía Técnica G-BIOF 02: Guía para optar a bioexención de estudios de biodisponibilidad comparativa.

. ANEXO N° 4:

Guía Técnica G-VMBA 01: Guía para la realización de la validación de la metodología bioanalítica de estudios de bioequivalencia in vivo.

. ANEXO N° 5:

Guía Técnica G-MOVAL 01: Guía Técnica para la presentación de modificaciones a procesos productivos validados de formas farmacéuticas sólidas post demostración de Equivalencia Terapéutica.

Artículo segundo.- Modifíquese la Norma Técnica N° 136, que "determina los principios activos contenidos en productos farmacéuticos que deben demostrar su equivalencia terapéutica y lista de productos farmacéuticos que sirven de referencia de los mismos", aprobada mediante decreto exento N° 500, de 1 de junio de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 6 de junio de 2012, en la forma que a continuación se indica:

A) Sustitúyase el plazo de "3 meses" establecido para cumplir con la exigencia de demostración de equivalencia terapéutica a los productos farmacéuticos compuestos por el principio activo Rifampicina, en formulación farmacéutica sólida oral y de liberación convencional, por "3 años".

B) Rectifíquense las formas de liberación indicadas para los siguientes productos farmacéuticos de referencia "Donaren Retard Com Lib Cont 150 mg", "Sporanox Cápsulas Con Gránulos 100 mg" y "Prolopa Comprimidos Dispersables 100 mg/25 mg", consignándolas como a continuación se indican:

.



Trazodona	Donaren Retard Com Lib Cont 150 mg	Apsen Farmacéutica	Brasil	NO CONVENCIONAL
Itraconazol	Sporanox Cápsulas Con Gránulos 100 mg	Johnson & Johnson De Chile S.A.	Chile	CONVENCIONAL
Levodopa/Benserazida	Prolopa Comprimidos Dispersables 100 mg/25 mg	Roche Chile Ltda.	Chile	CONVENCIONAL

Artículo tercero.- Actualícese la "Norma que define los criterios destinados a establecer la equivalencia terapéutica en productos farmacéuticos en Chile" y la "Norma que determina los principios activos contenidos en productos farmacéuticos que deben demostrar su equivalencia terapéutica y lista de productos farmacéuticos que sirven de referencia de los mismos", incorporando la modificación que se aprueba mediante este decreto y manténgase una copia actualizada de ella en el Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, Prestadores de Salud y Medicinas Complementarias, de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en sitio electrónico del Ministerio de Salud www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto original aprobado.

Artículo cuarto.- Las disposiciones de este decreto regirán desde la publicación del mismo en el Diario Oficial.

Anótese, comuníquese y publíquese.- Por orden del Presidente de la República, Emilio Santelices Cuevas, Ministro de Salud.

Transcribo para su conocimiento decreto exento N° 17 de 12-03-2019.- Saluda atentamente a Ud., Paula Daza Narbona, Subsecretaria de Salud Pública.

DIARIO OFICIAL

DE LA REPUBLICA DE CHILE
Ministerio del Interior y Seguridad Pública

I
SECCIÓN

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 42.402

Viernes 12 de Julio de 2019

Página 1 de 2

Normas Generales

CVE 1620473

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública

**MODIFICA DECRETO N° 500 EXENTO, DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD,
QUE APROBÓ LA NORMA TÉCNICA N° 136, NOMINADA "NORMA QUE
DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS
FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA
Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE
LOS MISMOS"**

Núm. 40 exento.- Santiago, 8 de julio de 2019.

Visto:

Lo dispuesto en el artículo 4° del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes 18.469 y 18.933; la ley N° 20.724; las disposiciones del artículo 52° y aquellas del inciso 1° del artículo 221°, contenidas en el decreto supremo N° 3, de 2010, también del Ministerio de Salud y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; lo solicitado por el Instituto de Salud Pública de Chile, mediante su oficio ordinario N° 535, de 2019; lo informado por la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, mediante su memorándum B35 N° 355 de 14 de junio de 2019; y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo N° 28, de 2009, del Ministerio de Salud, dicto el siguiente.

Considerando:

1° Que, el decreto exento N° 500, de 2012, del Ministerio de Salud, aprobó la Norma Técnica N° 136, que determina los principios activos contenidos en productos farmacéuticos que deben demostrar su equivalencia terapéutica y lista de productos farmacéuticos que sirven de referencia de los mismos.

2° Que, mediante el ordinario N° 535, de 2019, del Instituto de Salud Pública de Chile, se ha requerido la designación del producto farmacéutico denominado "Tram One cápsulas con gránulos recubiertos de liberación prolongada", en sus presentaciones de 100, 150 y 200 mg, como productos de referencia para la realización de estudios de equivalencia terapéutica de formas farmacéuticas de liberación prolongada que contengan el principio activo Tramadol y un régimen posológico de una dosis cada 24 horas.

3° Que, revisados los antecedentes aportados por el Instituto de Salud Pública de Chile, la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción respaldó la solicitud realizada por dicho Instituto.

4° Que, de acuerdo a lo anterior y a las facultades que me otorga la ley, dicto el siguiente

Decreto:

Artículo primero.- Modifícase el decreto exento N° 500, de 1 de junio de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 6 de junio de 2012, mediante el cual se aprobó la Norma Técnica N° 136, que determina los principios activos contenidos en productos farmacéuticos que deben demostrar su equivalencia terapéutica y lista de productos farmacéuticos que sirven de referencia de los mismos, en la forma que a continuación se indica:

CVE 1620473 Director: Juan Jorge Lazo Rodríguez Mesa Central: +562 2486 3600 Email: consultas@diarioficial.cl
Sitio Web: www.diarioficial.cl Dirección: Dr. Torres Boonen N°511, Providencia, Santiago, Chile.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

a) Adiciónense a la "Lista de Productos de Referencia para los Estudios de Equivalencia Terapéutica" y respecto del principio activo Tramadol, los que a continuación se indican:

Nº	API O ASOCIACIONES	REFERENTE	TITULAR	PAIS	LIBERACIÓN
	TRAMADOL	TRAM ONE CÁPSULAS CON GRÁNULOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 100 MG (REG. ISP Nº F-23.970/18)	ITF - LABOMED FARMACÉUTICA LTDA.	Chile	MODIFICADA (Régimen Posológico 1 cada 24 hrs.)
		TRAM ONE CÁPSULAS CON GRÁNULOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 150 MG (REG. ISP Nº F-23.971/18)	ITF - LABOMED FARMACÉUTICA LTDA.	Chile	MODIFICADA (Régimen Posológico 1 cada 24 hrs.)
		TRAM ONE CÁPSULAS CON GRÁNULOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 200 MG (REG. ISP Nº F-23.972/18)	ITF - LABOMED FARMACÉUTICA LTDA.	Chile	MODIFICADA (Régimen Posológico 1 cada 24 hrs.)

Artículo segundo.- Un texto actualizado de la norma, conteniendo la modificación que se aprueba por este decreto y las anteriores realizadas, se mantendrá en el Departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesionales Médicas, de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en el sitio electrónico del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan, guarden estricta concordancia con el texto aprobado.

Artículo tercero.- Las disposiciones de este decreto regirán desde su publicación en el Diario Oficial.

Anótese y publíquese.- Por orden del Presidente de la República, Jaime Mañalich Muxi, Ministro de Salud.

Transcribo para su conocimiento decreto exento Nº 40, de 08-07-2019.- Saluda atentamente a Ud., Paula Daza Narbona, Subsecretaria de Salud Pública.

Conforme a la Ley, se entiende por medicamento o producto farmacéutico, cualquier sustancia natural, biológica, sintética o las mezclas de ellas, originada mediante Síntesis o procesos químicos, biológicos o biotecnológicos, que se destine a las personas con fines de prevención, diagnóstico, atenuación, tratamiento o curación de las enfermedades o sus Síntomas o de regulación de sus sistemas o estados fisiológicos particulares, incluyéndose en este concepto los elementos que acompañan su presentación y que se destinan a su administración. Ahora bien, ¿cuáles son los criterios para establecer equivalencia terapéutica de productos farmacéuticos en Chile?

En nuestro país, los titulares de registros sanitarios de productos farmacéuticos que deben realizar estudios comparativos de biodisponibilidad in vivo para demostrar la equivalencia terapéutica, podrán hacerlo mediante estudios "in vitro", previa solicitud al Instituto de Salud Pública, adjuntando los antecedentes científico-técnicos que permitan respaldar su ejecución y a validez de sus resultados.

Los siguientes criterios generales para establecer la equivalencia terapéutica de los productos farmacéuticos en Chile:

1. CRITERIOS GENERALES:

1.1. La presente norma es de cumplimiento obligatorio en el territorio nacional respecto de los estudios in vivo o in vitro para demostrar, cuando corresponda, la equivalencia terapéutica de los productos de múltiples fuentes que estén formulados con alguno de los principios activos de las listas aprobadas por resolución del Ministerio de Salud.

1.2. Cuando sea pertinente, y de acuerdo al avance científico en la materia se elaborarán otros documentos técnicos específicos.

1.3. Los productos farmacéuticos de múltiples fuentes, deben cumplir con los mismos estándares de calidad, eficacia y seguridad que el producto de referencia. Por lo tanto, se debe entregar evidencia razonable que permita establecer que el producto en estudio, es

terapéuticamente equivalente e intercambiable con el producto de referencia.

1.4. Para asegurar la intercambiabilidad de los productos farmacéuticos de múltiples fuentes, la autoridad

sanitaria exigirá la documentación pertinente que avale el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura, de las Especificaciones de Calidad y de la Equivalencia Terapéutica.

1.5. Los productos de múltiples fuentes, registrados o al momento de solicitar registro en el país, deben presentar, cuando corresponda, estudios que permitan establecer equivalencia Terapéutica ya sea "in vivo" o "in vitro", de acuerdo a los criterios que se definen en esta norma.

1.6. Para algunos tipos de medicamentos, entre los cuáles se incluyen los productos parenterales formulados con principios activos muy solubles en agua, la intercambiabilidad se considera adecuadamente asegurada mediante la implementación de Buenas Prácticas de Manufactura, la evidencia de conformidad con sus especificaciones de calidad y su rotulación en conformidad a lo dispuesto en el registro.

1.7. Para otros productos farmacéuticos, entre los que se incluyen los de origen biológico, tales como vacunas, hemoderivados y otros obtenidos por biotecnología, el concepto de intercambiabilidad implica consideraciones complejas que no son abordadas en este documento y, en consecuencia, quedan excluidos de la presente norma.

1.8. La presente Norma acepta como científicamente válidos los conceptos del "Sistema de Clasificación Biofarmacéutico" desarrollado por el profesor Dr. Gordon Amidon.

1.9. Para productos farmacéuticos formulados con pro-drogas, que deban demostrar equivalencia terapéutica, se deberá evaluar caso a caso si podrán optar a presentar estudios comparativos de cinética de disolución in vitro, teniendo en consideración que la permeabilidad corresponde a la pro-droga cuando la conversión a la molécula activa se produce después de la absorción, y corresponde

al principio activo, cuando la conversión ocurre antes de la absorción.

1.10. Los productos en formas farmacéuticas sólidas, para administración por vía oral, de liberación inmediata podrán optar a la bioexención para demostrar su equivalencia terapéutica, solo si están formulados con el tipo de principio activo que reúna las características establecidas por el Sistema de Clasificación Biofarmacéutico y se encuentren en las listas que elabore la autoridad sanitaria competente.

1.11. No podrán optar a la bioexención señalada en el punto anterior los productos farmacéuticos, "diseñados para ser disueltos en la cavidad bucal" y los productos "en asociación en dosis fija de acción sistémica".

1.12. Los estudios para establecer equivalencia terapéutica, tanto "in vivo" como "in vitro", serán

presentados al ISP para su aprobación. En caso de rechazo deberá hacerlo por resolución fundada.

1.13. El ISP será el encargado de determinar los productos de referencia que se usarán como compa-

radores para realizar los estudios que permitan establecer equivalencia terapéutica.

1.14. Los titulares de los respectivos registros sanitarios podrán determinar donde realizar los estudios de equivalencia terapéutica, previa autorización por parte del ISP del diseño del estudio y de las Unidades Clínicas y Analíticas en el caso de realizarse en Chile.

1.15. Los estudios para establecer equivalencia terapéutica tanto "in vivo" como "in vitro" deben realizarse en Chile en laboratorios autorizados por el Instituto de Salud Pública o en centros reconocidos por la OMS, la Agencia Europea de Medicamentos (The European Agency, EMEA), la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA), la Dirección General de Medicamentos del Ministerio de Salud de Canadá, la Agencia Española de Medicamentos del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Instituto Nacional Japonés de Ciencias de la Salud, la Agencia para el Control de Medicamentos del Reino Unido (MCA),

la Agencia de Productos Medicamentosos de Suecia (MPA), la Agencia de Productos Medicamentosos de Suiza (Swiss Medic)

1.16. Los productos con registros vigentes que al ser evaluados no demuestren equivalencia terapéutica deberán dejar de distribuirse, para lo cual el ISP notificará a través de una Resolución al titular del registro; no obstante lo anterior, podrán reformularse y presentar un nuevo estudio que permita establecer su equivalencia terapéutica con el producto de referencia. En caso de no cumplir este requerimiento deben retirarse del mercado conforme a lo dispuesto en el Art. 115 del D.S. 1876/95.

1.17. Los productos que soliciten registro sanitario y estén formulados con alguno de los principios activos de las listas aprobadas por Resolución del Ministerio de Salud, deben presentar, además de los antecedentes que demuestren calidad, seguridad y eficacia, los estudios para demostrar equivalencia terapéutica con el producto de referencia.

1.18. En el caso de productos que estén reconocidos como equivalentes terapéuticos y que posteriormente se elaboren en otra planta farmacéutica, deberán presentar nuevos estudios para validar su equivalencia terapéutica. Las muestras para realizar los estudios de equivalencia terapéutica deben provenir de lotes de producción, conforme a las buenas prácticas de manufactura.

1.19. La condición de equivalencia terapéutica será suspendida o cancelada si se generan una o más alertas, debidamente documentadas, que indiquen bioequivalencia del producto, entre ellos:

- Incumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura
- Rotulación incorrecta
- Especificaciones de productos terminados fuera de límites
- Reclasificación del riesgo sanitario del principio activo

1.20. Se priorizará la inclusión de principios activos a las listas que apruebe la autoridad competente de acuerdo a su riesgo sanitario.

2. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DE MÚLTIPLES FUENTES.

Los productos farmacéuticos que tengan que demostrar equivalencia terapéutica deberán hacerlo a través de estudios comparativos in vivo, o de acuerdo al estado de la técnica, podrán optar por hacerlo a través de estudios comparativos de cinética de disolución, farmacodinámicos o clínicos.

Algunos productos farmacéuticos no requieren demostrar equivalencia terapéutica, aceptándose esta condición si cumplen las características que se definen en esta norma.

TIPOS DE ESTUDIOS RECOMENDADOS

Para establecer equivalencia terapéutica, previo cumplimiento de los requisitos pertinentes de BPM y rotulado, se recomiendan los siguientes procedimientos:

- Un estudio de biodisponibilidad comparativa en seres humanos in vivo, en el cual se determine la concentración del principio activo o de la fracción terapéuticamente activa, y cuando corresponda de los metabolitos activos, en función del tiempo, en la sangre, el plasma, el suero, la orina u en otro fluido biológico apropiado.
- Este procedimiento es particularmente aplicable a formas farmacéuticas destinadas a liberar el principio activo al torrente circulatorio para su distribución sistémica en el cuerpo.
- Un estudio in vitro, que haya sido correlacionado cuantitativamente y sea predictivo de la biodisponibilidad en humanos.
- Un estudio in vivo en seres humanos en el cual se mida un efecto farmacológico agudo apropiado, ya sea de la fracción terapéuticamente activa o, cuando corresponda, de sus metabolitos activos, en función del tiempo, cuando tal efecto pueda medirse con suficiente exactitud,

sensibilidad y reproducibilidad. Este método se podrá aplicar para fármacos de acción sistémica, solo cuando no se puedan aplicar procedimientos adecuados que permitan cuantificar el medicamento en la sangre o en la orina. Este procedimiento puede ser particularmente aplicable a formas farmacéuticas no diseñadas para que el principio activo se libere al torrente sanguíneo, y cuando la concentración sanguínea no se pueda utilizar como punto final de demostración de eficacia y seguridad.

- Estudios clínicos bien controlados en seres humanos, que establezcan la seguridad y efectividad de los productos farmacéuticos, diseñados apropiadamente para determinar biodisponibilidad o establecer bioequivalencia.
- Este procedimiento es el menos exacto, sensible y reproducible, y se puede considerar aceptable para formas farmacéuticas que liberan el principio activo al torrente circulatorio, cuando no se pueden desarrollar métodos analíticos que permitan el uso de los procedimientos señalados anteriormente. También aplica cuando los parámetros farmacodinámicos no se relacionan con la eficacia del producto o no son cuantificables, y cuando el perfil de las concentraciones plasmáticas o de excreción urinaria no son adecuadas para establecer equivalencia terapéutica entre dos formulaciones. Si el inicio y duración del efecto farmacológico está definido previamente, este método también se puede considerar suficientemente exacto para determinar la biodisponibilidad o bioequivalencia de formas farmacéuticas diseñadas para liberar el principio activo localmente, (por ejemplo, preparaciones tópicas para la piel, ojos y membranas mucosas), formas farmacéuticas diseñadas para que el principio activo no se absorba (por ejemplo, antiácidos o medios radio opacos) y broncodilatadores administrados por inhalación.
- Un ensayo de disolución in vitro que asegure la biodisponibilidad in vivo (generalmente un perfil de disolución, calculando el factor de similitud, f_2 : bioexención)

- Cualquier otro procedimiento, que sea considerado técnicamente adecuado por el ISP.

3. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PARA LOS CUALES NO SON NECESARIOS LOS ESTUDIOS DE EQUIVALENCIA

Son equivalentes terapéuticos los siguientes tipos de productos si cumplen con las normas de Buenas Prácticas de Manufactura, Especificaciones de Calidad aprobadas en el registro sanitario, poseen una rotulación apropiada y además cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- a) Los productos están formulados como “soluciones acuosas” para ser administrados por “vía parenteral”, por ejemplo, intravenosa, intramuscular, subcutánea, intratecal u otros, y contienen el mismo principio activo en igual dosis.
- b) Los productos están formulados como “soluciones acuosas” para ser administrados por “vía oral” y contienen el mismo principio activo en igual dosis y que no contenga un excipiente respecto del cual exista evidencia de que modifica el tránsito gastrointestinal o la absorción del principio activo.
- c) Los productos son gases medicinales de igual composición.
- d) Los productos están formulados como “polvos para reconstituir como solución acuosa”, y la solución resultante cumple con el criterio a) antes señalado.
- e) Los productos están formulados como “soluciones acuosas” para ser administrados por vía “ótica” u “oftálmica”, y contienen el mismo principio activo en igual concentración.
- f) Los productos están formulados como “soluciones acuosas” para ser administrados por “vía tópica”, sin efecto sistémico y contienen el mismo principio activo en igual concentración.
- g) Los productos están formulados como “soluciones acuosas” para ser administrados como: “inhaladores o aerosoles nasales” y contienen el mismo principio activo en la misma dosis.

- h) Los productos que puedan optar a demostrar equivalencia terapéutica a través de estudios comparativos de cinética de disolución, siempre que los productos en estudio y de referencia se disuelvan 85% o más, respecto de la cantidad declarada, en 15 minutos o menos, en los tres medios de disolución recomendados por el SCB.

4. LEY DE FÁRMACOS II

Objetivos de la Ley de Fármacos II

Los principales objetivos del proyecto de Ley son los siguientes:

- a) Ajustar la legislación con miras a fomentar la disponibilidad y penetración en el mercado de los medicamentos genéricos bioequivalentes.
- b) Prohibir la integración vertical entre laboratorios y farmacias.
- c) Exigir una concesión de servicio público para la instalación y funcionamiento de farmacias o almacenes farmacéuticos.
- d) Modificar el alcance del sumario sanitario.

En definitiva, se pretende que disminuyan las barreras de información de los pacientes, entregándose aquella efectivamente necesaria para el acceso a menor costo posible de los medicamentos que requieren.

Modificaciones

- a) Se modifica el inciso primero y segundo del artículo 101 en las siguientes frases:

En el inciso primero la frase “el uso y las condiciones de empleo de un producto farmacéutico individualizado por su denominación de fantasía, debiendo agregar, a modo de información, la denominación común internacional que autorizará su intercambio, en caso de existir medicamentos bioequivalentes certificados, en los términos del inciso siguiente”, por la siguiente: “el uso y las condiciones de empleo de un producto farmacéutico individualizado por su denominación común internacional que

autorizará su intercambio y su denominación de fantasía, debiendo agregar, en caso de existir, el medicamento genérico bioequivalente que autorizará su sustitución”.

En el inciso segundo la frase “el químico farmacéutico, a solicitud del paciente, dispensará alguno de los productos que, siendo bioequivalentes del prescrito”, por la siguiente: “el químico farmacéutico,

a solicitud del paciente, dispensará producto bioequivalente genérico del prescrito”.

a) Se incorpora el siguiente inciso 3° al artículo 121: “Ninguna farmacia o almacén farmacéutico podrá instalarse o funcionar sin que previamente se le haya otorgado la correspondiente concesión de servicio público. Las condiciones y requisitos de estas concesiones serán objeto de un reglamento dictado por el Ministerio de Salud”.

b) Se agrega el siguiente artículo 128 bis: “La propiedad y administración de un laboratorio farmacéutico será incompatible con la de una farmacia, almacén farmacéutico o droguería.

Esta incompatibilidad es extensiva a las sociedades y personas relacionadas o coligadas con las que pudieren estar en cuestión.

Sin perjuicio de las sanciones establecidas en la presente Ley, la infracción a la presente disposición traerá aparejada la cancelación de la autorización sanitaria para operar.

No existirá incompatibilidad en la elaboración de los preparados farmacéuticos que pueden realizar las farmacias conforme a lo establecido en los incisos quinto y sexto del artículo 127.”

d) En el inciso primero del artículo 129 B, en la frase “Los medicamentos de venta directa podrán estar disponibles en farmacias y almacenes farmacéuticos en repisas, estanterías, góndolas, anaqueles, dispensadores u otros dispositivos similares que permitan el acceso directo al público”, se reemplazará la palabra “podrán” por “deberán”.

e) Se reemplazará el artículo 129 E del Código Sanitario por el siguiente: “La responsabilidad sanitaria por la infracción de las normas

establecidas en Libro 4° se hará efectiva procedimentalmente de conformidad al Libro Décimo. En el caso de establecerse infracción a estas normas por parte de establecimientos de producción o dispensa de productos farmacéuticos la sanción aparejada será el de clausura del establecimiento”.

Implicancias para el ejercicio médico

Con miras al objetivo de ajustar la legislación para fomentar la disponibilidad y la penetración en el mercado de los medicamentos genéricos bioequivalentes, el proyecto pretende reformular la obligación informativa que tienen los profesionales habilitados para prescribir recetas, de manera tal que se incluya la denominación del medicamento genérico bioequivalente.

En efecto, dicha modificación se contempla en la nueva redacción para el artículo 101 del Código Sanitario.

A mayor abundamiento, el articulado vigente establece: “La receta es el instrumento privado mediante el cual el profesional habilitado para prescribir indica a una persona identificada y previamente evaluada, como parte integrante del acto médico y por consiguiente de la relación clínica, el uso y las condiciones de empleo de un producto farmacéutico individualizado por su denominación de fantasía, debiendo agregar, a modo de información, la denominación común internacional que autorizará su intercambio, en caso de existir medicamentos bioequivalentes certificados, en los términos del inciso siguiente.”

Por su parte, tal como aparece en el punto anterior la modificación propuesta consigna: “La receta es el instrumento privado mediante el cual el profesional habilitado para prescribir indica a una persona identificada y previamente evaluada, como parte integrante del acto médico y por consiguiente de la relación clínica, el uso y las condiciones de empleo de un producto farmacéutico individualizado por su denominación común internacional que autorizará su intercambio y su denominación de fantasía, debiendo agregar, en caso de existir, el medicamento genérico bioequivalente que autorizará su sustitución.”

Dicha enmienda responde a que en la Ley N° 20.724, al haberse dispuesto que la sustitución de remedios solo podía efectuarse por aquellos que tenían el carácter de bioequivalentes, se ha detectado que en la actualidad solamente se realizan estudios que otorgan dicha certificación a medicamentos genéricos de ciertas marcas de alto costo que, generalmente, corresponden a productos propios de las mismas farmacias o de aquellos laboratorios con los que aquéllas tienen convenios.

En Chile, se denomina medicamento genérico a aquel que es similar o copia de otro respecto del cual no tiene la misma calidad, seguridad y eficacia. Por su parte, un medicamento genérico bioequivalente es aquel que es similar o copia de otro respecto del cual tiene comprobada calidad, seguridad y eficacia. Dichas cualidades se acreditan con estudios de Equivalencia Terapéutica en centros autorizados por la Agencia Nacional de Medicamentos.

Se da preponderancia, por su parte, en la redacción de la receta médica, a la denominación común internacional por sobre la denominación de fantasía. A este respecto, la denominación común internacional (DCI), es el nombre genérico exclusivo asignado a casi todos los principios activos utilizados en los medicamentos de todo el mundo.

992343

0136

APRUEBA NORMA TÉCNICA N° 500 /
NOMINADA "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS".-

EXENTO N° 500 /

SANTIAGO, 01 JUN. 2012

VISTO: Lo dispuesto en el artículo 4° del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto con fuerza de ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; las disposiciones del inciso 1° del artículo 221°, del decreto supremo N° 3 de 2010, también del Ministerio de Salud y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; lo solicitado mediante el Oficio Orzmaro N° 1286 de fecha 08 de mayo de 2012, por el Instituto de Salud Pública de Chile y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo N° 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente.

DECRETO:

ARTÍCULO PRIMERO.- Ratifíquese y ténganse por aprobadas las "LISTAS DE PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN ESTABLECER EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA MEDIANTE ESTUDIOS IN VIVO O IN VITRO", aprobadas previamente mediante la resolución exenta N° 728, de 14 de noviembre de 2005, del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial de fecha 29 de noviembre de 2005 y sus modificaciones posteriores.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Ténganse por aprobadas las listas de productos de referencia para los estudios de equivalencia terapéutica contenidas en las Resoluciones Exentas N° 244 de 2011; N° 728 y 2920, ambas de 2009; y N° 3225 de 2008, todas del Instituto de Salud Pública de Chile, así como la Resolución Exenta N° 5555 de 2009, de la misma entidad, todas publicadas en el diario oficial.

ARTÍCULO TERCERO.- Enténdase incorporado al presente decreto y constituyente de esta norma técnica, un anexo que contiene las listas consolidadas de principios activos contenidos en productos farmacéuticos que deben establecer su equivalencia terapéutica mediante estudios in vivo o in vitro y las listas de productos farmacéuticos que servirán de referencia para los mismos.


ARTÍCULO CUARTO.- Los titulares de registros sanitarios de productos farmacéuticos que deberán realizar estudios comparativos de biodisponibilidad in vivo para demostrar su equivalencia terapéutica, podrán hacerlo mediante estudios "in vitro", previa solicitud al Instituto de Salud Pública, adjuntando los antecedentes científico-técnicos que permitan respaldar su ejecución y la validez de sus resultados.

ARTÍCULO CUARTO.- Una copia debidamente visada de esta norma técnica que se aprueba, se mantendrá en el Departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesiones Médicas de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto original aprobado.

La norma técnica que se aprueba por este acto administrativo se expresa en un documento que consta de 7 páginas, incluyendo este decreto.

ARTÍCULO QUINTO.- La Norma Técnica que se aprueba a través del presente Decreto, comenzará a regir desde la publicación del mismo en el Diario Oficial.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.-
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA**


JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

3.- CONT.

LISTA DE PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBERAN REALIZAR ESTUDIOS COMPARATIVOS DE BIODISPONIBILIDAD IN VIVO PARA DEMOSTRAR EQUIVALENCIA TERAPEUTICA *

Nº	PRINCIPIO ACTIVO
1	Carbamazepina
2	Fenitoína
3	Nifedipino
4	Tolbutamida
5	Acido Valproico
6	Litio Carbonato
7	Teofilina
8	Glibenclamida
9	Tamoxifeno
10	Metotrexato
11	Digoxina
12	Ciclosporina
13	Verapamilo
14	Espironolactona
15	Dinitrato de Isosorbide
16	Etinilestradiol
17	Abacavir
18	Acenocumarol
19	Alprazolam
20	Atazanavir
21	Atenolol
22	Atorvastatina
23	Cefadroxilo
24	Ciprofloxacino
25	Clonazepam
26	Darunavir
27	Diclofenaco
28	Didanosina
29	Efavirenz
30	Enalapril
31	Estavudina
32	Fluoxetina
33	Fosamprenavir
34	Furosemida
35	Hidroclorotiazida
36	Ibuprofeno
37	Imatinib
38	Indinavir
39	Ketoprofeno
40	Lamivudina
41	Losartán
42	Metformina
43	Micofenolato
44	Nelfinavir
45	Nevirapina
46	Omeprazol
47	Prednisona
48	Ritonavir
49	Saquinavir
50	Tacrolimus
51	Tenofovir
52	Zidovudina



LISTA DE PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE PODRAN OPTAR A BIOEXENCION DE ESTUDIOS "IN VIVO" PARA DEMOSTRAR EQUIVALENCIA TERAPEUTICA

Nº	PRINCIPIO ACTIVO
1	Amilorida
2	Amoxicilina
3	Biperiden
4	Ciclofosfamida
5	Clomifeno
6	Clomipramina
7	Cloxacilina Sódica
8	Dexametasona
9	Diazepam
10	Dietilcarbamazina
11	Doxiciclina
12	Eritromicina
13	Fenoximetilpenicilina
14	Isoniazida
15	Levamisol
16	Levodopa
17	Levonorgestrel
18	Levotiroxina
19	Metoclopramida
20	Noretisterona
21	Pirazinamida
22	Prometazina
23	Propranolol
24	Quinina
25	Salbutamol
26	Benznidazol
27	Clorfenamina



d.- cont.

LISTA DE PRODUCTOS DE REFERENCIA
PARA LOS ESTUDIOS DE EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA.



RES EXENTA ISP	PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	DOSIS	Nº REGISTRO /ANTECEDENTE	TITULAR / ANTECEDENTE
	ACENOCUMAROL	NEO-SINTROM COMPRIMIDOS	4 MG	F-1098/08	NOVARTIS CHILE S.A.
	ÁCIDO VALPROICO	VALCOTE SPRINKLE CÁPSULAS	125 MG	F-9216/06	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.
		DÉPAKENE CÁPSULAS BLANDAS	250 MG	F-9184/06	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.
	ATAZANAVIR (SULFATO)	REYATAZ CÁPSULAS	150 MG	F-13890/09	BRISTOL MYERS SQUIBB DE CHILE
		REYATAZ CÁPSULAS	200 MG	F-13691/09	BRISTOL MYERS SQUIBB DE CHILE
		REYATAZ CÁPSULAS	300 MG	F-17039/08	BRISTOL MYERS SQUIBB DE CHILE
	ATORVASTATINA (CÁLCICA TRIHIDRATO)	LIPITOR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	10 MG	F-71/07	PFIZER CHILE S.A.
		LIPITOR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	20 MG	F-72/07	PFIZER CHILE S.A.
		LIPITOR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	40 MG	F-73/07	PFIZER CHILE S.A.
		LIPITOR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	80 MG	F-12779/08	PFIZER CHILE S.A.
	CEFADROXILO (MONOHIDRATO)	CEFAMOX CÁPSULAS	500 MG	F-18261/10	BRISTOL MYERS SQUIBB DE CHILE
	CIPROFLOXACINO (CLORHIDRATO MONOHIDRATO)	BAYCIP COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	500 MG	F-6220/10	BAYER S.A.
	CLONAZEPAM	RAVOTRIL COMPRIMIDOS	0,25 MG	F-1998/09	ROCHE CHILE LTDA.
		RAVOTRIL COMPRIMIDOS	0,5 MG	F-7824/06	ROCHE CHILE LTDA.
		RAVOTRIL COMPRIMIDOS	1 MG	F-13350/08	ROCHE CHILE LTDA.
		RAVOTRIL COMPRIMIDOS	2 MG	F-2584/09	ROCHE CHILE LTDA.
	CLOMIFENO	SEROPHENE COMPRIMIDOS	50 MG	F-4570/10	MERCK S.A.
	CLOMIPRAMINA CLORHIDRATO	ANAFRANIL GRAGEAS	10 MG	F-9597/06	NOVARTIS CHILE S.A.
		ANAFRANIL GRAGEAS	25 MG	F-1024/08	NOVARTIS CHILE S.A.
	DIGOXINA	DIGOXINA COMPRIMIDOS	0,25 MG	F-3927/10	LABORATORIO CHILE S.A.
	ESTAVUDINA	ZERIT CÁPSULAS	40 MG	F-8837/06	BRISTOL MYERS SQUIBB DE CHILE
	FUROSEMIDA	LASIX COMPRIMIDOS	40 MG	F-1332/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	GLIBENCLAMIDA	DAONIL COMPRIMIDOS	5 MG	F-1326/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	INDINAVIR (SULFATO)	CRIVAN CÁPSULAS	400 MG	F-8234/06	MERCK SHARP & DOHME (I.A.) CORP.
	ISOSORBIDA DINITRATO	ISMO COMPRIMIDOS	20 MG	F-4162/10	ROCHE CHILE LTDA.
	KETOPROFENO	PROFENID CÁPSULAS	50 MG	F-644/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	LAMIVUDINA	EPIVIR 3TC COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	150 MG	F-14797/10	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	LOSARTÁN (POTÁSICO)	COZAAR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	50 MG	F-8232/06	MERCK SHARP & DOHME (I.A.) CORP.
		COZAAR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	100 MG	F-12460/07	MERCK SHARP & DOHME (I.A.) CORP.
	METFORMINA CLORHIDRATO	GLUCOPHAGE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	500 MG	F-8128/06	ROCHE CHILE LTDA.
		GLAFORNIL 500 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 500 MG		F- 122/07	MERCK S.A.
		GLUCOPHAGE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	850 MG	F-343/08	ROCHE CHILE LTDA.
		GLAFORNIL 850 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 850 MG		F- 10495/06	MERCK S.A.
	METOCLOPRAMIDA	HEMIBE COMPRIMIDOS	10 MG	F-4185/10	LABORATORIOS RIDER LTDA.
	METOTREXATO	METOTREXATO COMPRIMIDOS	2,5 MG	F-6313/10	PFIZER CHILE S.A.
	MICOFENOLATO	CELLCEPT CÁPSULAS	250 MG	F-8122/06	ROCHE CHILE LTDA.

244/2011
(Publicada en Diario Oficial de fecha 16.02.11)

RES EXENTA ISP	PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	DOSIS	Nº REGISTRO /ANTECEDENTE	TITULAR ANTECEDENTE
	MOFETILO	CELLCEPT COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	500 MG	F-357/08	ROCHE CHILE LTDA.
	NEVIRAPINA	VIRAMUNE COMPRIMIDOS	200 MG	F-499/08	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA.
	RITONAVIR	NORVIR CÁPSULAS BLANDAS	100 MG	F-3457/10	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.
	SAQUINAVIR (MESILATO)	INVIRASE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	500 MG	F-15344/05	ROCHE CHILE LTDA.
	TACROLIMÚS	PROGRAF CÁPSULAS	0,5 MG	F-12549/07	PHARMA INVESTI DE CHILE S.A.
		PROGRAF CÁPSULAS	1 MG	F-12550/07	PHARMA INVESTI DE CHILE S.A.
		PROGRAF CÁPSULAS	5 MG	F-12551/07	PHARMA INVESTI DE CHILE S.A.
TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO	VIREAD COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	300 MG	F-15675/06	PHARMA INVESTI DE CHILE S.A.	
VERAPAMILLO	ISOPTINA COMPRIMIDOS	80 MG	F-6064/10	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.	
2920/09 (Publicada en Diario Oficial de fecha 18.08.09) y 5555/09 (publicada en Diario Oficial de fecha 09.12.09)	IMATINIB MESILATO	GLIVEC CÁPSULAS	100 MG	F-8669/06	NOVARTIS CHILE S.A.
		GLIVEC CÁPSULAS	50 MG	F-8668/06)	NOVARTIS CHILE S.A.
		GLIVEC COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	400 MG	F-13497/09	NOVARTIS CHILE S.A.
		GLIVEC COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	100 MG	F-13686/09	NOVARTIS CHILE S.A.
	FENITOÍNA SÓDICA	HIDANTAL COMPRIMIDOS	100 MG	REFERENCIA ANVISA	SANOFI AVENTIS; BRASIL
	BIPERIDENO CLORHIDRATO	AKINETON COMPRIMIDOS 2 MG	2 MG	F-1318/09	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
	LEVOTIROXINA SÓDICA	SYNTHROID COMPRIMIDOS	25 MCG	F- 17363/09	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS	50 MCG	F-17234/08	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	75 MCG	F- 17282/08	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	88 MCG	F- 17394/08	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	100 MCG	F- 17280/08	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	112 MCG	F- 17395/09	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	125 MCG	F- 17281/08	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	150 MCG	F- 17283/08	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	175 MCG	F- 17284/09	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
	DOXICICLINA HICLATO	VIBRAMICINA CÁPSULAS	100 MG	F-10568/06	PFIZER CHILE S.A.
		VIBRA TABS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	100 MG	REFERENCIA FDA	PFIZER U.S.
	DOXICICLINA MONOHIDRATO	VIBRAMICINA COMPRIMIDOS	200 MG	F-10569/07	PFIZER CHILE S.A.
	DOXICICLINA CLORHIDRATO	VIBRAMICINA CÁPSULAS	50 MG	F-10567/06	PFIZER CHILE S.A.
	ABACAVIR SULFATO	ZIAGEN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	300 MG	F-1974/04	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	EFAVIRENZ	STOCRIN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	600 MG	F-13175/08	MERCK SHARP & DOHME I.A. CORP.
	FOSAMPRENAVIR CALCICO	TELZIR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	700 MG	F-15353/05	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	PREDNISONA	METICORTEN COMPRIMIDOS	1 MG	F-4254/05	SCHERING PLOUGH CIA. LTDA.
		METICORTEN COMPRIMIDOS	5 MG	F-1134/08	SCHERING PLOUGH CIA. LTDA.
		METICORTEN COMPRIMIDOS	20 MG	F-770/08	SCHERING PLOUGH CIA. LTDA.
		METICORTEN COMPRIMIDOS	50 MG	F-3754/05	SCHERING PLOUGH CIA. LTDA.



I.- CONT.

RES EXENTA ISP.	PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	DOSIS	Nº REGISTRO /ANTECEDENTE	TITULAR / ANTECEDENTE
728/09 (Publicada en Diario Oficial de fecha 19.02.09) y 5555/09 (publicada en Diario Oficial de fecha 09.12.09)	CICLOSPORINA	SANDIMMUN NEORAL CÁPSULAS BLANDAS	10 MG	F-13141/03	NOVARTIS CHILE S.A.
		SANDIMMUN NEORAL CÁPSULAS BLANDAS	25 MG	F-9627/06	NOVARTIS CHILE S.A.
		SANDIMMUN NEORAL CÁPSULAS BLANDAS	50 MG	F-9628/06	NOVARTIS CHILE S.A.
		SANDIMMUN NEORAL CÁPSULAS BLANDAS	100 MG	F-9626/06	NOVARTIS CHILE S.A.
	DICLOFENACO POTÁSICO	CATAFLAM GRAGEAS	50 MG	F-9605/06	NOVARTIS CHILE S.A.
	CLOXACILINA SÓDICA	PENSTAPHON CÁPSULAS	500 MG	REFERENCIA OMS	BRYSTOL MYERS SQUIBB, BÉLGICA
	ZIDOVUDINA	RETROVIR AZT CÁPSULAS	100 MG	F-4118/05	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA
RETROVIR AZT COMPRIMIDOS		300 MG	F-588/08	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA	
3225/08 (Publicada en Diario Oficial de fecha 30.05.08)	CARBAMAZAPINA	TEGRETAL CÔMPRIMIDOS	200 MG	F-1105/03	NOVARTIS CHILE SA
		TEGRETAL COMPRIMIDOS	400 MG	F-4375/05	NOVARTIS CHILE SA
	CLORFENAMINA MALEATO	CLORPRIMETON COMPRIMIDOS	4 MG	F-619/03	SCHERING PLOUGH CIA. LTDA





MINISTERIO DE SALUD
GABINETE SR. MINISTRO
DIVISION JURIDICA

AZJ / ANSC / GOJ

--

CONTRALORIA GENERAL

TOMA DE RAZON

RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACION

Ref. por \$.....

Imputación.....

Anot. por.....

Imputación.....

Deduc.Deto.....

--	--

MODIFICA DECRETO EXENTO Nº 500 DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE APROBÓ LA NORMA TÉCNICA Nº 136, NOMINADA "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS"

EXENTO Nº 864

SANTIAGO, 24 OCT. 2012

VISTO: Lo dispuesto en el artículo 4º del Libro I del decreto con fuerza de ley Nº 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; las disposiciones del artículo 52º y aquellas del inciso 1º del artículo 221º, contenidas en el decreto supremo Nº 3 de 2010, también del Ministerio de Salud y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; lo solicitado mediante el Oficio Ordinario Nº 1872 de fecha 13 de julio de 2012, por el Instituto de Salud Pública de Chile y el informe técnico contenido en el Memo B35 Nº 862, de fecha 05 de septiembre de 2012, de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública; y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo Nº 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente,

DECRETO:

ARTÍCULO PRIMERO.- Modifícase el Decreto Exento Nº 500, de fecha 01 de junio de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 06 de junio de 2012, mediante el cual se aprobó la Norma Técnica Nº 136, nominada "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS" en la forma que a continuación se indica:

2.- cont.

a) Incorpórense a la "Lista de Productos de Referencia para los Estudios de Equivalencia Terapéutica" los siguientes:

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	DOSIS	N° REGISTRO /ANTECEDENTE	TITULAR / ANTECEDENTE
ALPRAZOLAM	ZOTRAN COMPRIMIDOS	0,25 MG	F-6341/10	PFIZER
	ZOTRAN COMPRIMIDOS	0,50 MG	F-6342/10	PFIZER
	ZOTRAN COMPRIMIDOS	1 MG	F-6343/10	PFIZER
ATENOLOL	BETACAR COMPRIMIDOS	50 MG	F-5814/10	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	BETACAR COMPRIMIDOS	100 MG	F-5815/10	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
DARUNAVIR ETANOLATO	PREZISTA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	300 MG	F-16170-12	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
DIAZEPAM	VALIUM COMPRIMIDOS	5 MG	ANVISA*	ROCHE - BRASIL
	VALIUM COMPRIMIDOS	5 MG	ANVISA*	ROCHE - BRASIL
ESPIRONOLACTONA	ALDACTONE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	25 MG	ANVISA*	PFIZER, BRASIL
	ALDACTONE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	50 MG	ANVISA*	PFIZER, BRASIL
	ALDACTONE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	100 MG	ANVISA*	PFIZER, BRASIL
ENALAPRIL MALEATO	RENITEC COMPRIMIDOS	5 MG	ANVISA*	MERCK SHAP & DOHME, BRASIL
	RENITEC COMPRIMIDOS	10 MG	ANVISA*	MERCK SHAP & DOHME, BRASIL
	RENITEC COMPRIMIDOS	20 MG	ANVISA*	MERCK SHAP & DOHME, BRASIL
FLUOXETINA CLORHIDRATO	LIVERTOQ COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	20 MG	F-9657/11	LABORATORIO BAGÓ DE CHILE S.A.
IBUPROFENO	ACTRON 200 CÁPSULAS BLANDAS	200 MG	F-16002/12	BAYER S.A.
	ACTRON 200 CÁPSULAS BLANDAS	400 MG	F-14035/09	BAYER S.A.
	ACTRON 200 CÁPSULAS BLANDAS	600 MG	F-14758/10	BAYER S.A.
	NUROFEN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	200 MG	F-17526/09	RECKITT BENCKISER CHILE S.A.
	MOTRIN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	400 MG	F-10705/11	PFIZER CHILE S.A.
HIDROCLOROTIAZIDA	HIDRORONOL COMPRIMIDOS	50 MG	F-1491/08	ITF-LABOMED FARMACÉUTICA LIMITADA
PROPRANOLOL	INDERAL COMPRIMIDOS	10 MG	ANVISA*	ASTRAZENECA, BRASIL
	INDERAL COMPRIMIDOS	40 MG	ANVISA*	ASTRAZENECA, BRASIL
	INDERAL COMPRIMIDOS	80 MG	ANVISA*	ASTRAZENECA, BRASIL
SALBUTAMOL	AEROLIN COMPRIMIDOS	2 MG	ANVISA*	GLAXOSMITHKLINE, BRASIL
	AEROLIN COMPRIMIDOS	4 MG	ANVISA*	GLAXOSMITHKLINE, BRASIL
TAMOXIFENO CITRATO	NOLVADEX - D COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	20 MG	F-4071/10	ASTRAZENECA S.A.

* = Producto designado como referente para estudios de Equivalencia Terapéutica, por la autoridad reguladora de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria del Brasil.

3.- cont.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Un texto actualizado de la norma, conteniendo la modificación que se aprueba en este decreto y las anteriores modificaciones realizadas, se mantendrá en el Departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesionales Médicas de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto aprobado.

ARTÍCULO TERCERO: Las disposiciones de este Decreto regirán desde su publicación en el Diario Oficial.

ARTÍCULO CUARTO: Otórguese el plazo de un año para cumplir con la exigencia de presentación de estudios de equivalencia terapéutica señalada en los artículos precedentes, en el caso de los productos farmacéuticos ya registrados que contengan, como monodrogas de liberación convencional, los principios activos señalados en la letra a) del artículo primero, los que deberán realizarse respecto de los productos referentes establecidos en el mismo artículo.

**ANOTESE Y PUBLIQUESE.-
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA**

 *Jaime Mañalich Muxi*
**DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD**



MINISTERIO DE SALUD
GABINETE SR. MINISTRO
DIVISION JURIDICA

AZJ INSVI/SGTA/DEC/1000
[Signature]

CONTRALORIA GENERAL
TOMA DE RAZON
RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoria		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACION

Ref. por \$.....
Imputación.....
Anot. por.....
Imputación.....
Deduc.Dcto.....

--	--	--

MODIFICA DECRETO EXENTO Nº 500 DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE APROBÓ LA NORMA TÉCNICA Nº 136, NOMINADA "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS"

EXENTO Nº 981 /

SANTIAGO, 24 DIC. 2011

VISTO: Lo dispuesto en el artículo 4º del Libro I del decreto con fuerza de ley Nº 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; las disposiciones del artículo 52º y aquellas del inciso 1º del artículo 221º, contenidas en el decreto supremo Nº 3 de 2010, también del Ministerio de Salud y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; lo solicitado mediante el Oficio Ordinario Nº 02902 de fecha 13 de diciembre de 2012, por el Instituto de Salud Pública de Chile, que comunica propuesta de listado de principios activos contenidos en formas farmacéuticas sólidas que deben demostrar equivalencia terapéutica en Chile, nómina elaborada con la asistencia y participación de un grupo técnico especializado conformado por profesionales de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y Salud Pública; así como representantes de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de los Servicios de Salud (CENABAST); y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo Nº 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente,

DECRETO:

ARTICULO PRIMERO.- Modificase el Decreto Exento Nº 500, de fecha 01 de junio de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 06 de junio de 2012, mediante el cual se aprobó la Norma Técnica Nº 136, nominada "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS" en la forma que a continuación se indica:

2.- cont.

- a) Incorpórense a la "LISTA DE PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE DEBERAN REALIZAR ESTUDIOS COMPARATIVOS DE BIODISPONIBILIDAD *IN VIVO* PARA DEMOSTRAR EQUIVALENCIA TERAPEUTICA" los siguientes:

Nº	PRINCIPIO ACTIVO	GRUPO
53	AMITRIPTILINA	A
54	CETIRIZINA	A
55	CITALOPRAM	A
56	DES Loratadina	A
57	DILTIAZEM	A
58	DOMPERIDONA	A
59	DONEPECILO	A
60	DOXAZOCINA	A
61	ESCITALOPRAM	A
62	FEXOFENADINA	A
63	FINASTERIDA	A
64	LORATADINA	A
65	MIRTAZAPINA	A
66	PAROXETINA	A
67	RIVASTIGMINA	A
68	SERTRALINA	A
69	SILDENAFIL	A
70	TERBINAFINA	A
71	TRIMEBUTINO	A
72	VALACICLOVIR	A
73	ZOLPIDEM	A
74	ACICLOVIR	B
75	ACIDO ACETILSALICÍLICO	B
76	ACIDO MEFENÁMICO	B
77	AMIODARONA	B
78	AMOXICILINA+AC. CLAVULANICO	B
79	AZITROMICINA	B
80	CEFUROXIMA	B
81	CELECOXIB	B
82	CICLOBENZAPRINA	B
83	CLARITROMICINA	B
84	CLORPROMAZINA	B
85	CLOZAPINA	B
86	ESTRADIOL	B
87	FAMOTIDINA	B
88	GEMFIBROZILO	B
89	FLUCONAZOL	B
90	LORAZEPAM	B
91	METAMIZOL SODICO	B
92	METILFENIDATO	B
93	METRONIDAZOL	B
94	MIDAZOLAM	B
95	MONTELUKAST	B
96	NAPROXENO	B
97	NITROFURANTOINA	B

3.- cont.

Nº	PRINCIPIO ACTIVO	GRUPO
98	OLANZAPINA	B
99	ONDANSETRON	B
100	PARACETAMOL	B
101	RANITIDINA	B
102	ZIDOVUDINA+LAMIVUDINA	B
103	ZOPICLONA	B
104	ACIDO IBANDRÓNICO	C
105	ALENDRONATO	C
106	ALOPURINOL	C
107	ARIPIRAZOL	C
108	ATOMOXETINA	C
109	BETAHISTINA	C
110	BROMAZEPAM	C
111	BROMOCRIPTINA	C
112	CANDESARTAN	C
113	CARVEDILOL	C
114	CILOSTAZOL	C
115	CINARIZINA	C
116	CLOPIDOGREL	C
117	DEFLAZACORT	C
118	FLUNARIZINA	C
119	GABAPENTINA	C
120	HALOPERIDOL	C
121	HIDROXICLOROQUINA	C
122	HIDROXIUREA	C
123	ISOTRETINOINA	C
124	KETOCONAZOL	C
125	LAMOTRIGINA	C
126	LEFLUNOMIDA	C
127	LEVETIRACETAM	C
128	LEVOCETIRIZINA	C
129	LEVOFLOXACINO	C
130	LOVASTATINA	C
131	MEDROXIPROGESTERONA	C
132	MELOXICAM	C
133	MOXIFLOXACINO	C
134	NARATRIPTAM	C
135	NEBIVOLOL	C
136	NIMODIPINO	C
137	NITRENDIPINO	C
138	OLMESARTAN	C
139	PIOGLITAZONA	C
140	PIROXICAM	C
141	PRAMIPEXOL	C
142	PREGABALINA	C
143	QUETIAPINA	C
144	RISPERIDONA	C
145	SIMVASTATINA	C
146	SULPIRIDA	C

4.- cont.

Nº	PRINCIPIO ACTIVO	GRUPO
147	TELMISARTÁN	C
148	TIBOLONA	C
149	TOPIRAMATO	C
150	VALSARTAN	C

b) Incorpórense a la "LISTA DE PRODUCTOS DE REFERENCIA PARA LOS ESTUDIOS DE EQUIVALENCIA TERAPEUTICA", los siguientes:

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	LABORATORIO TITULAR/ ANTECEDENTE
ACIDO ACETILSALICILICO	ASPIRINA 100 COMPRIMIDOS 100 MG	F-1480/08	BAYER S.A.
	ASPIRINA COMPRIMIDOS 500 MG	F-1481/08	BAYER S.A.
ACICLOVIR	ZOVIRAX CÁPSULA 200 MG	F-4136/10	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	ZOVIRAX COMPRIMIDO 200 MG	F-4137/10	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	ZOVIRAX COMPRIMIDO 400 MG	F-4132/10	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
ALENDRONATO	FOSAMAX COMPRIMIDOS 70 MG	F-7285/10	MERCK SHARP & DOHME CORP.
ALOPURINOL	ZYLORIC 300 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	GLAXOSMITHKLINE
	ZYLORIC 100 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	GLAXOSMITHKLINE
AMIODARONA	CORDARONE COMPRIMIDOS 200 MG	F-4498/10	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
AMITRIPTILINA	TRYPTANOL 25 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	MERCK SHARP & DOHME CORP
	TRYPTANOL 75 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	MERCK SHARP & DOHME CORP
AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÁNICO	AUGMENTIN BID 875/125 COMP. REC.	F-10751/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
ARIPIRAZOL	ABILIFY COMPRIMIDOS 5 MG	F-14392/09	BRISTOL- MYERS SQUIBB DE CHILE
	ABILIFY COMPRIMIDOS 10 MG	F-14393/09	BRISTOL- MYERS SQUIBB DE CHILE
	ABILIFY COMPRIMIDOS 15 MG	F-14394/09	BRISTOL- MYERS SQUIBB DE CHILE
ATOMOXETINA	STRATTERA CAP. 10 MG	F-13830/09	ELI LILLY DE CHILE LTDA.
	STRATTERA CAP. 18 MG	F-13831/09	ELI LILLY DE CHILE LTDA.
	STRATTERA CAP. 25 MG	F-13832/09	ELI LILLY DE CHILE LTDA.
	STRATTERA CAP. 40 MG	F-13833/09	ELI LILLY DE CHILE LTDA.
	STRATTERA CAP. 60 MG	F-13834/09	ELI LILLY DE CHILE LTDA.
AZITROMICINA	ZITHROMAX COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 500 MG	F-10580/11	PFIZER CHILE S.A.
BETAHISTINA	VASOMOTAL COMP. 16 MG	14811/10	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE
	VASOMOTAL COMP. 24 MG	17677/09	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE
BROMAZEPAM	LEXOTANIL COMP. 3 MG	F-2580/09	ROCHE CHILE LTDA.
	LEXOTANIL COMP. 6 MG	F-2581/09	ROCHE CHILE LTDA.

5.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	LABORATORIO TITULAR/ ANTECEDENTE
BROMOCRIPTINA	PARLODEL COMPRIMIDOS 2,5 MG	F-15220/10	NOVARTIS CHILE S.A.
	PARLODEL CÁPSULAS 5 MG	F-4360/10	NOVARTIS CHILE S.A.
	PARLODEL CÁPSULAS 10 MG	F-4359/10	NOVARTIS CHILE S.A.
CANDESATAN	ATACAND COMPRIMIDOS 4 MG	F-715/08	ASTRAZENECA S.A.
	ATACAND COMPRIMIDOS 8 MG	F-714/08	ASTRAZENECA S.A.
	ATACAND COMPRIMIDOS 16 MG	F-713/08	ASTRAZENECA S.A.
	ATACAND COMPRIMIDOS 32 MG	F-17743/09	ASTRAZENECA S.A.
CARVEDILOL	DILATREND COMPRIMIDOS 6,25 MG	F-374/08	ROCHE CHILE LTDA.
	DILATREND COMPRIMIDOS 12,5 MG	F-375/08	ROCHE CHILE LTDA.
	DILATREND COMPRIMIDOS 25 MG	F-8125/11	ROCHE CHILE LTDA.
CEFUROXIMA	CUROCEF COMP. REC. 250 MG	F-4105/10	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA
	CUROCEF COMP. REC. 500 MG	F-4106/10	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA
CELECOXIB	CELEBRA CÁPSULAS 100 MG	F-2080/09	PFIZER CHILE S.A.
	CELEBRA CÁPSULAS 200 MG	F-2079/09	PFIZER CHILE S.A.
CICLOBENZAPRINA	FLEXERIL 10 MG	COMPARADOR DE FDA*	JANSSEN R & D
CILOSTAZOL	PLEETAAL COMP. 50 MG	F-16488/07	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	PLEETAAL COMP. 100 MG	F-16489/07	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
CINARIZINA	STUGENON COMP. 25 MG	F-2540/09	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	STUGENON FORTE COMP. 75 MG	F-5033/10	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
CETIRIZINA	ZYRTEC COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 10 MG	F-10690/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
CITALOPRAM	CIPRAMIL COMPRIMIDOS 20 MG	F-11465/11	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	CIPRAMIL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 20 MG	F-15347/10	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	CIPRAMIL COMPRIMIDOS 40 MG	F-11466/11	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	CIPRAMIL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 40 MG	F-15348/10	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
CLARITROMICINA	KLARICID COMPRIMIDOS RECUBIERTOS FILMTAB 500 MG	F-15781/11	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.
CLOPIDOGREL	PLAVIX COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 75 MG	F-520/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	PLAVIX COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 300 MG	F-17127/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
CLORPROMAZINA	LARGACTIL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 100 MG	F-6089/10	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
CLOZAPINA	LEPONEX COMPRIMIDOS 25 MG	F-9616/11	NOVARTIS CHILE S.A.
	LEPONEX COMPRIMIDOS 100 MG	F-9615/11	NOVARTIS CHILE S.A.
DEFLAZACORT	AZACORTID COMP. 6 MG	F-9728/11	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	AZACORTID COMP. 30 MG	F-9729/11	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.

6.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	LABORATORIO TITULAR/ ANTECEDENTE
DESLOXATADINA	AERIUS COMP.REC. 5 MG	F-7109/10	SCHERING-PLOUGH CIA. LTDA.
DILTIAZEM	TILAZEM COMP. 60 MG	F-12776/08	PFIZER CHILE S.A.
DOMPERIDONA	MOTILUM COMP. 10 MG	F-5024/10	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
DONEPECILO	ERANZ COMP. REC. 5 MG	F-859/08	LABORATORIOS WYETH INC.
	ERANZ COMP. REC. 10 MG	F-860/08	LABORATORIOS WYETH INC.
DOXAZOSINA	CARDURA COMP. 1 MG	F-10589/11	ROERING S.A.
	CARDURA COMP. 2 MG	F-10590/11	ROERING S.A.
	CARDURA COMP. 4 MG	F-10587/11	ROERING S.A.
ESCITALOPRAM	LEXAPRO COMP. REC. 5 MG	F-12836/08	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	LEXAPRO COMP. REC. 15 MG	F-12838/08	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	LEXAPRO COMP. REC. 10 MG	F-12837/08	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	LEXAPRO COMP. REC. 20 MG	F-12839/08	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
ESTRADIOL	MIRION 2 MG	F-10703/11	PFIZER CHILE S.A.
FAMOTIDINA	FAMOX 20 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	ACHÉ
FEXOFENADINA	ALLEGRA 30 MG	F-7483/11	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	ALLEGRA 60 MG	F-503/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	ALLEGRA 120 MG	F-777/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
FINASTERIDA	PROHAIR COMP. REC. 1 MG	F-1856/09	MERCK SHARP & DOHME CORP.
FLUCONAZOL	DIFLUCAN CAP. 50 MG	F-10556/11	PFIZER CHILE S.A.
	DIFLUCAN CAP. 150 MG	F-10557/11	PFIZER CHILE S.A.
	DIFLUCAN CAP. 200 MG	F-10558/11	PFIZER CHILE S.A.
FLUNARIZINA	SIBELIUM COMP. 5 MG	F-16667/08	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
GABAPENTINA	NORMATOL CAP. 300 MG	F-10928/11	PFIZER CHILE S.A.
	NORMATOL CAP. 400 MG	F-10929/11	PFIZER CHILE S.A.
	NORMATOL COMP. 600 MG	F-4288/10	PFIZER CHILE S.A.
	NORMATOL COMP. 800 MG	F-4289/10	PFIZER CHILE S.A.
GEMFIBROZIL	LOPID CAP. 300MG	F-2018/09	PFIZER CHILE S.A.
	LOPID COMP. REC. 600MG	F-2017/09	PFIZER CHILE S.A.
	LOPID COMP. REC. 900MG	F-2016/09	PFIZER CHILE S.A.
HALOPERIDOL	HALDOL COMP. 1 MG	F-5011/10	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	HALDOL COMP. 5 MG	F-2534/09	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	HALDOL COMP. 10 MG	F-2533/09	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
HIDROXICLOROQUINA	PLAQUINOL COMP. REC. 200 MG	F-2542/09	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.

7.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	LABORATORIO TITULAR/ ANTECEDENTE
HIDROXIUREA (HIDROXICARBAMIDA)	HYDREA CAP. 500 MG	F-2257/09	BRISTOL- MYERS SQUIBB DE CHILE
IBANDRONICO ACIDO	BONVIVA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 150 MG	F-15366/10	ROCHE CHILE LTDA.
ISOTRETINOINA	ROACNETAN CAP. BLANDAS 2,5 MG	F-5914/10	ROCHE CHILE LTDA.
	ROACNETAN CAP. BLANDAS 5 MG	F-5915/10	ROCHE CHILE LTDA.
	ROACNETAN CAP. BLANDAS 10 MG	F-4171/10	ROCHE CHILE LTDA.
	ROACNETAN CAP. BLANDAS 20 MG	F-4172/10	ROCHE CHILE LTDA.
KETOCONAZOL	FUNGAREST COMP. 200 MG	F-5005/10	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
LAMOTRIGINA	LAMICTAL COMP. 25 MG	F-10677/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	LAMICTAL COMP. 50 MG	F-10678/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	LAMICTAL COMP. 100 MG	F-10676/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
LEFLUNOMIDA	ARAVA COMP. REC. 10 MG	F-2096/09	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	ARAVA COMP. REC. 20 MG	F-2097/09	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	ARAVA COMP. REC. 100 MG	F-2098/09	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
LEVETIRACETAM	KEPPRA COMP. REC. 500 MG	F-17208/08	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	KEPPRA COMP. REC. 1000 MG	F-17209/08	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
LEVOCETIRIZINA	XUZAL COMP. REC. 5 MG	F-14169/09	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA
LEVOFLOXACINO	TAVANIC COMP. REC. 250MG	F-547/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	TAVANIC COMP. REC. 500MG	F-548/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	TAVANIC COMP. REC. 750MG	F-18020/10	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
LEVONORGESTREL	MICROVAL GRAGEAS 0,03 MG	F-3859/09	LABORATORIOS WYETH LIC.
	POSTINOR 0,75 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	ACHÉ
	POSTINOR UNO 1,5 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	ACHÉ
LORATADINA	CLARITYNE COPM. 10 MG	F-791/08	SCHERING-PLOUGH CIA. LTDA.
LORAZEPAM	AMPARAX COMP. 1 MG	F-2773/09	LABORATORIOS WYETH INC.
	AMPARAX COMP. 2 MG	F-2774/09	LABORATORIOS WYETH INC.
LOVASTATINA	MEVACOR COMP. 10 MG	F-8236/10	MERCK SHARP & DOHME CORP.
	MEVACOR COMP. 20 MG	F-8237/10	MERCK SHARP & DOHME CORP.
	MEVACOR COMP. 40 MG	F-8238/10	MERCK SHARP & DOHME CORP.
MEDROXIPROGESTERONA	PRODASONE COMP. 5 MG	F-12789/08	PFIZER CHILE S.A.
	PRODASONE COMP. 10 MG	F-7187/10	PFIZER CHILE S.A.
MEFENAMICO ACIDO	TANSTON COMP. 250 MG	F-1130/08	PFIZER CHILE S.A.
	TANSTON COMP. 500 MG	F-1130/09	PFIZER CHILE S.A.

8.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	LABORATORIO TITULAR/ ANTECEDENTE
MELOXICAM	MOBEX COMP. 7,5 MG	F-9/12	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA.
	MOBEX COMP.15 MG	F-10/12	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA.
METAMIZOL SÓDICO	NOVALGINA COMP. 500 MG	F-6068/10	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
METILFENIDATO	RITALIN COMP. 10 MG	F-1102/08	NOVARTIS CHILE S.A.
METRONIDAZOL	FLAGYL COMP REC. 250 MG	F-481/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	FLAGYL COMP REC. 250 MG	F-480/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
MIDAZOLAM	DORMONID COMP. REC. 7,5 MG	F-4157/10	ROCHE CHILE LTDA.
	DORMONID COMP. REC. 15 MG	F-4157/11	ROCHE CHILE LTDA.
MIRTAZAPINA	PROMYRTLCOMP. REC. 30 MG	F-10553/11	SCHERING-PLOUGH CIA. LTDA.
MONTELUKAST	SINGULAIR COMP. REC. 10 MG	F-611/08	MERCK SHARP & DOHME CORP.
MOXIFLOXACINO	AVELOX COMP. REC. 400 MG	F-4654/10	BAYER S.A.
NAPROXENO	FLANAX COMP. REC. 275 MG	F-4177/10	BAYER S.A.
	FLANAX COMP. REC. 550 MG	F-9398/11	BAYER S.A.
NARATRIPTAN	NARAMIG COMP. REC. 2,5 MG	F-598/08	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA
NEBIVOLOL	NEBILET COMP. 5 MG	F-12573/12	ITF LABOMED FARMACEUTICA LTDA
NIFEDIPINO	ADALAT COMP. REC. 10 MG	F-6212/10	BAYER S.A.
NIMODIPINO	NIMOTOP COMP. REC. 30 MG	F-6245/10	BAYER S.A.
NITRENDIPINO	NITRENCORD 10 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	BIOSINTÉTICA
	NITRENCORD 20 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	BIOSINTÉTICA
NITROFURANTOÍNA	MACRODANTINA CAP. 50 MG	F-1472/08	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA
	MACRODANTINA CAP. 1000 MG	F-1471/08	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA
OLANZAPINA	ZYPREXA COMP. REC. 5 MG	F-226/12	ELI LILLY DE CHILE LTDA
	ZYPREXA COMP. REC. 10 MG	F-228/12	ELI LILLY DE CHILE LTDA
	ZYPREXA COMP. REC. 20 MG	F-13599/09	ELI LILLY DE CHILE LTDA
OLMESARTAN MEDOXOMIL	OLMETEC COMP. REC. 40 MG	F-15826/11	SCHERING-PLOUGH CIA. LTDA.
ONDANSETRÓN	IZOFRAN COMP. REC. 4 MG	F-10669/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	IZOFRAN COMP. REC. 8 MG	F-10670/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
PARACETAMOL	ZOLBEN COMP. 500 MG	F-4390/10	NOVARTIS CHILE S.A.
PAROXETINA	AROXYAT COMP. REC. 20 MG	F-10474/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA

9.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	LABORATORIO TITULAR/ ANTECEDENTE
PIOGLITAZONA	ACTOS COMP. 15 MG	F-7485/11	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.
	ACTOS COMP. 30 MG	F-7484/11	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.
PIROXICAM	FELDENE CAP. GELAT. 20 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	PFIZER
PRAMIPEXOL	SIFROL COMP. 0,25 MG	F-1783/09	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA
	SIFROL COMP. 1 MG	F-1782/09	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA
PREGABALINA	LYRICA CAP. 25 MG	F-14400/09	PFIZER CHILE S.A.
	LYRICA CAP. 50 MG	F-14399/09	PFIZER CHILE S.A.
	LYRICA CAP. 75 MG	F-14401/09	PFIZER CHILE S.A.
	LYRICA CAP. 150 MG	F-14398/09	PFIZER CHILE S.A.
QUETIAPINA	SEROQUEL COMP. REC. 100 MG	F-7201/10	AZTRAZENECA S.A.
	SEROQUEL COMP. REC. 200 MG	F-7202/10	AZTRAZENECA S.A.
	SEROQUEL COMP. REC. 300 MG	F-14540/10	AZTRAZENECA S.A.
RANITIDINA	ANTAC 150 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	GLAXOSMITHKLINE
RISPERIDONA	RISPERDAL COMP. REC. 1 MG	F-9458/11	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	RISPERDAL COMP. REC. 2 MG	F-9460/11	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	RISPERDAL COMP. REC. 3 MG	F-9459/11	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	RISPERDAL COMP. REC. 4 MG	F-9461/11	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
RIVASTIGMINA	EXELON CAP. 0,5 MG	F-830/08	NOVARTIS CHILE S.A.
	EXELON CAP. 1 MG	F-831/08	NOVARTIS CHILE S.A.
	EXELON CAP. 1,5 MG	F-832/08	NOVARTIS CHILE S.A.
	EXELON CAP. 3 MG	F-833/08	NOVARTIS CHILE S.A.
	EXELON CAP. 4,5 MG	F-834/08	NOVARTIS CHILE S.A.
	EXELON CAP. 6 MG	F-835/08	NOVARTIS CHILE S.A.
SERTRALINA	ALTRULINE COMP. REC. 50 MG	F-10592/11	ROERING S.A.
SILDENAFIL	VIAGRA COMP. REC. 50 MG	F-806/08	PFIZER CHILE S.A.
	VIAGRA COMP. REC. 100 MG	F-807/08	PFIZER CHILE S.A.
SIMVASTATINA	ZOCOR COMP. REC 10 MG	F-8244/11	MERCK SHARP & DHOME
	ZOCOR COMP. REC 20 MG	F-8245/11	MERCK SHARP & DHOME
	ZOCOR COMP. REC 80 MG	F-5649/10	MERCK SHARP & DHOME
SULPIRIDA	EQUOLID 200MG	COMPARADOR DE ANVISA*	SANOFI AVENTIS
TELMISARTAN	MICARDIS COPM. 40 MG	F-1952/09	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA
	MICARDIS COMP. 80 MG	F-1953/09	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA
TERBINAFINA	LAMISIL COMP. 250 MG	F-9614/11	NOVARTIS CHILE S.A.

10.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	LABORATORIO TITULAR/ ANTECEDENTE
TIBOLONA	LIVIAL COMP. 2,5 MG	F-10550/11	SCHERING-PLOUGH CIA. LTDA.
TOPIRAMATO	TOPAMAX COMP. REC. 25 MG	F-914/09	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	TOPAMAX COMP. REC. 50 MG	F-915/09	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	TOPAMAX COMP. REC. 100 MG	F-916/09	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
TRIMEBUTINA	DEBRIDAT COMP. REC. 100 MG	F-2363/09	PFIZER CHILE S.A.
	DEBRIDAT FORTE COMP. REC. 200 MG	F-5529/10	PFIZER CHILE S.A.
VALACICLOVIR	VALTREX COMP. 500 MG	F-10685/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
VALSARTAN	TAREG COMP. REC. 80 MG	F-77/12	NOVARTIS CHILE S.A.
	TAREG COMP. REC. 160 MG	F-78/12	NOVARTIS CHILE S.A.
	TAREG COMP. REC. 320 MG	F-14205/09	NOVARTIS CHILE S.A.
ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA	COMBIVIR COMP. REC. 300/150	F-758/08	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
ZOLPIDEM	STILNOX COMP. REC. 10 MG	F-9536/11	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
ZOPICLONA	IMOVANE COMP. REC. 7,5 MG	F-517/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.

* = Producto designado como referente para estudios de Equivalencia Terapéutica, por la autoridad reguladora que se indica.

ARTICULO SEGUNDO.- Un texto actualizado de la norma, conteniendo la modificación que se aprueba en este decreto y las anteriores realizadas, se mantendrá en el Departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesiones Médicas de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto aprobado.

ARTICULO TERCERO: Las disposiciones de este Decreto regirán desde su publicación en el Diario Oficial.

ARTICULO CUARTO: Otórguese como plazo, el período entre la publicación de este Decreto en el Diario Oficial y las fechas que a continuación se indican, para cumplir con la exigencia de presentación de estudios de equivalencia terapéutica señalada en los artículos precedentes, en el caso de los productos farmacéuticos ya registrados que contengan, como monodrogas de liberación convencional, los principios activos señalados en la letra a) del artículo primero, los que deberán realizarse respecto de los productos referentes establecidos en el mismo artículo:

Grupo*	Fecha para cumplir con la presentación de estudios de equivalencia terapéutica.
Grupo A:	31 de Julio de 2013
Grupo B:	31 de Diciembre de 2013
Grupo C:	31 de Diciembre de 2014

* = Grupo indicado en la tabla contenida en la letra a) de este Decreto

11.- cont.

Asimismo, otórguese el plazo estipulado para el Grupo C, en la misma forma y condiciones, a los productos farmacéuticos registrados que contengan como monodrogas los principios activos Levonorgestrel y Nifedipino, cuyos comparadores o productos de referencia han sido determinados en la letra b) del artículo 1º de este Decreto.

**ANOTESE Y PUBLIQUESE.-
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA**



Jaime Mañalich Muxi
**DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD**



Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD
DIVISIÓN JURÍDICA

ALM / DA / JHG / NSV / PHG / AMECH / GQ



MODIFICA DECRETO EXENTO Nº 500 DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE APROBÓ LA NORMA TÉCNICA Nº 136, NOMINADA "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS" Y FIJA SU TEXTO REFUNDIDO.-

EXENTO Nº 633 /

SANTIAGO, 07 JUN. 2013

VISTO:

Lo dispuesto en el artículo 4º del Libro I del decreto con fuerza de ley Nº 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; las disposiciones del artículo 221º, del decreto supremo Nº 3 de 2010, también del Ministerio de Salud y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; el dictamen Nº 31.464 de 22 de mayo de 2013, de la Contraloría General de la República; y las disposiciones de su Resolución Nº 1600 de 2008.

CONSIDERANDO:

1. Lo señalado por la Contraloría General de la República, mediante su dictamen Nº 31.464 de fecha 22 de mayo de 2013, en relación a los Decretos Exentos Nºs 500 y 904, ambos de 2012 y evacuados por este Ministerio de Salud.
2. La necesidad de impetrar medidas que promuevan la demostración de equivalencia terapéutica de productos farmacéuticos en Chile, actualizando las disposiciones relacionadas con las metodologías exigidas para su realización.
3. El Oficio Ordinario Nº1255 de fecha 30 de mayo de 2013, del Instituto de Salud Pública.

TENIENDO PRESENTE las facultades concedidas en el decreto supremo Nº 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente,

DECRETO:

ARTÍCULO PRIMERO.- MODIFÍQUENSE las condiciones y los plazos otorgados por los Decretos Exentos Nº 904 de 13 de noviembre de 2012, publicado en el Diario Oficial de 20 de noviembre del mismo año, y Nº 981 de 24 de diciembre de 2012, publicado en el Diario Oficial de 28 de diciembre de la misma anualidad, respecto de la exigencia de presentación de estudios de equivalencia terapéutica a productos que contengan los principios activos contenidos en el Decreto Exento Nº 500 de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 06 de junio de 2012 y que aprobó la Norma Técnica Nº 136, nominada "Norma que determina los principios activos contenidos en productos farmacéuticos que deben demostrar su equivalencia terapéutica y lista de productos farmacéuticos que sirven de referencia de los mismos".

CONTRALORÍA GENERAL		
TOMA DE RAZÓN		
RECEPCIÓN		
Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		
REFRENDACIÓN		
Ref. por S.....		
Imputación.....		
Anot. por.....		
Imputación.....		
Deduc.Dcto.....		

2.- cont.

Déjese establecido que el cronograma de exigencia, que a continuación se indica, para la demostración de equivalencia terapéutica, aplicable a los productos farmacéuticos con registro vigente a la fecha de dictación de este Decreto, que contengan, como monodrogas, los principios activos cuyos productos de referencia fueron establecidos en el Decreto Exento N° 500 de 2012, ya indicado, y cuyo plazo de presentación fue dispuesto por el Decreto Exento N° 904 de 2012, es el siguiente:

Plazo	Exigencia que se debe cumplir
31 de Julio de 2013	Presentación ante el Instituto de Salud Pública del Protocolo de Estudio de Equivalencia Terapéutica In Vivo, incluyendo copia de la carta de requerimiento de autorización del Comité Ético Científico respectivo, en los casos que corresponda.
31 de Diciembre de 2013	Presentación ante el Instituto de Salud Pública del Estudio Terminado de Equivalencia Terapéutica, In Vivo o In Vitro, según proceda.

De la misma forma, el cronograma señalado será aplicable para la exigencia de demostración de equivalencia terapéutica a aquellos productos farmacéuticos con registro vigente a la fecha de dictación de este Decreto, que contengan como monodrogas los principios activos pertenecientes al Grupo "A", indicado en la tabla contenida en la letra a) del Decreto Exento N° 981 de 24 de diciembre de 2012 y que fue incorporada al Decreto Exento N° 500 de 2012.

ARTICULO SEGUNDO: ESTABLEZCASE la siguiente modificación al texto de la Norma Técnica N° 136, denominada "Norma que determina los principios activos contenidos en productos farmacéuticos que deben demostrar su equivalencia terapéutica y lista de productos farmacéuticos que sirven de referencia de los mismos", aprobada mediante el Decreto Exento N° 500 de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 06 de junio de 2012:

- **DETERMÍNESE** que los productos que contengan, como monodrogas, alguno de los principios activos que a continuación se indican, entre varios, podrán optar a la bioexención de estudios "in vivo" para demostrar su equivalencia terapéutica:

N°	PRINCIPIO ACTIVO
1	ACICLOVIR
2	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO
3	ALPRAZOLAM
4	AMITRIPTILINA
5	ATENOLOL
6	ATOMOXETINA
7	BROMAZEPAM
8	BROMOCRIPTINA
9	CICLOBENZAPRINA
10	CINARIZINA
11	CITALOPRAM
12	DARUNAVIR
13	DESLORATADINA
14	DOXAZOSINA

3.- cont.

Nº	PRINCIPIO ACTIVO
15	ESCITALOPRAM
16	ESPIRONOLACTONA
17	ESTRADIOL
18	FINASTERIDA
19	FLUOXETINA
20	IBUPROFENO
21	LAMOTRIGINA
22	LEVETIRACETAM
23	LORATADINA
24	LORAZEPAM
25	METILFENIDATO
26	METRONIDAZOL
27	MIDAZOLAM
28	MIRTAZAPINA
29	ONDASETRÓN
30	PARACETAMOL
31	PAROXETINA
32	PREGABALINA
33	QUETIAPINA
34	RISPERIDONA
35	RIVASTIGMINA
36	SERTRALINA
37	VALACICLOVIR
38	ZOLPIDEM
39	ZOPICLONA

ARTICULO TERCERO.- Un texto actualizado de la Norma Técnica N° 136, incluyendo las modificaciones que se establecen en este Decreto, se mantendrá en el Departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesiones Médicas de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto aprobado.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.-
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA**



Jaime Mañalich Muxi
JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

Jef. Arzamed

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
GABINETE SR. MINISTRO
DIVISIÓN JURÍDICA

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE
SUBDEPTO. GESTIÓN DE CLIENTES
SECCIÓN GESTIÓN DE TRÁMITES

19 MAR 2014

1832/14

CONTRALORIA GENERAL
TOMA DE RAZON
RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACION

Ref. por \$.....

Imputación.....

Anot. por.....

Imputación.....

Deduc.Dcto.....

MODIFICA DECRETO EXENTO N° 500 DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE APROBÓ LA NORMA TÉCNICA N° 136, NOMINADA "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS"

EXENTO N° 123 /

SANTIAGO, 24 FEB. 2014

VISTO: Lo dispuesto en el artículo 4° del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; la ley N° 20.724; las disposiciones del artículo 52° y aquellas del inciso 1° del artículo 221°, contenidas en el decreto supremo N° 3 de 2010, también del Ministerio de Salud y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; lo solicitado por el Instituto de Salud Pública de Chile, mediante los Oficios Ordinarios N° 349 y N° 350, ambos de fecha 06 de febrero de 2014, que comunican propuesta de listado de principios activos contenidos en formas farmacéuticas sólidas que deben demostrar equivalencia terapéutica en Chile, así como listado de referentes de dichos principios activos y de otros ya contenidos en el Decreto Exento N° 500, de fecha 01 de junio de 2012, y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo N° 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente,

DECRETO:

ARTICULO PRIMERO.-Modificase el Decreto Exento N° 500, de fecha 01 de junio de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 06 de junio de 2012, mediante el cual se aprobó la Norma Técnica N° 136, nominada "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS" en la forma que a continuación se indica:

2.- cont.

- a) Incorpórense a la "LISTA DE PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE DEBERAN REALIZAR ESTUDIOS COMPARATIVOS DE BIODISPONIBILIDAD *IN VIVO* PARA DEMOSTRAR EQUIVALENCIA TERAPEUTICA" los siguientes:

Nº	PRINCIPIO ACTIVO
1	ACETAZOLAMIDA
2	CAPTOPRIL
3	COLCHICINA
4	ESOMEPRAZOL
5	GRISEOFULVINA
6	IMIPRAMINA
7	METILDOPA
8	NISTATINA
9	PROPILTIOURACILO
10	TETRACICLINA
11	TINIDAZOL
12	TIORIDAZINA
13	TRAMADOL
14	VENLAFAXINA

- b) Incorpórense a la "LISTA DE PRODUCTOS DE REFERENCIA PARA LOS ESTUDIOS DE EQUIVALENCIA TERAPEUTICA", los siguientes:

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	TITULAR/ ANTECEDENTE
ACETAZOLAMIDA	DIAMOX - ACETAZOLAMIDA 250 MG	ANVISA	UNIÃO QUÍMICA
CAPTOPRIL	CAPTOSÉN - CAPTOPRIL 25 MG	ANVISA	PHARLAB
CLORPROMAZINA	AMPLICITIL - CLORPROMAZINA 25 MG	ANVISA	SANOFI-AVENTIS
COLCHICINA	COLCHIS - COLCHICINA 0,5 MG	ANVISA	APSEN
GRISEOFULVINA	FULCIN - GRISEOFULVINA 500 MG	ANVISA	ASTRAZENECA
IMIPRAMINA	TOFRANIL - IMIPRAMINA 25 MG	ANVISA	NOVARTIS BIOCÍENCIAS
LITIO CARBONATO	CARBOLITIUM - LITIO CARBONATO 300 MG	ANVISA	EUROFARMA
METILDOPA	ALDOMET- METILDOPA 250 MG	ANVISA	ASPEN PHARMA
NISTATINA	MICOSTATIN -NISTATINA 100.000 U.I.	ANVISA	BRISTOL MYERS SQUIBB
PROPILTIOURACILO	PROPIL - PROPILTIOURACILO 50 MG	ANVISA	PFIZER
TETRACICLINA	TETREX - TETRACICLINA 250 MG	COFEPRIS	GLAXOSMITHKLINE MÉXICO, S. A. DE C. V.
TINIDAZOL	PLETIL -TINIDAZOL 500 MG	ANVISA	PFIZER
TIORIDAZINA	MELLERIL - TIORIDAZINA 25 MG	ANVISA	VALEANT

* = Producto designado como referente para estudios de Equivalencia Terapéutica, por la autoridad reguladora que se indica.

3.- cont.

- c) Incorpórense a continuación de la "LISTA DE PRODUCTOS DE REFERENCIA PARA LOS ESTUDIOS DE EQUIVALENCIA TERAPEUTICA", lo siguiente:

**"LISTA DE PRODUCTOS DE REFERENCIA
PARA LOS ESTUDIOS DE EQUIVALENCIA TERAPEUTICA DE MEDICAMENTOS
MONODROGAS DE LIBERACIÓN MODIFICADA**

PRINCIPIO ACTIVO	LIBERACIÓN Y DOSIS	COMPARADOR	REGISTRO SANITARIO / ANTECEDENTE	TITULAR
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	ENTÉRICO 100 MG	CARDIOASPIRINA 100 EC COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 100 MG	F-17269/13	BAYER S.A.
	ENTÉRICO 325 MG	CARDIOASPIRINA 325 EC COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 325 MG	F-18948/11	BAYER S.A.
ALPRAZOLAM	PROLONGADA 0,5 MG	ZOTRAN XR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 0,50 MG	F-454/13	PFIZER CHILE S.A.
	PROLONGADA 1 MG	ZOTRAN XR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 1 MG	F-451/13	PFIZER CHILE S.A.
CARBAMAZEPINA	PROLONGADA 200 MG	EPOSAL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 200 MG	F-9529/11	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	PROLONGADA 400 MG	EPOSAL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 400 MG	F-9530/11	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
CIPROFLOXACINO	PROLONGADA 1 G	BAYCIP XR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 1 G	F-13521/09	BAYER S.A.
CLARITROMICINA	PROLONGADA 500 MG	KLARICID UD COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 500 MG	F-9198/11	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE S.A.
DILTIAZEM	PROLONGADA 90 MG	TILAZEM COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 90 MG	F-5970/10	PFIZER CHILE S.A.
	PROLONGADA 180 MG	TILAZEM COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 180 MG	F-10925/11	PFIZER CHILE S.A.
FENITOÍNA	PROLONGADA 100 MG	EPAMIN CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 100 MG	F-14285/09	PFIZER CHILE S.A.
ESOMEPRAZOL	ENTÉRICO 40 MG	NEXIUM COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 40 MG	F-12371/12	ASTRAZENECA S.A.
	ENTÉRICO 20 MG	NEXIUM COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 20 MG	F-12370/12	ASTRAZENECA S.A.
KETOPROFENO	ENTÉRICO 100 MG	PROFENID COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 100 MG	F-9748/11	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	ENTÉRICO 200 MG	PROFENID COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 200 MG	F-507/13	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.

4.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	LIBERACION Y DOSIS	COMPARADOR	REGISTRO SANITARIO / ANTECEDENTE	TITULAR
LAMOTRIGINA	PROLONGADA 25 MG	LAMICTAL XR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 25 MG	F-19093/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	PROLONGADA 50 MG	LAMICTAL XR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 50 MG	F-19094/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	PROLONGADA 100 MG	LAMICTAL XR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 100 MG	F-19095/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	PROLONGADA 200 MG	LAMICTAL XR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 200 MG	F-19096/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	PROLONGADA 300 MG	LAMICTAL XR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 300 MG	F-19097/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
METFORMINA	PROLONGADA 750 MG	GLAORNIL 750 XR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 750 MG	F-20429/13	MERCK S.A.
	PROLONGADA 500 MG	GLAORNIL 500 XR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 500 MG	F-12755/13	MERCK S.A.
	PROLONGADA 1000 MG	GLAORNIL 1000 XR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 1000 MG	F-20428/13	MERCK S.A.
	PROLONGADA 750 MG	GLUCOPHAGE 750 XR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 750 MG	F-18347/10	ROCHE CHILE LTDA.
	PROLONGADA 500 MG	GLUCOPHAGE 500 XR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 500 MG	F-18346/10	ROCHE CHILE LTDA.
METILFENIDATO	PROLONGADA 20 MG	RITALIN SR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 20 MG	F-2693/10	NOVARTIS CHILE S.A.
	REPETIDA 10 MG	RITALIN LA CÁPSULAS CON GRÁNULOS DE LIBERACIÓN REPETIDA 10 MG	F-17680/09	NOVARTIS CHILE S.A.
	REPETIDA 20 MG	RITALIN LA CÁPSULAS CON GRÁNULOS DE LIBERACIÓN REPETIDA 20 MG	F-12456/12	NOVARTIS CHILE S.A.
	REPETIDA 30 MG	RITALIN LA CÁPSULAS CON GRÁNULOS DE LIBERACIÓN REPETIDA 30 MG	F-12457/12	NOVARTIS CHILE S.A.
	REPETIDA 40 MG	RITALIN LA CÁPSULAS CON GRÁNULOS DE LIBERACIÓN REPETIDA 40 MG	F-12458/12	NOVARTIS CHILE S.A.
NIFEDIPINO	OSMÓTICA 20	ADALAT OROS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN OSMÓTICA PROGRAMADA 20 MG	F-1738/09	BAYER S.A.
	OSMÓTICA 30	ADALAT OROS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN OSMÓTICA PROGRAMADA 30 MG	F-11015/11	BAYER S.A.

5.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	LIBERACION Y DOSIS	COMPARADOR	REGISTRO SANITARIO / ANTECEDENTE	TITULAR
	OSMÓTICA 60	ADALAT OROS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN OSMÓTICA PROGRAMADA 60 MG	F-11016/11	BAYER S.A.
OMEPRAZOL	RETARDADA	LOSEC MUPS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN RETARDADA 10 MG	F-7548/11	MERCK S.A.
	RETARDADA	LOSEC MUPS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN RETARDADA 20 MG	F-7547/11	MERCK S.A.
	RETARDADA	LOSEC MUPS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN RETARDADA 40 MG	F-7546/11	MERCK S.A.
	ENTERICA 20 mg	ZOCAP CÁPSULAS CON GRÁNULOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 20 MG	F-19017/11	NOVARTIS CHILE S.A.
	ENTÉRICA 40 mg	ZOCAP CÁPSULAS CON GRÁNULOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 40 MG	F-19018/11	NOVARTIS CHILE S.A.
PARACETAMOL	PROLONGADA 665 MG	PANADOL EXTEND COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 665 MG	F-13758/	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
PAROXETINA	ENTÉRICA PROLONGADA	AROXAT CR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12,5 MG	F-13403/09	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	ENTÉRICA PROLONGADA	AROXAT CR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 25 MG	F-13404/08	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	ENTÉRICA PROLONGADA	AROXAT CR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 37,5 MG	F-20206/13	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
PRAMIPEXÓL	PROLONGADA 0,375 MG	SIFROL ER COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 0,375 MG	F-17962/10	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA.
	PROLONGADA 1,5 MG	SIFROL ER COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 1,5 MG	F-17968/10	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA.
	PROLONGADA 0,75 MG	SIFROL ER COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 0,75 MG	F-17969/10	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA.
QUETIAPINA	PROLONGADA 50 MG	SEROQUEL XR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 50 MG	F-17368/09	ASTRAZENECA S.A.
	PROLONGADA 150 MG	SEROQUEL XR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 150 MG	F-18686/11	ASTRAZENECA S.A.
	PROLONGADA 200 MG	SEROQUEL XR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 200 MG	F-17369/09	ASTRAZENECA S.A.
	PROLONGADA 300 MG	SEROQUEL XR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 300 MG	F-17370/09	ASTRAZENECA S.A.
	PROLONGADA 400 MG	SEROQUEL XR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 400 MG	F-17371/09	ASTRAZENECA S.A.

6.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	LIBERACION Y DOSIS	COMPARADOR	REGISTRO SANITARIO / ANTECEDENTE	TITULAR
TACROLIMÚS	PROLONGADA 1 MG	PROGRAF XL CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 1 MG	F-17477/09	GADOR LTDA.
	PROLONGADA 0,5 MG	PROGRAF XL CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 0,50 MG	F-17476/09	GADOR LTDA.
	PROLONGADA 5 MG	PROGRAF XL CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 5 MG	F-17478/09	GADOR LTDA.
TRAMADOL	PROLONGADA 50 MG	TRAMAL LONG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 50 MG	F-15065/10	GRÜNENTHAL CHILENA LTDA.
	PROLONGADA 100 MG	TRAMAL LONG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 100 MG	F-8609/11	GRÜNENTHAL CHILENA LTDA.
	PROLONGADA 150 MG	TRAMAL LONG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 150 MG	F-8604/11	GRÜNENTHAL CHILENA LTDA.
TRIMEBUTINA	PROLONGADA 300 MG	DEBRIDAT AP COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 300 MG	F-9570/11	PFIZER CHILE S.A.
VENLAFAXINA	PROLONGADA 75 MG	EFEFOR XR CÁPSULAS CON GRÁNULOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 75 MG	F-1864/09	LABORATORIOS WYETH LLC.
	PROLONGADA 150 MG	EFEFOR XR CÁPSULAS CON GRÁNULOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 150 MG	F-1862/09	LABORATORIOS WYETH LLC.
	PROLONGADA 37,5 MG	EFEFOR XR CÁPSULAS CON GRÁNULOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 37,5 MG	F-1863/09	LABORATORIOS WYETH LLC.

ARTICULO SEGUNDO.- Un texto actualizado de la norma, conteniendo la modificación que se aprueba en este decreto y las anteriores realizadas, se mantendrá en el Departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesiones Médicas de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto aprobado.


ARTICULO TERCERO: Las disposiciones de este Decreto regirán desde su publicación en el Diario Oficial.




ARTICULO CUARTO: Otórguese como plazo, el periodo entre la publicación de este Decreto en el Diario Oficial y el día 31 de diciembre de 2015, para cumplir con la exigencia de presentación de estudios de equivalencia terapéutica en el caso de los productos farmacéuticos ya registrados que contengan, como monodrogas de liberación convencional o modificada, según corresponda, los principios activos señalados en el artículo primero, los que deberán realizarse respecto de los productos referentes establecidos en el mismo artículo.

**ANOTESE Y PUBLIQUESE.-
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA**



Jaime Mañalich Muxi
**DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD**


Gobierno de Chile
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD
DIVISIÓN JURÍDICA
ASISTENTE SOCIAL / LICENCIADO EN PSICOLOGÍA / ASISTENTE SOCIAL




SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
GABINETE

CONTRALORIA GENERAL
TOMA DE RAZON
RECEPCION

Depart. Jurídico							
Dep. T.R. y Regist.							
Depart. Contabil.							
Sub.Dep. C. Central							
Sub.Dep. E. Cuentas							
Sub.Dep. C.P. y B.N.							
Depart. Auditoría							
Depart. VOPU y T							
Sub. Dep. Munip.							

REFRENDACION

Ref. por \$.....
 Imputación.....
 Anot. por
 Imputación.....
 Deduc. Dcto.....

--	--	--	--	--	--	--	--

MODIFICA DECRETO EXENTO Nº 500 DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE APROBÓ LA NORMA TÉCNICA Nº 136, NOMINADA "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS"

EXENTO Nº 773

SANTIAGO, 06 SET. 2012

VISTO: Lo dispuesto en el artículo 4º del Libro I del decreto con fuerza de ley Nº 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; las disposiciones del inciso 1º del artículo 221º, del decreto supremo Nº 3 de 2010, también del Ministerio de Salud y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; lo solicitado mediante el Oficio Ordinario Nº 761 de fecha 07 de marzo de 2012, por el Instituto de Salud Pública de Chile y el Memo B35 Nº 758 de fecha 06 de agosto de 2012, de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción; y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo Nº 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente,

DECRETO:

ARTÍCULO PRIMERO.- Modifícase el Decreto Exento Nº 500, de fecha 01 de junio de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 06 de junio de 2012, mediante el cual se aprobó la Norma Técnica Nº 136, nominada "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS" en la forma que a continuación se indica:

2.- CONT.

Incorpórense a la "Lista de Productos de Referencia para los Estudios de Equivalencia Terapéutica" los siguientes:

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	DOSIS	Nº REGISTRO /ANTECEDENTE	TITULAR / ANTECEDENTE
LEVOTIROXINA SÓDICA	EUTIROX COMPRIMIDOS.	25 MCG	F- 3383/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	25 MCG	F-14997/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	50 MCG	F-10490/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	50 MCG	F-14998/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	75 MCG	F-14999/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	75 MCG	F-10491/11	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	88 MCG	F-16892/08	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	100 MCG	F-10492/11	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	100 MCG	F-15000/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	112 MCG	F-16893/08	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS	125 MCG	F-10493/11	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS	125 MCG	F-15001/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	137 MCG	F-16894/08	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	150 MCG	F-10494/11	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	150 MCG	F-15002/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	175 MCG	F-15003/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	175 MCG	F-12883/08	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	200 MCG	F-15004/10	MERCK S.A
EUTIROX COMPRIMIDOS.	200 MCG	F-12884/08	MERCK S.A	

ARTICULO SEGUNDO.- Un texto actualizado de la norma, conteniendo la modificación que se aprueba, se mantendrá en el Departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesiones Médicas de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto aprobado.

ARTÍCULO TERCERO.- Las disposiciones de este Decreto regirán desde la publicación del mismo en el Diario Oficial.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.-
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA**



Jaime Mañalich Muxi
**DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD**

REPUBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD
 GABINETE MINISTRO DE SALUD
 DIVISION JURIDICA
 AZI/PHG/AMSC

MINISTERIO DE HACIENDA OFICINA DE PARTES
RECIBIDO

CONTRALORIA GENERAL TOMA DE RAZON		
NUEVA RECEPCION		
DEPART. JURIDICO		
DEPART. T. R. Y REGISTRO		
DEPART. CONTABIL.		
SUB. DEP. C. CENTRAL		
SUB. DEP. E. CUENTAS		
SUB. DEPTO. C. P. Y BIENES NAC.		
DEPART. AUDITORIA		
DEPART. V. O. P. U. y T.		
SUB. DEPTO. MUNICIP.		
REFRENDACION		
REF. POR \$		
IMPUTAC.		
ANOT. POR \$		
IMPUTAC.		
DEDUC. DTO.		

MODIFICA Y ACLARA DECRETO EXENTO N° 500 DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE APROBO LA NORMA TECNICA N° 136, NOMINADA "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPEUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS".

EXENTO N° 904 /

SANTIAGO, 13 NOV. 2012

VISTOS: Lo dispuesto en el artículo 4° del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2763 de 1979 y de las leyes N° 18.469 y 18.933; las disposiciones del artículo 52 y 221 del decreto supremo N° 3 de 2010 del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; el dictamen N° 67.366 de 29 de octubre de 2012 de Contraloría General de la República y, teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo N° 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente

DECRETO:

ARTICULO PRIMERO.- MODIFICASE el decreto exento N° 500 de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 06 de junio de 2012, mediante el cual se aprobó la Norma Técnica N° 136, nominada "Norma que determina los principios activos contenidos en productos farmacéuticos que deben demostrar su Equivalencia Terapéutica y lista de productos farmacéuticos que sirven de referencia de los mismos", en la forma que a continuación se indica:

- a) Reemplázase la numeración de su segundo artículo cuarto por "ARTICULO CUARTO BIS".
- b) Incorpórase en su actual artículo cuarto, el siguiente inciso segundo :

"Otórgase el plazo de un mes, contado desde la publicación en el Diario Oficial del presente decreto, a los titulares de registros sanitarios de productos farmacéuticos cuyos principios activos y respectivos productos de referencia han sido aludidos en el artículo tercero, para presentar ante el Instituto de Salud Pública de Chile, los resultados de estudios de equivalencia terapéutica."

ARTICULO SEGUNDO.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, dicho plazo no será aplicable a los productos farmacéuticos que contengan los principios activos listados en el artículo 1° letra a) del decreto exento N° 864, de 24 de octubre de 2012, del Ministerio de Salud, los cuales se regirán por el plazo establecido en el artículo 4° del mismo decreto.

ARTICULO TERCERO.- DEJASE establecido que las listas de productos de referencia para los estudios de equivalencia terapéutica, aprobados por el artículo tercero del decreto exento N° 500 de 2012, del Ministerio de Salud y sus modificaciones, se encuentran vigentes y exigibles.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.-

POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA.-



Jaime Mañalich Muxi
DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

Productos comercializados Estupefacientes o Psicotrópicos: Condición de venta Receta Cheque

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario ó Código	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
1	Alfentanilo	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-5029/10	Rapifen	Solución inyectable - ampollas	1 mg/2 mL	1 - 5	E
2	Anfetamina Sulfato	Chile	F-1386/08	Anfetamina sulfato	comprimidos	10 mg	25 - 1.000	P
3	Codeína fosfato	Andrómaco	F-11233/11	Codeipar	comprimidos	60 mg	12	E
4	Codeína fosfato	Andrómaco	Res. N° 3222	Codeisol	solución oral	60 mg/mL	60 mL	E
5	Fenobarbital	Andrómaco	F-15752/11	Fenobarbital	comprimidos	100 mg	10 - 100	P
6	Fenobarbital	Chile	F-1373/08	Fenobarbital	comprimidos	100 mg	10 - 1.000	P
7	Fenobarbital	Chile	F-1374/08	Fenobarbital	comprimidos	15 mg	30 - 1.000	P
8	Fenobarbital sódico	Besipharma	F-0275/07	Fenobarbital sódico	Solución inyectable - ampollas	200 mg/2 mL	10 - 25	P
9	Fenobarbital sódico	Biosano	F-11025/11	Fenobarbital sódico	Solución inyectable - ampollas	200 mg/ mL	10	P
10	Fenobarbital sódico	Drog. Fresenius Kabi	F-18439/10	Fenobarbital sódico	Solución inyectable - ampollas	200 mg/2 mL	10	P
11	Fenproporex clorhidrato	Saval	F-5544/10	Salcal	comprimidos	10 mg	30	P
12	Fentanilo base	Hospira	F-13106/08	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.1 mg/2 mL	1 - 10	E
13	Fentanilo base	Hospira	F-5288/10	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.5 mg/10 mL	5	E
14	Fentanilo base	Hospira	F-5288/10	Fentanilo	Solución inyectable - frasco-ampolla	0.5 mg/10 mL	20	E
15	Fentanilo base	Biosano	F-7651/11	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.1 mg/2 mL	10 - 100	E
16	Fentanilo base	Biosano	F-7275/10	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.5 mg/10 mL	10 - 20 - 100	E
17	Fentanilo base	Biosano	F-7275/10	Fentanilo	Solución inyectable - frasco-ampolla	0.5 mg/10 mL	50	E
18	Fentanilo base	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-5000/10	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.1 mg/2 mL	5 - 10	E
19	Fentanilo base	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-5001/10	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.5 mg/10 mL	5 - 10	E

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario ó Código	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
20	Fentanilo base	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-15658/11	Durogesic	Sist. Terapéut. Transdérmico matricial 25 mcg/dosis - parches	4.2 mg/parche	5	E
21	Fentanilo base	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-15659/11	Durogesic	Sist. Terapéut. Transdérmico matricial 50 mcg/dosis - parches	8.4 mg/parche	5	E
22	Fentanilo base	Sanderson	F-10885/11	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0,1mg/2mL	20	E
23	Fentanilo base	Sanderson	F-10886/11	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.5mg/10mL	20	E
24	Fentanilo base	Volta	F-14202/09	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.5 mg/10mL	5	E
25	Fentanilo base	Volta	F-14203/09	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.1 mg/2 mL	5	E
26	Flunitrazepam	Andrómaco	F-6551/10	Flunitrazepam	comprimidos	2 mg	30 - 1.000	P
27	Flunitrazepam	Chile	F-3937/10	Flunitrazepam	comprimidos	2 mg	30 - 1.000	P
28	Ketamina	Biosano	F-7662/11	Ketamina	Solución inyectable - frasco-ampolla	500 mg/10 mL	1 - 50 fco-ampollas	P
29	Ketamina	Sanderson	F-12275/12	Ketamina	Solución inyectable - frasco-ampolla	500 mg/10 mL	10 - 20 - 25 - 50 fco-ampollas	P
30	Ketamina	Volta	F-14532/10	Ketamina	Solución inyectable - frasco-ampolla	500 mg/10 mL	1 fco-ampolla	P
31	Metadona clorhidrato	Andrómaco	F-6048/10	Metadona clorhidrato	comprimidos	10 mg	100	E
32	Metadona clorhidrato	Biosano	F-14273/09	Metadona clorhidrato	Solución inyectable - ampollas	10 mg/2 mL	20 - 100	E
33	Metadona clorhidrato	Sanderson	F-10898/11	Metadona clorhidrato	Solución inyectable - ampollas	10mg/2 mL	20	E
34	Dexmetilfenidato clorhidrato	Recalcine	F-18505/11	Neocaradix	comprimidos	5 mg	30	P
35	Dexmetilfenidato clorhidrato	Recalcine	F-18507/11	Neocaradix	comprimidos	10 mg	30	P
36	Metilfenidato clorhidrato	Alpes Chemie	F-3001/10	Nebapul	comprimidos	10 mg	30 - 100	P
37	Metilfenidato clorhidrato	Alpes Chemie (Drog. Volta)	F-7543/11	Elem	comprimidos	10 mg	30 - 100	P

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario ó Código	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
38	Metilfenidato clorhidrato	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-13129/08	Concerta	comp.recub.de liberación osmótica prolongada	18 mg	30	P
39	Metilfenidato clorhidrato	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-16225/07	Concerta	comp.recub.de liberación osmótica prolongada	27 mg	30	P
40	Metilfenidato clorhidrato	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-13130/08	Concerta	comp.recub.de liberación osmótica prolongada	36 mg	30	P
41	Metilfenidato clorhidrato	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-13131/08	Concerta	comp.recub.de liberación osmótica prolongada	54 mg	30	P
42	Metilfenidato clorhidrato	Novartis - Perilogistics	F-11102/08	Ritalin	comprimidos	10 mg	30	P
43	Metilfenidato clorhidrato	Novartis - Perilogistics	F-2693/10	Ritalin SR	comprimidos recubiertos de liberación prolongada	20 mg	30	P
44	Metilfenidato clorhidrato	Novartis - Perilogistics	F-17680/09	Ritalin LA	cápsulas de liberación repetida	10 mg	30	P
45	Metilfenidato clorhidrato	Novartis - Perilogistics	F-12456/07	Ritalin LA	cápsulas de liberación repetida	20 mg	30	P
46	Metilfenidato clorhidrato	Novartis - Perilogistics	F-12457/07	Ritalin LA	cápsulas de liberación repetida	30 mg	30	P
47	Metilfenidato clorhidrato	Novartis - Perilogistics	F-12458/07	Ritalin LA	cápsulas de liberación repetida	40 mg	30	P
48	Metilfenidato clorhidrato	Recalcine	F-7545/11	Aradix	comprimidos	10 mg	30	P
49	Metilfenidato clorhidrato	Recalcine	F-7553/11	Aradix Retard	comprimidos liberación prolongada	10 mg	30	P
50	Metilfenidato clorhidrato	Recalcine	F-7302/10	Aradix Retard	comprimidos liberación prolongada	20 mg	30	P
51	Metilfenidato clorhidrato	Andrómaco (Silesia)	F-11546/11	Ritrocel	comprimidos	10 mg	30	P
52	Morfina clorhidrato	Bestpharma	F-10127/11	Morfina clorhidrato	comp.de liberación prolongada	30 mg	30	E
53	Morfina clorhidrato	Biosano	F-3354/10	Morfina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	10 mg/mL	3 - 20 - 100	E
54	Morfina clorhidrato	Biosano	F-3355/10	Morfina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	20 mg/mL	20 - 100	E

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario ó Código	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
55	Morfina clorhidrato	Chile	F-1382/08	Morfina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	10mg/mL	3-5-20	E
56	Morfina clorhidrato	Novofarma (Pfizer)	F-13025/08	Morfina clorhidrato	solución oral	10 mg/mL	200 mL	E
57	Morfina clorhidrato	Sanderson	F-10903/11	Morfina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	10 mg/mL	20	E
58	Morfina clorhidrato	Sanderson	F-10904/11	Morfina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	20 mg/mL	20	E
59	Morfina Sulfato	Andrómaco	F-19313/12	Samor	solución oral	10 mg/mL	60 mL	E
60	Morfina Sulfato	Andrómaco	F-19345/12	Samor	solución oral	20 mg/mL	60 mL	E
61	Morfina Sulfato	Novofarma (Grünenthal)	F-8589/11	M-Eslon	cáps.c/microgránulos de liberación prolongada	10 mg	10	E
62	Morfina Sulfato	Novofarma (Grünenthal)	F-8587/11	M-Eslon	cáps.c/microgránulos de liberación prolongada	30 mg	10	E
63	Morfina Sulfato	Novofarma (Grünenthal)	F-8588/11	M-Eslon	cáps.c/microgránulos de liberación prolongada	60 mg	10	E
64	Morfina Sulfato	Drog. Volta	F-19518/12	Oramorph	solución oral para gotas	20 mg/mL	20 mL	E
65	Oxicodona clorhidrato	Pharma Investi (Tecnofarma)	F-0510/08	Oxycontin	comp.recub.de liberación prolongada	10 mg	12 (venta) 30 (clínico)	E
66	Oxicodona clorhidrato	Pharma Investi (Tecnofarma)	F-0511/08	Oxycontin	comp.recub.de liberación prolongada	20 mg	12 (venta) 30 (clínico)	E
67	Oxicodona clorhidrato	Pharma Investi (Tecnofarma)	F-0512/08	Oxycontin	comp.recub.de liberación prolongada	40 mg	12 (venta) 30 (clínico)	E
68	Petidina clorhidrato	Hospira	F-1316/08	Demerol	solución inyectable - ampollas	100 mg/2 mL	5 - 100	E
69	Petidina clorhidrato	Besipharma	F-0486/08	Petidina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	100 mg/2 mL	25	E

SubDepto. Estupefacientes y Psicotrópicos
Instituto de Salud Pública de Chile
03-08-2012

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario ó Código	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
70	Petidina clorhidrato	Biosano	F-7720/11	Petidina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	100 mg/2 mL	10 - 100	E
71	Petidina clorhidrato	Sanderson	F-10907/11	Petidina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	100 mg/2 mL	20	E
72	Remifentanilo	GlaxoSmithKline	F-309/08	Ultriva	liofilizado p/solución inyectable - fco-ampollas	1 mg	5	E
73	Remifentanilo	GlaxoSmithKline	F-310/08	Ultriva	liofilizado p/solución inyectable - fco-ampollas	2 mg	5	E
74	Remifentanilo	GlaxoSmithKline	F-311/08	Ultriva	liofilizado p/solución inyectable - fco-ampollas	5 mg	5	E
75	Remifentanilo	Volta	F-15819/11	Fenburol	liofilizado p/solución inyec- table fco- ampollas	1 mg	1	E
76	Remifentanilo	Volta	F-15820/11	Fenburol	liofilizado p/solución inyec- table fco- ampollas	2 mg	1	E
77	Sufentanilo	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-5034/10	Sufenta	solución inyectable - ampollas	10 mcg/2 mL	5	E
78	Sufentanilo	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-5035/10	Sufenta	solución inyectable - ampollas	50 mcg/10 mL	5	E

"Sujeto a Control de Estupefacientes"



"Sujeto a Control de Psicotrópicos"



E= Estupefacientes

P= Psicotrópicos

Productos comercializados estupefacientes o psicotrópicos: Condición de venta Receta Retenida

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
1	Alprazolam	Pharma Investi Alpes Chemie	F-0924/08	Sanerva	comprimidos de liberación prolongada	2 mg	20	P
2	Alprazolam	Andrómaco	F-6508/10	Alprazolam	comprimidos	0.25 mg	30 - 90	P
3	Alprazolam	Andrómaco	F-6506/10	Alprazolam	comprimidos	0.5 mg	30 - 500	P
4	Alprazolam	Andrómaco	F-6507/10	Alprazolam	comprimidos	1 mg	30	P
5	Alprazolam	Pharma Investi Alpes Chemie	F-8697/11	Prazam	solución oral para gotas	0.5 mg/mL	20 mL	P
6	Alprazolam	Bagó	F-9662/11	Alprazolam	comprimidos	0.25 mg	30 - 100	P
7	Alprazolam	Bagó	F-9663/11	Alprazolam	comprimidos	0.5 mg	30 - 100	P
8	Alprazolam	Chile	f-15910/07	Alprazolam	comprimidos	0.25 mg	30	P
9	Alprazolam	Chile	F-8314/11	Alprazolam	comprimidos	0.5 mg	30	P
10	Alprazolam	Chile	F-3951/10	Grifoalpram	comprimidos	0.25 mg	30	P
11	Alprazolam	Chile	F-3952/10	Grifoalpram	comprimidos	0.5 mg	15 - 30 - 500	P
12	Alprazolam	Mintlab	F-9867/11	Alprazolam	comprimidos	0.25 mg	30	P
13	Alprazolam	Mintlab	F-9868/11	Alprazolam	comprimidos	0.5 mg	30 - 1000	P
14	Alprazolam	Novofarma Pfizer	F-6341/10	Zotran	comprimidos	0.25 mg	30	P
15	Alprazolam	Novofarma Pfizer	F-6342/10	Zotran	comprimidos	0.5 mg	30	P
16	Alprazolam	Novofarma Pfizer	F-6343/10	Zotran	comprimidos	1 mg	30	P
17	Alprazolam	Novofarma Pfizer	F-0454/08	Zotran XR	comprimidos de liberación prolongada	0.5 mg	30	P

SubDepto. Estupefacientes y Psicotrópicos
 Instituto de Salud Pública de Chile
 03-08-2012

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
18	Alprazolam	Novofarma Pfizer	F-0451/08	Zotran XR	comprimidos de liberación prolongada	1 mg	30	P
19	Alprazolam	Recalcine	F-11133/11	Alprazolam	comprimidos	0.25 mg	30	P
20	Alprazolam	Recalcine	F-11134/11	Alprazolam	comprimidos	0.5 mg	30	P
21	Alprazolam	Novofarma Sanofi-Aventis	F-4495/10	Tricalma	comprimidos	0.25 mg	30	P
22	Alprazolam	Novofarma Sanofi-Aventis	F-4496/10	Tricalma	comprimidos	0.5 mg	30	P
23	Alprazolam	Novofarma Sanofi-Aventis	F-4497/10	Tricalma	comprimidos	1 mg	20	P
24	Alprazolam	Novofarma Sanofi-Aventis	F-0450/08	Tricalma retard	comprimidos de liberación prolongada	2 mg	20	P
25	Alprazolam	Volta Pharma Genexx	F-16942/08	Alprazolam	comprimidos	0.5 mg	30	P
26	Alprazolam	Saval	F-5510/10	Adax	comprimidos	0.25 mg	30	P
27	Alprazolam	Saval	F-5511/10	Adax	comprimidos	0.5 mg	30	P
28	Alprazolam	Saval	F-5509/10	Adax	comprimidos	1 mg	30	P
29	Alprazolam	Saval	F-3207/10	Adax retard	comprimidos de liberación prolongada	1 mg	30	P
30	Alprazolam	Saval	F-9316/11	Adax retard	comprimidos de liberación prolongada	0.5 mg	30	P
31	Bromazepam	Andrómaco	F-8426/10	Bromazepam	comprimidos	3 mg	30	P
32	Bromazepam	Chile	F-3885/10	Bromazepam	comprimidos	3 mg	30	P
33	Bromazepam	Mintlab	F-13494/09	Bromazepam	comprimidos	3 mg	30	P
34	Bromazepam	Recalcine	F-5727/10	Bromazepam	comprimidos	3 mg	30	P
35	Bromazepam	Recalcine	F-5726/10	Bromazepam	comprimidos	1.5 mg	30	P

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
36	Bromazepam	Roche	F-2580/09	Lexotanil	comprimidos	3 mg	30	P
37	Bromazepam	Roche	F-2581/09	Lexotanil	comprimidos	6 mg	30	P
38	Brotizolam	Bayer	F-11009/11	Noctilan	comprimidos	0.25 mg	20	P
39	Brotizolam	Recalcine	F-5829/10	Domex	comprimidos	0.25 mg	30	P
40	Buprenorfina	Novofarma (Grünenthal)	F-13396/08	Transtec	dispositivo transdérmico 35mcg/hr - parches	20 mg/parche	5	P
41	Clobazam	Chile	F-3956/10	Grifoclobam	comprimidos	10 mg	20	P
42	Clonazepam	Pharma Investi	F-0912/08	Crismol	comprimidos	0.5 mg	30	P
43	Clonazepam	Pharma Investi	F-0913/08	Crismol	comprimidos	2 mg	30	P
44	Clonazepam	Pharma Investi Alpes Chemie	F-5899/10	Clonazepam	comprimidos	0.5 mg	25	P
45	Clonazepam	Pharma Investi Alpes Chemie	F-5900/10	Clonazepam	comprimidos	2 mg	25	P
46	Clonazepam	Andrómaco	F-7396/11	Acepran	comprimidos	0.5 mg	30	P
47	Clonazepam	Andrómaco	F-13483/09	Acepran	comprimidos	1 mg	30	P
48	Clonazepam	Andrómaco	F-12258/07	Acepran	solución oral para gotas	2.5 mg/mL	10 mL	P
49	Clonazepam	Andrómaco	F-7397/11	Acepran	comprimidos	2 mg	30 - 500	P
50	Clonazepam	Andrómaco	F-16434/07	Acepran	comprimidos dispersables	0.5 mg	30	P
51	Clonazepam	Andrómaco	F-16436/07	Acepran	comprimidos dispersables	1 mg	30	P
52	Clonazepam	Andrómaco	F-16435/07	Acepran	comprimidos dispersables	2 mg	30	P
53	Clonazepam	Bagó	F-7893/11	Neuryl	comprimidos	0.5 mg	30	P

SubDepto. Estupefacientes y Psicotrópicos
Instituto de Salud Pública de Chile
03-08-2012

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
54	Clonazepam	Bagó	F-7895/11	Neuryl	solución oral para gotas	2.5 mg/mL	10 - 20 mL	P
55	Clonazepam	Bagó	F-7894/11	Neuryl	comprimidos	2 mg	30	P
56	Clonazepam	Chile	F-8373/11	Clonapam	comprimidos	0.5 mg	30	P
57	Clonazepam	Chile	F-18351/10	Clonapam BD	comprimidos bucodispersables	0.5 mg	30	P
58	Clonazepam	Chile	F-8374/11	Clonapam	comprimidos	2 mg	30	P
59	Clonazepam	Chile	F-18352/10	Clonapam BD	comprimidos bucodispersables	2 mg	30	P
60	Clonazepam	Chile	F-13246/08	Clonazepam	comprimidos	0.5 mg	30	P
61	Clonazepam	Recalcine (Lafi)	F-11075/11	Valpax	comprimidos	0.5 mg	30	P
62	Clonazepam	Recalcine (Lafi)	F-10095/11	Valpax	comprimidos	1 mg	30	P
63	Clonazepam	Recalcine (Lafi)	F-11076/11	Valpax	comprimidos	2 mg	30	P
64	Clonazepam	Recalcine (Lafi)	F-15635/11	Valpax DT	comprimidos dispersables	0.5 mg	30	P
65	Clonazepam	Recalcine (Lafi)	F-15005/10	Valpax DT	comprimidos dispersables	1 mg	30	P
66	Clonazepam	Recalcine (Lafi)	F-15635/11	Valpax DT	comprimidos dispersables	2 mg	30	P
67	Clonazepam	Medipharm	F-12255/07	Ropsil	comprimidos	0.5 mg	30	P
68	Clonazepam	Medipharm	F-12254/07	Ropsil	comprimidos	2 mg	30	P
69	Clonazepam	Mintlab	F-13556/09	Clonazepam	comprimidos	0.5 mg	30	P
70	Clonazepam	Mintlab	F-13557/09	Clonazepam	comprimidos	2 mg	30 - 1000	P
71	Clonazepam	Roche	F-2586/09	Ravotril	Solución inyectable - ampolla	1 mg/2ml	5	P

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
72	Clonazepam	Roche	F-13350/08	Ravotril	comprimidos	1 mg	28 - 30	P
73	Clonazepam	Roche	F-2583/09	Ravotril	comprimidos	0.5 mg	25 - 30 - 1.000	P
74	Clonazepam	Roche	F-2584/09	Ravotril	comprimidos	2 mg	25 - 100 - 1.000	P
75	Clonazepam	Roche	F-2585/09	Ravotril	Soluc. Oral p/gotas	2.5 mg/mL	10 ml	P
76	Clonazepam	Roche	F-15095/10	Ravotril	comprimidos sublingüales	0.25 mg	10	P
77	Clonazepam	Roche	F-2586/09	Ravotril	Solución inyectable - ampolla	1 mg/ml	5	P
78	Clonazepam	Sanitas	F-0504/08	Clozanil	comprimidos	0.5 mg	30	P
79	Clonazepam	Sanitas	F-0505/08	Clozanil	comprimidos	2 mg	30	P
80	Clonazepam	Saval	F-14217/09	Clonex	comprimidos dispersables	0.5 mg	30	P
81	Clonazepam	Saval	F-14218/09	Clonex	comprimidos dispersables	1 mg	30	P
82	Clonazepam	Saval	F-14219/09	Clonex	comprimidos dispersables	2 mg	30	P
83	Clorazepato dipotásico	Medipharm	F-5673/10	Calner	cápsulas	5 mg	30	P
84	Clorazepato dipotásico	Medipharm	F-5671/10	Calner	cápsulas	10 mg	30	P
85	Clorazepato dipotásico	Rider	F-1291/08	Tranxilium	cápsulas	5 mg	25	P
86	Clorazepato dipotásico	Rider	F-1292/08	Tranxilium	cápsulas	10 mg	25	P
87	Clorazepato dipotásico	Rider	F-4089/10	Tranxilium	cápsulas	15 mg	15	P
88	Clordiazepóxido	Chile	F-1361/08	Clordiazepóxido	comprimidos recubiertos	10 mg	20 - 1000	P
89	Clordiazepóxido	Saval	F-5519/10	Antalin Forte	comprimidos recubiertos	10 mg	30	P

SubDepto. Estupefacientes y Psicotrópicos
 Instituto de Salud Pública de Chile
 03-08-2012

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
90	Clordiazepóxido clorh.	Andrómaco	F-6530/10	Clordiazepóxido	comprimidos	10 mg	20 - 1000	P
91	Clordiazepóxido clorh.	Sanitas	F-1245/08	Clordiazepóxido	comprimidos	10 mg	20 - 1.000	P
92	Clotiazepam	Silesia	F-12498/07	Rize	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
93	Clotiazepam	Silesia	F-12499/07	Rize	comprimidos recubiertos	10 mg	30	P
94	Codeína fosfato	Andrómaco	F-11232/11	Codeipar	comprimidos	15 mg	12	E
95	Codeína fosfato	Andrómaco	F-11231/11	Codeipar	comprimidos	30 mg	12	E
96	Codeína fosfato	Recalcine	F-5679/10	Dolean	comprimidos recubiertos	15 mg	12	E
97	Dextrometorfano Bromhidrato	Medipharm	F-11847/07	Tusminal	Jarabe	15 mg/5 ml	30 - 100 ml	P
98	Dextrometorfano Bromhidrato	Medipharm	F-12777/08	Tusminal Compuesto	suspensión oral	15 mg/5 ml	30 - 100 ml	P
99	Dextrometorfano Bromhidrato	Recalcine	F-12453/07	Pectobronc	Jarabe	7.5 mg/5 ml	50 - 120 ml	P
100	Dextrometorfano Bromhidrato	Recalcine	F-12297/07	Pectobronc Forte	Jarabe	15 mg/5 ml	50 - 120 ml	P
101	Diazepam	Andrómaco	F-6688/10	Diazepam	comprimidos	10 mg	30 - 1000	P
102	Diazepam	Biosano	F-3032/10	Diazepam	Solución inyectable - ampolla	10 mg/2 ml	100	P
103	Diazepam	Chile	F-3920/10	Diazepam	comprimidos	10 mg	20 - 100 - 1.000	P
104	Diazepam	Chile	F-2213/09	Diazepam	comprimidos	5 mg	20 - 1.000	P
105	Diazepam	Mintlab	F-3375/10	Diazepam	comprimidos	5 mg	20 - 100 - 1.000	P
106	Diazepam	Mintlab	F-3374/10	Diazepam	comprimidos	10 mg	20 - 1.000	P
107	Diazepam	Pasteur	F-6395/10	Diazepam	comprimidos	10 mg	20 - 1.000	P

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
108	Diazepam	Pasteur	F-13694/09	Diazepam	comprimidos	5 mg	20 - 1.000	P
109	Diazepam	Recalcine	F-5739/10	Diazepam	comprimidos	10 mg	20	P
110	Diazepam	Sanderson	F-6148/10	Diazepam	Solución inyectable - ampolla	10mg/2ml	100	P
111	Ketazolam	Chile	F-3960/10	Grifoketam	comprimidos	30 mg	30	P
112	Ketazolam	Recalcine	F-5709/10	Sedavital	comprimidos de liberación prolongada	30 mg	20	P
113	Ketazolam	Pharma Investi - Tecnofarma	F-5575/10	Ansietil	comprimidos	30 mg	30	P
114	Lorazepam	Biosano	F-7711/11	Lorazepam	Solución inyectable - ampolla	4 mg/2 ml	100	P
115	Lorazepam	Chile	F-3983/10	Lorazepam	comprimidos	2 mg	30	P
116	Lorazepam	Mintlab	F-6915/10	Lorazepam	comprimidos	2 mg	30	P
117	Lorazepam	Sanderson	F-10895/11	Lorazepam	solución inyectable - ampolla	4 mg/mL	100	P
118	Lorazepam	Sanderson	F-10896/11	Lorazepam	solución inyectable - ampolla	4 mg/2 mL	100	P
119	Lorazepam	Novofarma - Pfizer	F-2773/09	Amparax	comprimidos	1 mg	20 - 30	P
120	Lorazepam	Novofarma - Pfizer	F-2774/09	Amparax	comprimidos	2 mg	20 - 30	P
121	Lorazepam	Novofarma - Pfizer	F-5985/10	Amparax	comprimidos sublinguales	1 mg	25	P
122	Lorazepam	Novofarma - Pfizer	F-5986/10	Amparax	comprimidos sublinguales	2 mg	25	P
123	Lormetazepam	Saval	F-5473/10	Nocton	comprimidos	2 mg	30	P
124	Midazolam	Novofarma - Pfizer	F-8208/11	Midazolam	solución inyectable - ampolla	50 mg/10 mL	5	P
125	Midazolam	Novofarma - Pfizer	F-8205/11	Midazolam	solución inyectable - ampolla	5 mg/mL	10	P

SubDepto. Estupefacientes y Psicotrópicos
 Instituto de Salud Pública de Chile
 03-08-2012

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
126	Midazolam	Novofarma - Pfizer	F-8207/11	Midazolam	solución inyectable - ampolla	15 mg/3 mL	5	P
127	Midazolam	Biosano	F-142/07	Midazolam	solución inyectable - ampolla	5 mg/ mL	10 - 100	P
128	Midazolam	Biosano	F-12037/07	Midazolam	solución inyectable - ampolla	5 mg/ 5 mL	100	P
129	Midazolam	Biosano	F-7712/11	Midazolam	solución inyectable - ampolla	15 mg/3 mL	10 - 100	P
130	Midazolam	Biosano	F-1979/09	Midazolam	solución inyectable - ampolla	50 mg/10 mL	10	P
131	Midazolam	Volta	F-14493/10	Midazolam	solución inyectable - ampolla	5 mg/mL	5	P
132	Midazolam	Volta	F-14494/10	Midazolam	solución inyectable - ampolla	15 mg/3 mL	5	P
133	Midazolam	Roche	F-4160/10	Dormonid	solución inyectable - ampolla	5 mg/5 mL	1 - 10	P
134	Midazolam	Roche	F-4159/10	Dormonid	solución inyectable - ampolla	15 mg/3 mL	5	P
135	Midazolam	Roche	F-8127/11	Dormonid	solución inyectable - ampolla	50 mg/10 mL	5	P
136	Midazolam	Roche	F-4156/10	Dormonid	solución inyectable - ampolla	5 mg/mL	10	P
137	Midazolam	Roche	F-4157/10	Dormonid	comprimidos recubiertos	7.5 mg	30	P
138	Midazolam	Roche	F-4158/10	Dormonid	comprimidos	15 mg	30	P
139	Midazolam	Sanderson	F-14671/10	Midazolam	solución inyectable - ampolla	50 mg/10 mL	20	P
140	Midazolam	Sanderson	F-14713/10	Midazolam	solución inyectable - ampolla	5 mg/ 5 mL	20	P
141	Midazolam	Sanderson	F-14672/10	Midazolam	solución inyectable - ampolla	5 mg/ml	20	P
142	Midazolam	Sanderson	F-14714/10	Midazolam	solución inyectable - ampolla	15 mg/3 mL	20	P
143	Midazolam	Recalcine	F-10986/11	Noctura	comprimidos	7.5 mg	30	P

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
144	Midazolam	Recalcine	F-10985/11	Noctura	comprimidos	15 mg	30	P
145	Midazolam	Andrómaco	F-14964/10	Sedoz	solución inyectable - ampolla	5 mg/mL	1	P
146	Midazolam	Andrómaco	f-14965/10	Sedoz	solución inyectable - foo-amp.	5 mg/5 mL	1	P
147	Midazolam clorhidrato	Chile	F-12906/08	Zolmid	solución inyectable - ampolla	15 mg/3 mL	5 - 100	P
148	Midazolam clorhidrato	Chile	F-12907/08	Zolmid	solución inyectable - ampolla	5 mg/mL	10 - 100	P
149	Midazolam clorhidrato	Chile	F-15045/10	Zolmid	solución inyectable - ampolla	50 mg/10 mL	10 - 100	P
150	Midazolam Maleato	Recalcine	F-10986/11	Noctura	comprimidos recubiertos	7.5 mg	30	P
151	Midazolam Maleato	Recalcine	F-10985/11	Noctura	comprimidos recubiertos	15 mg	30	P
152	Midazolam Maleato	Sanitas	F-8995/11	Terap	comprimidos recubiertos	15 mg	30	P
153	Pemolina base	Andrómaco	F-11219/11	Ceractiv	comprimidos	37.5 mg	30	P
154	Tetrazepam	Recalcine - Sanofi-Aventis	F- 67/07	Myolastan	comprimidos recubiertos	50 mg	20	P
155	Triazolam	Novofarma - Pfizer	F-6339/10	Somese	comprimidos	0.25 mg	30	P
156	Triazolam	Recalcine	F-5663/10	Ballidon	comprimidos	0.25 mg	30	P
157	Zolpidem hemitartrato	Chile	F-8391/11	Dormilam	comprimidos recubiertos	5 mg	20	P
158	Zolpidem hemitartrato	Chile	F-8390/11	Dormilam	comprimidos recubiertos	10 mg	20	P
159	Zolpidem hemitartrato	Medipham	F-15779/11	Damixam	comprimidos recubiertos	10 mg	20	P
160	Zolpidem hemitartrato	Pharma Investi	F-10028/11	Sucedal	comprimidos recubiertos	10 mg	10-20-1000	P
161	Zolpidem hemitartrato	Pharma Investi	F-10029/11	Sucedal	comprimidos recubiertos	5 mg	10-20-1000	P

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
162	Zolpidem hemitartrato	Raffo - Perilogistics	F-4312/10	Domosol	comprimidos recubiertos	10 mg	30	P
163	Zolpidem hemitartrato	Sanitas	F-9052/11	Somniprom	comprimidos recubiertos	10 mg	20	P
164	Zolpidem hemitartrato	Novofama - Sanofi-Aventis	F-9524/11	Adomix	comprimidos recubiertos	5 mg	20	P
165	Zolpidem hemitartrato	Novofama - Sanofi-Aventis	F-9523/11	Adomix	comprimidos recubiertos	10 mg	30	P
166	Zolpidem hemitartrato	Savai	F-9807/11	Somno	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
167	Zolpidem hemitartrato	Savai	F-9806/11	Somno	comprimidos recubiertos	10 mg	30	P
168	Zolpidem hemitartrato	Savai	F-17445/09	Somno XR	comp. recubiertos de liberación prolongada	12.5 mg	30	P
169	Zolpidem hemitartrato	Pharma Investi - Tecnofarma	F-10360/11	Somnil	comprimidos	10 mg	10 - 30	P
170	Zolpidem tartrato	Novofama - Sanofi-Aventis	F-16126/07	Stilnox CR	comp. recubiertos de liberación prolongada	6.25 mg	7	P
171	Zolpidem tartrato	Novofama - Sanofi-Aventis	F-16127/07	Stilnox CR	comp. recubiertos de liberación prolongada	12.5 mg	14 -28	P
172	Zolpidem tartrato	Recalcine	F-17445/09	Zaviana FS	comprimidos de liberación prolongada	6.25 mg	30	P
173	Zolpidem tartrato	Recalcine	F-17446/09	Zaviana FS	comprimidos de liberación prolongada	12.5 mg	30	P

E= Estupefacientes

"Sujeto a Control de Estupefacientes"



P= Psicotrópicos

"Sujeto a Control de Psicotrópicos"



Productos Comercializados con Drogas Estupefacientes o Psicotrópicas asociadas con otros principios activos: Condición de venta Receta Médica

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
1	Clordiazepóxido	Raffo - Perilogistics	F-15342/10	Libraxin	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
2	Clordiazepóxido	Chile	F-3990/10	Morelin	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
3	Clordiazepóxido	Chile	F-4026/10	Tensolv	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
4	Clordiazepóxido	Sanitas	F- 885/06	Gastrolen	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
5	Clordiazepóxido	Sanitas	F-8851/06	Tiperin	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
6	Clordiazepóxido cloh.	Novofama (Grünenthal)	F-4459/10	Garceptol	cápsulas	5 mg	20	P
7	Clordiazepóxido cloh.	Medipharm	F-7759/06	Aerogastrol	cápsulas	5 mg	20	P
8	Clordiazepóxido cloh.	Recalcine	F-2747/09	Lerogin	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
9	Clordiazepóxido cloh.	Sanitas	F-1269/08	Profisin	cápsulas	5 mg	20	P
10	Clordiazepóxido cloh.	Sanitas	F-9007/06	No-Ref	cápsulas	5 mg	30	P
11	Clordiazepóxido cloh.	Saval	F-5518/10	Antalin	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
12	Clordiazepóxido cloh.	Saval	F-2360/09	Aero-Itan	comprimidos	5 mg	20	P
13	Codeína base	Pasteur	F-1212/08	Ramistos	Jarabe	0.5 mg/5 mL	100 mL	E
14	Codeína base y Etilmorfina cloh.	Andrómaco	F-1503/08	Codelasa	Jarabe	2.5 mg/5 mL	120 mL	E
15	Codeína fosfato	Andrómaco	F-6603/10	Elitos	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
16	Codeína fosfato	Andrómaco	F-11261/06	Elitos ET	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
17	Codeína fosfato	Andrómaco	F-13881/09	Elitos ET Forte	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E

SubDepto. Estupefacientes y Psicotrópicos
Instituto de Salud Pública de Chile
02-08-2012

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
18	Codeína fosfato	Bagó	F-7016/10	Tusigen	Jarabe	10 mg/5 mL	60 - 120 mL	E
19	Codeína fosfato	Chile	F-8378/06	Codetol infantil	Jarabe	10mg/5 mL	100 mL	E
20	Codeína fosfato	Chile	F-8377/06	Codetol adulto	Jarabe	10mg/5 mL	120 mL	E
21	Codeína fosfato	Chile	F-8379/06	Codetol PM	jarabe	10mg/5 mL	120 mL	E
22	Codeína fosfato	Farma Esan	F-9287/06	Flemibron	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
23	Codeína fosfato	Glaxo Wellcome	F-2455/09	Actifedrin antitusivo	Jarabe	10 mg/5 mL	100 mL	E
24	Codeína fosfato	Labomed	F-1500/08	Pulmoquin	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
25	Codeína fosfato	Labomed	F-10803/06	Tosilab	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
26	Codeína fosfato	Lafi	F-11041/06	Ciclotos	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
27	Codeína fosfato	Medipharm	F-7736/06	Deucotos	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
28	Codeína fosfato	Pasteur	F-1210/08	Pulmagol	Jarabe	6 mg/5 mL	120 mL	E
29	Codeína fosfato	Pasteur	F-1202/08	Gruben	Jarabe	6 mg/5 mL	60 - 120 mL	E
30	Codeína fosfato	Pasteur	F-2566/09	Broncodeína	comprimidos	3 mg	20 - 500	E
31	Codeína fosfato	Recalcine	F-7424/06	Flemex Jat Forte Adulto	Jarabe	10 mg/5 ml	120 mL	E
32	Codeína fosfato	Recalcine	F-2743/09	Flemex Jat	Jarabe	10 mg/5 ml	120 mL	E
33	Codeína fosfato	Sanitas	F-8950/06	Extosen	Jarabe	10 mg/5 mL	100 mL	E
34	Codeína fosfato	Saval	F-9564/06	Bequium	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
35	Codeína fosfato	Andrómaco (Silesia)	F-6809/10	Sedopect	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
36	Diazepam	Andrómaco	F-11317/06	Multisedil	comprimidos	2.5 mg	20	P
37	Diazepam	Chile	F-2003/09	Mesolona	comprimidos	2.5 mg	20	P
38	Diazepam	Mintlab	F-7870/06	Promidan	comprimidos	2.5 mg	20	P
39	Diazepam	Pasteur	F-14057/09	Diapam	comprimidos	2.5 mg	20 - 30	P
40	Diazepam	Recalcine	F-5791/10	Calmosedan	comprimidos	2.5 mg	30	P
41	Diazepam	Recalcine	F-1643/08	Sedantol	comprimidos	2.5 mg	30	P
42	Diazepam	Recalcine	F-1622/08	Cardio Sedantol	comprimidos	2.5 mg	20	P
43	Diazepam	Sanitas	F-9045/06	Sedlit	comprimidos	2.5 mg	20 - 30	P
44	Fenobarbital	Chile	F-3862/10	Abalgin	soluc. p/gotas orales	15 mg/mL	10 mL	P
45	Fenobarbital	Lafi	F-365/08	Valpin	soluc. p/gotas orales	1.6 mg/mL	10 - 25 mL	P
46	Fenobarbital	Lafi	F-366/08	Valpin	comprimidos	8 mg	25	P
47	Fenobarbital	Medipharm	F-7761/06	Bufacyl	soluc. p/gotas orales	1.6 mg/mL	10 - 20 mL	P
48	Fenobarbital	Mintlab	F-15191/10	Baldmin	soluc. p/gotas orales	6 mg/mL	15 mL	P
49	Fenobarbital	Sanitas	F-3558/10	Sinpasmon	soluc. p/gotas orales	6 mg/mL	20 mL	P
50	Meprobamato	Sanitas	F-1246/08	Butartrol	comprimidos	100 mg	20	P

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
51	Meprobamato	Sanitas	F-3289/10	Butartrol forte	comprimidos	100 mg	10	P
52	Oxazepam	Andrómaco	F-2354/09	Novalona	cápsulas	10 mg	20	P

E= Estupefacientes

"Sujeto a Control de Estupefacientes"



P= Psicotrópicos

"Sujeto a Control de Psicotrópicos"



12. RESUMEN LEY 19.664 (médicos diurnos) 2020

Por Dr. Luis Velozo Papez

Presidente Departamento Trabajo Médico
Colegio Médico de Chile A.G

ASIGNACIONES PERMANENTES:

1.- SUELDO BASE: \$ 1.003.860 (44 horas)

33h= 752.895, 22 h= 501.930 11h = 250.965

2.- ANTIGÜEDAD: 1 a 13 TRIENIOS 34% a 72%

3.- EXPERIENCIA CALIFICADA:

ETAPA DE PLANTA SUPERIOR (EPS)

NIVEL I 40% NIVEL II 82% NIVEL III 102%

4.- REFORZAMIENTO PROFESIONAL DIURNO:

Etapa Planta Superior 2017= 108 % (\$1.084.169)

Etapa de distinción y formación (EDF)= 28% = \$281.081

5.- PERMANENCIA PARA ESPECIALISTAS

40% para 44 hrs = 401.544, 33 hrs= 301.158, 22 hrs= 200.772 y 10% para 11 hrs= 25.097

6.- OTRAS: Decretos ley previsionales, DL 3501, 19566, 18675 art 10, suma = \$ 150.380, 44 hrs

ASIGNACIONES TRANSITORIAS:

1. ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD:
Decreto N° 841, del 2000

10 a 130%. Según reglamento Dto 841

2.- ASIGNACIONES DE ESTÍMULO: entre todas, 10 a 180%, Decreto N° 847, del 2001

a) JORNADAS PRIORITARIAS. \$ 299.174 por trabajo en las tardes

b) COMPETENCIA PROFESIONAL: Mínimo 40% a los especialistas.

c) CONDICIONES Y LUGAR DE TRABAJO: alejados, riesgo, etc.

3.- ASIGNACIÓN DE DESEMPEÑO INDIVIDUAL: Decreto N° 848

Al 30% de los mejor evaluados lista 1 y 2, Equivale al 10% (a la mitad) y 5% (a la otra mitad) de la sumatoria anual del sueldo base, antigüedad y exp. Calificada. Por sorteo Julio y Diciembre de cada año.

4.- ASIGNACIÓN DE DESEMPEÑO COLECTIVO:

Decreto N° 849, 2000

Hasta un 10% de la sumatoria del sueldo anual. Según cumplimiento de Metas Sanitarias del año anterior. Se otorga una vez al año en diciembre. (Aprox. \$300.000 jornada 44 horas con cumplimiento mayor del 90%, \$150.000 con cumplimiento del 75% a 89,9%).

1 Trienio	34 %
2 Trienios	44 %
3 Trienios	47 %
4 Trienios	50 %
5 Trienios	53 %
6 Trienios	56 %
7 Trienios	59 %
8 Trienios	62 %
9 Trienios	64 %
10 Trienios	66 %
11 Trienios	68 %
12 Trienios	70 %
13 Trienios	72 %

13. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD: LEY DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN 3 CAUSALES

Por: Departamento de Género y Salud Colegio Médico de Chile

¿QUÉ DEBEMOS SABER?

1. ¿Qué es la objeción de conciencia (OC)?

Es la negativa que pueden manifestar los/as profesionales sanitarios a realizar ciertas intervenciones por razones éticas, morales o religiosas.

2. ¿Qué NO es OC?

La OC debe involucrar a la moral del individuo, y no otras situaciones como:

- Presión o discriminación por parte de pares o superiores.
- Presión de la institución en la que trabajas.
- Miedo a la sobrecarga de trabajo.

La OC es PERSONAL. Faltan a la ley quienes presionen a profesionales en su decisión de ser o no objetor.

Si has sido víctima de esta práctica, debes denunciarlo a la dirección de tu establecimiento y a FALMED (udelam@colegiomedico.cl)

3. ¿Quiénes pueden presentar OC?

Médicos, médicas y personal de salud que tenga funciones dentro del pabellón quirúrgico.

4. ¿Qué es la OC Institucional?

- Es la negativa de las instituciones a realizar interrupciones del embarazo por idearios valóricos.

- Las instituciones deben ser de carácter privado y suscribir a dichos valores y las pacientes deben estar previamente informadas.

5. La OC se restringe al PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, y NO se extiende a:

1. Funciones de gestión y dirección en el establecimiento de salud.
2. Información, diagnóstico, toma de exámenes o derivación.
3. Cuidados posteriores a la interrupción del embarazo.

6. ¿Qué debo hacer para NO ser objetor u objetora?

Nada, todo profesional es NO objetor, a no ser que presente la solicitud de OC.

7. ¿Y para presentar OC?

Manifestarlo por escrito a la dirección de tu centro de salud.

8. ¿Y si quiero dejar de ser objetor?

- Manifestarlo por escrito en el mismo documento que consignaste tu objeción.
- Sin embargo, no haber realizado este paso NO te impide para realizar interrupciones o asistir en el pabellón, ya que puedes formalizarlo posteriormente.

¿CUÁLES SON NUESTRAS OBLIGACIONES?

Profesionales objetores

1. Entregar a la mujer en forma objetiva el DIAGNÓSTICO y la INFORMACIÓN REQUERIDA, ESPECIALMENTE LA REFERENTE A LA DERIVACIÓN.

2. En ningún caso influir en la voluntad de la mujer.
3. Conocer el proceso de derivación de tu establecimiento.
4. Prestar la atención post-intervención que sea necesaria.
5. Informar de INMEDIATO al director de tu centro cuando se requiera una derivación.

Si la mujer requiere atención inmediata y no existe otro médico disponible, el objetor NO podrá excusarse de realizar el procedimiento. Limitar el acceso a la ley está penalizado.

Establecimientos de salud

1. ASEGURAR ATENCIÓN OPORTUNA A LAS MUJERES QUE SE ENCUENTREN EN ESTA CONDICIÓN.
2. Contar con al menos un equipo disponible para realizar interrupciones (excepción: establecimientos objetores).
3. Derivar inmediatamente a la mujer cubriendo los costos, si excepcionalmente no pudiera ofrecer la prestación.
4. Capacitar a sus trabajadores en el procedimiento y proceso de derivación.

Directivos

1. Poner a disposición el Formulario de OC.
2. Proveer a los objetores, la información protocolizada a entregar a las mujeres.
3. Asegurar el cumplimiento de la entrega de información y el acceso a la prestación.
4. No influenciar a los profesionales a ser o no objetores.

Más información en: http://3causales.gob.cl/**

14. CIRCULAR 21: UN DEBER DEL PERSONAL DE LA SALUD CON LA ATENCIÓN DE PERSONAS TRANS

Por: Departamento de Género y Salud Colegio Médico de Chile

Como profesionales de la salud, es nuestro deber brindar una atención en salud respetuosa a la población trans, reconociendo su identidad de género. A continuación, se informa sobre la Circular 21, la cual regula un piso obligatorio para la atención de personas trans en la red asistencial.

¿Qué es la circular 21?

Es un instructivo de atención de personas trans en la red asistencial de salud, generado por el Ministerio de Salud.

¿Desde cuándo está vigente?

Desde Junio del año 2012.

¿A qué se refiere el término "trans"?

La palabra 'trans' se utiliza para toda persona cuya identidad de género no se encuentra asociada de manera estereotipada con el sexo asignado al nacer, sin ser necesario haber iniciado o deseado algún proceso hormonal o quirúrgico. De lo anterior, se desprenden 2 términos:

- Trans femeninas: personas que biológicamente tienen sexo masculino e identidad de género femenina.
- Trans masculinos: personas que biológicamente tienen sexo femenino e identidad de género masculina.

¿Cuál es el contenido de la circular 21?

1. Identificación de la persona:

El personal de la salud debe utilizar siempre el nombre social y el género (masculino o femenino) con el cual la persona se identifica, independiente de su nombre legal, en cualquier establecimiento que brinde atención de salud.

Toda interacción verbal debe ser a través del nombre social.

2. Registro en ficha clínica:

En la ficha clínica se debe consignar tanto el nombre legal de la persona como el nombre social con el que se identifica.

El nombre social debe estar estipulado en la ficha (y cualquier otro registro) como cualquier otro dato propio del proceso de atención de salud.

3. Consideraciones:

Dentro de la anamnesis, se debe considerar como relevante para la atención de personas trans: antecedentes de terapias hormonales (con y sin indicación médica), antecedentes quirúrgicos y/o uso de implantes, intervenciones de salud mental, entre otros.

Siempre el equipo de salud debe realizar las coordinaciones necesarias para facilitar la atención de las personas trans.

**Recuerda que es deber del personal de salud informar a la población sobre esta circular.

Nombre social= Nombre con el cual la persona se identifica, vinculado a su identidad.

Nombre legal= Nombre que la persona tiene asignado en el registro civil.

La circular 21 es un primer paso para lograr un sistema de salud inclusivo con la diversidad sexual. ¡Te invitamos a conocerla, aplicarla y difundirla, en función de entregar una atención de salud respetuosa e inclusiva!

CAPÍTULO IV

RECOMENDACIONES PARA UNA MEDICINA SEGURA

- Dr. Roberto Verdugo Alarcón
- Departamento Jurídico FALMED
- Magdalena Méndez, Unidad de Defensa Medicina Privada (UDMP)
- Departamento de Primeras Naciones, Colegio Médico de Chile
- Dr. Nicolás Mora González
- Mat. Sheyla Mora Contreras
- Prof. Elisabeth Raiman
- David Montaña Vázquez

1. RECOMENDACIONES PARA UNA MEDICINA SEGURA

*Por Departamento de Formación y Acreditación
Colegio Médico de Chile A.G.*

*Dr. Carlos Carvajal Hafemann Presidente
Departamento de Formación y Acreditación
Colegio Médico de Chile A.G.*

Los diferentes Departamentos de COLMED tienen como función estudiar e informar al Consejo General y a la Mesa Directiva Nacional las materias, asuntos y problemas que le compete a cada uno de ellos.

Proveer una Medicina Segura es un área de vital importancia en el ejercicio de la medicina y debe ser estudiada en la formación de pre y pos grado.

Los mejores resultados en el cuidado de los pacientes están relacionados con la seguridad y calidad con que se realiza el ejercicio de la profesión médica.

Los médicos deben dominar ambas competencias, con evaluaciones en forma permanente y conocer los diferentes hallazgos que inciden en riesgos en la atención en salud. De esta forma, se pueden prevenir y corregirlos, logrando dar una mayor seguridad y calidad en forma progresiva y permanente en la atención intra y extra hospitalaria.

Los dos factores mencionados, seguridad y calidad, están muy relacionados, sin embargo, la calidad de la prestación médica es esencial para lograr una mayor seguridad y mejorarla, sin embargo, para la comunidad es más tangible la seguridad, dado que es fácil de reconocer una falla de ella durante un proceso de atención en salud y está muy sujeta a la calidad de la formación médica, por lo cual, mantener una educación continua con acreditaciones periódicas, así como trabajar como parte del equipo de salud y que el paciente esté involucrado en su propio cuidado, es un factor clave para una mayor seguridad y calidad en la atención médica.

El COLMED desde sus inicios se propuso cumplir una función fundamental en la formación y acreditación de los médicos, cuidando de actuar en diferentes niveles de la organización, para una mejora continua en seguridad y calidad en la atención en salud de nuestros pacientes.

Los Departamentos de COLMED están en forma directa o indirecta relacionados para este fin. El Departamento de Formación y Acreditación, acoge los diferentes problemas e inquietudes de los médicos, así como los estudios solicitados por la Directiva Nacional y el Consejo General.

2. TELEMEDICINA

Por: Macarena Olivares, abogada FALMED

CONCEPTO Y GENERALIDADES SOBRE TELEMEDICINA

Dentro de los principales conceptos que tiene la Telemedicina, desde el punto de vista práctico, pueden contemplarse los siguientes:

1. OMS:

"El suministro de servicios de atención sanitaria en los que la distancia constituye un factor crítico, realizado por profesionales que apelan a tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven"¹.

2. R.E. 54/2020 del Ministerio de Salud:

Subsecretaría de Salud Pública: Consulta telemedicina (Teleconsulta Síncronica). Corresponde a una consulta a distancia realizada a través de tecnologías de la información (videollamada) y telecomunicaciones entre un paciente y un médico que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden interactuar entre Si en tiempo real (síncronica).

Atención sincrónica: Es la modalidad de comunicación que implica o requiere que los interlocutores estén conectados y disponibles para sostenerla al mismo tiempo².

1 Definición replicada en el Programa Nacional de Telesalud en el Contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud, <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Programa-Nacional-de-Telesalud.pdf>.

2 Definición contenida en Resolución Exenta 54 que modifica la Resolución Exenta N° 277/2011 que aprobó las normas técnico administrativas para la aplicación del arancel del régimen de prestaciones de salud del libro II DFL 1 de 2005, del Ministerio de Salud en la modalidad de libre elección.

CARACTERÍSTICAS

1. Existen diversos tipos o formas de Telemedicina³.

2. Es un acto médico.

a) Sujeto a la Lex artis; normas y protocolos nacionales vigentes y reconocidos por la autoridad y también la práctica común.

b) Sujeto a la obtención de un consentimiento informado.

c) Sujeto al deber de confidencialidad.

3. Regulado por la Ley 20.584.

4. Posee requerimientos de carácter técnicos y funcionales.

3 Según la Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones de la CENS, sobre Telemedicina durante la epidemia de COVID-19 en Chile, se señalan las siguientes definiciones tipo: Telesalud, que corresponde a una prestación de servicios de salud utilizando las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente donde la distancia es una barrera para recibir atención de salud. El conjunto de actividades relacionadas con la salud, los servicios y los métodos, mismos que se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las TIC. Es un concepto amplio que incluye, entre otras, la telemedicina y la teleeducación en salud; Telemedicina, es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica; Teleconsulta, corresponde a una consulta a la distancia realizada a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones entre un paciente y uno (o más) miembro(s) del equipo de salud que se encuentran respectivamente ubicados en lugares geográfico distintos respecto del paciente y que tienen la posibilidad de interactuar entre Si. Podría darse que durante dicho acto telemédico también participen (adicionalmente) con algún rol y funciones miembros de los equipos de salud que se encuentran físicamente al lado o en el mismo lugar del paciente.

ELEMENTOS

1. Comunes:

- Que sea una atención susceptible de ser realizada mediante vía remota.
- Que existan las condiciones habilitantes para el médico/prestador y para el paciente.
- Que exista un consentimiento por parte del paciente⁴.

2. Esenciales:

- Que se manifieste de forma no viciada, la voluntad de acceder a la atención médica vía remota.
- Que tenga una finalidad subjetiva y circunstancial: ej. Resguardar la continuidad de un cuidado médico de un problema de salud sin poner en riesgo un contagio por Covid.
- Que existan condiciones mínimas de seguridad para una alta probabilidad de éxito en la recuperación de la salud del paciente.

4 Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones de la CENS, sobre Telemedicina durante la epidemia de COVID-19 en Chile, recomendaciones técnicas referentes a la calidad de la solución tecnológica: conexión a internet adecuada y consideraciones al soporte tecnológico de la plataforma virtual mediante la cual se producirá la atención de salud.

Se agrega la directriz de la Intendencia de Prestadores de Salud plasmada en la circular oficio N° 7 del 13 de abril de 2020, numeral 4 que indica, cito textual: "...se previene que es obligación del prestador, garantizar que el uso de herramientas y los profesionales de lasrealizarán, estén disponibles todo el transcurso de la prestación".

Estatuto Jurídico vigente sobre Telemedicina.

A pesar de no existir un marco jurídico concentrado y explícito sobre Telemedicina, es posible analizar un circuito de normas y leyes que permiten trazar el contenido legal bajo el cual todo prestador de salud, individual o inclusive, institucional, se debe ajustar en su actuar.

A continuación se refrenda el siguiente listado de normas, directrices de la autoridad y una breve explicación de su fundamento y aplicación.

1. El artículo Art. 19 N° 1 de la Constitución Política de la República que consagra el Derecho a la Vida Digna y a la Integridad Física y PSíquica de las Personas, constituye el presupuesto necesario de todos los derechos, sin el cual, estos últimos no podrían gozarse ni ejercerse.

Se trata de un derecho desarrollado por los pactos internacionales y por cierto, por nuestra legislación en diferentes leyes al efecto: Ley 19.451 que determinó la muerte natural de la persona; la Ley 20.120 sobre investigación científica en el ser humano, su genoma y la prohibición de clonación; la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes de las personas respecto de las atenciones vinculadas con sus atenciones de salud, las disposiciones pertinentes del Código Sanitario, etc⁵.

2. El Art. 19 N° 9 de la Contitución Política de la República que asegura a todas las personas el derecho a la protección de la Salud y establece como deber del Estado proteger el libre e igualitario acceso a acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo.

3. El Art. 3° de la Ley 18.575, Orgánica Constitucional de Bases de la Administración del Estado que establece el principio de servicialidad del Estado.

5 Derechos Fundamentales y Garantías Constitucionales, Tomo 2, Autor, Humberto Nogueira Alcalá, Editorial Librotecnia, Santiago, año 2018, pág. 12.

“La administración del Estado está al servicio de la persona humana; su finalidad es promover el bien común atendiendo las necesidades públicas en forma continua y permanente y fomentando el desarrollo del país a través del ejercicio de las atribuciones que le confiere la Constitución y la Ley, y de aprobación, ejecución y control de Políticas, Planes, Programas y Acciones de alcance nacional, regional y comunal”.

4. El Art. 23 del Código Sanitario, genera un deber a la autoridad sanitaria para que en casos de enfermedades transmisibles susceptibles de ocasionar epidemias, se disponga a entregar los medios adecuados de diagnóstico para el eficaz reconocimiento de ellas.

5. Ley 20.584 que regula los derechos y deberes de las personas respecto de las atenciones vinculadas con sus atenciones de salud.

a. Artículo 4°: el cual establece el deber de seguridad respecto a los pacientes, bajo el cual el equipo de salud y prestadores de salud cumplan las normas vigentes, los protocolos establecidos en materia de seguridad y calidad de la atención sanitaria a fin de apartar todo evento adverso evitable según las prácticas comúnmente aceptadas.

Al mismo tiempo, señala que estas normas y protocolos deben ser aprobados por resolución del Ministerio de Salud.

b. Artículo 10°: que establece el deber de entregar información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, antes, durante y después de la atención médica sobre: el estado de salud, el posible diagnóstico de su enfermedad, las alternativas de tratamiento disponibles, los riesgos previsibles, el pronóstico esperado y el proceso previsible pos operatorio cuando procediere, todo ello de acuerdo con su edad, condición personal y emocional.

c. Artículo 13°: que establece la definición de ficha clínica y la confidencialidad de datos expresados en ella, la cual podrá configurarse de manera electrónica, papel o cualquier otro soporte, siempre que el registro sea completo y asegure el acceso oportuno, conservación,

confidencialidad, autenticidad de su contenido y los cambios efectuados en ella.

d. Artículo 14°: el deber de respetar el derecho de la persona a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento de salud.

La manifestación de este deber se traduce en garantizar que la persona ocupe su derecho de forma libre, voluntaria, expresa y sobre todo, informada.

Esto último, concuerda con el artículo 10°, que establece cuál es la calidad de la información a entregar: adecuada, suficiente y comprensible.

Destacar que esta norma sugiere, directamente, la necesidad de escrituración de dos consignaciones: la entrega de la información pertinente al procedimiento en cuestión y que la persona ha recibido la información y que ha consentido en ella.

6. Decreto 41 Reglamento sobre Fichas Clínicas.

a. Artículo 2°: Que establece la obligatoriedad de registro en la ficha clínica y su fin de información de salud integral del paciente dentro del otorgamiento de una atención de salud.

Los tipos de formato en que pueden llevarse papel; electrónica u otro y la regulación de su contenido como dato sensible, de conformidad al artículo 2° letra g) de la Ley 19.628.

b. Artículo 5°: que establece el deber de ser elaborada en forma clara y legible, conservando su estructura en forma ordenada y secuencial.

c. Artículo 8°: que establece la irrelevancia del soporte en que la ficha clínica se contenga siempre que se cumpla con almacenarla en un archivo o repositorio que garantice que los registros son completos y asegure el acceso oportuno, la conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella.

Asimismo, entrega los parámetros para su estructura tecnológica a fin de respaldar

la incorporación de documentos; tener una copia de seguridad en bases de datos simultáneamente; la concentración en un archivo único que permita su acceso expedito, control, registro y salida de respaldos; medidas de seguridad y barreras de protección; programas de restauración de servicio, actualización del soporte y mecanismos de sustitución en los casos que deje de operar.

7. Resolución Exenta N° 204 de 2020, del Minsal: que autorizó las consultas médicas de especialidad que pueden ser entregadas en forma remota, a través del uso de tecnologías de la información y telecomunicaciones.

En este sentido, el sujeto de su regulación son los Prestadores Individuales e Institucionales de salud, que otorguen prestaciones comprendidas en el Arancel de Modalidad de Libre Elección de Fonasa, (MLE).

8. Oficio Circular de la Intendencia de Prestadores de Salud N° 7 de 13 de abril de 2020: que informa e instruye sobre los deberes específicos que asisten a los prestadores individuales e institucionales de salud, que otorguen prestaciones a las que son aplicables las normas del Arancel del Régimen de Prestadores de Salud del Libro II del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en la modalidad de libre Elección, para el otorgamiento de prestaciones que se otorguen en forma remota, a fin de dar cabal acatamiento de la Ley N° 20.584.

Esta directriz emanada de la autoridad constituye el primer acercamiento y confirmación de los lineamientos que los prestadores de salud deben observar y ajustar para la correcta ejecución de las atenciones de salud vía remota bajo los siguientes criterios:

a. En la primera etapa, que es durante el agendamiento de la hora, se estableció el deber de información del valor de la prestación, el espacio físico desde donde se transmite la prestación, la identidad completa del profesional, la hora y duración aproximada de la misma, también; el deber de la entrega de la información financiera que engloba a el valor, las modalidades de pago y condiciones previsionales de acceso, la forma de entrega de las licencias médicas.

Además, la autoridad instruye como condiciones mínimas a verificar, que la atención se otorgue en un espacio seguro y privado y que el profesional y el paciente cuenten con los requisitos tecnológicos adecuados para su ejecución.

b. En la segunda etapa, que es durante la atención, se consideró que toda modificación en la prestación debe ser debidamente informada al paciente, dando derecho a optar por su aprobación o rechazo al cambio, asistiéndole la prerrogativa a la devolución del pago en este último caso.

De igual forma, si por un motivo no imputables al paciente como es la falla de los dispositivos electrónicos o técnicos, se suspende la atención de salud, señala que, se entenderá fallida dando derecho a la devolución del pago o al reagendamiento en caso de aceptar aquel.

En este sentido, la autoridad pone de cargo del prestador institucional garantizar las herramientas y la disponibilidad de profesionales durante todo el transcurso de la prestación.

Por otra parte, instruye que si de los antecedentes del paciente se desprende la necesidad de una atención presencial, esta se suspenderá, no obstante, igualmente dar por cumplido el otorgamiento completo de la prestación remota, agrega, que, esta suspensión debe ser consignada en la ficha clínica dando razón del fundamento clínico en que se basa, el que, debe provenir de antecedentes clínicos que consten en la misma ficha.

En el ámbito del resguardo de la intimidad de los pacientes, señala que los registros audiovisuales de la atención deben estar autorizados mediante un consentimiento informado previo del paciente en donde se informe el acto mismo y el fin para el cual se utilizará, los cuales pueden producirse y registrarse solo en el contexto del otorgamiento de la prestación, siempre respetando la vida privada y la honra del mismo.

Cabe recordar que el respaldo y custodia de esta información clínica recae exclusivamente en el prestador y que no pueden ser usados fuera del fin clínico, en efecto, el instructivo recuerda la existencia de una prohibición de reproducción de conformidad a lo dispuesto en los artículos

2° y 10° de la Ley 19.628, sobre Vida Privada y Datos Personales, asistiéndole al paciente el derecho a reclamo ante la Intendencia de Prestadores de Salud, además de la acción judicial correspondiente.

Adicionalmente, la Intendencia agrega una carga especial en las prestaciones remotas, que usualmente no existe en las atenciones presenciales, en virtud de la cual, el prestador deberá registrar a las personas que tendrán acceso a la ficha clínica de sus pacientes en la ficha clínica de los mismos, esto es que deberá determinar a quiénes y cuándo entregará la autorización para acceder a la información clínica que se solicita, situación que será informada al paciente antes del inicio de la prestación (deber de información/ consentimiento informado) a fin de que sepa que se accederá a su ficha y los fines de ello; presumiéndose luego, que se accede a esto por el hecho de acceder a la prestación remota.

A lo anterior cabe agregar que las bases de datos que contengan información de salud de personas, se encuentran protegidas por la Ley 20.635 que prohíbe la divulgación, venta, etc. de antecedentes clínicos de los pacientes.

c. En la tercera etapa, que es después de la prestación, toca lo referente al deber de enviar un certificado o constancia de haberse entregado la prestación, consignando el término de ella y agregando los documentos emitidos a propósito de la misma (certificado médico, licencias, recetas, etc.).

9. Ley de Protección de Datos Personales N° 19.628.

10. REX 54 que modifica la Norma Técnica de Fonasa REX 277 y que se refiere específicamente a la utilización de Telemedicina en tiempos de Covid-19, Ordinario 2371 del Minsal referentes a las licencias médicas.

Adicionalmente a ese compilado de normativa, puede sumarse lo ya explorado por el órgano público, la Secretaría de Redes Asistenciales, específicamente, el departamento de Salud Digital y por las organizaciones intermedias como El Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud. En este sentido, se destaca el siguiente insumo:

11. El Programa Nacional de Telesalud Redes Integradas de Servicios de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales de 2018, disponible en la página web del Ministerio de Salud, cuyo fondo está basado en normas internacionales y en la experiencia nacional de implementación con algunas especialidades, lo cual otorga el primer acercamiento a una política pública que en sus cimientos rescata los contenidos básicos de su implementación; los lineamientos de tecnología de información y comunicación en Telesalud.

12. La Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones de la CENS (Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud) de abril de 2020.

Toda esta normativa e insumos disponibles sobre el entendimiento y la práctica nacional que existe para el ejercicio de la Telemedicina viene a subrayar la medida de su incorporación como una nueva y mejorada atención de salud dirigida a la efectiva recuperación de las personas, misión que, provista de riesgos, nos desliza a revisar las siguientes recomendaciones a fin de que estos puedan ser efectivamente administrados.

Así, en primer lugar, se deben reformular las condiciones del consentimiento informado previo contemplando especificaciones especiales respecto a la autonomía del paciente; información adecuada, suficiente y comprensible y cumplir los presupuestos de capacidad, voluntad e información,

En segundo lugar, se debe velar por la seguridad en la transmisión de datos; la creación de una base de datos que permita el resguardo de la Historia Clínica y la Ficha Médica de conformidad a la Ley.

Y tercero, se debe visualizar el desafío a futuro, esto es, la realización de una plataforma universal que permita a los médicos emitir recetas electrónicas de forma segura e inequívoca incluyendo las retenidas para con ello lograr una atención eficiente y sincronizada.

3. PRECAUCIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE TELEMEDICINA

Por: Dra. Alejandra Lozano, MBA, MIM, MTDDN
alelozosch@yahoo.es Mayo 2020

Habilitantes

Son las cosas que deben resolverse antes. Para poder implementar teleconsulta es esencial que tanto el prestador como el paciente tengan acceso a un equipo (computador, Tablet, celular), señal de internet e información de cómo operarlos.

Una vez superada la pandemia estos habilitantes deben cumplir con todas las normas de seguridad que se exigen a las plataformas de telemedicina

Información para los actores

Debe haber comunicación efectiva con los pacientes para que sepan cómo y dónde solicitar sus horas.

Características de la solución

- Está alineada con políticas organizacionales Permite registro clínico.
- El paciente puede acceder con facilidad Permite consentimiento informado.

Dimensiones institucionales

- Existe la posibilidad de tener asistencia técnica para los usuarios.
- Existe plan de manejo de la resistencia al cambio, tanto para profesionales como para los pacientes y sus cuidadores.
- Están solucionados los procedimientos administrativos: agendamiento, cobro de las atenciones, documentación.
- Los costos se consideran factibles para la organización.

Tratamiento de datos

Está solucionado el almacenamiento de todos los datos registrados durante la atención, incluyendo imágenes y videos si se grabaran. Todos los registros que se hicieron durante la atención deben almacenarse. Si hubo grabación de las videollamadas estas deben ser tratadas como datos sensibles constituyentes de la historia clínica y su almacenamiento y recaptura debe gestionarse respetando todas las normas que se exigen a la historia clínica. Como es poco probable que las organizaciones cuenten con protocolos para este tipo particular de registro se recomienda no grabar las videollamadas. Debe ser posible recapturar los datos en atenciones siguientes, sin que esté permitido alterarlos. Cuando la modificación de los datos está permitida debe quedar un log de auditoría para la trazabilidad de los cambios.

Sostenibilidad del sistema Este punto debe analizarse, especialmente si la implementación se inicia en situación de excepción, como la pandemia, porque los requerimientos variarán al finalizar dicho estado de excepción.

Requerimientos básicos para elegir plataformas

Existen plataformas de videoconferencia y chat adaptables al uso clínico y plataformas de telemedicina propiamente tal. Ésta es la primera distinción que debemos hacer. No obstante, no siempre tendremos el tiempo y presupuesto de investigar cuál plataforma de telemedicina contratar. Por esta razón es razonable conocer qué debemos pedirle a una plataforma de video conferencia para poder adaptarla al uso en telemedicina y cuán importante es acelerar la transición hacia herramientas más robustas, para proteger la Lex Artis.

En términos generales, debemos asegurarnos de que la plataforma sea segura y encriptada para la transmisión de audio y video, que transmita de punto a punto y que nadie, ni siquiera la empresa proveedora de la solución, tenga acceso a grabar o visitar la información. La empresa proveedora no debe tener acceso a ninguna información o dato que permita identificar al paciente.

Requerimientos técnicos

La solución debe cumplir con mínimos técnicos que permitan que las especialidades seleccionadas puedan operar:

1. Seguridad

La seguridad se refiere básicamente al almacenaje y transmisión de los datos. Lo más obvio es asegurarse que no hay acceso de terceros a los datos. Los comandos de la videoconferencia deben mantenerse en manos del profesional y el paciente. Es razonable averiguar si la plataforma tiene algún sistema para prevenir ataques de denegación de servicio, para no quedarnos sin servicio en mitad de la atención. En esto puede ayudarnos el equipo técnico de la institución. La historia de “caída del sistema” o cualquier otro fallo de seguridad que tenga la plataforma también puede darnos luces al respecto.

Se recomienda respetar la regla de seguridad HIPAA. Más información puede encontrarse en <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/security/index.html>

Es importante hacer notar que esto no solo implica salvaguardas técnicas, sino también administrativas y físicas. Un documento con el texto regulatorio simplificado, que incluye el tema de seguridad y privacidad puede ser encontrado en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/administrative/combined/hipaa-simplification-201303.pdf>

En la siguiente página pueden encontrarse los kits de herramientas para Microsoft Windows, Red Hat Enterprise Linux y Apple Mac OS: <https://csrc.nist.gov/projects/security-content-automation-protocol/hipaa>, cuya guía de uso está en https://csrc.nist.gov/CSRC/media/Projects/Security-Content-Automation-Protocol/HIPPA/NIST_HSR_Toolkit_User_Guide.pdf

2. Confidencialidad

Se recomienda no grabar las videollamadas, ni siquiera con el consentimiento de la contraparte, porque no se ha establecido una forma de almacenar y tratar estos datos que sea por todos conocida y respetada. Si la grabación queda en un equipo que después se comparte con otras

personas se perdió la confidencialidad y puede haber conflicto por las responsabilidades sobre este cuidado.

Un documento con el texto regulatorio simplificado, que incluye el tema de seguridad y privacidad puede ser encontrado en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/administrative/combined/hipaa-simplification-201303.pdf>

3. Manejo del movimiento

Esto se refiere a los cuadros por minuto de la transmisión (estándar de televisión) y a la ausencia de pixelación de imágenes. Esto tiene relación con el ancho de banda también.

4. Resolución de la imagen

Debe ser la necesaria de acuerdo con el tipo de imágenes que se van a transmitir. Esto tiene relación con las especialidades que usarán la teleconsulta o prestación de telemedicina.

5. Calidad del audio

El audio también puede tener mayor importancia para algunos tipos de teleconsulta, como fonología, que para otros.

6. Velocidad de sincronización

Esto no es cardinal, pero puede entorpecer la fluidez de la atención.

7. Periféricos adecuados a la necesidad

Durante la pandemia esto será más laxo, pero luego cada atención deberá considerar los datos que es básico transmitirle al médico y los dispositivos que eso implica.

8. Ergonomía

Los equipos deben permitir uso prolongado sin producir enfermedad profesional independiente de que se trate de equipos portátiles o fijos, o de sus periféricos con internet de las cosas.

9. Autenticación de usuarios

Este tema es importante en salud. Los privilegios de acceso deben ser diferenciados

10. Escalabilidad hacia Interoperabilidad

Cuando empezamos a usar una solución debemos siempre proyectar cómo será su uso en el futuro y qué le iremos exigiendo; particularmente cuando que no es óptima. Tenemos que asegurarnos de que cambiar solución no creará un problema aún mayor que el teníamos antes de usarla. La telemedicina llegó para quedarse, de manera que en el futuro no solo la mantendremos, sino que iremos exigiéndole cada vez más a nuestras herramientas.

La plataforma debe interoperar con todos los sistemas necesarios para asegurar la continuidad del cuidado. Esto podrá ser más laxo durante la pandemia, pero debe ser obligatorio después.

Requerimientos funcionales

Cuando seleccionamos nuestra solución, tendremos en mente que siempre debemos abordar, con una o más herramientas, los siguientes temas:

1. Consentimiento informado

Debe existir un mecanismo para solicitar consentimiento informado al paciente. Esto consta de dos elementos:

- La posibilidad de explicar al paciente el tipo de prestación que se le brindará y sus características y limitaciones.
- La posibilidad de registrar la aceptación del paciente para que se realice la atención bajo esta modalidad.

2. Registro clínico

Es obligatorio el registro de la información recogida durante la prestación, las conclusiones del profesional y las conductas definidas para tomar con el paciente.

El registro debe iniciar con la caracterización del acto: Se trata de una consulta de telemedicina en la que hay apoyo solo de imagen y de audio del paciente (o definiendo cualquier apoyo que pueda existir, como la transmisión de una imagen por dermatoscopio, el acceso a una imagen o

informe que se hace mediante otro sistema, la recepción de una medición captada por sensores de internet de las cosas, etc)

El registro puede o no ser parte de lo que la plataforma ofrece. Cuando se trata de una plataforma de telemedicina esto es parte del paquete. También algunas plataformas permiten integrarse a la ficha clínica electrónica que ya tiene la organización. Algunas ofrecen ambas posibilidades. Si no estamos contratando una plataforma de telemedicina debemos crear un protocolo para regular que la información de la atención llegue a ser parte de la historia clínica del paciente. Puede ser que la ficha clínica usual sea alimentada con los datos de la atención en el mismo evento si hay acceso a la historia clínica. Cuando no hay acceso directo a la historia clínica institucional el protocolo debe especificar como se anexa el registro de la atención.

3. Documentos clínicos

Una atención médica genera órdenes de exámenes, recetas, informes de atención, que son documentos clínicos que deben hacerse llegar a laboratorios, centros de imágenes, farmacias u otros, de alguna forma estandarizada. Esto se resuelve con estándares de mensajería. La plataforma de telemedicina debería resolver esto de forma que los sistemas receptores sean capaces de procesar la información. Si esto no es posible es obligatorio contar con un protocolo que especifique cómo se comparten los documentos clínicos, en qué formato, etc.

4. Terminologías clínicas

La información clínica debe ser comprendida con posterioridad al acto clínico, sin pérdida de significado. Sea que el mismo profesional u otro intente hacer uso de esa información, sea que se revisiten los datos en la misma instalación o en otra, la información no puede perder significado. La única forma de lograr esto es usando las terminologías correctas. Estos son los Estándares de lenguaje. En Chile esto es Snomed para antecedentes, diagnósticos, procedimientos y la terminología farmacéutica chilena (TFC) para fármacos. La TFC fue creada sobre la lógica Snomed pero puede ser usada por separado. Se ha usado la clasificación CIE 10 para registrar diagnósticos en el trabajo

clínico, pero ésta es una práctica que debe ser abandonada, porque este vocabulario, cuya finalidad es reportar egresos hospitalarios y defunciones, es un agrupador y no permite el registro completo y detallado que exige una atención clínica.

En forma transitoria, cuando se usa registro en papel, se usará lenguaje natural, pero el protocolo institucional debe exigir que la información que se registre sea completa, lo suficientemente detallada como para que todas las tareas derivadas de la atención sean fácilmente comprendidas por quienes deban ejecutarlas.

Plataformas transitorias

Las plataformas que pueden adaptarse para solucionar atenciones durante la contingencia, que no son de telemedicina, pero atienden a la transitoriedad de la pandemia no cumplen, necesariamente, con las medidas de seguridad, de protección de datos, de confidencialidad o de resolución de imágenes que se requiere en el ejercicio habitual de la profesión médica. Cumplen con la función de permitir el diálogo entre paciente y médico y la entrega de algunas indicaciones por parte del profesional. No están asociadas a una ficha clínica electrónica y no la reemplazan aunque tengan algún sistema de grabación.

Solo se pueden usar estas plataformas si está asegurado el proceso de registro de la atención. La atención debe quedar registrada en un medio que asegure la inclusión inmediata o posterior en la ficha clínica del paciente.

Estas soluciones no son sostenibles y no permiten escalabilidad. Al seleccionar alguna de ellas para trabajar debe planificarse en paralelo cómo se hará la transición hacia una plataforma de telemedicina que permita ingresar directamente la información en el sistema de registro clínico electrónico definitivo.

Soluciones con escasa seguridad, que se recomienda evitar

Facebook live, Twitch, Instagram, FaceTime, Periscope, Tiktok, Zoom (es diferente de zoom for healthcare)

Soluciones que se pueden evaluar

Cuentan con comunicación punto a punto y cifrado. Generalmente son de pago. Deben ser evaluados, fundamentalmente, desde la mirada de la escalabilidad. Cada una tiene características distintivas. Lo importante es que cumplan con normas mínimas de seguridad y privacidad establecidas por HIPAA.

- Google G-Suite solo cumple los requerimientos mínimos de seguridad cuando se ingresa desde meet.google.com siendo un suscriptor de pago que cuenta con Business Agreement y se han hecho los ajustes necesarios para que cumpla con requerimientos de privacidad según HIPAA. Las versiones gratuitas asociadas a los productos G-suite no cumplen con las normas de seguridad mínimas requeridas para uso en telemedicina, ni siquiera en contexto de pandemia. No use Hangouts o la versión gratis de Gmail, cuyo contenido es escaneado para ofrecer publicidad, con lo que se pierde el componente de privacidad. Si un participante en la reunión no tiene una cuenta Google no podrá ingresar a la reunión desde su celular. El administrador de la G-suite debe dar privilegios a cada profesional para que pueda iniciar la videollamada y éste debe ingresar desde su cuenta de G-suite y no desde su cuenta gratuita de Gmail. El paciente puede unirse sin tener esos privilegios porque no necesita iniciar la sesión.
- Videsk es chilena. Tampoco es originalmente pensada para salud, pero cumple con encriptación y transmisión punto a punto. <https://videsk.io/>.
- VSee sirve para zonas con pobre internet, zonas rurales, por ejemplo.
- GoToMeeting es muy fácil de usar y puede usarse desde diferentes tipos de dispositivos, incluyendo celular.
- Doxy.me es una opción que permite a consultas aisladas tener acceso sin costo.
- WebEx, también es una opción, particularmente si la organización ya tiene contrato.

Plataformas de telemedicina

Las plataformas de telemedicina pueden o no tener elementos de internet de las cosas, pero siempre permiten el registro en una ficha clínica electrónica, propia o en integración con un RCE previamente existente.

Deben permitir alguna forma de consentimiento informado para la modalidad de consulta que se registrará.

Deben proveer seguridad, deben permitir confidencialidad, sin necesidad de ajustes especiales como con las soluciones mencionadas en apartado anterior.

Deben trabajar con estándares de mensajería y de lenguaje. El registro clínico electrónico debe permitir la continuidad del cuidado, sea dentro de la misma organización o con otras organizaciones. Por eso el lenguaje no puede perder significado. Debe exigirse el uso de snomed para diagnósticos, alergias, procedimientos y de la terminología farmacéutica chilena para fármacos. La mayor parte de las veces será necesario evaluar escalabilidad hacia una situación de interoperabilidad.

Como ejemplo mencionamos:

- Box virtual www.boxvirtual.cl, solución chilena que permite ingresar la información en su propio registro clínico electrónico (RCE) y también ofrece la opción de integración con el HIS o historia clínica electrónica que pudiera tener la organización. También permite ingresar diagnósticos con tesauros personalizados o términos de Snomed.
- Zoom for healthcare, plataforma de pago, diferente de Zoom (a secas) que habitualmente usamos para reuniones virtuales. Tiene video de buena calidad.

Alineamiento con las políticas organizacionales.

Documentos normativos

Es obligatorio revisar las soluciones elegidas a la luz de las políticas organizacionales y todos los documentos normativos emanados de la institución. En la medida en que el desarrollo de

la disciplina avance, se irán incorporando todos los documentos normativos emanados del Estado. En el presente protocolo se respetan los postulados de la OPS (como representante en la región de la OMS)

Autorizaciones

Las autorizaciones para la implementación del proyecto deben considerar, en forma esencial, todas aquellas visaciones técnicas que se necesiten.

Selección de las especialidades

Para la institución es importante delimitar cuáles son las especialidades que pueden hacer telemedicina desde la primera consulta y cuáles son aquellas en que se requiere una atención previa que establezca ciertos parámetros de evaluación.

A partir de la primera consulta pueden agendarse por telemedicina las siguientes consultas médicas:

- Electiva
- Dermatología
- Geriatria
- Endocrinología adultos
- Psiquiatria adultos
- Psiquiatria pediátrica y de la adolescencia
- Medicina familiar
- Medicina interna
- Pediatría
- Diabetología
- Genética clínica
- Nefrología adultos
- Nefrología pediátrica

Las especialidades para las que se puede hacer control por telemedicina:

- Reumatología
- Endocrinología pediátrica
- Neurología adultos
- Oncología médica
- Cardiología
- Hematología
- Infectología
- Inmunología Medicina física y rehabilitación
- Obstetricia y ginecología
- Urología
- Coloproctología
- Enfermedades respiratorias del adulto
- Enfermedades respiratorias pediátricas
- Gastroenterología adultos
- Gastroenterología pediátrica
- Radioterapia oncológica

Otras Teleconsultas:

- Evaluación de voz
- Evaluación de habla
- Evaluación de lenguaje
- Rehabilitación de voz
- Rehabilitación del habla y/o lenguaje
- Atención integral de nutricionista

Procesos institucionales para la gestión de las atenciones de telemedicina

Registro de los pacientes con interconsulta

La institución debe llevar un registro de las derivaciones que son atendidas por telemedicina. Asimismo, debe existir un

protocolo para decidir a qué pacientes se atiende por demanda espontánea (que son libres de pedir hora sin interconsulta) y a quienes se les pedirá que hayan sido vistos previamente por APS.

Agendamiento

Debe disponerse de un único sistema de agendamiento. A este sistema deben poder ingresar: El paciente en el caso de las atenciones por demanda espontánea, condiciones que deben estar claramente definidas, medicina general y especialidades con control en los 12 meses anteriores.

Pago de la atención

Debe ser posible la selección entre el descuento por planilla o el pago directo por transferencia. Debe habilitarse una cuenta para las transferencias de los copagos.

Debe habilitarse una forma de recibir los comprobantes de transferencia.

Emisión de licencias

De no existir ingreso directo a licencia médica electrónica debe establecerse un protocolo, para la emisión y entrega de licencias, a los pacientes o sus representantes.

Entrega de documentos clínicos en formato físico

Recetas retenidas, certificados, informes, que deban ser entregados en formato físico deben estar contemplados en un protocolo institucional.

Control de gestión

La implementación de la telemedicina debe ser monitorizada con los indicadores correctos. Deben considerarse indicadores de estructura, de proceso y de resultado para conseguir una visión completa.

Solicitud de citas

Los pacientes pueden solicitar su hora identificándose con el RUT y solo podrán acceder a las atenciones de especialidad que se haya pre-establecido.

Debe establecerse un proceso administrativo para que el paciente pueda transferir el dinero de su copago con anterioridad a la fecha de la atención y haga llegar el comprobante al administrador de agendas de telemedicina o a la plataforma de telemedicina en uso.

Las primeras citas con especialidad deben ser visadas de acuerdo con la publicación en Diario Oficial de referencia.

Recomendaciones para el profesional

Se trata de una atención clínica que debe seguir los mismos pasos de una atención presencial. Las siguientes tareas son parte obligada del proceso:

- Confirmación de la identidad del paciente (El paciente también debe asegurarse de que el profesional es quien cree).
- Revisión del ingreso del consentimiento informado según el medio seleccionado para ello.
- Revisar la información del paciente, registros históricos, anamnesis, examen general según lo permita la resolución de la imagen.
- Registro de las conclusiones e hipótesis diagnóstica con la debida argumentación u observaciones.
- Registro de las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas, incluidos interconsultas o controles necesarios.
- Explicación al paciente de cómo obtener los documentos físicos en caso de requerir ese formato (recetas retenidas con control de stock, certificados, informes).

Recomendaciones para el paciente

Estas recomendaciones deben ser permanentemente accesibles a los pacientes, sea que ya hayan agendado alguna cita o que planeen hacerla:

- Ubique una habitación en la que pueda estar solo o con alguien de su extrema confianza, alguien que, de cualquier modo, quisiera que lo acompañara al interior del box con el médico. La necesidad de esta compañía

descansa en que esta persona pueda narrar algún evento importante o deba recordar las indicaciones para ayudar al paciente.

- Identifique con anticipación el equipo mediante el cual se va a conectar a la atención, computador o celular inteligente. Pruebe la capacidad del equipo para conectarse a internet.
- Identifique los pasos a seguir con anterioridad a la atención.
- Una vez dentro de la atención confirme que se trata del profesional y especialidad correctos.

Referencias

1. Diario oficial de la República de Chile. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Núm. 42.616. Viernes 27 de Marzo de 2020.
2. Marco de implementación de un servicio de telemedicina. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2016.
3. Mobile Videoconferencing apps for telemedicine. Kai Zhang. Wei-Li Liu, Craig Locatis, Michael Ackeman. Telemedicine and e-health. January 2016 (DOI: 10.1089/tmj.2015.0027)
4. Telehealth Implementation Playbook, American Medical Association

4. ÉTICA Y PANDEMIA EN CHILE

Artículo de Opinión

Por Dra. Anamaría Arriagada Urzúa, integrante del Departamento de Ética del Colegio Médico.

En el contexto actual de la pandemia que amenaza al mundo, es necesario acordar un modo de resolver los problemas éticos que se presentarán, o las aristas éticas de las decisiones sanitarias.

Las recientes experiencias mundiales, con el SARS y el MERS, pero sobretodo con el primero, pusieron de manifiesto la ausencia de claras directrices éticas. Esto, en parte, porque en el siglo XX hubo notables avances de la medicina, alejando de nuestro imaginario la temida figura de las “pestes”. Sin embargo, en los últimos años, la aparición de mutaciones virales en contextos de globalización, precarización de sistemas sanitarios, oleadas de migraciones no resueltas, crisis medioambiental, nos demuestra que debemos ponernos al día, en documentos éticos y jurídicos, respetuosos de los derechos humanos, y de principios ya profundamente arraigados en nuestras sociedades occidentales.

Sin duda alguna, todas las esferas de la ética se ven comprometidas en situaciones de pandemia. La ética personal, la profesional, la cívica y la global.

Específicamente en lo sanitario, existe responsabilidad ética en decisiones gubernamentales y de autoridad sanitaria; en la dirección de servicios de salud, y establecimientos sanitarios, y finalmente en la atención de los pacientes y sus familias.

La Asociación Médica Mundial elaboró una Declaración sobre epidemia de gripe aviar (H1N1), publicada en la 57ª Asamblea de Sudáfrica (2018), y luego enmendada en la 69ª Asamblea de Islandia. En ella, se mencionan las obligaciones éticas de gobiernos y autoridad sanitaria, así como de asociaciones médicas.

Por su parte, un documento más extenso, y completo del Centro de Bioética de la Universidad de Toronto (año 2005), a raíz de la pandemia de influenza, menciona los principales

valores que una situación como estas, requieren relevar.

Deberes éticos

La obligación de dar atención y aliviar el sufrimiento

En primer lugar, está el deber de protección de la salud de las personas, la obligación de dar atención y aliviar el sufrimiento. Esto no es transferible a la comunidad, pues ellos claramente no disponen del conocimiento, técnica y expertise que las profesiones han adquirido. Este deber resulta aún más obvio frente al Covid, que ha demostrado ser agresivo y llevar a un porcentaje importante de los enfermos a requerir soporte vital o cuidados críticos. Tenemos también un contrato con la sociedad, y además juramentos éticos que nos obligan.

Estas obligaciones, en contextos de epidemias, implican un riesgo real de comprometer la salud y bienestar de los sanitarios. Es factible que cuarentenas, o turnos prolongados, obliguen al personal sanitario a permanecer lejos de sus hogares. Casi con certeza, se deberá lidiar con condiciones laborales más precarias, medios insuficientes, cansancio por remplazos de falencias, y estrés emocional. Entonces, salta a la vista el problema de hasta donde el riesgo del personal de salud, es exigible. En este sentido, lo que se recomienda es que esto se aborde en forma seria. Sería bueno explicitar las obligaciones de los funcionarios de salud. Abordar seriamente el tema del autocuidado, así como la obligación de hacerlo justamente para evitar propagar más el virus.

Protección del personal

Es importante explicitar el valor de reciprocidad, en relación a como la sociedad debe concurrir a proteger a los sanitarios. No sobrecargar atenciones de urgencia; re acomodar sus expectativas; cumplir medidas de aislamiento; utilizar canales de reclamos institucionales, y formas adecuadas; evitar la agresividad y violencia en establecimientos de salud. Todas

son medidas tangibles, de “devolver la mano” a quien los cuida.

La Autoridad Sanitaria y los gobiernos, centrales y regionales, tienen una labor ineludible en proporcionar todos los medios necesarios para proteger al personal de salud. Dar adecuado entrenamiento en uso de medidas de aislamiento y protección, así como implementos, protocolos, es vital. También lo es asegurar pagos por licencias de enfermedad, seguros de salud, vías expeditas de contratación de mano de obra suplente, y -en el peor de los escenarios- apoyo en casos de discapacidad o muerte de funcionarios de salud.

Obligaciones de los médicos

Los médicos tienen sin duda, obligaciones. La declaración de la Asociación Médica Mundial menciona el deber de estar al día con la información médica y epidemiológica; cooperar en implementar medidas de mitigación de contagios, flujogramas, protocolos, así como contribuir a la vacunación masiva; participar en la planificación de medidas de prevención y manejo de los pacientes, y elaborar planes locales de mitigación.

Principales desafíos éticos

El dilema de la asignación de recursos

Sin duda, uno de los problemas éticos más complejos, será en la **asignación de recursos limitados** frente a un brote significativo de pacientes. Esto, un tema de justicia sanitaria, afectará desde el nivel “macro” (ministerio de salud, servicios de salud); pasando por el nivel “meso” (hospitales, y servicios clínicos), hasta el “micro” (cama del paciente). A nivel macro, ya hay decisiones claras en la materia. Vacunar primero a la población adulta mayor, a los pacientes crónicos, a embarazadas y personal de salud, fue una decisión de justicia sanitaria. En los hospitales y centros ambulatorios ha sido necesario elegir a quiénes se les hará la PCR diagnóstica, porque es un examen caro, y además de disponibilidad limitada.

Suspender cirugías electivas, policlínicos, entrega de medicamentos, y todo lo que disminuya exponer a la población al contagio, o limitarlo en el tiempo, tiene como objetivo, evitar una sobrecarga del sistema de salud, que obligue a tomar decisiones difíciles, sobre todo en contextos de gravedad. Nos referimos al temido dilema de “dos pacientes con neumonía grave; un solo ventilador disponible”. Este es el gran miedo por estos días. ¿Cómo resolver? ¿Con qué criterios? ¿Será la edad avanzada, uno defendible moralmente? ¿Tenemos suficiente experiencia para evaluar pronóstico de un paciente?

¿Quién decide?

Protocolos

Lo primero, es ojalá tener **protocolos validados** con anterioridad. Esos mismos de ingreso a UPC, que hay en cada establecimiento, deben ser hoy revisados a la luz de la pandemia actual. En segundo lugar, tener **equipos médicos** bien preparados e informados de la mejor evidencia disponible en la actualidad. **Recordar que todo caso ético debe partir por conocer con la máxima precisión el estado del paciente.** Su diagnóstico en relación al coronavirus (confirmado o sospecha), su gravedad, sus patologías de base. Su calidad de vida previa, importante no para limitar el esfuerzo en función de este, que es un criterio bastante subjetivo, sino más bien conocerla de antemano. Si sé cómo el paciente vivía su vida diaria, su nivel de autovalencia/dependencia, de integración a su medio familiar y social, entonces recién puedo evaluar si el esfuerzo terapéutico que hoy parece necesitar, puede ser exitoso de mantener esa misma calidad de vida, o un nivel aceptable de esta.

Es importante conocer si hubo **manifestaciones previas** de voluntad, en términos de haberse planteado el paciente si quería ser reanimado, conectado a un ventilador, dializado, y otras medidas extraordinarias. Muchas personas han discutido esto con sus familias, y es importante conocer estos deseos. En relación al contexto, es importante establecer una alianza con la familia, para que comprendan la gravedad

del paciente; su pronóstico y expectativas de respuesta. Contestar sus preguntas, y facilitar el apoyo y cercanía, con las limitaciones que un virus de alta contagiosidad nos impone.

Guardar la confidencialidad y privacidad será crucial. En pos de la salud pública, se trata de casos que deben informarse a la autoridad sanitaria; el perfil de los pacientes, sus contactos, sus viajes recientes; todo forma parte de la esfera privada, que hoy se nos pide violar, para proteger el bien común. Pero sin discriminar, ni estigmatizar.

“Adecuación del Esfuerzo Terapéutico”

Que esta pandemia afecte a los adultos mayores, es un desafío mayor. Ellos son más frágiles, tienen más enfermedades crónicas y son socialmente más vulnerables; muchos ya sufren de aislamiento social, por patologías mentales, déficits sensoriales, pobreza y soledad. Algunos ya sufrían de la discriminación en salud, “el ageismo”, que por su sola edad, los margina de acceso a cuidados críticos, intervenciones quirúrgicas, investigación clínica. Se debe integrar a geriatras, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales y fonoaudiólogos. Todas estas especialidades, tienen la mirada de rehabilitación, de soporte, que debe permear nuestras Unidades de Paciente Crítico.

Tomar la decisión de asignar recursos a un paciente, y no a otro, será más fácil si se toma conjuntamente con otros profesionales. También si se explicitan los valores involucrados, y se registra en la ficha clínica que fue una decisión razonable, razonada y consensuada. Se debe mantener a la familia al tanto de esta decisión, y manejar adecuadamente sus expectativas. Si en un caso dado, se adecúa – o limita el esfuerzo terapéutico - se trata de una decisión médica; y, por lo tanto, no es necesario que los familiares firmen ningún documento. Esto, no da confianza. Todo lo contrario, puede transmitirles sensación de culpa o miedo. Tal como las familias no podrán exigir a los equipos de salud esfuerzos inútiles o terapias inadecuadas; con mayor razón, no tienen por qué aprobar una decisión que nosotros tomamos.

En nuestra Ley de Derechos y Deberes de los

Pacientes está estipulada la limitación del esfuerzo terapéutico. Hoy se prefiere hablar de “adecuación del esfuerzo terapéutico”, para hacer hincapié en que no hay abandono. No se niega el cuidado, ni el confort, ni el alivio del sufrimiento. Eso, que parte de los Fines de la Medicina (1), es -volviendo al principio- nuestro valor rector.

Bibliografía

“Stand on Guard for Thee: Ethical Considerations in preparedness planning for pandemic influenza”. Nov 2005. University of Toronto, Joint Centre for Bioethics <https://bit.ly/2WZcaOV>

Declaración Asociación Médica Mundial sobre pandemia de gripe aviar. Oct 2018. 57ª Asamblea Sudáfrica. Enmendado 69ª Asamblea Islandia <https://bit.ly/3dQwjMU>

The goals of medicine: Setting new priorities. NY: The Hasting Center Report; 1996.

5. COMUNICACIÓN EFECTIVA EN LA PRÁCTICA MÉDICA PARA LA DESJUDICIALIZACIÓN

Por Dr. Roberto Verdugo Alarcón.

En teoría los médicos comprendemos que la comunicación es altamente relevante en la práctica clínica, pero nuestro desempeño es muy variable. A lo largo de pregrado abordamos explícitamente la comunicación y la relación médico paciente, pero son los estilos comunicacionales entre alumnos, profesores y pacientes donde se va cristalizando la forma de tratar a pacientes y colegas. Los pacientes de médicos más empáticos son más abiertos sobre sus Síntomas y temores, son más autónomos y participativos, adhieren más a las indicaciones (Larson, 2005) y recomiendan más a estos profesionales (Hojat, 2010). Por supuesto se sienten más satisfechos con médicos más cálidos (Henry, 2012) y empáticos (Hojat, 2010). Incluso hay evidencia a favor de que el cuidar los aspectos emocionales (Ej. Ser cálido, amistoso o tranquilizador) y cognitivos (Ej. Entregar un diagnóstico claro) disminuye del dolor y acelera la recuperación en algunos cuadros clínicos como la amigdalitis (Di Blasi, 2001). Por otra parte los médicos son más efectivos y disfrutan de mayor satisfacción profesional cuando son más empáticos con sus pacientes (Halpern, 2003; Larson, 2005). Una buena comunicación protege contra reclamos y demandas como lo sugiere el estudio de Levinson, 1997, al analizar grabaciones de atenciones de médicos de atención primaria. Los médicos no demandados presentaban las siguientes características:

Usaban más frases de orientación, educando al paciente sobre que esperar y el orden de la cita. Se reían y usaban más el humor.

Usaban más facilitadores como solicitar la opinión de los pacientes, chequear su comprensión y alentaban al paciente a hablar.

Usaban 3,3 minutos más en cada consulta (15 /18,3 min).

Incluso en el caso de demandas algunos pacientes desistirían de ellas si hubieran recibido explicaciones y disculpas, si se hubiera admitido el error, si se les hubiera escuchado y tratado

respetuosamente y hubieran sido honestos con ellos (Vincent, 1994). Paradójicamente al entrar en contacto con pacientes los alumnos de medicina reducen permanentemente su empatía (Hojat, 2009) lo que en si puede ser un factor de riesgo médico legal.

La aspiración de no cometer errores en la práctica clínica y no ser cuestionados por nuestros pacientes, colegas o peor aún por nosotros mismos se derrumba con el ejercicio profesional (Ver en www.ted.com Brian Goldman: Doctors make mistakes. Can we talk about that?). También podríamos pensar que los médicos demandados tienen una peor calidad técnica, pero no se ha encontrado ninguna diferencia con sus colegas no demandados (Entman, 1994). Más bien impresiona que el quiebre en la comunicación médico paciente y la insatisfacción del paciente son factores críticos a la hora de demandar (Levinson, 1994). Los problemas comunicacionales se relacionan con el 70% de las demandas (Beckman, 1994) y con el 50% de los reclamos (Moore, 2011). Al analizar demandas y reclamos se aprecia que los pacientes se sienten abandonados, creen que no se les entregó información adecuadamente y perciben que no fueron entendidos o fueron devaluados en su punto de vista (Beckman, 1994; Moore, 2011; Domino, 2014). Las opiniones de pacientes de médicos que históricamente han acumulado más demandas refieren haberse sentido ignorados, atendidos apresuradamente, en menos tiempo y haber recibido explicaciones inadecuadas (Hickson, 1994).

La fallas en la comunicación con los colegas y el resto del equipo médico están también a la base de demandas incluso en especialidades con poco contacto con pacientes (Berlin, 2010). Las opiniones de médicos y personal, parcialmente informadas pueden gatillar procesos judiciales.

A continuación proponemos las siguientes recomendaciones comunicacionales:

Preséntese. Salude y despídase del paciente y cada acompañante o familiar. El paciente no sabe necesariamente quién es Ud. ni su cargo. El saludar mirando a los ojos y dando la mano puede ser para muchos pacientes una prueba inicial de credibilidad y honestidad. Nuestras culturas originarias, de las que la mayoría de la

población es descendiente, saluda y se despide de cada uno de los asistentes a una reunión. No olvide que al menos el 50% de las demandas en salud son hechas por familiares del paciente. (FALMED, 2014)

Haga sentir cómodo al paciente en todo momento. Recuerde que el buen trato es una impresión subjetiva del paciente. Una sonrisa o una broma no coherente con el estado de ánimo del paciente puede ser interpretada como ironía o frialdad por parte del médico.

Deje que el paciente cuente su historia y escúchela. En medio de una crisis, como es una enfermedad, necesitamos ser escuchados para transitar más fácilmente desde un estado de fragilidad a uno más estable. En casos de emergencia puede que esto no sea posible, pero recuerde que después del episodio crítico ese paciente y su familia necesitan ser escuchados.

Pregúntele por lo que entiende y lo que desea. Pacientes y médicos podemos pensar muy distinto sobre la enfermedad, el enfermar y las formas de sanar. Tomar en cuenta estas diferencias nos ayudará a construir junto al paciente un plan de acción válido para ambas partes.

Verbalice la preocupación y solicitud del paciente. Reflejar brevemente lo que el paciente nos ofrece es una prueba de nuestra comprensión y respeto. A nivel relacional le estoy expresando que es acogido.

Hable clara y constructivamente en un lenguaje coherente con las creencias e instrucción del paciente. Gran parte de los conflictos médico legales se dan por falta de información o por resultados inesperados al tratamiento. Chequee la comprensión del paciente haciendo que repita lo que entendió. Muchos pacientes dicen que han entendido por vergüenza o para no incomodar.

Desarrolle su disposición a negociar. El modelo tradicional biomédico se espera que el paciente adhiera al tratamiento definido por el médico. La gran cantidad de nuevos modelos son reflejo de los cambios en nuestros usuarios. Cada vez más pacientes esperan compartir la toma de decisiones en una relación de reciprocidad con el médico. Negociar implica explorar los temas

y expectativas de ambas partes, clarificar el conflicto, identificar metas comunes, considerar opciones posibles y consecuencias respectivas, identificar y explicitar un plan de acción y acordar seguimiento.

No se burle ni rete al paciente. Burlarse del paciente o de algún miembro de su familia puede ser una estrategia para salir de un ambiente tenso o llevar la atención a otra parte. Lamentablemente esto ataca el vínculo médico paciente y puede ser la última acción que se haga con pacientes adolescentes o aquellos que no estén dispuestos a sentirse mal tratados. Retar al paciente puede ser útil para obtener un cambio de actitud a corto plazo, pero nos coloca en una posición de superioridad, autoritaria, paternalista e incluso de maltratador respecto del paciente lo que dificulta el desarrollo de su autonomía, la búsqueda de su salud desde su identidad y en algunos casos es directamente iatrogénico.

Construya con el paciente un plan de acción. Ayúdele a tomar el control. En los reclamos y demandas suele mostrarse lo vivo que está el modelo biomédico tradicional en nuestra población. Se espera del médico una total responsabilidad. En la relación con los pacientes podemos transitar hacia una relación de cooperación.

Detecte y maneje su enojo y molestia con pacientes y familiares. El agotamiento (burnout) puede manifestarse en rabia e irritabilidad. Tome las medidas necesarias, pedir ayuda puede ser muy sano.

Proponemos las siguientes recomendaciones a instituciones:

Acorde y agende tiempo mínimo necesario por cita. Ej 20 o 30 min. Es prácticamente imposible ser cordial y empático con el tiempo en contra.

Disponga de salas de entrevistas para pacientes hospitalizados y sus familiares. Los espacios de encuentro son fundamentales para expresar emociones. Muchos hospitales públicos tienen salas de reuniones en los sectores de hospitalizados que son usados como bodegas. Devuelva a esos espacios su función original y exija que nuevos proyectos cuenten con ellos.

Vele por el trato cordial hacia los usuarios y entre el personal. Haga reuniones periódicas en relación al trato y comunicación tanto entre funcionarios como hacia los usuarios. Incluya a las jefaturas y el personal administrativo (EJ SOME). Analice los reclamos. Gran parte de los conflictos clínicos y humanos se evitarían al explicitarlos periódicamente.

Crear protocolos de comunicación. Estos pueden ser muy útiles en casos UCI, Pabellones y unidades con pacientes hospitalizados. Los familiares tienen que ser informados periódicamente. Pregúnteles qué saben y después complemente la información. En caso de múltiples familiares un representante principal puede ser útil, pero generalmente no es recomendable excluir al resto de los familiares. Recuerde que ellos están en una crisis.

BIBLIOGRAFÍA

- Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154(12), 1365–1370.
- Berlin, L. M. (2010). Failure of radiologic communication: An increasing cause of malpractice litigation and harm to patients. *Applied Radiology*, 39(1), 17.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., Kleijnen, J., Blasi, Z. Di, ... Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 357(9258), 757–762.
- Domino, J., McGovern, C., Chang, K. W. C., Carlozzi, N. E., & Yang, L. J. S. (2014). Lack of physician-patient communication as a key factor associated with malpractice litigation in neonatal brachial plexus palsy. *Journal of Neurosurgery. Pediatrics*, 13(2), 238–42.
- Entman, S. S., Glass, C. a, Hickson, G. B., Githens, P. B., Whetten-Goldstein, K., & Sloan, F. a. (1994). The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric care. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 272(20), 1588–91.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine*, 18, 670–674.
- Henry, S. G., Fuhrel-Forbis, A., Rogers, M. A. M., & Eggly, S. (2012). Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 86(3), 297–315.
- Hickson, G. B., & Jenkins, A. D. (2007). Identifying and addressing communication failures as a means of reducing unnecessary malpractice claims. *N C Med J*, 68(5), 362–364.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F., Wender, R., & Gonnella, J. S. (2010). Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *International Journal of Medical Education*, 1, 83–87.
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J., et al. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(9), 1182-91.
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*, 293(9), 1100–1106.
- Levinson, W. (1994). Physician-Patient Communication. A key to malpractice prevention. *JAMA*, 272(20), 1619-1620.
- Levinson, W., Roter, D., Mullooly, J., Dull, V., & Franckel, R. (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277(7), 553–559.
- Moore, P., Vargas, A., Núñez, S., & Macchiavello, S. (2011). Un estudio de reclamos hospitalarios: el rol de la relación médico-paciente. *Revista Médica de Chile*, 139(7), 880–885.
- Vicent C., Young M., Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *The Lancet*. Vol 343, June 25. 1994. 1609 -1613.

6. INSTRUCCIONES ANTE AMENAZAS O AGRESIONES

Recordar siempre que la agresión es una escalada de violencia que generalmente empieza con una agresión verbal y termina en una agresión física.

A. EN CASO DE AGRESIÓN VERBAL:

1. No contestar la agresión.
2. Retirarse del lugar.
3. Activar timbre de emergencia.
4. Informar a Seguridad del Hospital.
5. Informar al Jefe de Servicio o de Unidad para que concurra al lugar.
6. Reportar la agresión verbal como accidente laboral en documento ad - hoc (Ley N°16.744).
7. Eventualmente informar a Carabineros de Chile o a la fuerza pública.

B: EN CASO DE INTENTO O DE AGRESIÓN FÍSICA EFECTIVA:

b.i Si el agresor es pariente de algún paciente

1. No contestar la agresión.
2. Retirarse del lugar.
3. Activar timbre de emergencia.
4. Informar inmediatamente a Seguridad del Hospital.
5. Llamar a Carabineros de Chile, a la fuerza pública o llamar al 133.
6. Certificar lesiones sufridas y pedir que sean reportadas como accidente laboral (Ley N°16.744).
7. Confeccionar D.A.U. y evaluar eventual traslado a mutual o institución afín.
8. Hospitalizar al médico o funcionario agredido, calificándolo como C2.

9. Suspender la atención de pacientes hasta que se garantice la seguridad del personal.
10. Realizar relato de la agresión inmediatamente e incorporarlo al D.A.U. del funcionario y al libro de novedades.
11. Consignar nombre, RUT y domicilio de testigos de la agresión.
12. Contactar abogado del Hospital y a Falmed al 600 600 0525. Contactar al Director del Hospital.
13. Una vez hecho lo anterior, presentar denuncia o querrela con abogado del Hospital y Falmed.
14. Solicitar proceso administrativo.

b.ii Si el agresor es el paciente:

b.ii a) Si la agresión es secundaria a patología del paciente.

1. No contestar la agresión.
2. Tomar medidas de contención o aislamiento, previa indicación médica (Artículo 26 Ley N°20.584).
3. Certificar lesiones sufridas y pedir que sean reportadas como accidente laboral (Ley N°16.744).
4. Confeccionar D.A.U. del funcionario y evaluar eventual traslado a mutual o institución afín.
5. Informar al tratante o al Jefe de Turno.
6. Consignar el hecho en la ficha clínica del paciente.
7. No se hará denuncia ni querrela.

b.ii b) Si la agresión no es secundaria a patología del paciente

1. No contestar la agresión.
2. Retirarse del lugar.
3. Activar timbre de emergencia.
4. Avisar inmediatamente a Seguridad del Hospital.
5. Llamar a Carabineros de Chile, a la fuerza pública o al 133.

6. Informar al Jefe del Servicio para que este proceda a dar el alta disciplinaria (siempre que no ponga en riesgo la vida o salud del paciente (Artículo 35 Ley N°20.584).
7. Certificar lesiones sufridas y pedir que sean reportadas como accidente laboral (Ley N°16.744).
8. Confeccionar D.A.U. y evaluar eventual traslado a mutual o institución afín.
9. Hospitalizar al médico o funcionario agredido, calificándolo como C2.
10. Suspender la atención de pacientes hasta que se garantice la seguridad del personal.
11. Realizar relato de la agresión inmediatamente e incorporarlo al D.A.U. del funcionario y al libro de novedades.
12. Consignar nombre, RUT y domicilio de testigos de la agresión.
13. Contactar abogado del Hospital y a Falmed al 600 600 0525
14. Contactar al Director del Hospital.
15. Una vez hecho lo anterior, presentar denuncia o querrela con abogado del Hospital y Falmed.
16. Solicitar proceso administrativo.

7. LEY 21.188.- PROTEGE A LOS PROFESIONALES O FUNCIONARIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (...)

El 13 de diciembre de 2019 fue publicada la Ley N° 21188 que modifica el Código Penal y la Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Salud, a fin proteger a los profesionales y funcionarios de los establecimientos de salud (y a los profesionales y funcionarios de establecimientos educacionales). La entrada en vigencia de esta norma coincide con el de su publicación, por lo que para todos los efectos legales es Ley vigente en todo el territorio de la República.

CÓDIGO PENAL

La Ley en primer término, incorpora dos nuevos artículos al Código Penal:

i) El artículo 297 bis, que establece que, en caso del delito de amenazas, si estas se hicieran en “contra de los profesionales y funcionarios de los establecimientos de salud, públicos o privados (...) al interior de sus dependencias o mientras estos se encontraren en el ejercicio de sus funciones o en razón, con motivo u ocasión de ellas, se impondrá el grado máximo o el maximun de las penas previstas en los dos artículos anteriores en sus respectivos casos”.

Es decir, aumenta la sanción al delito de amenazas, cuando estas sean hechas en contra de profesionales y funcionarios de la salud, indicando a los tribunales de justicia que deben siempre imponer el grado máximo de la pena.

ii) El artículo 401 bis, en el siguiente tenor: “Las lesiones inferidas a los profesionales y funcionarios de los establecimientos de salud, públicos o privados, (...) al interior de sus dependencias o mientras estos se encontraren en el ejercicio de sus funciones o en razón, con motivo u ocasión de ellas, serán sancionadas.

1. Con presidio mayor en sus grados mínimo a medio en los casos del número 1° del artículo 397.

2. Con presidio menor en su grado máximo en los casos del número 2° del artículo 397.

3. Con presidio menor en su grado medio en los casos del artículo 399.

4. Con presidio menor en su grado mínimo si las lesiones que se causaren fueren leves.

En los casos en que se maltratase corporalmente de manera relevante a las personas señaladas en el inciso anterior, la pena será de prisión en su grado máximo y multa de una a cuatro Unidades Tributarias Mensuales”...

Nuevamente, el legislador aumenta la pena, es este caso para el delito de lesiones, cuando estas

sean inferidas a los funcionarios y profesionales de la salud.

En ambos casos, es importante señalar que la Ley se aplica en estos casos y con estas sanciones siempre y cuando los hechos ocurran al interior de las dependencias de salud, o si los funcionarios están realizando sus labores, de manera tal que si el profesional o funcionario se encuentra fuera de las hipótesis antes mencionadas, se aplica en su caso la Ley común o norma general no agravada.

CÓDIGO PROCESAL PENAL:

Por otra parte la Ley incorpora, una modificación al artículo 175 del Código Procesal Penal, agregando la letra f al referido artículo, imponiendo la obligación de denunciar los delitos a: “Los jefes de establecimientos de salud, públicos o privados, (...) respecto de los delitos perpetrados contra los profesionales y funcionarios de dichos establecimientos al interior de sus dependencias o mientras se encontraren en el ejercicio de sus funciones o en razón, con motivo u ocasión de ellas.”.

LEY DE DERECHOS Y DEBERES

Finalmente y en lo atinente, modifica la Ley N° 20.584 sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, agregando los siguientes incisos cuarto y quinto al artículo 35 de la citada norma:

i) En el artículo 35, agrega dos incisos, en donde se otorga a las autoridades del establecimiento la facultad de: “requerir a quien corresponda los medios de seguridad adecuados para asegurar el normal desenvolvimiento de las actividades desarrolladas en ésta, impidiendo el acceso de la o las personas que porten armas o artefactos incendiarios. Para estos efectos, en cada uno de los accesos podrá disponer dispositivos de detección de metales o arcos detector de metales. Asimismo, la autoridad del establecimiento podrá requerir el auxilio de la fuerza pública en caso de indicios graves que permitan presumir respecto de una o más de las personas que se encuentran en el establecimiento, que pudieran atentar contra la vida o la integridad de los miembros del

equipo de salud, y con la finalidad de restaurar el normal desenvolvimiento de las actividades desarrolladas en éste.”

Concretamente entrega facultades especiales de control de ingreso a las autoridades nosocomiales para resguardar la integridad de los funcionarios y profesionales.

ii) Incorpora además el Artículo 35 bis que establece lo siguiente: “Los integrantes del equipo de salud y los trabajadores de los establecimientos de salud de prestadores institucionales que, con motivo del desempeño de funciones clínicas, técnicas o administrativas, fueren objeto de atentados a su integridad física o psicológica u objeto de tratos vejatorios, degradantes o maltratos por parte de pacientes, usuarios o cualquier persona ajena al establecimiento, podrán exigir, mediante una solicitud escrita dirigida a la autoridad del establecimiento, que dicho prestador les proporcione los mecanismos de defensa jurídica adecuados para el ejercicio de las acciones civiles y penales correspondientes. Respecto de los funcionarios de los establecimientos que conforman la red asistencial de los servicios de salud, se aplicará lo dispuesto en el artículo 90 del decreto con fuerza de Ley N°29, de 2004 del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.834, sobre Estatuto Administrativo.”.

De este modo, se busca que los funcionarios de la salud sientan mayor seguridad en su quehacer, que las prestaciones de salud se otorguen bajo un clima de total seguridad y resguardo de la integridad física y psíquica de quienes concurren a los establecimientos de salud, y como contrapartida, que los potenciales agresores sepan de antemano que sus acciones no quedarán impunes, favoreciendo un ambiente idóneo para la atención de la salud, que beneficia tanto al personal que labora en ella como a sus usuarios. Finalmente, se hace presente que estas modificaciones serán exigibles una vez que se promulgue y publique en el Diario Oficial el texto definitivo de la Ley, o en la fecha que ella misma señale.

3. REQUERIMIENTOS ADMINISTRATIVOS ANTE AGRESIONES

A. NORMATIVA ADMINISTRATIVA APLICABLE

1.- Ley 20.584, Sobre Derechos y Deberes de las Persona en Salud

Artículo 26.- El empleo extraordinario de las medidas de aislamiento o contención física y farmacológica deberá llevarse a cabo con pleno respeto a la dignidad de la persona objeto de tales medidas, las cuales solo podrán aplicarse en los casos en que concurra indicación terapéutica acreditada por un médico, que no exista otra alternativa menos restrictiva y que la necesidad de su aplicación fuere proporcional en relación a la conducta gravemente perturbadora o agresiva.(...)

Artículo 35.- Todas las personas que ingresen a los establecimientos de salud deberán cuidar las instalaciones y equipamiento que el prestador mantiene a disposición para los fines de atención, respondiendo de los perjuicios según las reglas generales.

Las personas deberán tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean estos profesionales, técnicos o administrativos. Igual obligación corresponde a los familiares, representantes. Legales y otras personas que los acompañen o visiten.

El trato irrespetuoso o los actos de violencia verbal o física en contra de los integrantes del equipo de salud, de las demás personas atendidas o de otras personas, dará derecho a la autoridad del establecimiento para requerir, cuando la situación lo amerite, la presencia de la fuerza pública para restringir el acceso al establecimiento de quienes afecten el normal desenvolvimiento de las actividades en él desarrolladas, sin perjuicio del derecho a perseguir las responsabilidades civiles o penales que correspondan. También podrá ordenar el alta disciplinaria del paciente que incurra en maltrato o en actos de violencia, siempre que ello no ponga en riesgo su vida o su salud.

La autoridad del establecimiento podrá requerir a quien corresponda los medios de seguridad adecuados para asegurar el normal desenvolvimiento de las actividades

desarrolladas en ésta, impidiendo el acceso de la o las personas que porten armas o artefactos incendiarios. Para estos efectos, en cada uno de los accesos podrá disponer dispositivos de detección de metales o arcos detector de metales. Asimismo, la autoridad del establecimiento podrá requerir el auxilio de la fuerza pública en caso de indicios graves que permitan presumir respecto de una o más de las personas que se encuentran en el establecimiento, que pudieran atentar contra la vida o la integridad de los miembros del equipo de salud, y con la finalidad de restaurar el normal desenvolvimiento de las actividades desarrolladas.

Si el tribunal decreta una medida cautelar que impide el acceso del imputado al establecimiento de salud, no se considerará que aquel incurre en quebrantamiento de la misma si ingresa a este cuando exista un peligro grave para su vida o salud. Una vez, que dicho peligro grave deje de existir, el imputado deberá ser trasladado inmediatamente a otro establecimiento de salud, si corresponde. La autoridad del establecimiento levantará un acta de todo lo obrado, la que deberá remitir en el más breve plazo al Ministerio Público.

2.- Trasparentar categorización con los Pacientes.

3.- Trasparentar implementación de personal médico y sanitario.

4.- Priorizar los servicios de urgencia hacia la efectiva actividad asistencial de apremio sanitario, vía medidas administrativas tales como:

- Realización de alcoholemias en otros recintos.
- Constatación de lesiones en otros recintos.

5.- Implementar puertas de cierre automático.

6.- Contratar personal de seguridad efectivo y eficaz.

7.- Implementar botones de pánico ad-hoc o en subsidio uso de botones de paro para el efecto.

8.- Exigir personal de carabineros de guardia.

8. DERIVACIÓN DE PACIENTES

I. El traslado de un paciente es un acto médico, que como tal debe siempre estar sujeto al criterio profesional de la Lex Artis, siendo el bienestar del paciente el fin primero y último de dicho procedimiento.

II. En el traslado de un paciente intervienen al menos 3 estamentos de la atención sanitaria, cuya coordinación es vital para el éxito de dicha gestión. Los estamentos involucrados son el centro derivador, el equipo de transporte y el centro receptor.

III. La coordinación y conocimiento previo de todos los involucrados es fundamental para un traslado correcto.

IV. La comunicación eficaz con el paciente (y/o pariente) tanto antes como durante y después del traslado es vital para que este se realice de manera efectiva.

V. Es recomendable que los médicos conozcan y participen en la elaboración de los respectivos protocolos de traslado. En caso que no existan dichos protocolos, se sugiere solicitar su confección y la elaboración de eventuales check list de transporte, implementación del mismo, en lo técnico y en lo humano.

DURANTE LA DERIVACIÓN:

1. Conozca previamente y domine las normas de traslado de su recinto hospitalario tanto como centro derivador como en calidad de centro receptor.
2. Recuerde que la prioridad es el bienestar del enfermo. Las variables financieras, previsionales o de otra naturaleza deben estar supeditadas al interés superior de su paciente.
3. Pondere de manera exhaustiva la ecuación entre el riesgo que incluye el traslado y el riesgo de actuar sobre el paciente en el recinto. Evalúe y compare la complejidad del recinto clínico versus el procedimiento a realizar. Asegúrese de trasladar a tiempo. Calcule siempre la posibilidad de estabilizar y diferir el traslado versus los riesgos de no trasladar.

4. Explique al propio paciente y/o a sus parientes en términos entendibles por aquellos, las razones que motivan el traslado. Despeje dudas. Mantenga la empatía con el paciente, acompañantes, colegas y resto del equipo.

5. Solicite consentimiento informado para traslado. Asegúrese que la información de la historia clínica esté disponible, completa y clara para quien recibe.

6. Comuníquese siempre y previamente con el colega que recibirá al paciente.

7. Recuerde que su responsabilidad se prolonga hasta la debida recepción del paciente por el médico y el centro que lo receptorá.

8. Considere las mejores condiciones disponibles y el medio de transporte adecuado para realizar el traslado.

9. Consigne en la ficha clínica el estado en el que se encuentra al momento de enviar/recibir al paciente.

10. Active el protocolo de traslado, deje constancia de cada una de sus acciones, colabore en la celeridad del proceso.

DURANTE EL TRASLADO:

1. Realice las gestiones y acciones necesarias para que el traslado se produzca con el menor riesgo posible, estabilizando al paciente, monitoreando constantemente sus signos, verificando la complejidad de la ambulancia, etc.
2. Mantenga contacto con el encargado del transporte del paciente.
3. Informe al médico-centro receptor la hora del traslado y las condiciones del paciente.
4. Asegúrese que la información clínica del paciente es remitida junto al propio paciente en el traslado.

DURANTE LA RECEPCIÓN:

1. Una vez recibida la información que le será trasladado un paciente, adopte todas las medidas pertinentes para su adecuada recepción (Cama, requerimientos de oxígeno, etc.).
2. Comuníquese con el colega que envía al paciente, aclare sus dudas y criterios de tratamiento.
3. De ser posible, mantenga comunicación con el encargado del transporte del paciente.
4. Una vez recepcionado el paciente sea cauto en el manejo de información. Evite comentarios indebidos frente a los parientes, acompañantes y otros miembros del equipo de salud.
5. En caso de dudas sobre los tratamientos indicados o criterios de traslado, consulte personal y privadamente con el médico que indicó el traslado. Jamás desestime públicamente las decisiones tomadas.

9. ¿EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS LA POLICÍA PUEDE TOMAR DETENIDO A UN MÉDICO?

Por: Departamento Jurídico FALMED

Si bien son hechos de baja recurrencia, su evento genera gran impacto en la comunidad hospitalaria y capta inmediatamente la atención de los medios de comunicación. La detención de un médico por parte de Carabineros a su vez formula grandes dudas entre los facultativos respecto de las atribuciones que tiene la autoridad policial para efectuar la detención de un facultativo.

El Departamento Jurídico pone a disposición un completo informe que permite comprender las siete circunstancias en que un hecho de estas características puede ocurrir. Sin duda la recomendación básica es contactar al abogado de Falmed mediante 600 600 0525 y no olvidar que tiene derecho a guardar silencio.

1. DETENCIÓN EN CASO DE COMISIÓN DE DELITO FLAGRANTE

Esta norma no solo permite sino que ordena a cualquier policía a detener a cualquier médico que se encuentre cometiendo un delito en cualquier recinto sanitario o cualquier otro lugar, lo que queda a la apreciación del funcionario policial, sin perjuicio de las responsabilidades.

Carabineros ha interpretado que esta norma se aplica al cuasidelito de negligencia médica (art. 491 inciso 1° del Código Penal) lo que no parece ajustado a Derecho, debido a que este ilícito contiene elementos que no pueden apreciarse por los sentidos simplemente.

ARTÍCULO 129, INCISO 2° DEL CÓDIGO PROCESAL PENAL

“Los agentes policiales estarán obligados a detener a quienes sorprendieren in fraganti en la comisión de un delito”.

2. DETENCIÓN POR FALTA DE AUXILIO A LA AUTORIDAD

Esta norma ha sido aplicada por la Policía, la Fiscalía del Ministerio Público y los Tribunales cuando los médicos de hospitales públicos o consultorios municipales no colaboran con los procedimientos policiales o judiciales que implican actos médicos, como la constatación de lesiones (la policía tiene 24 hrs. desde la detención para llevar al imputado ante el juez, art. 131 CPP), realización de peritajes o la suspensión del procedimiento y la aplicación de medidas de seguridad en el caso de enajenados mentales, como sicópatas, esquizofrénicos, alcohólicos crónicos, etc. (arts. 455 y siguientes del CPP).

ART. 253 INC. 1° DEL CP

“El empleado público del orden civil o militar que requerido por autoridad competente, no prestare, en el ejercicio de su ministerio, la debida cooperación para la administración de justicia u otro servicio público, será penado con suspensión del empleo en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales”.

3. DETENCIÓN POR DELITO DE “DESACATO” O DESOBEDIENCIA GRAVE AL JUEZ

Los propios Tribunales han resuelto que la desobediencia es grave cuando se refiere a una orden judicial prohibitiva (“quebrantar lo ordenado cumplir”), con la finalidad de desprestigiar la autoridad de los Tribunales de Justicia, sin perjuicio que existan otras formas legales de sanción a la desobediencia, como el arresto y las multas.

ART. 240 DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL

“Cumplida una resolución, el tribunal tendrá facultad para decretar las medidas tendientes a dejar sin efecto todo lo que se haga en contravención a lo ejecutado.

El que quebrante lo ordenado cumplir será sancionado con reclusión menor en su grado medio a máximo”. (De un año y medio a cinco años de cárcel).

4. DETENCIÓN POR OBSTRUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

Se consuma con la presentación ante el Ministerio Público, a sabiendas, por parte de algún testigo o perito - la doctrina y la jurisprudencia estiman que este delito no es aplicable al propio imputado - de prueba falsa (declaración o presentación de documentos, ficha médica, por ej.) en una investigación criminal en curso, que tenga la aptitud para provocar una obstrucción grave en el esclarecimiento de un hecho punible o la determinación de sus responsables. Puede bastar la sola mentira para que el Ministerio Público formalice (procese) por este delito.

ART. 269 BIS INC. 1º DEL CP, EX OBSTRUCCIÓN A LA JUSTICIA

“El que, a sabiendas, obstaculice gravemente el esclarecimiento de un hecho punible o la determinación de sus responsables, mediante la aportación de antecedentes falsos que condujeran al Ministerio Público a realizar u omitir actuaciones de la investigación, será sancionado con la pena de presidio menor en su grado mínimo y multa de dos a doce unidades tributarias mensuales”. (De dos meses a un año y medio de cárcel).

5. DETENCIÓN POR EL DELITO DE EJERCICIO ILEGAL DE LA PROFESIÓN MÉDICA (ART. 313 A) DEL CP

Se pena al que engaña al paciente haciéndole creer que es médico, cuando no está titulado.

Los médicos que hayan obtenido su título en el extranjero y deseen ejercer la profesión en Chile, deben solicitar el reconocimiento de su título, la revalidación del mismo, o la autorización respectiva del Secretario Regional Ministerial (SEREMI) de Salud, esta última, solo para ejercer en el sector público, incluso sin el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM), por lo menos durante un tiempo determinado; de lo contrario podría estar cometiendo el ilícito de ejercicio ilegal de la profesión.

“El que, careciendo de título profesional competente o de la autorización legalmente exigible para el ejercicio profesional, ejerciere actos propios de la respectiva profesión de médico-cirujano, dentista, químico-farmacéutico, bioquímico u otra de características análogas, relativas a la ciencia y arte de prevenir y curar las enfermedades del cuerpo humano, aunque sea a título gratuito, será penado con presidio menor en grado medio y multa de seis a veinte unidades tributarias mensuales.”(De un año y medio a tres años de cárcel).

Para estos efectos se entenderá que ejercen actos propios de dichas profesiones:

- 1º El que se atribuya la respectiva calidad;
- 2º El que ofrezca tales servicios públicamente por cualquier medio de propaganda o publicidad;
- 3º El que habitualmente realizare diagnósticos, prescribiere tratamientos o llevare a cabo operaciones o intervenciones curativas de aquellas cuya ejecución exige los conocimientos o las técnicas propios de tales profesiones.

Las disposiciones de este artículo no se aplicarán en ningún caso a quienes prestaren auxilio cuando no fuere posible obtener oportuna atención profesional.

En las mismas penas incurrirá el que prestare su nombre para amparar el ejercicio profesional de un tercero no autorizado para el mismo.”

6. CITACIONES

Si son por escrito y “bajo apercibimiento de arresto o detención” son obligatorias y el médico puede ser arrestado o detenido si es que no concurre ante el Fiscal o el Juez.

Si no tienen estas características, son meras solicitudes de colaboración con una investigación policial en curso, y es plenamente voluntario para el facultativo concurrir al llamado policial o no.

En todo caso es pertinente y necesario una vez recibida cualquier citación contactar inmediatamente al abogado FALMED antes de concurrir a cualquier citación.

7. OTRAS SITUACIONES: MÉDICOS EXTRANJEROS.

Durante una investigación criminal por supuesta negligencia médica u otro ilícito pudiera develarse alguna supuesta infracción a la “Ley de Extranjería” (Decreto Ley 1094 del Ministerio del Interior, 1975), lo que eventualmente podría generar detenciones en caso de “rebeldía” del médico.

10. SERVICIOS MÉDICOS Y LIBRE COMPETENCIA, ¿RIESGO AJENO AL EJERCICIO MÉDICO?

Autora: Magdalena Méndez, Unidad de Defensa Medicina Privada (UDMP)

INTRODUCCIÓN

Cada día es más reconocido por la opinión pública el concepto de “libre competencia”, como un bien jurídico que debe ser protegido. Es así que los casos de colusión de las Farmacias, por precio de los medicamentos y el caso de CMPC, en el mercado del papel tissue, dejaron en la retina de la ciudadanía que determinadas prácticas, como la colusión y los abusos de posición dominante, atentan contra la libre competencia y por tanto, están prohibidas.

¿Qué se entiende por libre competencia?

La libre competencia en un sentido jurídico implica que los competidores ante el derecho son iguales. Así, se puede definir como: El derecho de todas las personas y empresas a participar con eficiencia y en igualdad de condiciones en las actividades económicas del país, logrando así ofrecer productos y servicios, con la mejor combinación de precio y calidad, maximizando el bienestar de los consumidores y con ello, de la sociedad en general.

¿Por qué es importante la libre competencia?

Porque impulsa la economía y afecta directamente el bienestar de las personas y en definitiva en la estabilidad económica del país. Así, el caer en conductas que atenten contra la libre competencia, no es privativo de las grandes empresas, sino que depende exclusivamente del mercado de que se trata, el rol de los agentes económicos y el grado de influencia que estos ejercen dentro del mercado en que participan. En este sentido, los médicos están expuestos a cometer conductas anticompetitivas, por lo que el presente trabajo busca informar al médico sobre la normativa legal, con el fin que este pueda detectar situaciones de riesgo, evitando las gravosas sanciones a las cuales se arriesgan.

2.- ¿Cuáles son las conductas que se deben evitar? Podemos agruparlas en las siguientes:

1.- Prácticas de Colusión:

1.1 -Carteles.

1.2 -Operaciones de concentración.

1.3-Contratos celebrados entre empresas situadas en distinto nivel del eje vertical.

1.4 -Boicot.

2.-Prácticas abusivas o abuso de posición dominante.

3.-Prácticas predatorias o competencia desleal.

4.-Participación simultaneas en empresas competidoras.

El Decreto Ley 211, que fija las normas para la defensa de la Libre Competencia, señala

como conductas atentatorias contra la libre competencia, las siguientes:

Art. 3 “El que ejecutare o celebre individual o colectivamente cualquier hecho, acto o convención que impida, restrinja o entorpezca la libre competencia, o que tienda a producir dichos efectos, será sancionado con las medidas señaladas en el art.26 de la presente ley, sin perjuicio de las medidas preventivas, correctivas o prohibitivas que respecto de dichos hechos, actos o convenciones pueden disponerse en cada caso.

Se considerarán, entre otros, como hechos, actos o convenciones que impiden, restringen o entorpecen la libre competencia o que tienden a producir dichos efectos, los siguientes:

a) “Los acuerdos o prácticas concertadas que involucren a competidores entre sí, y que consistan en fijar precios de venta o de compra, limitar la producción, asignarse zonas o cuotas de mercado o afectar el resultado de procesos de licitación, así como los acuerdos o prácticas concertadas que, confiriéndoles poder de mercado a los competidores, consistan en determinar condiciones de comercialización o excluir a actuales o potenciales competidores.”

b) La explotación abusiva por parte de un agente económico, o un conjunto de ellos, de una posición dominante en el mercado, fijando precios de compra o de venta, imponiendo a una venta la de otro producto, asignando zonas o cuotas de mercado o imponiendo a otros abusos semejantes.

c) Las prácticas predatorias, o de competencia desleal, realizadas con el objeto de alcanzar, mantener o incrementar una posición dominante.

d) La participación simultánea de una persona en cargos ejecutivos relevantes o de director en dos o más empresas competidoras entre sí, siempre que el grupo empresarial al que pertenezca cada una de las referidas empresas tenga ingresos anuales por ventas, servicios y otras actividades del giro que excedan las 100.000 UF en el último año calendario. Con todo, solo se materializará esta infracción si trascurridos 90 días corridos, contados desde el término del año calendario en que fue superado el referido umbral, se mantuviere la participación simultánea en tales cargos.

Las conductas descritas en las 3 primeras letras, son las que podría incurrir un médico en el ejercicio de su profesión. En las investigaciones actuales llevadas por la Fiscalía Nacional Económica, en adelante “FNE”, y de las cuales tenemos conocimiento, las conductas imputadas a los médicos investigados, se han encuadrado particularmente en la descrita en la letra a, esto es, el acuerdo o prácticas concertadas de competidores, para fijar precios o limitar el ingreso de otros competidores.

3.-Situación particular de las asociaciones gremiales:

Lo primero que cabe señalar, es que por su naturaleza -agrupan un sector particular del mercado- son más propensas a generar las instancias, para que competidores puedan compartir información que puede afectar negativamente al mercado. Es por ello, que la propia FNE, ha dictado una guía de recomendación, en la cual se indican qué situaciones deben ser evitadas.

Ahora bien, es también importante dejar en claro, que el hecho que la asociación de profesionales, utilice otro ropaje jurídico, como por ejemplo, una Sociedad comercial o actúe como persona natural, no evita que se puedan incurrir en estas malas prácticas.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), tal como lo recoge la guía de promoción elaborada por la FNE, señala que:

“Las asociaciones gremiales están por su propia naturaleza, expuestas a los riesgos de cometer ilícitos anticompetitivos, a pesar de que tienen muchos aspectos pro competitivos. La participación en actividades de una asociación gremial o profesional entrega una amplia gama de oportunidades para que empresas que están en la misma línea de negocios se reúnan periódicamente y discutan sobre asuntos comerciales de interés común. Tales reuniones y conversaciones, aun cuando se den en el marco del cumplimiento legítimo de sus objetivos de la asociación, dan espacio a la reunión de competidores directos y les entrega oportunidades regulares para intercambiar sus impresiones sobre el mercado, lo cual los puede

fácilmente llevar a una coordinación ilegal. Las conversaciones casuales sobre precios, cantidades y futuras estrategias de negocio pueden llevar a acuerdos o entendimientos informales que claramente transgreden las disposiciones de libre competencia. Es por esta razón que las asociaciones y sus actividades están sujetas a un cuidadoso escrutinio por parte de las autoridades de competencia de todo el mundo”.

Es así, como las conductas que más riesgos generan, son las vinculadas a la coordinación y acuerdo entre los competidores. Así, la FNE ha señalado que la colaboración entre competidores, ya sea que conste o no en un acuerdo formal, dará lugar a una revisión por parte de esta, sobre los efectos que puede tener en el mercado y particularmente evaluará las siguientes circunstancias: a) la participación de mercado y posición de las partes involucradas en el acuerdo de colaboración; b) el grado de concentración en el mercado; c) la naturaleza del producto; d) las razones que promovieron dicho acuerdo; e) los efectos actuales y potenciales en los mercados afectados, incluyendo, por cierto las posibles barreras de entrada, así como el tiempo y suficiencia para que la eventual entrada discipline el mercado.

Otra conducta que genera riesgos, es el intercambio de información, ya que dependiendo de su naturaleza, podría tener consecuencias negativas en el mercado. Para la FNE, información relevante es toda aquella información estratégica de una empresa que, de ser conocida por un competidor, influiría en sus decisiones de comportamiento en el mercado. Por ejemplo, el conocer el precio que determinado competidor cobra por una prestación, o el porcentaje en que se está negociando aumentar por esa prestación, podría generar una coordinación implícita con otro competidor, impidiendo que el mercado actúe y perjudicando con ello a los destinatarios de los servicios, quienes verán incrementado los valores de las prestaciones. Otro tipo de información relevante, además de las políticas de precios, es la participación en el mercado de los miembros de una industria, lista de clientes, políticas de descuentos, término y condiciones de pago. En mercados donde participan pocos

agentes económicos, como podría ser el caso de una determinada especialidad médica que presta servicios en una zona lejana del país, resulta muy fácil que el intercambio de información relevante ocurra, sin que ni siquiera se perciba por los agentes que están incurriendo en prácticas anticompetitivas susceptibles de ser sancionadas.

Caso AG de Cirujanos de la V Región:

Es un hecho público, que la asociación gremial de cirujanos de la V región y sus 111 médicos asociados, fueron investigados y requeridos ante el TDLC, ya que a juicio de la FNE, tal como se indica en las bases de acuerdo conciliatorio Rol 353-18, habrían acordado actuar de forma conjunta en el mercado de servicios profesionales otorgados por médicos especialistas en cirugía y sus respectivas subespecialidades, que son solicitados por usuarios del sistema privado de salud en la V región de Chile, mediante la fijación e implementación de aranceles de las prestaciones médicas de consulta y procedimientos quirúrgicos de su especialidad. Afirma la requirente (FNE) que la AGC por su parte, habría operado como un instrumento de centralización y coordinación de la voluntad de sus asociados y, además, habría implementado y ejecutado la conducta mediante la suscripción de convenios con instituciones de salud previsual (...). Mediante el acuerdo de conciliación, la AGC reconoció una serie de conductas que habían sido imputadas por la FNE y se le impuso tanto a la AGC como a los médicos requeridos, el pago solidario de una multa a beneficio fiscal de 600 UTA, entre otras sanciones y medidas.

4.- Sanciones.

Antes de revisar el procedimiento a que se podría ver sometido un investigado nos resulta relevante revisar las sanciones, las que podemos agrupar en 3 tipos, aquellas de tipo correctiva, penal e indemnizatorias, pudiendo aplicarse estas últimas de forma adicional a las señaladas en el artículo 26 del DL 211.

4.1 Sanciones, según el art. 26 del DL 211: En caso de existir requerimiento, el TDLC podrá en la sentencia definitiva, adoptar las siguientes medidas:

a) Modificar o poner término a los actos, contratos, convenios, sistemas o acuerdos que sean contrarios a las disposiciones de la presente ley;

b) Ordenar la modificación o disolución de las sociedades, corporaciones y demás personas jurídicas de derecho privado que hubieren intervenido en los actos, contratos, convenios, sistemas o acuerdos a que se refiere la letra anterior;

c) Aplicar multas a beneficio fiscal hasta por una suma equivalente al 30% de las ventas del infractor correspondientes a la línea de productos o servicios asociada a la infracción durante el período por el cual ésta se haya extendido o hasta el doble del beneficio económico reportado por la infracción. En el evento de que no sea posible determinar las ventas ni el beneficio económico obtenido por el infractor, el Tribunal podrá aplicar multas hasta por una suma equivalente a 60.000 UTA. Las multas podrán ser impuestas a la persona jurídica correspondiente, a sus directores, administradores y a toda persona que haya intervenido en la realización del acto respectivo. Las multas aplicadas a personas naturales no podrán pagarse por la persona jurídica en la que ejercieron funciones ni por los accionistas o socios de la misma. Asimismo, tampoco podrán ser pagadas por cualquiera otra entidad perteneciente al mismo grupo empresarial en los términos señalados por el artículo 96 de la ley N°18.045, de Mercado de Valores, ni por los accionistas o socios de estas. En el caso de las multas aplicadas a personas jurídicas, responderán solidariamente del pago de las mismas sus directores, administradores y aquellas personas que se hayan beneficiado del acto respectivo, siempre que hubieren participado en la realización del mismo.

Para la determinación de las multas se considerarán, entre otras, las siguientes circunstancias: el beneficio económico obtenido con motivo de la infracción, en caso que lo hubiese; la gravedad de la conducta, el efecto disuasivo, la calidad de reincidente por haber sido condenado previamente por infracciones anticompetitivas durante los últimos diez años, la capacidad económica del infractor y la colaboración que éste haya prestado a la Fiscalía antes o durante la investigación.

d) En el caso de las conductas previstas en la letra a) del artículo 3°, podrá imponer, además, la prohibición de contratar a cualquier título con órganos de la administración centralizada o descentralizada del Estado, con organismos autónomos o con instituciones, organismos, empresas o servicios en los que el Estado efectúe aportes, con el Congreso Nacional y el Poder Judicial, así como la prohibición de adjudicarse cualquier concesión otorgada por el Estado, hasta por el plazo de cinco años contado desde que la sentencia definitiva quede ejecutoriada.

La aplicación de estas sanciones, serán compatibles con aquellas de carácter penal establecidas en la presente ley y con la determinación de la indemnización de perjuicios que prevé el artículo 30, que trataremos a continuación.

4.2. Sanciones penales:

Según el artículo 62 del DL 211, el que celebre u ordene celebrar, ejecute u organice un acuerdo que involucre a dos o más competidores entre Si, para: fijar precios de venta o de compra de bienes o servicios en uno o más mercados; limitar su producción o provisión; dividir, asignar o repartir zonas o cuotas de mercado; o afectar el resultado de licitaciones realizadas por empresas públicas, privadas prestadoras de servicios públicos, u órganos públicos, será castigado con la pena de presidio menor en su grado máximo a presidio mayor en su grado mínimo, esto es de 3 años y un día a 10 años.

Para que exista sanción penal, es necesario que la FNE, interponga una querrela, la que es de su iniciativa exclusiva, y podrá presentarla una vez que la existencia de la "colusión", haya sido establecida por sentencia ejecutoriada del TDLC. Sin perjuicio de lo anterior, el Fiscal Nacional Económico deberá interponer querrela en aquellos casos en que se tratare de hechos que comprometieren gravemente la libre competencia en los mercados.

En cuanto al cumplimiento de las penas, será aplicable lo previsto en la ley N°18.216, que trata las penas sustitutivas a las penas privativas o restrictivas de libertad. Sin embargo, la ejecución de la respectiva pena sustitutiva quedará en suspenso **por un año**, tiempo

durante el cual el condenado **deberá cumplir en forma efectiva la pena privativa** de libertad a la que fuere sancionado.

En cuanto a la acción penal para la persecución del delito descrito en el artículo 62, prescribirá en el plazo de 10 años, contados desde que se encuentre ejecutoriada la sentencia definitiva pronunciada por el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia. Por otro lado, estarán exentas de responsabilidad penal por este delito, aquellas personas que primero hayan aportado a la Fiscalía Nacional Económica antecedentes, de conformidad al artículo 39 bis.

Asimismo, será castigado con inhabilidad absoluta temporal, en su grado máximo, para ejercer el cargo de director o gerente de una sociedad anónima abierta o sujeta a normas especiales. El cargo de director o gerente de empresas del Estado o en las que éste tenga participación, y el cargo de director o gerente de una asociación gremial o profesional.

4.3. Sanciones Indemnizatorias, artículo 30 del DL 211.

La indemnización de perjuicios comprenderá **todos los daños causados** durante el periodo en que se haya extendido la infracción.

La acción de indemnización de perjuicios a que haya lugar con motivo de la dictación por el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia de una sentencia definitiva ejecutoriada, se interpondrá ante ese mismo Tribunal y se tramitará de acuerdo al procedimiento sumario establecido en el Título XI.

5.- Procedimiento de investigación:

5.1 Inicio: Las investigaciones de la "FNE" se inician por denuncia o de oficio. En caso de denuncia se realiza un examen de admisibilidad que no puede exceder de 4 meses, pudiendo ser ampliado por resolución fundada. Iniciada la investigación, se dicta una resolución y se debe comunicar a los afectados del inicio de esta, salvo que la FNE haya solicitado al TDLC la reserva de la misma. En este último caso, la comunicación al afectado se realiza una vez que se alza esa reserva.

La comunicación del inicio de la investigación

se hace al afectado, informándole cuáles son los hechos que se estarían investigando, funcionario a cargo de la investigación, etc.

Es importante destacar, que dentro de las facultades más relevantes, la FNE puede en casos graves y calificados de investigaciones destinadas a acreditar conductas de las descritas en la letra a) del artículo 3º, solicitar, mediante petición fundada y con la aprobación previa del Tribunal de Defensa de la Libre Competencia, autorización al Ministro de la Corte de Apelaciones de Santiago que corresponda de acuerdo al turno, para que Carabineros o la Policía de Investigaciones, bajo la dirección del funcionario de la Fiscalía Nacional Económica que indique la solicitud, proceda a: 1) Entrar a recintos públicos o privados y, si fuere necesario, a allanar y descerrajar; 2) Registrar e incautar toda clase de objetos y documentos que permitan acreditar la existencia de la infracción; 3) Autorizar la interceptación de toda clase de comunicaciones, y 4) Ordenar a cualquier empresa que preste servicios de comunicaciones, que facilite copias y registros de las comunicaciones transmitidas o recibidas por ella.

5.2.-Duración de la investigación:

Las investigaciones deberán desarrollarse dentro de un "plazo razonable" de tramitación, atendiendo a una serie de circunstancias. Esto debe interpretarse en relación a los plazos de prescripción de las acciones, que según el art.20 inc. 3º del DL 211, prescriben en el plazo de 3 años, contados desde la ejecución de la conducta atentatoria de la libre competencia. Esta prescripción se interrumpe por requerimiento del FNE o demanda particular. Sin perjuicio de lo anterior, las acciones perseguidas **en la letra a del art. 3 del DL 211, prescribirán en el plazo de 5 años, y el cómputo de la prescripción no se iniciará mientras se mantengan en el mercado los efectos imputables a la conducta objeto de la acción.**

5.3. Término de la investigación:

Las investigaciones podrán terminar por:

- a. Presentar un requerimiento al TDLC, por infracciones al DL 211.

- b. Incoar una consulta o promover un asunto no contencioso ante el TDLC sobre hechos actos o contratos existentes o por celebrarse.
- c. Celebrar un acuerdo extrajudicial (entre el FNE y los agentes económicos involucrados en investigaciones, del cual deberá tomar conocimiento el TDLC) según lo dispuesto en el art39 letra ñ del DL 211.
- d. Resolver su archivo a través de una resolución de la FNE. El Fiscal podrá disponer su archivo, mediante resolución fundada y en determinados casos.

6.-Recomendaciones:

Habiendo revisado los aspectos fundamentales sobre “libre competencia” la primera recomendación- que es conocer e informarse sobre estas materias-se puede dar por cumplida. Resulta fundamental conocer las normas que regulan esta materia, para así poder detectar posibles riesgos y posteriormente corregirlos, ya que puede ser que competidores no tengan plena conciencia de las consecuencias que su conductas genera en el ordenamiento jurídico vigente.

La FNE, ha señalado que: “Hasta las más informales comunicaciones o conversaciones sobre precios, cantidades y calidades del bien o servicio ofrecido, o estrategias de negocios u otras variables competitivas, pueden ser susceptibles de facilitar acuerdos o prácticas concertadas u otros ilícitos anticompetitivos.”

Así, es relevante poner atención frente a la información relevante que se intercambia entre competidores, debiendo seguir las siguientes recomendaciones dadas por la FNE:

1.-Recopilar y/o mantener solo información de carácter histórico, sobre todo en materia de precios, ya que esta genera menos peligros para la competencia que la información actual o las posibles proyecciones.

2.-Difundir información de los asociados solo en forma agregada y para materias generales, sin permitir individualizar agentes, áreas geográficas específicas o líneas de productos o servicios determinados. Mientras más general sea la información, menos probable es que ésta

tenga o produzca fundida no deberá revelar ni sugerir datos de los asociados individualmente identificables o de transacciones específicas, pues mientras más detallada sea la información entregada, mayor será el grado de transparencia en el mercado.

3.-Recolección de información debiera ser voluntaria para los asociados o miembros.

4.-Externalizar la recolección y procesamiento de información, ya que con esto se contribuye a mantener el anonimato de los datos. Además, dicha recolección y su procesamiento debe realizarse bajo confidencialidad, cautelando su correcto manejo.

En cuanto a las recomendaciones de nuevos miembros a una AG., es importante que no se haga ninguna referencia a variables comerciales, como precios, cantidades, ni políticas comerciales, ya que estos deben ser determinados de forma independiente por cada agente o competidor. Por otro lado, la AG. debe aclarar expresamente a sus miembros que cualquier guía o recomendación sugerida es meramente informativa y referencial, por lo que su adopción es voluntaria y no se pueden considerar imposición de sanciones o acciones de ningún tipo a quienes no adopten las recomendaciones propuestas.

Luego de plantear los distintos escenarios a los que se puede ver expuesto el médico o cualquier otro agente económico, es fundamental que se puedan adoptar medidas para evitar prácticas anticompetitivas. Lo primero, **es conocer y prevenir**, para lo cual es fundamental la asesoría y capacitación en materia de libre competencia desde el primer momento en que se plantea la oportunidad de asociación. En los estatutos se recomienda que quede consignado cuáles serán los fines de la asociación y qué conductas están prohibidas o quedan fuera del ámbito de acción de la asociación. La segunda medida, es la de revisión periódica con el fin de detectar si determinadas acciones podrían ser eventualmente calificadas de anticompetitivas, sobre todo si consideramos que los mercados están sujetos a cambios, que podrían modificar el grado de relevancia que un competidor tiene, colocándolo en una posición dominante,

sin que este lo perciba, si los competidores son pocos. Finalmente, si derivado de las 2 recomendaciones, se detecta algún riesgo, es fundamental que el agente pueda **corregir** a la brevedad la conducta, adoptando medidas que eviten o mitiguen los efectos negativos, si es que estos ya se produjeron. Finalmente, les recomendamos en todo el proceso consultar con un profesional especialista en la materia.

11. INTERCULTURALIDAD EN SALUD: PROMOVRIENDO EL LIDERAZGO MÉDICO

*Autor: DEPARTAMENTO PRIMERAS NACIONES,
Colegio Médico de Chile*

INTRODUCCIÓN

Desde la década de 1990 empieza a aparecer la idea de “salud intercultural” para referirse a experiencias como la del Hospital de Maquehue, donde se estableció un modelo de gestión y de atención a partir de las necesidades y demandas que la propia población local fue capaz de visualizar y autogestionar. A fines de la misma década ya se hablaba de salud intercultural en los territorios donde la concentración de población de primeras naciones era notoria y donde era cada vez más necesario establecer comunicación entre el sistema médico chileno-occidental y el sistema médico de las primeras naciones de cada territorio.

Muchos establecimientos de salud han logrado conocer qué agentes de salud operan en sus jurisdicciones, qué prestaciones realizan a la comunidad y cómo han sido capaces de derivar a nuestro sistema aún sin esperar respuesta formal de nuestra parte, pues el propio paciente les relataba a posteriori que se le dijo y que se le hizo. Desde principios de este siglo el MINSAL viene enunciando cada año en sus manuales de programación que “ningún sistema médico es capaz por sí solo de satisfacer la totalidad de las demandas de salud de la población” y, adelantándose a la firma del convenio N° 169 de la OIT, realiza una serie de cambios incorporando facilitadores en los hospitales y

consultorios, figura que ya venía de la década pasada pero que se establece definitivamente en la red asistencial a principios de la década pasada y que probablemente ha sido la mayor contribución de Chile en materia de salud intercultural en Latinoamérica.

Desde entonces en algunos establecimientos ya se ha logrado formalizar referencia y contrarreferencia de un sistema al otro, partiendo de la premisa que es el paciente quien está al centro y no el propio sistema ni el profesional médico: todo lo que hagamos en beneficio del paciente vale la pena incorporarlo al proceso curativo con su consentimiento y sin abandonarlo. No ha sido un proceso fácil, pues ha implicado derribar muchas barreras, mecanismos defensivos que arrastramos desde nuestra formación médica, desde la educación básica y media, desde nuestros hogares y, por qué no decirlo, desde la fundación de nuestro país.

CULTURA E IDENTIDAD CULTURAL

Existen muchas definiciones de cultura y tal vez la que más nos pudiera servir para explicarnos mejor sea “complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. Se entiende como una entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización” (Park A. “Introducing Anthropology. An Integrated Approach”. Mayfield Publishing Company. California, 2000).

Es probable que nunca veamos un átomo, una célula sintetizar proteínas, un campo electromagnético, pero lo aceptamos como cierto porque nuestra cultura nos lo dice a través de expertos, eruditos y especialistas que son capaces de explicarnos cómo y por qué este conocimiento es efectivo y práctico: vemos sus consecuencias y las aprovechamos en nuestro beneficio.

Aquí entonces vale la pena establecer categoría, la cultura posee niveles como diría Foucault, quien reconocía al menos tres “niveles de

partición de la cultura”: real, imaginario y simbólico, dejando la puerta abierta para descubrir más de ellos. Otros al menos establecen consenso en dos, que serán materia de este párrafo: una dimensión abstracta que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje, lo que podría llamarse el mundo de la conceptualización, y una dimensión material que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas. Podemos establecer entonces que todo sistema cultural poseerá al menos estas dos dimensiones y si pensamos que todo sistema médico es un sistema cultural, concluiremos entonces que existe un modelo médico que conceptualiza y explica los procesos salud-enfermedad y vida-muerte y un sistema médico propiamente tal que se manifiesta en la realidad a través de la atención de salud, en el lenguaje médico, en las guías clínicas, en los flujos de derivación, en la estructura, tamaño y equipamiento de los box de atención, etc.

Por otro lado, el proceso de identidad cultural es una construcción personal y autodefinición de sentido en lo simbólico y en los usos y costumbres. Aunque distinto de los roles definidos y estructurados por las instituciones y organizaciones de la sociedad donde participa la persona, tiene a esta sociedad y cultura de escenario de fondo. Por ende cada persona posee una cultura individual engranada en una cultura colectiva mayor, con elementos comunes entre todos que refuerzan a diario en las relaciones, funciones específicas para cada uno, instituciones y procesos culturales como celebraciones, ceremonias, manifestaciones artísticas y/o religiosas.

Para que una atención de salud sea funcional (fluida, sin conflictos de marcos conceptuales ni dificultades prácticas) tanto agente de salud como usuario deben poseer la misma cultura, más aún con la presión de tiempo y rendimientos por hora. Una atención disfuncional entonces (conflictiva, con choques conceptuales, incómoda) ocurre cuando la cultura del agente de salud y la del usuario o paciente son distintas y estamos partiendo del supuesto erróneo de que todos entendemos lo mismo cuando intentamos comunicarnos.

Si tenemos una historia personal y colectiva diferente, una cultura diferente e incluso un idioma distinto, creencias o religión diferente, no podemos pretender que la misma fórmula funcionará porque si nada más, como arte de magia. Tarde o temprano uno de los dos se sentirá incomprendido, menoscabado y el fantasma de la desconfianza amenazará el fundamento y corazón de lo que hacemos: la relación médico-paciente.

DIVERSIDAD ÉTNICA EN CHILE

Si bien nuestro país se ha construido con la llegada de gran cantidad de inmigrantes de varias nacionalidades, cada cultura ha hecho una contribución a la cultura chilena-criolla y todos reconocemos una cultura chilena “promedio” de base, con matices más personales, familiares e incluso de colectivos algo mayores alrededor de una cultura ancestral contribuyente a la chilena y que denominamos colonias (italianos, alemanes, suizos, españoles, palestinos, judíos, franceses, entre muchos otros). Pero que ocurre con quienes no se autodefinen como chilenos, donde su identidad cultural no se ha construido alrededor del proyecto país que denominamos Chile, aún en el propio territorio de lo que creemos es Chile.

Existen en nuestro país nueve primeras naciones (quechua, aymara, colla, atacameña, diaguita, mapuche, kaweskar, yamana, rapa nui) que superan el millón seiscientos mil y donde la etnia mapuche alcanza el 85% de la población total (Casen 2013). Cada uno de ellos con demandas de salud específicas, incluso dentro de cada una y de acuerdo al territorio específico que habitan.

Por otro lado el departamento de extranjería nos informa que existen más de 500.000 extranjeros avecindados en Chile y que de manera más o menos constante demandan atención de salud para patologías que en sus países de origen enfrentan de manera distinta o derechamente no conocemos como hacerlo del todo: comen diferente, beben diferente, viven diferente y por ello se enferman diferente.

Si solo sumamos estos dos grandes grupos ya existen más de dos millones de personas

en nuestro país que no corresponden con ese “chileno promedio” en quien pensamos cuando programamos en salud, cuando planificamos o definimos estrategias, cuando destinamos los escasos recursos que nos llegan. Vale la pena preguntarnos si estas diferencias se reflejan en perfiles epidemiológicos distintos, en morbilidades diferentes, en mortalidades diferentes y si estamos dirigiendo nuestras energías y recursos en el sentido correcto para nuestra población objetivo.

ÉXITO EPIDEMIOLÓGICO V/S PERFILES DIFERENCIADOS

Para nadie es un misterio que Japón, Costa Rica y Chile poseen los mejores indicadores de salud del mundo, considerando registros creíbles por supuesto. A diferencia de los países más ricos, el nuestro invierte muchísimo menos y obtiene iguales o mejores resultados que los países de mayores ingresos y por regiones como Europa o Norteamérica. Estamos alcanzando una esperanza de vida que hoy es tema candente con el problema de las jubilaciones, nuestra mortalidad infantil es muy semejante a la de los países más ricos (7 x 1000 nacidos vivos) y, al igual que en el caso de ellos, se concentra cada vez más en aquellos lactantes prematuros y de bajo peso que requieren una infraestructura hospitalaria de alto costo y muy especializada. Es innegable el éxito epidemiológico de nuestro país, que ha servido de parámetro para señalar a nuestro país como “en vías de desarrollo”. Pero, siendo críticos con las estadísticas, en el mundo de los promedios si tu tienes dos autos y tu vecino ninguno, estadísticamente cada uno tiene el suyo y no se hable más del asunto; del mismo modo, ¿puede ser que los promedios escondan la realidad de las poblaciones de primeras naciones?

Cuando algunos empezamos a pensar en que algo andaba mal con las estadísticas, que no nos permitían contar con más recursos para enfrentar la abismante realidad en la que trabajábamos a diario, que era necesario desagregar las poblaciones de primeras naciones y elaborar perfiles diferentes fuimos muy criticados y se nos impidió cualquier intento al respecto. Afortunadamente el

tiempo nos fue dando la razón desde la década pasada en adelante se han venido construyendo los perfiles diferenciados para cada una de las primeras naciones y por servicio de salud o región, lo que hoy estimamos una herramienta fundamental para saber como pararse ante la realidad del recinto hospitalario en el cual vas a trabajar (web.minsal.cl, www.ministeriodesalud.go.cr).

Las noticias son malas, la pobreza y la postergación se evidencian en cada informe, existe entre tres y cuatro veces más mortalidad infantil en población de primeras naciones respecto de la población general y hay sobremortalidad en general para ellos, superponiéndose patologías transmisibles y no transmisibles. No se trata simplemente de un “atraso en su desarrollo” ni de una etapa superada por el resto de nuestros connacionales (incluidos nosotros), pues nunca la vivimos así. Los informes concluyen finalmente que existe “discriminación estructural de la sociedad chilena, que ha determinado una inequidad acumulada para esta población”.

El desafío hoy es el defender no seguir haciendo lo mismo para todos porque son metas, porque el MINSAL lo dice o porque las jefaturas locales no saben leer la realidad que tiene enfrente. El desafío es salir de las cuatro paredes del consultorio, del hospital, que no nos dejan enfrentar la salud de las primeras naciones desde su propia realidad multifactorial especial y única.

Hasta ahora la difusión de estos perfiles diferenciados ha sido escasa para los equipos de salud y más aún para los propios protagonistas de esas estadísticas, que reclaman incansablemente dejar de ser objeto de estudio para ser sujetos activos en la construcción de su mejor salud.

SISTEMAS MÉDICOS EN CHILE

Son muchos los sistemas médicos funcionando en el territorio nacional, y cada vez encontramos más personas visitando centros de sanación, consumiendo yerbas orientales (un desafío permanente para nosotros por la siempre probable interacción farmacológica con lo que recetamos) o simplemente practicando alguna

actividad física de la cual poco sabemos. Por otro lado acuden a nosotros personas que ya han consultado con otros agentes de salud que diagnostican cosas que algo conocemos pero no se nos enseñó nada en la universidad (empachos, pasmos, aires) y aplican técnicas de tratamiento que ya no logramos entender (ventosas, sangrías, composturas, emplastos, sahumeros, etc.). A esto agreguemos que desde antes de la llegada de los españoles al territorio ya existían culturas habitándolo, que tenían su propio modelo interpretativo y sistema médico, que cada una contaba con sus propios agentes de salud y ellos a su vez con sus propios tratamientos muy diferentes a los que los europeos conocían, y que aún hoy existen y funcionan de manera más o menos parecida.

MODELO MÉDICO OCCIDENTAL

Desde la fundación de Chile y por continuidad histórica se ha promovido y reconocido un sistema médico oficial por sobre los otros. Heredamos no solo un idioma, sino una estructura de pensamiento que reconoce continuidad con occidente, por cuanto nuestro modelo de salud (la ideología detrás de la atención médica) ha seguido la misma evolución que en los países de referencia ha seguido:

Teoría de los Humores (Imhotep 3.000 A.C. – Hipócrates 400 A.C.)

Existen cuatro humores en equilibrio o eukrasia: bilis roja (bazo), bilis amarilla (vesícula), flema (linfa y líquido cefalorraquídeo) y sangre. Si uno de ellos prevalece sobre los demás o disminuye respecto de los demás se produce el desequilibrio o diskrasia. Cada uno de ellos estaba a su vez en equilibrio con uno de los cuatro elementos de la naturaleza (fuego, tierra, aire y agua) por lo que el entorno natural era valioso dentro de este modelo.

Teoría de las Cualidades Elementales (Galeno, siglo II)

Este autor separó al ser humano de su entorno, pues más que centrarse en los humores se centró en las cualidades que ellos presentaban (húmedo-seco o caliente-frío), contrarrestando el desequilibrio observado con las características contrarias.

Teoría Mecanicista (siglo XVII)

Muchos autores que estudiaron el cuerpo humano ayudaron a construir la mirada mecanicista de la medicina. Vesalio publica “La Fábrica del Cuerpo Humano” en pleno desarrollo de la Revolución Industrial y donde la enfermedad es la falla del mecanismo y reparando la falla se restituye la salud. La psiquis no existía por esos tiempos.

Modelo Biomédico (siglo XVIII al XX)

La revolución tecnológico-científica llevó la idea del “mecanismo” hasta el nivel molecular y genético, olvidando la existencia del entorno social, de la psiquis de quien padece la enfermedad y sus familiares.

Modelo Biopsicosocial (siglo XX y XXI).

Si bien el enfoque biopsicosocial ha significado un aporte y parece ser más integrador, en la práctica persisten elementos del modelo biomédico en las especialidades quirúrgicas por ejemplo: sacamos la vesícula y listo, reducimos la fractura y ya, son otros los que realizarán intervenciones mayores en el estilo de vida, en las determinantes de salud, no los especialistas que no estamos para eso. El desafío en las especialidades es doble: por un lado soslayar la carencia de especialistas, por otro lograr que la calidad de la atención mejore en términos de resolutivez, pero también de trato.

En suma, en casi 5.000 años de historia, nuestro modelo explicativo ha sufrido cambios profundos y con ellos los diagnósticos y tratamientos específicos. Cada época forjó su propio modelo médico y no a la inversa, que fuera capaz de explicar y a la vez conciliar a la sociedad de ese momento con el individuo que demanda atención de salud.

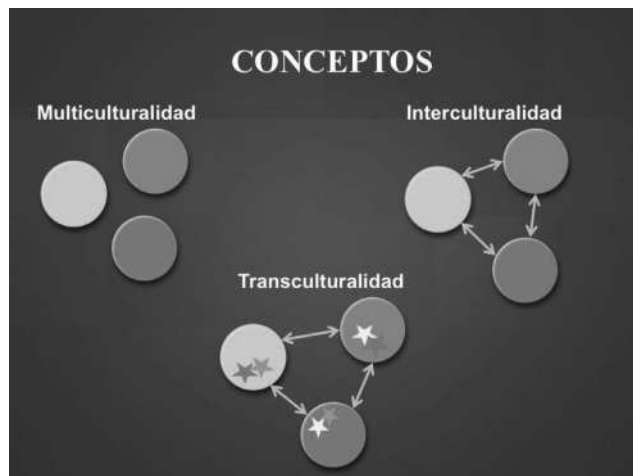
PLATAFORMA DE INTERCULTURALIDAD

No es lo mismo **interculturalidad en salud, complementación en salud y pertinencia cultural**, aunque los usen indistintamente. Más bien va en decrecimiento el grado de compromiso y de participación.

Desde la firma del convenio n° 169 de la OIT, las instituciones que existían han quedado chicas

para lo que se constituye en un cuerpo legal de peso específico similar a la declaración de derechos humanos o las Leyes del tránsito: aplicación inmediata y sin restricciones ni reglamentaciones locales (no hay semáforos rosados ni calipso).

Esto nos obliga a replantearnos como dialogar con las primeras naciones y que entendemos por interculturalidad.



Multiculturalidad es un concepto estático, que solo hace referencia a la presencia de dos o más culturas en un mismo espacio, pero no define ni explica las relaciones que pudieran existir entre ellos.

Interculturalidad es un concepto dinámico que se refiere a la existencia de relación entre culturas, pero no necesariamente entre iguales.

Pertinencia cultural solo implica hacer más amigable algo que estaba poco claro antes y para que sea más aceptado, como por ejemplo tener señalética en otros idiomas para que aquel público distinto lo entienda.

Transculturalidad es un concepto que hace referencia a la adquisición de elementos culturales ajenos por parte de una cultura o de varias, concepto que solo considera la adquisición no impuesta y de primera mano, sin dobleces. No es malo adquirir elementos positivos de otra cultura, que no es lo mismo que sea impuesto o arrebatado de una cultura a otra.

Lo mejor es saber reconocer los elementos culturales propios y ajenos, así como las decisiones que se toman respecto de ellos.

CONTROL CULTURAL		
ELEMENTOS CULTURALES	DECISIONES	
	PROPIAS	AJENAS
PROPIOS	Cultura Autónoma	Cultura Enajenada
AJENOS	Cultura Apreciada	Cultura Impuesta

Bonfil Batalla G. "Implicaciones étnicas del sistema de Control cultural"; en Olive, León. Ética y diversidad cultural: 196 ss. Fondo de Cultura Económica, segunda edición 2004.

En este modelo de Control Cultural de Bonfil Batalla, la mayor tensión ocurre con aquellos elementos ajenos cuya decisión o disposición es ajena a la cultura sobre la cual se aplica: vacunaciones, visitas domiciliarias, operativos, etc.

No es menos tenso cuando un elemento cultural propio, como las yerbas medicinales del bosque nativo, es tomado sin mayor permiso y colocado en un contexto de invernadero o huerto (decisión ajena), tornándose entonces en una enajenación de su cultura.

Debemos tener especial cuidado en el trato que le damos a los elementos culturales que no nos pertenecen y que son del ámbito y responsabilidad de nuestros usuarios de primeras naciones. No se trata de no ayudar, sino de no acaparar ni hegemonizar, solo así tendremos un proceso intercultural sano que, a nuestro juicio, debe incorporar cuatro aspectos:

Simetría relacional. Sabiendo que la hegemonía de una cultura sobre otra no define su mayor o menor riqueza cultural, como ocurrió con Grecia y Roma, el primer llamado es a suspender la influencia de esta simetría en nuestra situación personal.

Horizontalidad dialéctica. No se trata de solo repartir tiempos iguales para hablar. Se trata de respetar los códigos y protocolos del otro en su contexto cultural, respetando los tiempos, lugares e interlocutores válidos para el diálogo.

Sintonía. Conociendo los patrones culturales del otro, entendiéndolo y enriqueciendo el propio mundo empáticamente.

Sinergia. Juntos somos más que separados, trabajando en conjunto logramos resultados que solos no podríamos o sería muy difícil.

Existen hoy varias herramientas que sostienen nuestro trabajo en esta área, cuerpos legales que desde la década pasada han venido a normar las actividades de agentes de salud distintos a los del propio modelo halópata estatal: Decreto N° 42/2005 Medicinas Complementarias, Norma N° 16 Sobre Interculturalidad En Los Servicios De Salud (Resolución Exenta 261/2006), Política de Salud y Pueblos Indígenas (Resolución Exenta N° 91/2006), Decreto N° 123/2008 sobre Acupuntura, Decreto 19/2010 sobre Homeopatía, Convenio N° 169 OIT (Septiembre 2009).

COMPLEMENTACIÓN EN SALUD

Existen puntos de conexión entre los modelos de salud mapuche y occidental si ponemos al paciente en el centro, parece ser más natural en salud mental la articulación, ya que al menos se parte de la base de que cada ser humano tiene el derecho a un lenguaje de Símbolos propios que debe respetarse. El modelo occidental no reconoce la existencia de un espíritu como constituyente de la persona, así como le baja enormemente el perfil a la idea de entorno y de la enfermedad como desequilibrio global del individuo, pero Si reconoce la existencia de la psiquis y de patología psiquiátrica.

Existen experiencias positivas en varios puntos del que, con mayor o menor autonomía, han evidenciado la vigencia del sistema médico mapuche y la gran capacidad de adaptación y articulación ante la presencia de otros sistemas de salud.

Conociendo ya los elementos básicos del sistema médico mapuche y entendiendo la existencia de un modelo médico mapuche, las implicancias históricas derivadas de su interacción con el sistema médico occidental chileno y la real presencia e intervención en el proceso curativo de la población mapuche y no mapuche que la requiere a diario, constatamos la existencia de esta pluralidad de modelos y

sistemas médicos, así como el carácter práctico que tiene para el paciente el acudir a uno u otro sin mayores problemas.

DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN TERRITORIO MAPUCHE A LA PROPUESTA DE CONSTRUCCIÓN INTERCULTURAL EN SALUD

Un paciente puede ingresar solo o acompañado de una o varias personas, para lo cual no deberíamos pensar en que obstaculizan la atención, sino que al menos son su red de apoyo. Si la cantidad de gente es imposible para el espacio físico, pudor del paciente o interrumpe la labor del equipo, podemos advertir que son muchos en tan poco espacio y generalmente los familiares se ordenan sin problemas, generalmente quedarán impares con el paciente, pues bajo su mirada es el profesional quien empareja y equilibra. Si es necesario se pacta con la familia y se hace ingresar a algún familiar y sale otro que esté dentro a definir con ellos.

No es infrecuente que al preguntar conteste alguien que no es el paciente, esto no obedece necesariamente a un afán dominante por parte de uno o más familiares, sino a la mirada más integral del grupo, donde se vivencia el proceso de salud-enfermedad colectivamente y donde el paciente pasa a ser el sujeto índice, por quien fluye la enfermedad y, al pasar a un estado de "dejar de ser" llamado kuttanche, no es el más indicado para hablar de lo que le ocurre, ya que la enfermedad no le permite apreciar la totalidad de lo que le pasa y perturba hasta sus sentidos y/o su capacidad intelectual. El paciente aún así puede hablar, referirnos síntomas y establecer diálogo con nosotros, contenido que es de lectura "entre líneas", y que necesariamente debe tener su justo peso en el conjunto de lo que se nos refiere por el resto de la familia.

Durante el examen físico algunos abandonarán el lugar por pudor del afectado, situación que debemos advertir al comunicarles que es necesario que se quite la ropa. En algunos casos el paciente incluso se desnuda mientras sus familiares le rodean y observan, observando incluso el examen físico del médico. No se trata de un proceso de supervisión, sino más bien de un proceso colectivo a partir del médico, a quien "influyen" energía positiva para encontrar la enfermedad. El paciente, en este caso, pierde

la vergüenza, ya que el escenario es totalmente diferente al cotidiano y su condición de “no ser” lo pone en situación casi de enajenación transitoria.

Para el médico, la relación médico-paciente es la base de aproximación al paciente, la enfermedad y la curación: todo cuanto hagamos por el paciente y a lo que el acceda libremente es beneficioso si produce un cambio positivo en su salud. No debemos tener problemas en aceptar la asistencia de otros agentes de salud distintos a nosotros si ellos poseen reconocimiento social y cultural. Más aún, el médico debe expresamente sugerir al paciente la posibilidad de ser atendido por un agente de salud mapuche y el equipo establecer un flujograma claro de derivación discutido con los propios agentes de salud y sus comunidades.

Nuestro quehacer no termina con aceptar que otros agentes existen, sino más bien incorporando la variable, evidenciándola y sopesándola en el conjunto final del tratamiento.

Nos parece que una atención se tornará intercultural a partir de la expresión del propio mundo conceptual del paciente y su familia, evento totalmente falente en la atención médica habitual, y punto de inflexión a la hora de lograr compromiso y apego con nuestros propios tratamientos. Ofrecemos entonces el siguiente “diálogo intercultural” tipo, que nos parece de la mayor pertinencia.



Este diálogo gatillará necesariamente un proceso donde el profesional médico debe participar y liderar clínica y administrativamente, pues las jefaturas resultarán vitales para proseguir y completar el ciclo de atención, que como ven se construye con cada paciente.

La última afirmación implica compromisos y recursos, no mirar rendimientos intramurales, sino iniciar un proceso de construcción de un nuevo modelo en coexistencia y empático.

BIBLIOGRAFÍA

Medicinas y Culturas en la Araucanía. Luca Citarella, Marzo 2000. *Historia de la Medicalización.* Michel Foucault.

Curso Ciencia y Sabiduría Ancestral Mapuche. Armando Marileo Lefío. *El Cautiverio Feliz.* Francisco Núñez de Pineda y Bascuñán.

MODELO MÉDICO MAPUCHE

Hace más de 18.000 años atrás vivía gente en el sur de nuestro país, esas personas poseían cultura, conocían de su entorno, vivían de él para alimentarse y también para sanarse si estaban enfermos. Esos primeros habitantes no solo poblaron el sur de Chile mucho antes de lo que la ciencia nos decía, si no que han logrado proyectar su cultura hasta el día de hoy, a quienes los mapuche se refieren como *kuivikeche* (personas antiguas o paleoindios) y que la ciencia menciona hoy como El Sitio de Monte Verde (“Monte Verde: Un Asentamiento Humano del Pleistoceno Tardío en el Sur de Chile”, Tom Dillehay).

Es imposible separar un “modelo médico mapuche” del resto de su patrimonio cultural, ya que se encuentra integrado a tal punto con el resto de las temáticas que resulta imposible delimitar nítidamente salud sin terminar hablando de educación, religión e incluso política.

Debemos tomar en cuenta además, que no existe mucha información elaborada desde el interior de la cultura mapuche para nuestra comprensión, generalmente nos topamos con textos hechos por observadores foráneos.

A nuestros ojos, el modelo médico mapuche se puede fundamentar en:

EXISTENCIA MATERIAL-INMATERIAL

En el mapu (hábitat) no solo existe la diversidad en lo físico y tangible, sino también en lo intangible o inmaterial. Para el mapuche tanto las personas poseen componentes no tangibles, como existen seres “energéticos” con voluntad propia y que carecen casi de corporalidad. El mundo espiritual se mueve en torno a ésta dualidad material-inmaterial, influyendo negativa como positivamente sobre las personas.

LUCHA POR LA MANTENCIÓN DEL EQUILIBRIO-ARMONÍA

Existe una permanente lucha por la mantención de dicho equilibrio-armonía, expresada en el respeto y sometimiento del mapuche a las normas del admapu (Leyes naturales). Su vigencia depende tanto de su conducta individual como de la colectiva, así como del comportamiento del entorno respecto de ellos.

En cada pentükun (saludo protocolar que literalmente significa mirarse hacia adentro), es decir en cada encuentro entre personas, existe un momento para preguntarse por su estado de salud y la de sus seres queridos. En este sentido el pentükun pasa a ser una autoevaluación constante de las personas acerca de Si mismo, de su familia y de su entorno.

El hecho de que algo o alguien en su comunidad esté en condiciones no deseables, afecta al individuo y al grupo; si los cultivos están en malas condiciones, si los animales no tienen pasto suficiente o el bosque es devastado.

SALUD-ENFERMEDAD COMO ESTADOS GLOBALES.

Estar bien (kümelen) o estar mal (wedavelen) son estados totales del ser humano. Consiste en que el individuo como tal está en equilibrio o desequilibrio consigo mismo y con sus pares, su familia, sus seres más cercanos y queridos. También lo está con su lov (entorno social) con su cultura, organización, ambiente, territorio, religión y cosmos.

Niveles de complejidad creciente en el proceso curativo.

La restitución del equilibrio perdido o mongeneltun (restitución del equilibrio personal, familiar, comunitario, ambiental y

espiritual) involucra tanto los conocimientos e intervención básica en salud que todo mapuche posee, hasta el conocimiento e intervención máxima depositado en la figura de la machi.

El origen de la enfermedad o kuttan (kutran) en la cultura mapuche es la transgresión (yavkan) contra las normas del universo o admapu (Leyes naturales). Cuando una persona transgrede estas normas quiebra ese equilibrio y entonces se pre-enferma. La enfermedad es consecuencia del comportamiento del individuo o de un miembro de su familia. La transgresión va tomando forma y se establece como un nuevo ser enquistado y que se alimenta de la vitalidad del doliente, que ahora pasa al estado de kuttanche (enfermo).

TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO.

En el ámbito no especializado y más social, el de la familia por ejemplo, las técnicas son menos mágico-religiosas; se aplica más el sentido común y se recurre a explicaciones y métodos más empíricos y sociales.

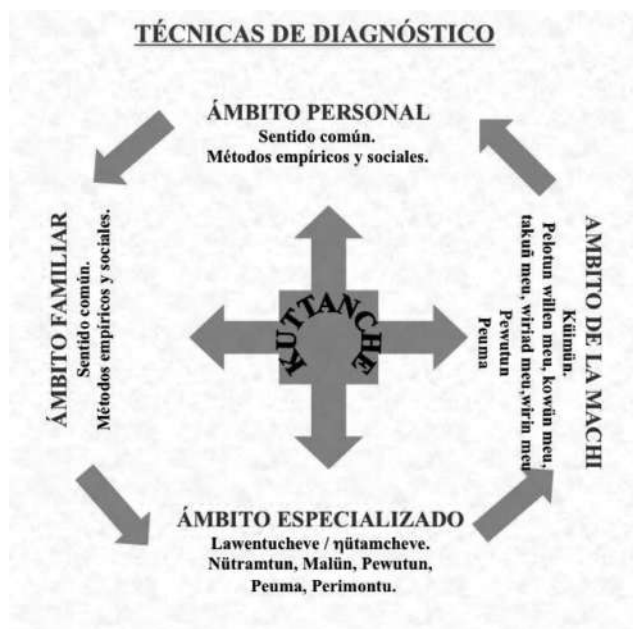
A medida que la enfermedad requiere de un especialista mapuche, tanto la explicación como las técnicas de diagnóstico son fundamentalmente de corte mágico-espiritual.

Desde el nivel más básico de especialización, la constatación del desequilibrio empieza con la entrevista al afectado y sus familiares, la simple observación directa de su dolencia, su orina y excretas, alteraciones de comunicación y sueño, funcionamiento de aparatos y sistemas (respiratorio, digestivo, circulatorio). El paciente es examinado de manera somera y sin el uso de instrumentales, acción conocida como malün y que consta de la revisión del pulso, temperatura y el palpación directa; también se puede observar la orina y excretas en un proceso llamado willentun. Se pregunta también acerca de la relación con vecinos y parientes, de sueños malos, de la posibilidad de haber recibido alimentos o bebidas de extraños, entre otras situaciones de riesgo.

De acuerdo a la información recabada hasta aquí, la familia y grupo cercano decide si recurrir a un especialista y que clase de agente sería el más conveniente.

Si se decide avanzar en la complejidad de los métodos diagnósticos, el siguiente nivel incluye un procedimiento llamado pewutun o adivinación a través de influjos corporales reflejados en objetos, sean: alimentos como el huevo, mate, ají, azúcar, animales domésticos como gallinas o mascotas, plantas medicinales u otros. Estos elementos establecen conexión empática con el enfermo y pueden reflejar la enfermedad y hasta ser vehículo de extracción de la misma; son técnicas que utilizan especialistas del nivel básico: lawentucheve y hütamcheve, quienes realizan un papel protagónico en el tratamiento de enfermedades comunes y no espirituales. Muchos de ellos pueden alcanzar niveles ligeramente más espirituales, ya que pueden tener sueños terapéuticos o premonitorios (peuma) o visiones en estados no del todo concientes (perimontu).

En el segundo nivel de especialidad encontramos a la machi, quien conoce y utiliza técnicas del primer nivel y agrega a ellas su capacidad de tener sueños significativos o peuma, así como entrar en trance o küimün, a través del cual puede “conversar” con el mundo espiritual y realizar una forma más elevada y espiritual de diagnóstico o pelotun: pelotun willen meu (por la orina del enfermo, que a diferencia de un malün, no busca características físicas), pelotun kowün meu (por la saliva), pelotun takuñ meu (por la ropa), pelotun wirin meu (por la escritura y firma de la persona enferma) y pelotun wiriad meu (por dibujos o fotos de la persona, muy polémico esto último).



TÉCNICAS DE TRATAMIENTO

Bajo una mirada integral, la mantención del equilibrio individual y colectivo pasa por llevar una vida equilibrada en todo aspecto y bajo las Leyes y normas del admapu, conjunto de conductas denominadas normohen y que incluyen: dieta, horarios, expresiones de cariño, preocupación por los demás, autocrítica y participación en la colectividad son fundamentales.

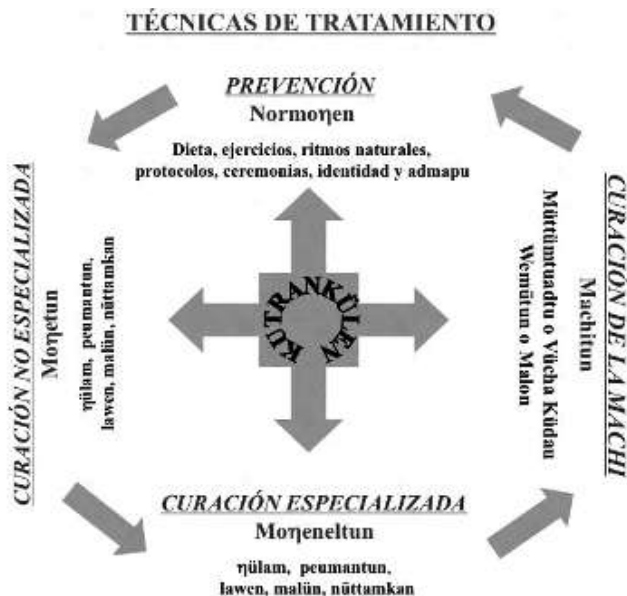
Todo mapuche debe conocer y respetar la historia del pueblo mapuche y de su linaje particular; sus normas, creencias y costumbres, así generales como particulares al lugar donde habita.

Respecto de las costumbres adoptadas por el mapuche desde el mundo winka es donde mejor se nota lo que ha perdido en su salud; hoy el mapuche vive como el winka y se enferma como el winka, y enferma de paso a su sociedad entera. En este sentido, la dieta ancestral mapuche es de singular valor nutricional, con alto contenido en fibra y bajo en colesterol; ya hay experiencias en esta área que incluso demuestran la existencia de comidas aptas incluso para pacientes diabéticos.

Respecto ya de la terapéutica de restitución del equilibrio perdido, lo primero que hace el terapeuta es establecer una relación empática con el doliente y su círculo cercano, muchas veces basta con una técnica no invasiva como el hülam (consejo) o el peumatun (interpretación de sueños). En otros casos serán necesarios los usos de medicinas o lawen (vegetales, humanas, animales, minerales y elementos de la naturaleza) en diferentes preparaciones y dosis. A diferencia del lawentucheve, el hütamcheve agrega técnicas de inmovilización y ambos pueden utilizar diferentes técnicas de manipulación o malün.

La machi posee sus propia técnica o machitun, del cual se pueden distinguir cuatro diferentes maneras que expresan diferentes niveles de complejidad: Ülutun (sanación por cantos), Datun (diagnóstico espiritual y tratamiento específico en un “nido” de yerbas medicinales donde el enfermo se recuesta), Vücha Küdau o Mütrümtuadtu (machitun doble, con dos machi,

para enfermedades muy fuertes) y Wemütun o Malon (toma por sorpresa a los espíritus malignos, participan una o más machi, interviene a grupos o lugares físicos como terrenos cargados negativamente, es más largo).



Si comparamos nuestro sistema médico y su red de salud desde la posta hasta el hospital complejo, con el sistema médico mapuche recién presentado, encontramos algunas similitudes respecto de los relevos existentes, pero si dos enormes diferencias: nuestra población interviene en un nivel más básico de detección y tratamiento de patologías; los recursos diagnósticos y terapéuticos son caros y escasos en uno y al alcance de la mano y prácticamente gratis en el otro.

CULTURA ANDINA

Por Dr. David Montaña Vásquez¹

De acuerdo al censo del 2002, la distribución de la población de Primeras Naciones en Chile, según su pertenencia étnica, es heterogénea. Del total de la población que declaró pertenecer a alguna Primera Nación, el pueblo Mapuche corresponde a un 87,3%, los aymara a un 7% y atacameño a un 3%. Las Primeras Naciones Colla, Rapanui, Quechua, Yámana y Alacalufe suman en conjunto un 2,7%.

En las regiones de Chile donde hay alta densidad de población de Primeras Naciones, el médico se encontrará con una cultura distinta a la que conoce y deberá abordar temas para los que hasta hoy no ha sido preparado, realidad en la formación de los estudiantes del área de la salud que puede cambiar.

En las regiones XV, I y II de Chile se encuentran comunidades cuya cultura base es la Cultura Andina. Esta cultura madre es milenaria, con al menos 5.000 años, y las comunidades mantienen hoy su visión cultural. Dentro de sus conocimientos, aún está vigente un sinnúmero de diagnósticos, tratamientos y, lo que es más profundo, una forma distinta de enfrentar las patologías. El colega, al no conocer la base cultural de la que provienen, se verá enfrentado con situaciones de difícil comprensión.

Algunos conceptos con los que se encontrará el médico que asista a las comunidades andinas son:

Pacha: es el TODO, el universo conocido y el desconocido, macro y micro cosmos, exterior e interior, masculino y femenino, Pachakamak y Pachamama.

Pachamama: la tierra, como madre, como ser vivo y que permanentemente interactúa con nosotros, sus hijos. Universo, en su expresión femenina.

¹ MGZ 1999- 2005. Cirujano Urólogo Pediatra. Hospital E. Torres Galdames. Iquique. Creador del Dpto. de Primeras Naciones. Colegio Médico de Chile.

Pachakamak: Universo en expresión masculina.

Tawantinsuyu: división geopolítica y administrativa del mundo andino. Nosotros habitamos el Kollasuyu, uno de los 4 suyus solares.

Ayni: la reciprocidad, el dar y recibir. Para recibir, antes hay que dar. No es necesariamente un intercambio directo. Es dar lo que necesita a quien lo necesite.

Ayllu: el grupo humano al cual pertenecemos, habitualmente unido por lazos familiares.

Minka: trabajo comunitario entre ayllu.

Kukamama: la planta de Coca, hoja de Coca, hoja sagrada en la cultura andina. Presente en todas las ritualidades de nuestra cultura y en todas las actividades de la vida.

Existen registros de uso de la hoja de koka por más de 4.000 años en las culturas desarrolladas en los Andes, con el aprovechamiento de todos sus beneficios.

Aclaremos que cuando decimos “Kuka”, nos referimos a la hoja de Coca y es completamente inadecuado decir “coca” al referirse a la cocaína, juego idiomático que solo produce confusión y conceptos erróneos. Kukamama NO es cocaína. Su consumo es tradicional y ritual, siendo parte de todas las actividades de la vida en el mundo andino. No existen adictos a la hoja de koka. Su uso es recomendable en un sinnúmero de actividades y patologías. Su uso debe complementar el trabajo médico.

Pijchar: acción del uso oral de la hoja de kuka.

Tata Inti: nombre propio del sol, visto como expresión de masculinidad.

Mama Phaxsi: Madre luna, visto como expresión de su femeneidad.

Mamacota (aymara), Mama Kocha (Queshua): grandes extensiones de agua. Se aplica principalmente al mar.



Kintus de hoja de kukamama.

Fotografía: Dr. David Montaña Vásquez

ASPECTOS DE LA SALUD EN LA CULTURA ANDINA

La cultura Andina establece que todas las enfermedades nacen de un desequilibrio espiritual del paciente. Este desequilibrio se produce por una alteración en el mismo paciente por situaciones personales, pero la causa más común es el desequilibrio a causa de una alteración en su comunidad. Este concepto es fundamental, pues el paciente, de no ser tratado tomando en cuenta este aspecto, será más complejo para el médico ortodoxo, pues probablemente los tratamientos que pueda aplicar surtirán un efecto parcial o nulo en el paciente en cuestión, en especial si son personas mayores cuyo arraigo cultural es más profundo que en las generaciones más jóvenes, las que recibieron mayor influencia de la ciudad.

Esto es tan profundo que muchos de los agentes de salud tradicionales aplican terapias en relación a aspectos familiares u comunitarios. Se suman a ello la música y otras acciones como sahumeros y humos de distintos elementos.

Dentro de la cultura Andina existen diferentes agentes de salud, los cuales han adquirido la habilidad de curar a las personas por distintos medios, siendo uno de los principales el "Don", es decir, la comunidad reconoce en esa persona la habilidad innata de mejorar a los enfermos.

Otra forma es a través de la adquisición de conocimiento, la que puede o no estar sumada al "don". Mediante este proceso, el agente de salud aprende los conocimientos necesarios para tratar a los pacientes.

En las familias de las personas que curan, en general hay un ancestro que realizaba la misma función.

Los agentes de Salud en las comunidades Andinas reciben distintos nombres, siendo los más comunes:

Qulliri: denominación aymara que se refiere a quienes tienen la habilidad de sanar las enfermedades físicas.

Yatiri: denominación aymara que se refiere a aquella persona que es capaz de equilibrar las energías de las personas, entre otras habilidades.

Qusulliri: Partera. Denominación aymara que se refiere a la persona que sabe controlar a las mujeres embarazadas y atender el parto.

Componedor de huesos: denominación popular que indica la persona que sabe tratar lesiones del aparato locomotor como esguinces, fracturas, contusiones, etc.

Las enfermedades más comunes que conocerá el médico que atiende a la comunidad andina, son:

- Susto
- Agarradura de Tierra
- Empacho
- Tronchaduras

Recordemos que en la actualidad, la población de Primeras Naciones en Chile más numerosa luego de los Mapuche, es la Aymara.

AYMARA ARU

En opinión de quien escribe, es fundamental en el trabajo con las comunidades de Primeras Naciones conocer su idioma, al menos en aspectos básicos y en especial de entrevista médica. En primer lugar por respeto, al estar en su territorio y cultura. En segundo lugar, por existir elementos en el idioma que no existen en el español, por ejemplo "pijchar". Y, en tercer lugar, pues siempre habrá pacientes con escaso conocimiento del idioma español, por lo que de no haber "intérprete" todo dependerá de Ud.

El Aymara Aru, idioma aymara, es una lengua viva, que se usa plenamente en distintas áreas del Tawantinsuyu. Para entrevistar a los pacientes, en especial en población de mayor edad, es necesario conocerla.



Simbolo Dpto. de Primeras Naciones, Colegio Médico de Chile. Contiene simbolismos de todas las culturas de Primeras Naciones, incluida la cultura andina, aquellas que habitan el territorio que llamamos Chile. Autores: David Montaña Vásquez y Nina Montaña Troncoso.

ENTREVISTA MÉDICA, Aymara Aru:

Chujtasim: tome asiento

Kunamasta? (I región de Tarapacá) o Kamisaraki? (XV Región de Arica y Parinacota): como estás?

Kuna sutimax?: ¿cómo te llamas?

Juma Qawqa maranitasa?: ¿cuántos años tienes?

Kuna Usuta?: ¿qué te duele?

Ch'oyo usu?: ¿tos, TBC?

Ch'ojonitati?: ¿tienes tos?

Junt'u usu?: ¿fiebre?

Ikit'am: acuéstese

Jisa, jisawa: Si, afirmativo

Janiw, janiwa: no, negativo

PARTES DEL CUERPO:

K'UMARA: estado de equilibrio y armonía personal. Persona sana

USU: enfermedad o dolor

P'IQI: cabeza

NAYRA: ojos

LAKA: Boca

LLUQU: Corazón

PURAKA: abdomen, estómago

AMPARA: manos

CHARA: pierna

QUNQURU: rodilla

CAYU: pies

Hacer la simple combinación de palabras en tono de pregunta puede indicar la dolencia: Ej.: P'iqi usu?: ¿dolor de cabeza?, ¿enfermedad de la cabeza?

Nota al lector:

El presente escrito es solo un barniz de lo que las culturas de Primeras Naciones han desarrollado en miles de años de historia. Las culturas de todo el continente de ABYA YALA, "Tierra en Florecimiento", tienen una riqueza incalculable y son de gran sabiduría, respuesta a los contextos históricos, geográficos y energéticos.

El artículo debe ser considerado como una guía que oriente la profundización del trabajo médico y un mejoramiento en la atención de nuestros pacientes.

Es nuestro camino el RESPETO y TRABAJO COMPLEMENTARIO. Estamos todos invitados a ello.



Llama mamá y su wawa.

Fotografía: Dr. David Montaña Vásquez



12. PROPUESTA PARA EL PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE PLACENTA A FAMILIAS MAPUCHE.

RESPONSABLES ELABORACIÓN:

Dr. Nicolás Mora González. Medico Unidad Intercultural; Mat Sheyla Mora Contreras. Matrona Unidad Intercultural; Prof. Elisabeth Raiman. Asesora Unidad Intercultural. Fecha Elaboración: 07-Julio-2014

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la cosmovisión mapuche, la placenta o Kudiñ, es un órgano que guarda una estrecha vinculación espiritual entre el recién nacido, la familia y el territorio. Esta relación, de gran importancia en el desarrollo humano y colectivo, se plasma a través de un ritual familiar ancestral de entierro de placenta en el cual, el padre o algún integrante de la familia debe enterrar la placenta bajo un árbol nativo o algún lugar especial del hogar, con el fin de condicionar algunas características para el recién nacido y fortalecer la conexión de este con la familia, la comunidad, su hogar y la tierra.

Este tratamiento de la placenta se enmarca en el concepto de salud de la cultura mapuche, ya que, condicionará el destino no solo del che sino que también de la mamá, familia y comunidad, entendiendo que la ausencia del ritual es considerada una transgresión cultural. De modo ilustrativo: ".....Que una vez que nazca la guagua le entreguen la placenta a la familia, para que lo devuelva a la tierra y así continuar con nuestras creencias.."

Este ritual que se había mantenido por muchos años, se ha ido perdiendo debido a la institucionalización del parto y al proceso de eliminación e incineración de fluidos y tejidos que

se produzcan al interior de los establecimientos de salud. En este sentido, la recuperación de la placenta por parte de la familia para realizar el ritual de entierro ha sido una solicitud de parte de mujeres mapuches y comunidades organizadas, para quienes la recuperación de esta práctica tiene un beneficio directo para el recién nacido, su familia y la identidad del pueblo mapuche.

Es por esto, que la unidad intercultural del hospital Kalvu Llanca de Cañete, atendiendo al diseño e implementación de un modelo de salud intercultural, realiza el siguiente "protocolo de entrega de placenta" como una acción de salud con pertinencia cultural y como una forma de fomentar esta práctica ancestral, reconociendo que la pérdida de esta, ha estado en directa relación con las políticas sanitarias de nuestro propio sistema de salud.

JUSTIFICACIÓN

La realización de este protocolo de entrega de placenta surge como una necesidad por parte de la unidad intercultural, del Hospital Kallvu Llanca de Cañete, para dar respuesta tanto a la solicitud de usuarias mapuche de poder llevar su placenta posterior al parto², para dar cumplimiento al ritual familiar ancestrales entierro de esta, como también por solicitud de mujeres mapuches³ y comunidades del territorio para facilitar la recuperación de este ritual mapuche, que producto de la prácticas sanitarias de nuestro sistema público de salud y de la desvalidación de prácticas culturales ancestrales, se ha ido perdiendo.

2 Acta de Trawun de Mujeres Mapuche "Experiencias y conocimientos acerca del embarazo, parto y puerperio",

3 Acta de Trawun de Mujeres Mapuche "Experiencias y conocimientos acerca del embarazo, parto y puerperio", E. Raimán, museo mapuche Cañete, 14 de diciembre 2011.

En este sentido es importante referir que bajo la mirada del estado, la placenta es un tejido orgánico considerado como un residuo especial, lo cual se refleja en el Decreto Supremo 6/2009:

“Son residuos especiales aquellos residuos de establecimientos de atención de salud sospechosos de contener agentes patógenos en concentración o cantidades suficientes para causar enfermedad a un huésped susceptible.

En esta categoría se incluyen los siguientes:

Residuos patológicos: Restos biológicos, incluyendo tejidos, órganos, partes del cuerpo que hayan sido removidos de seres o restos humanos, incluidos aquellos fluidos corporales que presenten riesgo sanitario”⁴

El manejo de esta, posterior al alumbramiento, es separarla y almacenarla, para posteriormente ser incinerados o eliminados tal como lo refieren los siguientes párrafos:

“Al momento de su generación, los residuos deberán ser segregados y almacenados en contenedores de acuerdo a las categorías señaladas en el artículo 3°. Dicha segregación deberá mantenerse durante todas las etapas de manejo de los residuos hasta su eliminación o tratamiento”⁵.

Además, “Todos los Residuos de Establecimientos de Salud deberán ser eliminados en instalaciones que cuenten con autorización sanitaria”⁶.

No obstante esto, el Código sanitario deja abierta la posibilidad a darle otros usos:

“Las placentas y otros órganos y tejidos que determine el reglamento podrán destinarse a la elaboración de productos terapéuticos y a otros usos que el mismo reglamento indique”⁷.

En este sentido es importante destacar que si bien, bajo la mirada jurídica y biomédica chilena, la placenta solo representa un órgano biológico, bajo la cosmovisión del pueblo mapuche la placenta es un órgano que mantiene una conexión espiritual con el/la recién nacido/a. Junto con esto es importante destacar que la lectura y el manejo que se haga de la placenta y del cordón, informarán y condicionarán directamente algunas características del recién nacido o nacida. Es por esto que la familia le otorga importancia al manejo de esta desde que es expulsada, para posteriormente realizar un ritual familiar de entierro de placenta. Al respecto, Alarcón mencionan que:

“Para la cultura mapuche, kudiñ o placenta tiene pertenencia, pues lleva el espíritu de la madre y del niño, por lo tanto debe tener una buena disposición final. La placenta se lee, interpreta y dispone de ella de acuerdo a las reglas de la cultura mapuche. La lectura de la placenta fue concebida como un acto cultural vital para conocer el destino del niño y evitarle sufrimientos en la vida. Esta lectura es realizada por mujeres expertas de la comunidad, o quienes ayudan a la parturienta a tener sus hijos: la Puñeñelcheve (partera, matrona empírica) mira bien la placenta, la da vuelta con cuidado y le dice todo lo que le va a pasar, dice cómo va a ser el niño, cómo va a ser su carácter, así uno ya está preparada. La placenta debe ser enterrada debajo de un árbol nativo o frutal, lo cual daría protección y fortaleza física al niño”⁸.

Este ritual se ha ido perdiendo con el paso de los años, dado las medidas sanitarias con respecto al parto, alumbramiento y el manejo de placenta

4 Artículo 6 del Decreto supremo 6/2009

5 Artículo 8 del Decreto Supremo 6/2009

6 Artículo 24 del Decreto Supremo 6/2009

7 Artículo 153 del Código Sanitario

8 Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas, A. Alarcón, Y. Nahuelqueo, S. Chungara. Revista de Antropología Chilena. 40, N°2, 2008, pp.197.

recién enunciadas. Esto ha traído consecuencias para el pueblo mapuche en lo colectivo y en lo individual. En lo colectivo se pierde una tradición que es parte de la cultura de este pueblo y por consiguiente parte de la identidad del ser mapuche y en lo individual trae consecuencias directas en la salud de las personas, tal como lo expresan las mujeres mapuches:

“... la placenta antiguamente se enterraba, para que el niño/niña estuviera en contacto con la tierra..., pero ahora,.....la placenta ahora se va a un incinerador, entonces donde está la identidad de la persona. Es ahí donde se quema...ah entonces por eso hay tanta enfermedad en las personas mapuche, los dolores de cabeza, fiebre, da frío.....hoy las mujeres sufren de Presión Arterial, de fiebre, calores, debido a que la placenta no vuelve a la tierra”⁹.

Ahora bien, comprendiendo que este ritual de entierro, es parte de la cultura mapuche, es importante mencionar que existen herramientas jurídicas que buscan proteger y promover las prácticas culturales de los pueblos originarios, como las que se mencionan a continuación:

La Ley 19.253, conocida como la Ley indígena refiere que:

“El Estado reconoce que los indígenas de Chile son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura. El Estado reconoce como principales etnias indígenas de Chile a: la Mapuche, Aimara, Rapa Nui o Pascuenses, la de las comunidades Atacameñas, Quechuas, Collas y Diaguita del norte del país, las comunidades Kawashkar o Alacalufe y Yámana o Yagán de los canales australes.

El Estado valora su existencia por ser parte esencial de las raíces de la Nación chilena, así como su integridad y desarrollo, de acuerdo a sus costumbres y valores. Es deber de la sociedad en general y del Estado en particular, a través de

sus instituciones respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades, adoptando las medidas adecuadas para tales fines y proteger las tierras indígenas, velar por su adecuada explotación, por su equilibrio ecológico y propender a su ampliación¹⁰”.

“El Estado reconoce el derecho de los indígenas a mantener y desarrollar sus propias manifestaciones culturales, en todo lo que no se oponga a la moral, a las buenas costumbres y al orden público. El Estado tiene el deber de promover las culturas indígenas, las que forman parte del patrimonio de la Nación chilena¹¹”.

El convenio 169 refiere que:

“Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad.

Esta acción deberá incluir medidas:

b) que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones;”¹²

Al aplicar las disposiciones del presente Convenio:

a) deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente;

b) deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos;

c) deberán adoptarse, con la participación

10 Artículo 1 de la Ley 19.253

11 Artículo 7 de la Ley 19.253

12 Artículo 2 del convenio 169

9 Acta de Trawun de Mujeres Mapuche “Experiencias y conocimientos acerca del embarazo, parto y puerperio”, E. Raimán, museo mapuche Cañete, 14 de diciembre 2011.

y cooperación de los pueblos interesados, medidas encaminadas a allanar las dificultades que experimenten dichos pueblos al afrontar nuevas condiciones de vida y de trabajo¹³.

La Ley 20.584, conocida como Ley de derechos y deberes de los pacientes, refiere al respecto que:

En aquellos territorios con alta concentración de población Indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura¹⁴.

La Norma 16 sobre interculturalidad en salud, refiere en sus directrices que:

3.- Los Servicios de Salud y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud deberán respetar, proteger y promover las manifestaciones culturales en atención y promoción de la salud de la población indígena existentes en su territorio jurisdiccional.

7.- Los Servicios de Salud con presencia de población indígena deberán programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud el enfoque intercultural, a requerimiento del Ministerio de Salud, o de la Autoridad Sanitaria Regional.

13 Artículo 5 del convenio 169

14 Artículo 7 de la Ley 20584

El Decreto N° 1963 de 1995, sobre el Convenio sobre la Diversidad Biológica, del Ministerio de Relaciones Exteriores, refiere que:

“Cada parte contratante, en la medida de lo posible y según proceda:

j) Con arreglo a su legislación nacional, respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente;¹⁵”

Entendiendo la solicitud por parte de mujeres embarazadas por llevar su placenta, la demanda de las comunidades mapuche del Cono Sur de la Provincia de Arauco y el abundante respaldo jurídico existente al respecto, es que realizamos el siguiente protocolo de entrega de placenta, entendiendo que este busca facilitar y fomentar un ritual ancestral, que las propias políticas sanitarias de nuestro país han impedido, y que por lo tanto este protocolo es en alguna forma una reivindicación de una práctica cultural mapuche y un paso hacia la implementación de la pertinencia cultural en el Hospital KalvuLlanka.

13. ALGUNOS DEBERES ÉTICOS DE LOS MÉDICOS CON SUS PACIENTES

Fuente: CÓDIGO DE ÉTICA 2019, Colegio Médico de Chile A.G

TÍTULO II

DEBERES GENERALES DEL MÉDICO

Artículo 7. El médico, tanto en su ejercicio profesional como en su vida pública, debe

15 Artículo 8 del decreto 1963/1995.

observar un comportamiento acorde con la moral, el decoro y el prestigio de la medicina.

Artículo 8. El respeto de la vida humana desde su inicio y hasta su término constituye el fundamento básico del ejercicio profesional médico.

Toda intervención médica realizada durante la gestación, deberá velar siempre por el mejor interés de la mujer embarazada y del que está por nacer.

Reconociendo la diversidad de valores existentes en la sociedad, en ciertas circunstancias la autonomía de la mujer embarazada es considerada por sobre el valor de la vida fetal, por lo que la legislación vigente permite la realización de una interrupción voluntaria del embarazo. En estos casos, el médico podrá practicarla, sin perjuicio de su derecho para excusarse de intervenir invocando la objeción de conciencia, en la forma que el ordenamiento jurídico y este Código determinen. Sin embargo, el ejercicio de esta facultad no lo exime de sus deberes de informar a la mujer embarazada sobre los derechos que la Ley le confiere en esta materia ni de otorgarle los cuidados necesarios, anteriores y posteriores a la intervención.

Artículo 9. El médico no podrá realizar acciones cuyo objetivo directo sea poner fin a la vida de un paciente bajo consideración alguna.

Artículo 10. Falta a la ética profesional el médico que apoye, consienta o participe en la práctica de torturas u otras formas de procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquiera sea la ofensa que se impute a la víctima y las circunstancias invocadas, incluyendo conflicto armado o guerra civil.

El médico no podrá proveer medio alguno tendiente a facilitar las conductas descritas en el inciso precedente, o a disminuir la capacidad de la víctima para resistir a tales procedimientos.

El médico no deberá estar presente antes, durante o después de cualquier procedimiento en que la tortura u otras formas de tratamientos crueles, inhumanos o degradantes sean utilizadas como amenaza.

Artículo 11. Falta a la ética el médico que aconseje o participe en la procuración de

órganos humanos para ser trasplantados, si dicha acción lleva involucrada fines de lucro.

Artículo 12. El médico debe obrar siempre con honradez y buena fe. No ha de afirmar o negar con falsedad, hacer citas inexactas o tendenciosas, ni hacer certificaciones falsas.

Artículo 13. El médico deberá mantener su capacidad clínica, conocimientos, habilidades y destrezas actualizados, y utilizar todos los medios técnicos y científicos a su alcance para lograr una atención óptima e integral de sus pacientes. Cuando sea necesario, deberá recurrir a la interconsulta para una mejor atención.

Artículo 14. En la atención institucional, el médico procurará armonizar su ejercicio profesional con las normas de la institución, siempre que estas no contravengan las disposiciones del presente Código.

Artículo 15. Constituirá preocupación preferente del médico prestar su colaboración al progreso de la ciencia y sus acciones deberán ser destinadas a elevar el nivel de la salud del país

Artículo 16. Bajo ningún pretexto o circunstancia podrá el médico asociarse, ni siquiera transitoriamente, con quienes ejerzan ilegalmente la profesión.

TÍTULO III DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON SUS PACIENTES

1. Reglas generales de comportamiento

Artículo 17. El médico atenderá profesionalmente a su paciente en una relación de confianza y respeto, que garantice la libertad y autonomía de ambos.

Artículo 18. El médico deberá prestar atención profesional a toda persona enferma que lo requiera y no podrá eludir dicha atención cuando no exista otro colega que se haga cargo del enfermo.

Artículo 19. El facultativo que acepte atender a un paciente se compromete a garantizar la continuidad de sus servicios.

La pérdida de confianza y de respeto entre médico y paciente pone en riesgo la continuidad y la calidad de la atención. En tal caso, el

facultativo deberá procurar que otro colega se haga cargo del paciente, para lo cual le transmitirá toda la información necesaria para una correcta atención.

Artículo 20. El médico a quien se solicitaren prestaciones que vayan en contra de su conciencia o de su convencimiento clínico, podrá negarse a intervenir. En estas circunstancias, procurará que otro colega continúe asistiendo al paciente, salvo que ello produjere graves e inmediatos daños para la salud del enfermo.

Artículo 21. Ningún médico, por la naturaleza de la ciencia y arte que profesa, puede asegurar la precisión de su diagnóstico, ni garantizar la curación del paciente.

Artículo 22. Falta a la ética el médico que en la atención de un enfermo actúe con negligencia, imprudencia o impericia.

Será negligente aquel profesional que poseyendo el conocimiento, las destrezas y los medios adecuados, no los haya aplicado.

Actúa con imprudencia aquel médico que poseyendo los recursos y preparación necesarios para la atención de un paciente, los aplicare inoportuna o desproporcionadamente, como también si, careciendo de los recursos o preparación adecuados, efectuare una atención sometiendo al paciente a un riesgo innecesario.

Un diagnóstico equivocado, o el fracaso de un tratamiento o de cualquier otra acción médica, habiéndose usado todos los elementos disponibles, no constituyen necesariamente negligencia.

Constituye impericia la falta de los conocimientos o destrezas requeridas para el acto médico de que se trata.

La falta de recursos tecnológicos, cuya existencia no dependa del médico tratante, no acarrea responsabilidad alguna para el facultativo.

No obstante, es deber de todo médico comunicar formalmente a sus superiores jerárquicos las deficiencias del sistema sanitario en que trabaja, cuando estas puedan afectar la adecuada atención de los pacientes.

Artículo 23. Toda persona tiene derecho a morir dignamente. Por consiguiente, los

procedimientos diagnósticos y terapéuticos deberán ser proporcionales a los resultados que se pueda esperar de ellos.

El médico procurará siempre aliviar el sufrimiento y el dolor del paciente, aunque con ello haya riesgo de abreviar la vida.

Ante la inminencia de una muerte inevitable, es lícito que el médico, en conciencia, tome la decisión de no aplicar tratamientos que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, debiendo procurar al enfermo los cuidados paliativos inherentes a la dignidad de todo ser humano, hasta el final de sus días.

Si se comprobare la muerte cerebral de un paciente, el médico estará autorizado para suspender todo procedimiento terapéutico.

TÍTULO VII

DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON SUS COLEGAS Y CON LOS DEMÁS PROFESIONALES DE LA SALUD

Artículo 60. Las relaciones entre médicos deben basarse siempre en el respeto, deferencia, lealtad y consideración recíprocos, cualquiera sea la vinculación jerárquica existente entre colegas.

La solidaridad entre médicos es uno de los deberes primordiales de la profesión, y sobre ella solo tiene precedencia el bien del paciente.

Artículo 61. Todo médico tiene la obligación de defender a aquel colega que reciba ataques o denuncias injustas. Constituye falta a la ética criticar con terceros, de manera despectiva, las actuaciones profesionales de un colega.

Hacerlo en presencia de pacientes, familiares, o públicamente, se considerará circunstancia agravante.

Igualmente, constituye falta a la ética cualquier acto que, directa o indirectamente, pretenda difamar, injuriar o calumniar a un colega en su integridad o ejercicio profesional.

Artículo 62. Las discrepancias profesionales deben ser discutidas en privado o en reuniones técnicas.

Si las discrepancias entre colegas fueren de naturaleza ética, podrán acudir a los Tribunales de Ética del colegio Médico de Chile para que intervengan como mediadores en estos conflictos.

Artículo 63. Todo profesional tiene el derecho de denunciar ante el Tribunal de Ética correspondiente, en forma objetiva y discreta, las infracciones a la ética médica y a las reglas que rigen la práctica profesional, en que hubiere presumiblemente incurrido un colega.

Artículo 64. Es obligación de todo médico entregar los informes clínicos que los colegas soliciten cuando el paciente ha decidido cambiar de facultativo o recurrir a una interconsulta, sin perjuicio de cumplir, asimismo, con las obligaciones establecidas en el artículo 28.

Artículo 65. Es deber del médico colaborar en la formación de sus colegas, no pudiendo reservarse conocimientos o técnicas útiles para el ejercicio de la medicina.

Artículo 66. Todo médico a quien corresponda intervenir, en virtud de sus funciones, en el nombramiento o exoneración de un colega, tanto en el sector público como en el privado, como, asimismo, en su calificación o ascenso, deberá actuar con justicia, respetando la dignidad de aquél y las normas legales vigentes.


Artículo 67. El ejercicio de la medicina no debe dar lugar a actuaciones médicas innecesarias. Sin perjuicio de las posibles responsabilidades subsidiarias, la responsabilidad deontológica no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipo.

La jerarquía existente en un equipo asistencial no podrá constituir motivo de dominio, exaltación personal ni delegación de responsabilidades.

Quien ostente la dirección del equipo asistencial cuidará de que exista un ambiente de rigurosidad ética y de tolerancia hacia las opiniones profesionales divergentes. Asimismo, deberá aceptar que un integrante del equipo se rehúse a intervenir cuando oponga una objeción razonada de ciencia o de conciencia.

Artículo 68. Infringen la ética médica aquellos facultativos que constituyan o dirijan agrupaciones profesionales en las que se promueva o permita la explotación de alguno de sus miembros.

La actualización completa del Código de Ética se encuentra disponible en el sitio web de Colegio Médico de Chile. Su versión en papel digital la encuentra en el link: <https://bit.ly/37HiwF>

	<p>HOSPITAL KALLVU LLANKA DE CAÑETE</p> <p>“PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE PLACENTA”</p>	<p>CÓDIGO 01</p>	<p>N° VERSIÓN 01</p>
		<p>FECHA ELABORACIÓN 07/07/2014</p>	<p>FECHA REVISIÓN 08/09/2014</p>

PROCEDIMIENTO

ENTREGA DE PLACENTA A FAMILIAS MAPUCHE

	Responsable Elaboración	Revisó	Aprobó
Nombre	DR. NICOLÁS MORA GONZÁLEZ MAT. SHEYLA MORA CONTRERAS SRA. ELISABET RAIMAN ANTIL	E.U IRMA CAAMAÑO R. E.U. VILMA SILVA P.	DR. IVAN VALLEJOS PAREDES
Cargo	MÉDICO, UNIDAD INTERCULTURAL MATRONA, UNIDAD INTERCULTURAL FACILITADORA INTERCULTURAL, UNIDAD INTERCULTURAL	ENFERMERA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE IAAS ENCARGADA DE CALIDAD	DIRECTOR HOSPITAL
Firma			

Resolución N°

OBJETIVO GENERAL

Implementar como estrategia asociada a la pertinencia cultural, un procedimiento estandarizado para facilitar la correcta entrega de la placenta a usuarias de familia mapuche y cuyo parto se ha realizado en el Hospital Kallku LLanka.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer los flujos en el proceso de entrega de placenta a familias mapuches
2. Identificar las responsabilidades del equipo de salud en la entrega de placenta a familias mapuches

ALCANCE

1. Este protocolo tendrá alcance el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Kallvu Llanka, y en la atención primaria en salud(APS) tanto de la comuna de Cañete como de Tirúa. También tendrá efecto en la atención primaria y el Hospital de Contulmo, para dar respuesta a los casos de mujeres que acudan a atender sus partos por cesáreas programadas al Hospital Kallvu LLanka.
2. La población objetivo contempla a aquellas mujeres mapuches que atiendan su parto en el Hospital Kallvu Llanka, sea este de tipo vaginal o cesárea.
3. Se entenderá por familias mapuche aquellas que:
 - a. La gestante o su pareja tengan apellido mapuche, o sean descendientes de padres, abuelos y bisabuelos con apellido mapuche¹

¹Ley 19253

- b. Vivan en una comunidad mapuche²
- c. Se auto identifiquen como familia mapuche³

4. Los criterios de exclusión serán:
 - a. Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA
 - b. Pacientes con diagnóstico de Hepatitis B
 - c. Pacientes cuya patología obstétrica requiera estudio histológico de tejido placentario.

7. **Técnico en enfermería de nivel superior (TENS) de sala de partos:** El TENS de turno será el responsable, una vez guardada la placenta en el contenedor, de mantener este en un lugar fresco y seco, hasta la llegada del familiar que retira este.

PROCEDIMIENTO

1. Casos Planificados

a. El fomento y difusión:

- i. Toda matrona de APS de las comunas de Tirúa y Cañete(matrona de cabecera) en el primer control prenatal, junto con la entrega de la “guía mapuche” a las usuarias de familia mapuche, informará beneficiarias la posibilidad de solicitar la entrega de su placenta en el caso de parto en Hospital KallvuLLanka. En el caso de matronas de la APS de Contulmo, entregaran dicha información cuando la paciente se derive a Ginecólogo/a de Hospital Kallvu Llanka para posible resolución por cesárea programada.
- ii. Esta información es entregada en forma verbal y respaldada por un díptico impreso que resuma el procedimiento a seguir. Esto se registra en ficha clínica (de papel o electrónica).
- iii. Se debe enfatizar en que la opción solo es vigente para partos en Hospital KallvuLlanka, por lo que en caso de derivación a otro centro asistencial no existe esta posibilidad.
- iv. En los casos en que la familia desee que se le entregue la placenta para poder realizar el ritual entierro de esta y que solicite orientación para poder llevarlo a cabo, se debe derivar con la facilitadora intercultural, quien orientará en como poder acceder a mayor información, y quien decide si debe derivar a partera o puñeñelcheve más cercana a su domicilio.

b. La solicitud de la usuaria

- i. A partir del segundo control prenatal y hasta el último, la usuaria que requiera la entrega de su placenta debe informar a su matrona de cabecera, de la decisión tomada y completar el documento “Formulario de Solicitud de Placenta” (anexo 1), donde debe quedar claramente expresada su voluntad, identificado el familiar responsable de la recepción y traslado de la placenta, quedando además, registrado los antecedentes de contacto de este.

RESPONSABLES

1. **Matronas de APS:** es responsable de entregar la información sobre la implementación del procedimiento de entrega de placenta a todas las familias mapuche que inicien su control prenatal en alguna de las dependencias de salud pública, pertenecientes a la comuna de Tirúa, Cañete y Contulmo (solo en caso de derivaciones a Hospital Kallvu-LLanka para cesáreas programadas). Junto con esto, recepcionarán las solicitudes de entrega de placenta e informarán a matrona coordinadora de unidad intercultural. También serán las responsables, en coordinación con la facilitadora intercultural, de realizar visita domiciliaria integral, aplicación de encuesta de satisfacción usuaria y rescate de las unidades contenedoras de transporte de placenta.
2. **Facilitadora Intercultural:** es responsable de orientar a familias que quieran solicitar su placenta y que necesiten información con respecto al ritual de entierro de placenta. Además en casos necesarios facilitará el acceso a parteras y puñeñelcheve locales. También es responsable de coordinar la visita domiciliaria integral postparto.
3. **Matrona Unidad Intercultural:** es responsable de registrar las solicitudes, verificar el cumplimiento de criterios de inclusión, coordinación con el servicio de Gineco-Obstetricia, con las matronas de turno y evaluar que el procedimiento de entrega de placenta se cumpla. De la misma forma será la responsable de la sistematización de la información generada de las usuarias y familias que solicitan placenta.
- 4.

²Idem

³Artículo 1, Convenio 169

5. **Matrona Servicio de Gineco-Obstetricia:** es responsable de contar con los equipamientos adecuados para el almacenamiento y entrega de la placenta, y la supervisión del cumplimiento de este protocolo en matronas de APS y turnos.
6. **El director del hospital:** es responsable de responder las solicitudes ingresadas y que no sean aprobadas para el cumplimiento de este procedimiento. Además de esto es el responsable formal de todo el procedimiento.

- ii. Este documento se firma por usuaria y matrona en 3 copias: La primera queda anexada al carné de control prenatal, la segunda en manos de matrona de cabecera para ingresar a la OIRS (Hospital Cañete) y la tercera para la matrona de la Unidad Intercultural (Hospital Cañete).

c. Coordinación

- i. Cada matrona de cabecera debe coordinar directamente con la matrona de la Unidad Intercultural, para entregar las solicitudes recepcionadas.
- ii. La matrona de la Unidad Intercultural debe mantener en fichero de pre partos y partos el nombre de usuaria, familiar responsable y fono de contacto de quienes hayan solicitado la entrega de la placenta, de forma que permita a la matrona de turno obtener información rápida de usuarias solicitantes para continuidad del procedimiento.

d. Trabajo de parto, parto y alumbramiento:

- i. Cuando ingrese la usuaria con trabajo de partos a la unidad de partos, se debe contactar inmediatamente al familiar responsable del traslado de la placenta, quien debe presentarse a la recepción de ésta, dentro de las 24 hrs. post nacimiento.
- ii. Una vez acontecido el parto y alumbramiento, la placenta perteneciente a la usuaria solicitante, post revisión y peso de rutina se guarda primero en bolsa doble transparente para residuos orgánicos de manera segura y luego se deposita en un contenedor plástico seguro de color amarillo, con manilla de transporte e identificación (anexo 2). Las características de este contenedor deben regirse en base al Decreto supremo 6/2009 (artículo 12).
- iii. Una vez que la placenta es pesada, guardada en bolsa transparente y depositada en contenedor, se procede a la identificación de éste mismo y se mantiene en lugar fresco y seco del Servicio de Partos (Sala de aseo) hasta el retiro por parte del familiar responsable. El contenedor con la placenta debe llevar un registro de contenido, nombre de la usuaria, fecha y hora del parto,

e. La entrega:

- i. El familiar responsable de la recepción debe acudir directamente a Prepartos y solicitar comunicarse con la matrona de partos, quien directamente verifica los antecedentes del familiar con los entregados en el “Formulario de Solicitud de Placenta” firmado por usuaria. Si se presenta otro familiar, deberá consultarse personalmente a la púerpera quien autorizará a este otro familiar para el traslado de la placenta.

- ii. Se entrega el contenedor con la placenta y en este mismo acto, el familiar debe firmar el “Libro de entrega de placentas”, donde se explicita el compromiso de adecuado manejo de placenta.
- iii. En caso de que ningún familiar solicite la placenta antes de las 24 horas, se procederá al manejo habitual de residuos especiales.

f. Seguimiento:

- i. La matrona de APS (de cabecera) en conjunto con la facilitadora de la Unidad Intercultural deben realizar Visita Domiciliaria Integral (VDI), previa coordinación directa con la usuaria, dentro del primer mes post parto, donde además de

las acciones propias de la VDI, se realiza una encuesta de satisfacción usuaria para evaluar la percepción respecto a la implementación del procedimiento y conocer las prácticas culturales asociadas a la placenta usadas en nuestro territorio.

2. Casos no Planificados

- a. En el caso de usuarias mapuche, que no tuvieron control prenatal en los establecimientos nombrados, o sin control prenatal, que acuden a su parto en Hospital Kallvu Llanka y que expresen su voluntad a la matrona de turno de querer llevar su placenta, se deben incorporar a este procedimiento en el punto(d) de los Casos Planificados, posterior a la firma del “Formulario de Solicitud de Entrega de Placenta” y continuar con el flujo de este procedimiento.

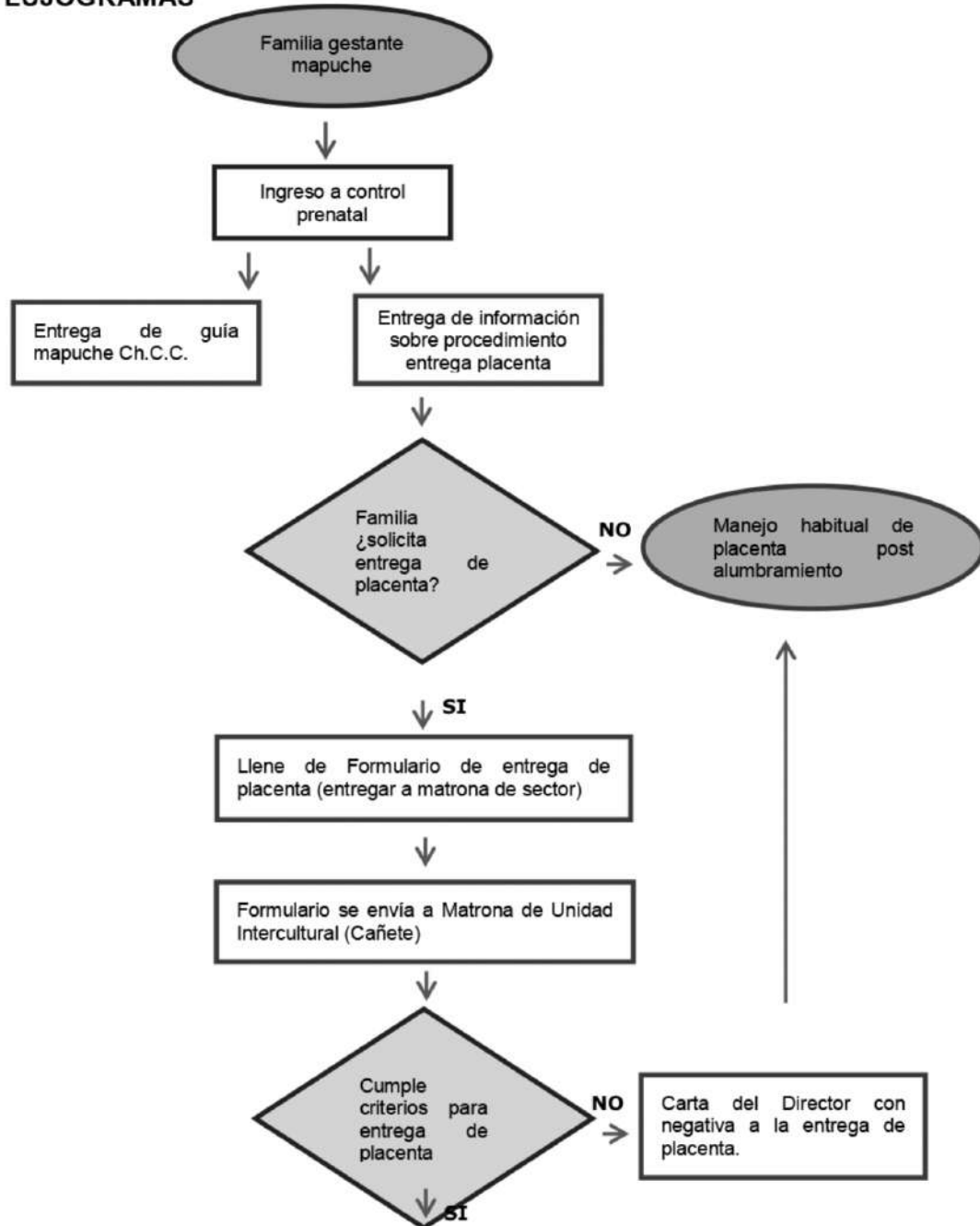
3. Casos Especiales

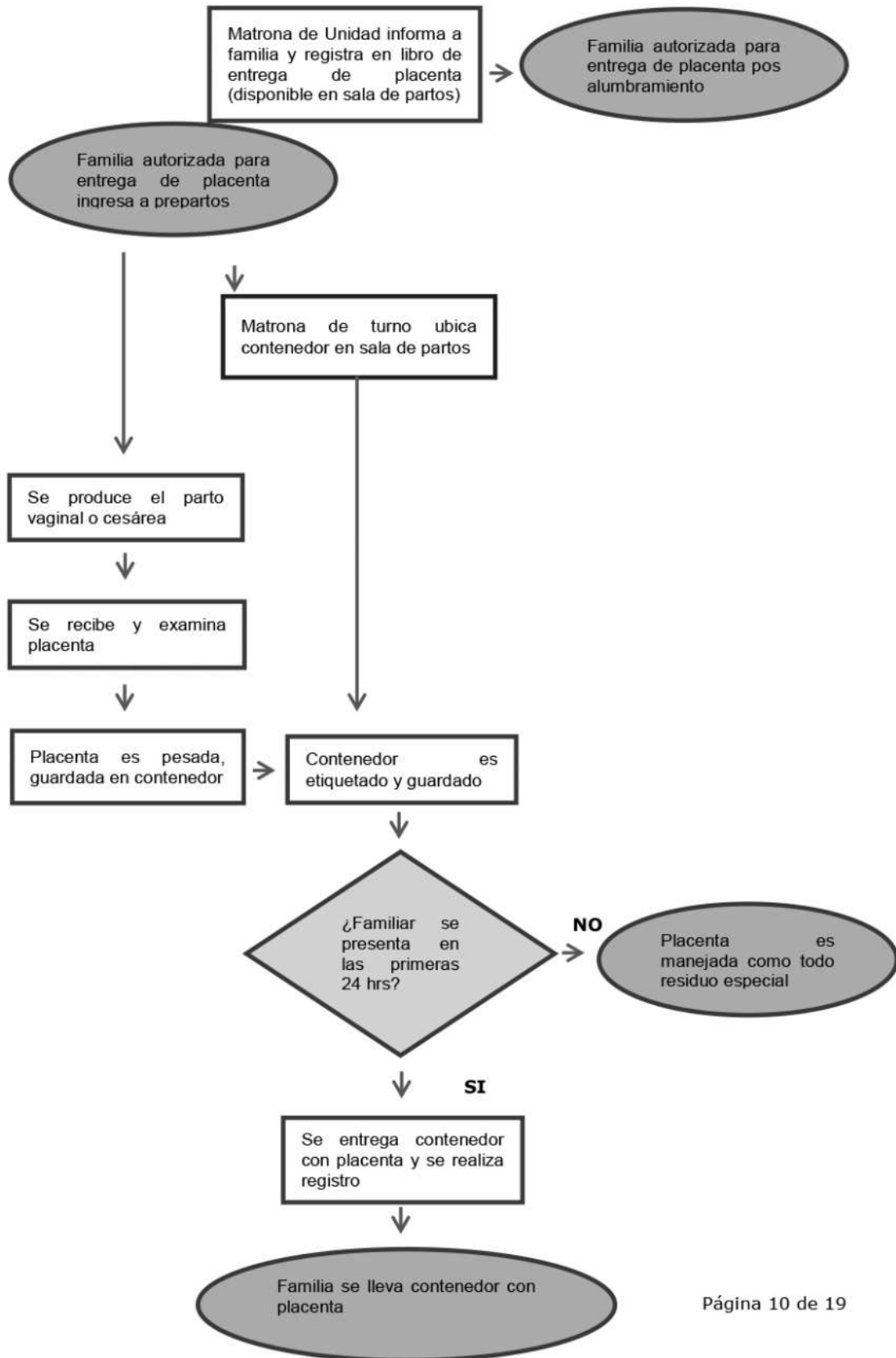
La placenta se define como un residuo especial, que pudiera tener alguna importancia desde el punto de vista de las infecciones intrahospitalarias, si existe algún cuadro de infección asociado que la transforme en un residuo patológico, con el consiguiente riesgo para las personas que la manipulan.

En el caso de que la usuaria tenga antecedentes de ser portadora o un diagnóstico reciente de infecciones que se transmiten a través de fluidos biológicos, tales como: VIH, Hepatitis B, Citomegalovirus, otras enfermedades de transmisión sexual, o se haya diagnosticado una infección ovular, la placenta no podrá ser entregada a los familiares y se procederá a su eliminación de acuerdo a los protocolos establecidos por el hospital para residuos biológicos.

En este caso, el profesional médico o matrona que atiende a la paciente, deberá explicar con antelación al parto, la razón de la no entrega de la placenta, para que sus familiares entiendan esta situación especial. Puede que se requiera en algún caso, la intervención de algún facilitador intercultural, para ayudar a la familia a entender el tema.

1. FLUJOGRAMAS





2. INDICADORES DE MONITOREO

Para el monitoreo del protocolo se realizaran un monitoreo de indicadores de proceso y de producto.

De los indicadores de proceso se evaluara la eficacia del procedimiento de entrega de placenta a través del cumplimiento de la pauta de cotejo (anexo 3)

Denominación del Indicador	Cumplimiento del procedimiento entrega de placenta	Responsable	Matrona de Unidad Intercultural
Objetivo	Medir el grado de cumplimiento el procedimiento de entrega de placenta.		
Descripción	Grado de cumplimiento del procedimiento de entrega de placenta en familias mapuches que solicitaron su placenta en control prenatal en la APS, en la comuna de Tirúa, Cañete y Contulmo.		
Excepciones	Quedan excluidos aquellos casos no planificados.		
Fórmula	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de entregas de placentas en familias mapuches que cumplen con el procedimiento descrito}}{\text{Total de entregas de placentas a familias mapuches}} \times 100$		
Umbral	Sobre el 80%	Valores de Análisis	Alto: Sobre el 90% Moderado: 80 a 90% Bajo: Menos 80%
Fuente de Datos	Libro de solicitud de entrega de placentas Pautas de cotejo	Frecuencia	Trimestral
Niveles de Aplicación	APS Hospital Cañete. Unidad Intercultural. Servicio de Gineco Obstetricia Hospital Cañete.	Usuarios	Matrona Supervisora Unidad intercultural Director Hospital

De los indicadores de producto evaluaremos la eficacia de la entrega a través del porcentaje de mujeres que finalmente lograron la entrega de placentas entregadas.

Denominación del Indicador	Grado de eficacia de entrega de placenta	Responsable	Mat. Intercultural	Unidad
Objetivo	Medir el grado de eficacia de entrega de placenta.			
Descripción	Grado de eficacia en la entrega de placenta en familias mapuches que solicitaron la entrega de esta previamente.			
Excepciones	Quedan excluidas aquellas mujeres que presentan infección ovular. Quedan excluidos aquellos casos no planificados.			
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de familias a quienes se les entrego su placenta}}{\text{Total de familias mapuche que solicitaron la entrega de placenta}} * 100$			
Umbral	80%	Valores de Análisis	Excelente: mayor al 95%. Aceptable: entre 80 al 95% Deficiente: Menos de 80%.	
Fuente de Datos	Archivo con informes de solicitud (OIRS) Libro de entrega de placenta	Frecuencia	Semestral	
Niveles de Aplicación	APS de CESFAM de Tirúa, DAS Cañete y hospital Cañete.	Usuarios	Matronas/es de APS Matrona Supervisora Unidad intercultural Director Hospital	

METODOLOGÍA DE MONITOREO:

El monitoreo de este procedimiento se realizará semanalmente al 100 % de los procedimientos de Entrega de Placentas a familias mapuches. Para ello se escogerá, a través del método Randomizer, el día de la semana en que se aplicará dicha Pauta de Cotejo. La Evaluación de Calidad del Procedimiento de entrega de Placenta será el siguiente:


- Si cumple con los 7 criterios de calidad establecidos en la pauta de cotejo, el procedimiento será de excelencia.
- Si no cumple con alguno de los 7 criterios de calidad establecidos, el procedimiento será Deficiente.

3. GLOSARIO

APS: Atención primaria en salud
CESFAM: Centro de salud familiar
DAS: Dirección de Atención de Salud Municipal
Dr.: Doctor
Mat: Matrona
Sra.: Señora
S.S.A.: Servicio de Salud de Arauco
TENS: Técnico en enfermería de nivel superior
U.I.: Unidad Intercultural
VDI: Visita domiciliaria integral

4. BIBLIOGRAFIA

- Acta de Trawun de Mujeres Mapuche "Experiencias y conocimientos acerca del embarazo, parto y puerperio", E.Raimán, museo mapuche Cañete, 14 de diciembre 2011.
- Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas, A. Alarcón, Y. Nahuelqueo, S. Chungara. Revista de Antropología Chilena. 40, N°2, 2008, pp.197.
- Decreto 6 que aprueba el manejo de residuos de establecimientos de atención de salud. Ministerio de Salud, Chile. Feb 2009
- Decreto 236 que promulga el Convenio 169. Ministerio de relaciones exteriores, Chile. Oct 2008.
- Decreto 240 que reglamenta el libro noveno del Código sanitario. Ministerio de salud. Chile. Jun 1983
- Decreto 725 que norma el Código Sanitario. Ministerio de Salud pública. Chile. Dic 1967
- Ley 19.253 que establece normas de protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la corporación nacional de desarrollo indígena. Ministerios de planificación y cooperación. Chile. Feb 1993.
- Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud. Chile. Abr 2012.
- Norma general administrativa N°16, sobre interculturalidad en los servicios de salud. Ministerio de salud. Abr 2006.
- Plan REAS del Hospital Kallvu Llanka

	<p>HOSPITAL KALLVU LLANKA DE CAÑETE</p> <p>“PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE PLACENTA”</p>	CÓDIGO 01	Nº VERSIÓN 01
		FECHA ELABORACIÓN 07/07/2014	FECHA REVISIÓN 08/09/2014

5. ANEXOS

ANEXO Nº 1:



**FORMULARIO SOLICITUD ENTREGA DE PLACENTA
HOSPITAL INTERCULTURAL KALLVU LLANKA.**

Fecha:.....
 Nombre Usuaría:
 RUT:.....
 Dirección:.....
 Teléfono:.....
 Sector:.....
 FUM:..... FPP:.....
 Matrona Informante.....

Por medio de este documento solicito formalmente a la Dirección del Hospital Kallvu Llanka de Cañete, que posterior al nacimiento de mi hijo/a, se haga entrega a mi familia de la placenta o kudiñ, en respeto a mi cosmovisión como mujer de familia mapuche, para ser enterrada de acuerdo a las prácticas ancestrales de mi cultura.

Asumo que he sido informada por la matrona, que esta posibilidad es vigente solo en caso de parto en Hospital Kallvu Llanka y que mi familia debe retirarla y trasladarla de acuerdo al protocolo vigente , dentro de las 24 hrs post parto , en el caso contrario , mi placenta será manejada de acuerdo a la normativa sanitaria.

Autorizo para la recepción y traslado a los/as siguientes familiares:

Nombre Familiar 1.....
 RUT.....
 Teléfono de Contacto..... y

Nombre Familiar 2.....
 RUT.....
 Teléfono de Contacto..... y

Firma Usuaría

Firma Matrona

ANEXO N°2: ROTULADO CONTENEDOR PLASTICO

<u>IDENTIFICACION TEJIDO ESPECIAL</u>
Nombre Usuaría:.....
Fecha parto.....Hora.....
Contenido:.....
Peso:.....
Observaciones:.....

ANEXO N°3: PAUTA DE COTEJO

Pauta de Cotejo de entrega de placenta

N° de pauta: _____

Responsable de la aplicación: _____

Fecha Aplicación: _____

ITEM	SI	NO
1. El nombre de la paciente, esta registrado en el libro de solicitud de entrega de placenta		
2. La placenta va al interior de una doble bolsa transparente		
3. El contenedor es amarillo		
4. El contener va completamente rotulado con nombre de la paciente, tipo de contenido (placenta), fecha y hora del parto.		
5. La placenta fue entregada antes de las 24 horas posterior al parto		
6. El familiar que retira la placenta, ¿está informado sobre el contenido del contenedor?		
7. Los datos del familiar que retira la placenta están registrados en el libro de entrega de placenta		

Item Cumplidos : _____

Item No cumplidos : _____

% de Cumplimiento de pauta: _____

Anexo 4:

Consolidado Trimestral de Pautas Aplicadas

N° de Pauta	Fecha Aplicación Pauta	Cumple con el 100% de Criterios de Calidad	
		SI	NO






Total Pautas con 100% criterios de calidad: _____

Total Pautas Aplicadas: _____

ANEXO

INSTRUCCIONES ANTE AMENAZAS O AGRESIONES

Nunca conteste la agresión

A	B	C	D
<p>Agresión verbal de paciente o familia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Retirarse del lugar. 2 Activar timbre de emergencia. 3 Informar a Seguridad del Hospital.  4 Informar al jefe de Servicio o de Unidad para que concurra al lugar. 5 Reportar la agresión verbal como accidente laboral en documento ad hoc (Ley n°16.744). 6 Consignar el hecho en la ficha clínica del paciente. 7 Eventualmente informar a Carabineros de Chile o a la fuerza pública. 	<p>Intento o agresión física efectiva asociada a la patología del paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Tomar medidas de contención o aislamiento, según indicación médica (art. 26 Ley N°20.584). 2 Certificar lesiones sufridas y pedir que sean reportadas como accidente laboral, en Servicio de Urgencia de la institución (Ley n°16.744). 3 Confeccionar D.A.U. del funcionario agredido y evaluar eventual traslado a mutual o institución afín. 4 Informar al tratante o al jefe de turno. 5 Consignar el hecho en la ficha clínica del paciente. 6 No se presentarán acciones judiciales penales. 	<p>Intento o agresión física efectiva no asociada a patología del paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Retirarse del lugar. 2 Activar timbre de emergencia. 3 Informar a Seguridad del Hospital.  4 Llamar a Carabineros, a la fuerza pública o al 133. 5 Informar al jefe de Servicio para que éste proceda a dar el alta disciplinaria siempre, que no ponga en riesgo la vida o salud del paciente, (Art. 35 Ley N° 20.584). 6 Certificar lesiones sufridas y pedir que sean reportadas como accidente laboral (Ley n°16.744). 7 Confeccionar D.A.U del funcionario agredido y eventual traslado a mutual o institución afín. 8 El afectado podrá suspender la atención de pacientes, sólo si no afecta a los usuarios y personal del establecimiento. 9 Consignar nombre, rut y domicilio de testigos de la agresión. 10 Contactar al Director y Abogado del Hospital. 	<p>Intento o agresión física efectiva de pariente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Retirarse del lugar. 2 Activar timbre de emergencia. 3 Informar a Seguridad del Hospital.  4 Llamar a Carabineros, a la fuerza pública o al 133. 5 Certificar lesiones sufridas y pedir que sean reportadas como accidente laboral en Servicio de Urgencia de la institución (Ley n°16.744). 6 Confeccionar D.A.U del funcionario agredido y eventual traslado a mutual o institución afín. 7 El afectado podrá suspender la atención de pacientes, sólo si no afecta a los usuarios y personal del establecimiento. 8 Consignar nombre, rut y domicilio de testigos de la agresión. 9 Contactar al Director y Abogado del Hospital.
<p>UDELAM  600 600 0610</p>		<p>FALMED  600 600 0525</p>	

RECUERDE

- No normalicemos las agresiones.
- Solicite SIEMPRE asesoría legal.



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.



UDELAM



FALMED

TRABAJO PESADO

· ¿QUÉ ES EL TRABAJO PESADO?

Es aquel cuya realización **acelera el desgaste físico, intelectual o psíquico** en la mayoría de quienes lo realizan, provocando un envejecimiento precoz, aun cuando ellos no generen una enfermedad laboral.

Son trabajos pesados, entre otros:

- Los que producen un desgaste orgánico excepcional, por requerir esfuerzo físico extremo
- Los que se ejecutan a temperaturas excesivamente altas o bajas.
- Aquellos que se realizan habitualmente o íntegramente de noche. En este caso aquellos médicos cirujanos que desempeñan sus funciones en Urgencias, turnos nocturnos, o en Unidades de alta exigencia física y mental.

· ¿QUÉ BENEFICIO TIENE QUE SE CALIFIQUE UN TRABAJO COMO PESADO?

Obtener una rebaja de la edad legal para pensionarse por vejez, al estimarse que dichas labores generan un aceleramiento en su envejecimiento.



Se rebaja **2 años por cada 5** en que se cotice un **2% adicional** de la remuneración mensual imponible, con un **máximo de 10 años de rebaja** de la edad de jubilación, siempre que al acogerse a pensión tengan un total de 20 años de cotizaciones con este régimen excepcional.



Se rebajará **1 año** la edad de jubilación, por cada **5 años de cotización adicional**, con un **máximo de 5 años**, si la cotización, hubiese sido rebajada en un **1%**

· ¿QUIÉN DETERMINA SI LA COTIZACIÓN ADICIONAL ES DE 1% O 2%?

Lo determina la Comisión Ergonómica Nacional (CEN), de acuerdo a los antecedentes aportados al momento de solicitar la calificación de trabajo pesado (en relación al desgaste relativo producido por dicha labor)



· ¿QUIÉN PUEDE PRESENTAR LA SOLICITUD DE “TRABAJO PESADO”?

1. El empleador, sea del sector público o privado.
2. Un trabajador
3. Un sindicato (En el caso de médicos cirujanos del sector privado de la salud)

El requirente deber **tener vinculación directa con el puesto de trabajo a calificar**, por lo que no puede hacerlo un trabajador que ya no labora en el puesto de trabajo al momento de realizarse la solicitud.

· **¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR UNA ACTIVIDAD O EMPLEO COMO TRABAJO PESADO?**

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <p>1) Presentación de la Solicitud:
Formulario disponible en la página web de la Superintendencia de Pensiones. Presentación ante la SEREMI del Trabajo y Previsión Social:</p> | <p>2) Recepción de los antecedentes y envío a la Comisión Ergonómica Nacional (CEN)</p> | <p>3) Procedimiento de calificación ante la CEN
Plazo de 60 días para emitir el dictamen.
Podrá solicitar informes técnicos a especialistas, peritos, organismos relacionados con la salud ocupacional</p> | <p>4) Dictamen que acoge o rechaza la calificación de trabajo pesado.</p> |
|--|--|---|--|

A contar del día 01 de octubre de 2019: La presentación del formulario se deberá realizar exclusivamente por medios electrónicos, a través de la página <https://ctp.spensiones.cl/>

· **¿QUÉ PUEDE DICTAMINAR LA CEN?**

La CEN puede aprobar o rechazar de la calificación de "Trabajo Pesado".

- Deberá notificar por escrito al trabajador, al empleador y a los demás interesados su dictamen, sobre la aprobación o rechazo de la calificación de trabajo pesado.

- Igual notificación deberá efectuar a las Administradoras de Fondos de Pensiones y al ISP, en su caso, una vez ejecutoriado este dictamen, para que reciban la cotización adicional y velen por que el empleador la entere en la cuenta del trabajador o funcionario.



· **¿PUEDO RECLAMAR DEL DICTAMEN DE LA CEN?**

Si, se puede reclamar por el **rechazo o calificación insuficiente**, en el caso de que se determine un 1% de sobre cotización y se quiere llegar al máximo de 2%. Este reclamo se realiza dentro del **plazo de 30 días hábiles** contado desde la notificación del dictamen respectivo.

· **¿QUIÉN RESUELVE EL RECLAMO DEL DICTAMEN DE LA CEN?**

El reclamo es resuelto por la Comisión de Apelaciones, la cual realiza sus funciones en la ciudad de Santiago. La resolución de la Comisión, no es apelable.



ASESORÍA LEGAL (LOGO UDELAM)

Si desea asesoría para realizar el procedimiento de calificación de trabajo pesado, contacte a la Unidad de Defensa Laboral Médica (UDELAM), que cuenta con abogadas y abogados para asesorar y proporcionar el apoyo legal necesario en estas materias.

CONTACTO: 2 2770 8800 / udelam@colegiomedico.cl

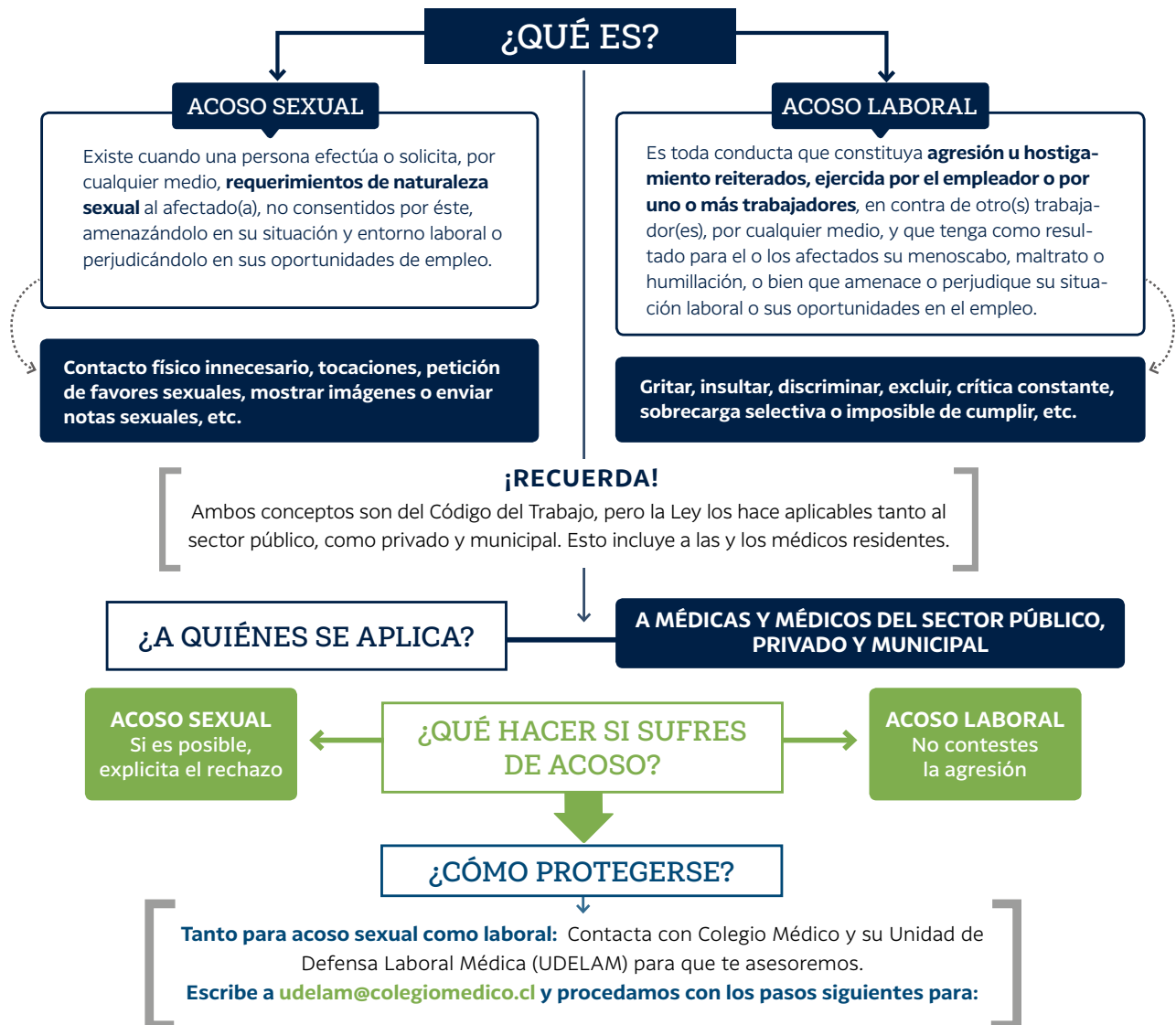


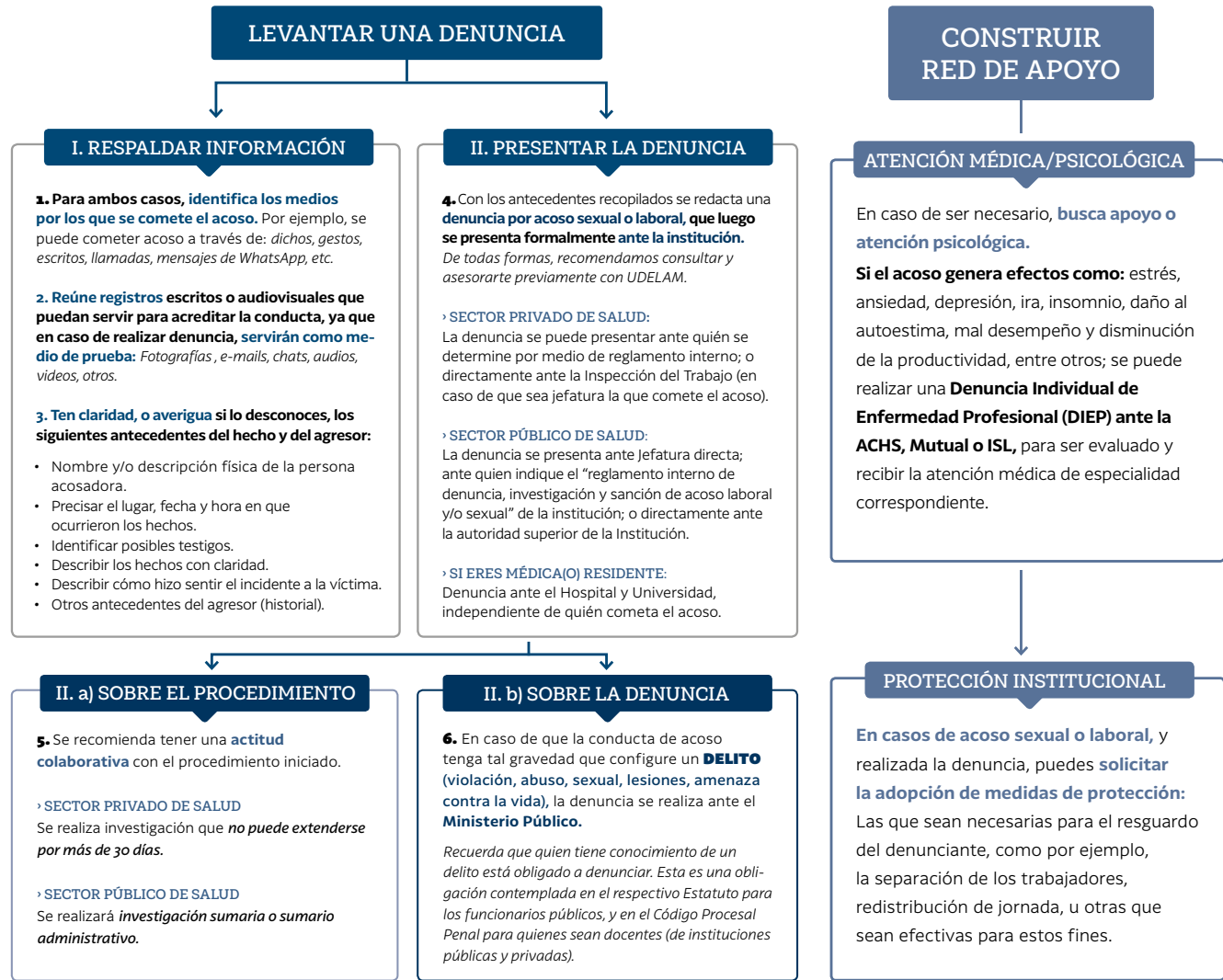


ACOSO

SEXUAL O LABORAL

en el trabajo médico





ASESORÍA LEGAL

Si eres médica o médico, y sufres de acoso sexual o laboral, **informa de inmediato al equipo UDELAM**, que cuenta con abogadas y abogados para proporcionar el apoyo legal necesario en estas materias.

VÍAS DE CONTACTO: ☎ 2 2770 8800 / 600 8 325633
 @ udelam@colegiomedico.cl

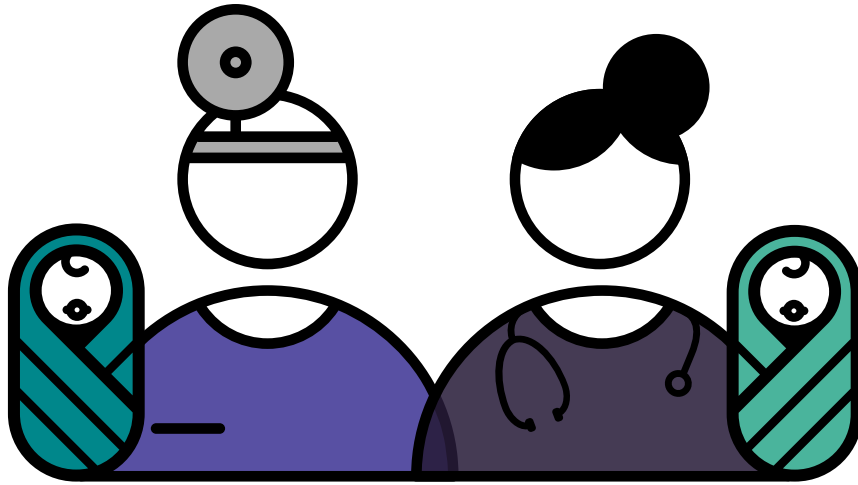




COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.



FALMED



MATERNIDAD Y PATERNIDAD

Sobre la protección a la maternidad,
paternidad y vida familiar
en el trabajo médico

PREGUNTAS FRECUENTES



Sobre la protección a la maternidad, paternidad y vida familiar en el trabajo médico



¿QUÉ ES LA PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD, PATERNIDAD Y VIDA FAMILIAR?

Conjunto de normas que establece derechos irrenunciables para las trabajadoras y trabajadores, tendientes a proteger al hijo/a y a los padres, en atención al interés superior del menor. Este deber obliga al empleador a adoptar todas las medidas necesarias para proteger la maternidad, paternidad y vida familiar

Es aplicable al sector privado de salud, administración pública, instituciones semifiscales, municipales, entre otras, y que dependan de cualquier empleador, acogidos a un sistema previsional.

¿A QUIÉNES SE APLICA ESTA PROTECCIÓN DE DERECHOS?

¿QUÉ DERECHOS COMPRENDE LA PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD, PATERNIDAD Y VIDA FAMILIAR?

- Fuero laboral.
- Descansos de Maternidad.
- Derecho para alimentar al hijo/a menor de dos años.
- Derecho a sala cuna.
- Prohibición de realizar trabajos perjudiciales para la mujer en estado de embarazo.
- Permisos especiales.

PREGUNTAS FRECUENTES



Sobre la protección a la maternidad, paternidad y vida familiar en el trabajo médico



- Es la protección especial que contempla la ley respecto de la mujer embarazada, consistente en la imposibilidad del empleador de poner término a su contrato de trabajo sin que exista autorización judicial previa. También tienen fuero quienes obtengan el cuidado personal de un menor.
- El fuero se inicia cuando empieza el embarazo y se extiende hasta un año expirado el descanso postnatal, sin contar el permiso postnatal parental.
- Solo se puede poner término a sus labores por causal legal, por vencimiento del plazo del contrato, conclusión del trabajo o servicio contratado o por conducta indebida de carácter grave debidamente acreditada del(la) trabajador(a).
- El fuero sólo protege la permanencia en el organismo; no así eventuales cambios de distribución de jornada.

¿QUÉ ES EL FUERO LABORAL?

¿QUÉ DESCANSOS POR MATERNIDAD EXISTEN?

PRENATAL: Descansos que inicia seis semanas antes de la fecha de parto, determinada por certificado médico o del matróon o matrona. Si el parto se produce después de la fecha indicada, se prorroga el prenatal hasta que éste se produzca.

POSTNATAL: Descanso de 12 semanas con posterioridad al parto. Si el menor nace antes de la semana 33 de gestación o pesa menos de 1.500 gramos, se extiende por 18 semanas.

POSTNATAL EXTENDIDO: En caso de partos múltiples, el postnatal aumenta en siete días por cada menor, a partir del segundo.

POSTNATAL PARENTAL: Descanso adicional al postnatal, que pueden ser 12 semanas adicionales, o 18 semanas en que se reincorpora a medio tiempo.



PREGUNTAS FRECUENTES



Sobre la protección a la maternidad, paternidad y vida familiar en el trabajo médico



¿QUÉ SUCEDE CON LAS JEFATURAS EN EL PRE Y POST NATAL?

Cargos se mantienen inalterables

¿CÓMO DEBE MI EMPLEADOR/A CUBRIR MI AUSENCIA?



- Quien debe velar por cubrir los turnos nocturnos de mujeres en estado de embarazo es el empleador, por lo que legalmente, **no se le puede exigir a la embarazada** que consiga su **reemplazo** o **cubra los turnos** que le corresponderían (se puede pedir su colaboración, pero no es obligación).
- En el caso del **sector público**, la Ley señala que se podrá contratar personal que reemplace a los funcionarios que se encuentren imposibilitados a desempeñar su cargo por más de 30 días (si cuenta con los recursos presupuestarios disponibles). La **ley N°15.076** en específico, establece que el reemplazo se realizará según normas de cada institución.
- El **funcionario suplente** recibirá su sueldo más la diferencia de remuneración entre su cargo y el del reemplazado.

¿QUÉ ES EL BENEFICIO DE LACTANCIA?

- Los(las) trabajadores(as) disponen a los menos de **1 hora al día** para alimentar a sus hijos(as) menores de 2 años. Este beneficio es **irrenunciable**, y el tiempo de traslado se considera como “trabajado”, cuando el empleador está obligado a proporcionar sala cuna.
- No hay distinción entre **jornada diurna o nocturna** (aplica a turnos).

Sólo trabajadoras de entidades que tienen obligación de contar con sala cuna:

- Empleador paga el valor del pasaje de transporte (si traslado ocurre dentro de la jornada y **no** si adelanta salida o posterga ingreso).
- Ampliación del lapso de alimentación.

PREGUNTAS FRECUENTES



Sobre la protección a la maternidad, paternidad y vida familiar en el trabajo médico



DERECHO A “SALAS CUNA”: OBLIGACIÓN DEL EMPLEADOR DE TENER SALAS ANEXAS E INDEPENDIENTES DEL LOCAL DE TRABAJO

Obligación del empleador siempre y cuando hayan **20 o más** trabajadoras, para alimentación y cuidados de hijos/as menores de **2 años** mientras las madres trabajan (o quien tenga el cuidado personal del menor de 2 años por sentencia judicial). Aplica en horario diurno y nocturno.

Condiciones:

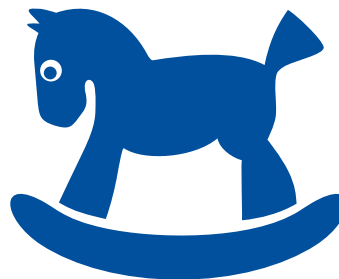
- Higiene y seguridad necesarias para funcionamiento
- En periodo de vacaciones, establecimientos educacionales pueden ser habilitados como sala cuna.
- Construcción y ampliación debe ser aprobada por comisión técnica correspondiente.
- Mantenimiento será de costo exclusivo del Órgano de la Administración del Estado (o Fisco) y deberá tener persona competente a cargo.
- Se cumple también si se pagan los gastos de sala cuna directamente al establecimiento. El empleador es el que designará el lugar y deberá costear el pasaje de transporte del menor.



CASO EXCEPCIONAL:

Si el hijo/a de la funcionaria presenta una condición de salud que requiera **cuidados especiales**, se cumplirá la obligación a través de un medio equivalente:

- Si por disposición médica debe permanecer en casa: sala cuna con atención domiciliaria.
- Si es una condición grave que requiera atención de salud especial: se entregará directamente a la funcionaria el dinero de cuerdo al presupuesto institucional.



PREGUNTAS FRECUENTES



Sobre la protección a la maternidad, paternidad y vida familiar en el trabajo médico



¿QUÉ TIPO DE TRABAJO PUEDE REALIZAR LA MUJER EN ESTADO DE EMBARAZO?

La mujer embarazada no puede ni debe ser obligada a realizar trabajos perjudiciales para su salud, debiendo ser trasladada a cumplir sus funciones, sin disminuir sus remuneraciones.

Se consideran como labores perjudiciales, por ejemplo:



Levantar, arrastrar o empujar grandes pesos



Laborar en horario nocturno



Exigir esfuerzo físico, incluido permanecer largo tiempo de pie



Laborar en horas extraordinarias



El que la autoridad competente (matrona o médico) declare como inconveniente

En los casos en que se deba cambiar la jornada de la trabajadora, como en caso de tener **horario nocturno**, esta jornada se debe distribuir en horario diurno. Se entiende por horario nocturno el desarrollado luego de las 21:00 horas.

¿CUÁLES SON LOS PERMISOS ESPECIALES QUE SE RELACIONAN CON LA MATERNIDAD, PATERNIDAD Y VIDA FAMILIAR?

- Permiso para el **padre por nacimiento del hijo(a)**: El padre tiene **5 días de permisos**, continuos o discontinuos, que puede hacer valer dentro del mes siguiente al parto.
- Permiso **por enfermedad grave del hijo menor de un año**: Permiso que se otorga, previo certificado médico del tratante del menor. Se remunera de la misma forma que el pre y postnatal. Puede tenerlo el padre o madre, a elección de esta última.
- Permiso **por tener cónyuge, conviviente civil o padres desahuciados o en estado terminal**: Mediando certificado médico, el(la) trabajador(a) podrá ausentarse en los mismos términos que el permiso por accidente grave o enfermedad grave, aguda y con riesgo de muerte del menor de 18 años.

PREGUNTAS FRECUENTES

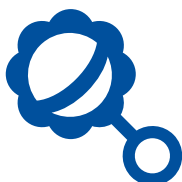


Sobre la protección a la maternidad, paternidad y vida familiar en el trabajo médico



¿CUÁLES SON LOS PERMISOS ESPECIALES QUE SE RELACIONAN CON LA MATERNIDAD, PATERNIDAD Y VIDA FAMILIAR?

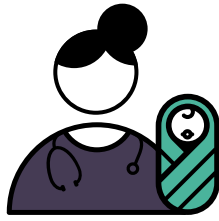
- Permiso **por accidente grave o enfermedad grave, aguda y con riesgo de muerte del menor de 18 años:** derecho que tienen los trabajadores a ausentarse por el número de horas equivalente a **10 jornadas de trabajo al año**, distribuidas a elección del trabajador o trabajadora en jornadas completas, parciales o combinación de ambas, las que se considerarán como trabajadas para todos los efectos legales. El tiempo no trabajado deberá ser restituido por el trabajador o trabajadora mediante imputación a su próximo feriado anual o laborando horas extraordinarias o a través de cualquier forma que convengan las partes. Si ello no es posible, podrá descontar un día de permiso por cada mes de sueldo.
- Permisos **por contraer matrimonio o celebrar acuerdo de unión civil:** todo trabajador tendrá derecho a cinco días hábiles continuos de permiso pagado, adicional al feriado anual, independientemente del tiempo de servicio, desde el día de la celebración, o los días inmediatamente anteriores o posteriores a esa fecha. Solo exige aviso con **30 días** de anticipación y entrega dentro de 30 días siguientes del certificado de matrimonio o AUC.
- Permiso **por muerte de un hijo, cónyuge o conviviente civil:** Derecho a 7 días corridos de permiso pagado, a contar del fallecimiento. Es adicional al feriado anual, no se puede compensar en dinero, y es independientemente del tiempo de servicio.
- Permiso **por muerte del hijo en periodo de gestación, del padre o la madre del(la) trabajador(a):** Derecho a **3 días hábiles** de permiso pagado, contados desde el día del fallecimiento. Es adicional al feriado anual, no se puede renunciar y compensar en dinero, ejerciéndose con independencia del tiempo de servicio.



PREGUNTAS FRECUENTES



Sobre la protección a la maternidad, paternidad y vida familiar en el trabajo médico



MATERNIDAD Y REMUNERACIONES EN PRE Y POST NATAL

Funcionar@s públic@ y de las Municipalidades y Corporaciones Municipales: Se mantiene la integridad de las remuneraciones.

Durante el pre y postnatal, se mantiene en atención a que los artículos 111 del Estatuto Administrativo y 110 del Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales, contemplan **la mantención de las remuneraciones durante la licencia médica**, y estos descansos se otorgan en base a ese instrumento. Además, la ley contempló la mantención de las remuneraciones durante el postnatal parental (art. 197 bis Cód. Trabajo).

CÁLCULO DE REMUNERACIONES EN PRE Y POST NATAL COMÚN (SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO):

TRABAJADORA DEPENDIENTE:

Promedio de la remuneración mensual neta (bruto, debiéndose descontar cotizaciones previsionales e impuestos personales) o el monto del subsidio percibido los 3 meses anteriores al mes de inicio de la licencia médica.

TRABAJADORA INDEPENDIENTE:

Promedio de la remuneración mensual neta o el monto del subsidio percibido los 6 meses anteriores al mes de inicio de la licencia médica.

TOPE DIARIO SUBSIDIO:

TRABAJADORA DEPENDIENTE:

Promedio de 3 remuneraciones netas /dividido en 90 (rentas percibidas antes del 7° mes de inicio de la licencia).

TRABAJADORA INDEPENDIENTE:

Promedio de 3 remuneraciones /dividido en 90 (rentas percibidas antes del 8° mes de inicio de la licencia)

El monto diario no puede ser inferior a la trigésima parte del 50% del ingreso mínimo para fines no remuneracionales

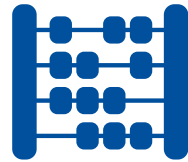
Estas fórmulas aplican **para prenatal, postnatal, postnatal parental y permisos por enfermedad grave del niño o niña menor de un año.**

En el último caso, no se impone el límite del monto diario del subsidio.

PREGUNTAS FRECUENTES



Sobre la protección a la maternidad, paternidad y vida familiar en el trabajo médico



EJEMPLO DE CÁLCULO REMUNERACIONES

1º) El subsidio se otorga sobre la base de la licencia por reposo post natal y conforme a las Instrucciones que imparta la Superintendencia de Seguridad Social.

2º) Calcular Subsidio Diario: Sueldo promedio/30 DÍAS

3º) Hacer dos cálculos. Se aplica el de menor valor.

A) PRIMER CÁLCULO:

Se considera fecha de inicio de licencia (por ejemplo, 30 de octubre de 2013) y se consideran los sueldos de los tres meses anteriores a esa fecha, entonces:

- 1) Sueldo septiembre de 2013: \$ 1.053.604
- 2) Sueldo agosto de 2013: \$ 569.316
- 3) Sueldo julio de 2013: \$ 533.371
- Sumar los tres sueldos: \$ 2.156.291
- Dividir por 3 para obtener el promedio (que es \$ 718.764)
- Dividir ese valor por 30 para obtener promedio diario: \$ 23.959.

B) SEGUNDO CÁLCULO

Se cuentan los siete meses anteriores de octubre y, se averigua el sueldo de los tres meses anteriores a ese período:

- a) Sueldo de febrero de 2013: \$ 1.116.681
- b) Sueldo de enero de 2013: \$ 1.161.681
- c) Sueldo de diciembre de 2012: \$ 1.161.681
- PROMEDIO: \$ 1.116.681

PROMEDIO \$ 1.116.671 : 30 = \$ 38.956 (Sueldo promedio diario)

+ variación de IPC

IPC septiembre 2013 = 0,5= 110,65
 IPC febrero 2014 = -0,5= 108,82 } 110,65 : 108,62 = 1,0168

\$ 1.168.681 X 1,0168 = \$1.135.441 + 113.544 (10%) = \$1.248.985 : 30 = \$41.633

La Ley indica aplicar como monto subsidio, el menor resultado de los calculados. Por lo tanto:

- a) Monto subsidio mensual: \$ 718.764
- b) Monto subsidio diario: \$ 23.959

PREGUNTAS FRECUENTES



Sobre la protección a la maternidad, paternidad y vida familiar en el trabajo médico



BECARIAS Y MATERNIDAD

¿RIGE LA PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD RESPECTO DE LAS BECARIAS?

En atención a que el artículo 1 del Decreto 507 (Reglamento de Becarios) establece que la beca no constituye cargo o empleo, a las becarias **solo se le aplican las disposiciones de las leyes 18.834** (Estatuto Administrativo) y **Nº15.076** (Estatuto para los Médico-Cirujanos, Farmacéuticos o Químico-Farmacéuticos, Bio-Químicos y Cirujanos Dentistas) **que el propio reglamento señale.**

¿QUÉ BENEFICIOS SE RECONOCEN A LAS BECARIAS EN MATERIA DE PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD?

Las becarias gozarán del beneficio de **sala cuna**, siempre que la beca sea financiada por un Servicio de Salud o sea una beca Ministerial. Así lo establece el artículo 13 del Reglamento de Becarios.

Por su parte, el artículo 14 del mismo Reglamento, reconoce el **derecho a gozar de los permisos por maternidad**, la que debe remitirse a la Dirección del Servicio de Salud que corresponda y comunicar a los Directores(as) del campo clínico y del centro formador.

En cuanto a la **remuneración** por este periodo, el mismo artículo establece que la becaria continuará percibiendo su estipendio.

El periodo durante el cual la becaria estuvo con pre y postnatal, **corresponde a tiempo del programa de formación**, por lo que debe ser recuperado. La forma de recuperar dicho tiempo la determinará el centro formador junto con el Servicio de Salud o Subsecretaría de Redes, según corresponda, por lo que se prorrogará la duración de la beca inicialmente fijada.



UDELAM
Unidad de Defensa Laboral Médica

¿OTRAS PREGUNTAS?

2 2770 8800 / 600 8 325633

udelam@colegiomedico.cl

PREGUNTAS FRECUENTES



La satisfacción usuaria en la Relación Médico Paciente

BUEN TRATO

Dr. Jorge Lastra y Mariela Fu / Área Docencia e Investigación Fundación de Asistencia Legal



ATENCIÓN EN SALUD CON ENFOQUE DE DERECHOS

DIFICULTADES DE LOS CHILENOS

PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA



PRINCIPALES PROBLEMAS DEL PAÍS



Fuente: Encuesta Chile Dice, Universidad Alberto Hurtado / Emol, 2017

¿Qué es Satisfacción del Usuario en Salud? Un reto a la calidad



“Grado de congruencia entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción del servicio que recibió”.

Fuente: Dimensiones involucradas en la evaluación de satisfacción usuaria hacia seguros de salud en Chile, Tesis para Magister U. de Chile, 2014.



“Es una medida de la calidad del cuidado, porque da información sobre el éxito del proveedor en alcanzar aquellos valores y expectativas sobre los cuales la última autoridad es el cliente”.

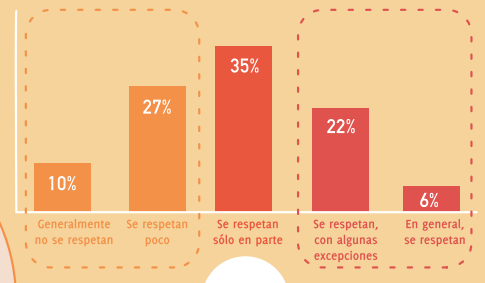
Fuente: Evaluating the quality of medical care, 1996, Donabedian A., The Milbank Memorial Fund, 2005



Percepción de respeto a los derechos

37% X
Lo habitual no es el respeto de los derechos

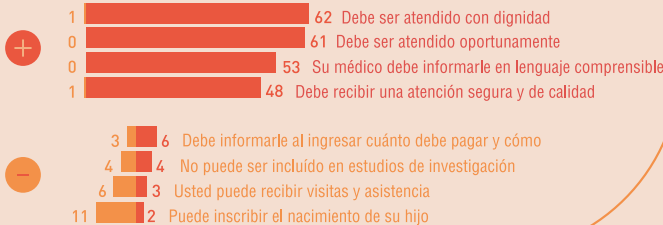
28% ✓
Lo habitual es el respeto a los derechos



1180

Usuarios de FONASA y de ISAPRE concuerdan que es frecuente la vulneración de derechos en el sistema de salud chileno. Los usuarios de ISAPRE son levemente menos críticos.

Derechos más/menos importantes según pacientes



Fuente: Estudio de Usuarios de Salud respecto de la Ley de Derechos y Deberes, Superintendencia de Salud, 2015.

TRATO DIGNO EN RECINTOS DE SALUD

+
30%

La sensación de sentirse tratado indignamente en salud es mayor en personas con menor educación y con menores ingresos.

De las personas que han tenido una experiencia de malos tratos lo han experimentado en los servicios de salud.

28,6%

La espera constituye un punto neurálgico de este malestar con el sistema de salud pública al producir angustia e indignación.

De la población confía en que tendrá atención médica oportuna en caso de enfermedad catastrófica o crónica grave.



Fuente: Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile, PNUD, 2017

EL PACIENTE FRENTE A LA ATENCIÓN DE SALUD HOSPITALARIA



Fuente: Estudio sobre Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria, Superintendencia de Salud, 2013.



ESTUDIOS ESPAÑOLES

¿QUÉ VALORAN LOS PACIENTES DE SU RELACIÓN CON LOS MÉDICOS?

- » Motivación
- » Interés
- » Calidad humana
- » Trabajo en equipo
- » Atención al contexto personal y familiar
- » Seguimiento
- » Empatía
- » Confianza
- » Que escuche y acierte
- » Paciencia

Fuente: Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante. Rev. Esp. Salud Pública, 2002.



ESTUDIOS ANGLÓ SAJONES

¿QUÉ ESPERAN LOS PACIENTES DE SUS MÉDICOS?

- » Empatía
- » Conocimiento médico
- » Estudio continuo
- » Conexión con el paciente
- » **Conocimiento de los procesos médico legales**

Fuentes: Approach to the Patient. In: UpToDate, Rose, BD (Ed), 2007. Malpractice risk associated with surgical procedures, M Ryan, JD Michele Mekel, sin año.

DIMENSIONES DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

RELACIONAL



- ✓ El médico indaga sobre aspectos de la vida personal y familiar de sus pacientes.
- ✓ Aprecia los aspectos emocionales que provoca la situación de salud al paciente.
- ✓ Acoge/responde a las inquietudes emocionales.
- ✓ Se interesa por las creencias y las considera con respeto.

COMUNICACIONAL



- ✓ El médico entrega información pertinente y oportunamente.
- ✓ Interroga sobre lo que el paciente le informa y pregunta para profundizar.
- ✓ Indaga la comprensión del paciente respecto de lo que le ocurre.
- ✓ Usa recursos para mejorar la comprensión, reforzando ideas.
- ✓ Explica riesgos y posibilidades.
- ✓ Permite que le hagan preguntas.

PRÁCTICA/EMPÍRICA



- ✓ El médico dispone (se da) de tiempo suficiente para una anamnesis en profundidad.
- ✓ Realiza un adecuado examen físico.
- ✓ Al examinar se preocupa de lograr la información en forma precisa.
- ✓ Es respetuoso de la intimidad del paciente.
- ✓ Usa materiales limpios.
- ✓ Dispone de instrumentos e insumos necesarios.
- ✓ La sala provee el espacio adecuado.

Elaboración propia, Dr. Jorge Lastra, 2019

DECÁLOGO

Por una Buena Praxis Médica en las Redes Sociales

Desde hace más una década, los servicios de redes sociales en internet han experimentado un crecimiento exponencial. Su consolidación, reforzada por una cada vez más alta conectividad y el mayor acceso a dispositivos móviles, ha traído como consecuencia un impacto propio de los medios de comunicación masivos. Plataformas como Facebook y Twitter, entre otras, han establecido nuevas formas de interacción que inciden directamente en la relación médico-paciente.

A través del desarrollo de comunidades virtuales, cada vez más personas publican, comentan y comparten sus emociones y actividades cotidianas. Además, es habitual que los posts de los usuarios sean integrados en las secciones de comentarios de los artículos de los sitios web de noticias. Esta forma de comunicarse implica un carácter multidireccional y conlleva oportunidades y riesgos. Por ejemplo, cuando los usuarios comentan cómo los atendió un médico no hay escala de grises. O alaban su excelente actuar o denuncian el eventual trato negligente del facultativo en cuestión.

¿Cómo desenvolverse de manera óptima en las redes sociales? ¿Qué hacer frente a denuncias de pacientes en estos espacios virtuales? Falmed Educa elaboró un decálogo a partir del manual "Social Media para Médicos" publicado por el Colegio Médico de Chile, con el objetivo de responder a las inquietudes de los afiliados. Puede revisar el manual completo en: www.colegiomedico.cl



Si ha sido mencionado en las redes sociales y presenta alguna duda o inquietud, contáctese con los equipos jurídico y de comunicaciones de la Fundación de Asistencia Legal para recibir asesoría especializada.



Mantenga la calma ante un comentario difamatorio. No se deje llevar por las emociones del momento para evitar entrar en una dinámica contestataria o agresiva.



Confidencialidad: Bajo ninguna circunstancia se debe revelar la información de sus pacientes a través de comunidades virtuales, aún cuando se establezca una discusión profesional y académica sobre una determinada patología.



No realice comentarios sobre la práctica médica de colegas o un centro asistencial que puedan afectar su reputación profesional.



Delimite el acceso de pacientes a grupos o vínculos virtuales en redes sociales debido a que podría afectar la relación médico-paciente.



Se recomienda no utilizar las redes sociales en reemplazo de una consulta médica presencial. En caso de concretarse una interacción, obtenga el consentimiento del paciente. La comunicación debe delimitarse estrictamente a aclarar dudas que no requieran de una consulta médica.



Si opta por difundir recomendaciones médicas, no se refiera a pacientes específicos (resguarde siempre su privacidad). Considere sólo aspectos generales. También sea claro y conciso al difundir la información y recuerde que lo publicado por usted –idealmente- debe ser incluido en medios o plataformas especializadas en salud.



No mantenga un prejuicio predeterminado hacia la utilización de redes sociales. Son de carácter colaborativo y dependen de la utilización que usted como profesional les asigne. Usted es visible a la comunidad mundial a través de estas redes, sea responsable!



Es recomendable, de acuerdo con su grado de manejo de ellas, que incorpore plataformas de tiempo real (Twitter, WhatsApp y Facebook) a su dispositivo móvil para utilizarlas en un contexto de emergencia. Por ejemplo, conozca los perfiles en Twitter de las agencias de respuesta a emergencias como ONEMI, para obtener y transmitir información oficial.



La columna vertebral de las redes sociales es su carácter colaborativo. Desarrolle esta práctica y, de paso, infórmese de los criterios que tiene la organización en la que usted trabaja sobre la utilización de redes sociales. También, a partir de su experiencia, realice sugerencias e incorpore nuevas prácticas al protocolo desarrollado por su institución.

Recursos telemédicos: RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Por Mariela Fu, Docencia y Macarena Olivares, Abogada. Diseño por Carolina Mardones.

TELEMEDICINA = TELESALUD

La telemedicina es una opción para continuar el cuidado mediante herramientas de tecnologías de la información y comunicaciones:

- Video conferencia
- Almacenamiento y envío de imágenes y datos
- Medios de streaming
- Comunicaciones con cable y wifi.



Tipos de TELEMEDICINA

> SEGÚN LA INMEDIATEZ DE LA INTERACCIÓN DEL SERVICIO

Telemedicina sincrónica:

son sistemas de interacción en tiempo real con soporte inmediato.



Telemedicina asincrónica:

la interacción es diferida entre distintas fases del proceso.



> SEGÚN SUS FUNCIONES

TELECONSULTA

Consulta con contacto remoto con el paciente. Puede ser de distintas especialidades.

TELECUIDADO

Atenciones o procedimientos ejecutados directamente sobre el paciente: Telerehabilitación, Cirugía robótica.

TELEMONITORIZACIÓN

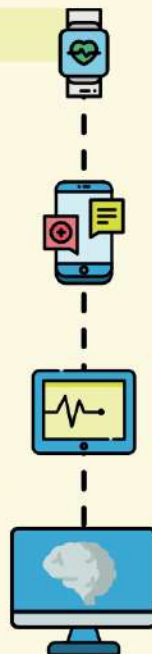
Con sensores incorporados en dispositivos que el paciente maneja o posee y que transmiten datos a una central de seguimiento o equipo de telemedicina.

TELE Mentoría

Concurrencia de un médico general y la de uno o más especialistas que provee consejo o contribuye a tomar decisiones clínicas.

INFORME REMOTO / TELEINFORME

Un especialista informa un examen o procedimiento diagnóstico realizado en otro lugar.



Normativas LEGALES



A pesar de no contar con un marco normativo integral sobre la materia, es posible recurrir a los siguientes documentos:

- 1 Norma Técnica R.E. 277 de 2011, Subsecretaría de Salud Pública.
- 2 R.E. 54 de 13 de febrero de 2020: incorpora la modificación a la R.E. 277, incluyendo el concepto de telemedicina, la codificación de las especialidades a las cuales se aplicará y las exigencias de soporte y protección de datos de la institución, de la Subsecretaría de Salud Pública.
- 3 Ord. 2371 de 22 de junio de 2020: contiene el protocolo para la emisión de licencias médicas a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones, de la Subsecretaría de Salud.
- 4 Ley de Derechos y Deberes de los pacientes N° 20.584.
- 5 Ley de Protección de Datos de Carácter Personal N° 19.628.

Si bien se ha avanzado, aún quedan muchos temas *pendientes*:

A. Riesgos ligados a la **seguridad y la confidencialidad** en la relación médico-paciente: Hay que poner especial atención al tratamiento de datos personales y la protección de la privacidad.

B. El desafío de tener la **tecnología e infraestructura adecuada** para soportar la implantación de la Telemedicina a gran escala.

C. El desafío de entregar una atención de salud digital **centrada en el paciente** y sus necesidades, de manera que sea amigable y respete su **dignidad**.

D. La **delimitación de responsabilidad** entre el profesional y el prestador, sea público o privado. ¿Hasta dónde llega el acto médico?

E. El desafío de **registro del historial médico**, debe contener toda la información que entrega al paciente y consignar que es entendida por él.

OPORTUNIDADES

A Diagnósticos y tratamientos **más rápidos y precisos**

B **Disminuye** algunos costos.

C Provee **apoyo científico y tecnológico** a los profesionales

D Facilita la **formación continua** de los profesionales.

E Más eficacia en los procesos administrativos y **reducción de errores** en esa materia.

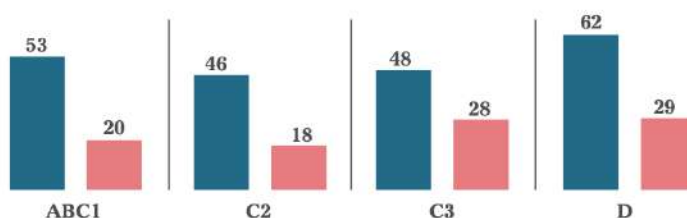
F Puede ser la **única opción** para un grupo de pacientes.

TELEMEDICINA: Alta aprobación en la pandemia



Segmento socioeconómico en %

Evaluación: ■ Positiva ■ Negativa



Fuente: Décima Primera Encuesta sobre el Sistema de Salud Chileno 2020. Instituto de Salud Pública de la U. Andrés Bello e Ipsos

Algunas *recomendaciones*



No perder el carácter esencial de la relación médico paciente:

- No puede reemplazar el contacto directo

Se trata de un recurso para la medicina:

- Debe ser consentido, considerando sus limitaciones
- Debe ser regulado claramente y no atentar contra la confidencialidad y los estándares de calidad y seguridad del paciente

Usar la **telemedicina** para una transformación digital en la atención centrada en el paciente



Lo que usualmente se hace: ✓

- Se mantiene el entorno existente pero se “agrega” la telemedicina

Lo que debería hacerse: ✓✓✓

- Integración de las nuevas tecnologías en una organización para optimizar procesos, mejorar competitividad u ofrecer un nuevo valor agregado
- Aprovecharla para facilitar la continuidad del cuidado y ubicar en momentos específicos de la cadena de cuidado

ANTES

- 1 **Cuide la confidencialidad y seguridad:**
Evite las redes sociales libres como: Facebook Live, Twitch, Instagram, Periscope y Tiktok.
- 2 **Busque un lugar apto y con privacidad:**
Silencioso, con buena iluminación, y sin interrupciones, que brinde confianza y seguridad.
- 3 **Escoja una plataforma lo más amigable posible, y que el paciente conozca.** Recuerde que no todos están familiarizados con las nuevas tecnologías.
- 4 **Informe al paciente sobre la teleconsulta, y asegúrese de un buen Consentimiento Informado:**
Preocúpese de que tenga expectativas claras sobre el tipo de atención que recibirá. Sugerimos enviar el protocolo de consentimiento informado antes, por correo electrónico. FALMED cuenta con un documento de propuesta.

TENGA PRESENTE QUE: En ausencia de la ficha, pudieran faltar algunos antecedentes que limiten la consulta. Esto debe quedar explícito y consignado en el registro.

DURANTE

- 1 Se recomienda **no grabar las videollamadas** mientras no se ha establecido una forma de almacenar y tratar estos datos.
- 2 Es útil solicitar a los pacientes un **número de teléfono** en caso de que la conexión se interrumpa.
- 3 Se sugiere al menos **obtener el consentimiento verbal por parte del paciente**, y dejar constancia de esto en el registro clínico
- 4 Utilice cada oportunidad para **educar en la prevención e identificar casos sospechosos de COVID-19.**

DESPUÉS

- 1 **Dejar registro de la información recogida** durante la prestación, las conclusiones del profesional y las conductas definidas para tomar con el paciente.
- 2 **El registro** puede o no ser parte de lo que la plataforma ofrece.
- 3 Asegúrese de que **la atención quede registrada** en la ficha clínica del paciente.
- 4 Si no tiene acceso directo a la historia clínica institucional es importante **conocer cómo se anexa el registro de la atención.**
- 5 **Revise que el registro sea legible**, con terminologías correctas, para evitar pérdida de información clínica.



Edición 2021



MANUAL

PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

Aspectos regulatorios que necesitas saber

