

SEMINARIO DE MEDICINA PRIVADA

Marco normativo en el ejercicio
médico privado. Diagnóstico
actual y desafíos



*Seminario realizado por FALMED
dirigido a médicos y médicas del
sector privado en Santiago los días
5 y 6 de septiembre de 2024*



FALMED



FALMED
UDMP
UNIDAD DE
DEFENSA DE LA
MEDICINA PRIVADA



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE

SEMINARIO DE MEDICINA PRIVADA

Marco normativo en el ejercicio
médico privado. Diagnóstico
actual y desafíos

*Seminario realizado por FALMED
dirigido a médicos y médicas del
sector privado en Santiago los días
5 y 6 de septiembre de 2024*



FALMED

30
AÑOS



FALMED
UDMP
UNIDAD DE
DEFENSA DE LA
MEDICINA PRIVADA



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE

PUBLICACIÓN**SEMINARIO DE MEDICINA PRIVADA**

Marco normativo en el ejercicio médico privado.

Diagnóstico actual y desafíos

© FALMED

Registro de Propiedad Intelectual

2025-P-19537

ISBN

978-956-6477-00-6

Impresión

A Impresores

1ª Edición 2025

Tiraje

500 ejemplares

Impreso en Chile / Printed in Chile

ÍNDICE

Introducción	07
<i>Dra. Carolina del Castillo Celis, Presidenta Unidad de Defensa Laboral de FALMED</i>	
Capítulo 1:	09
Introducción: Unidad de Defensa Laboral (UDEL) y la Unidad de Medicina Privada (UDMP)	
<i>Dra. Carolina del Castillo Celis, Presidenta de la Unidad de Defensa Laboral de FALMED</i>	
Capítulo 2:	15
La relación médico-paciente y la bioética en el ámbito privado	
<i>Dra. Anamaría Arriagada Urzúa, Presidenta del Colegio Médico de Chile</i>	
Capítulo 3:	21
FALMED: Defensa y Protección Integral del Médico en el Ejercicio Profesional	
<i>Dr. Jaime Sepúlveda Cisternas, Presidente del Directorio FALMED</i>	
Capítulo 4:	27
La <i>Lex Artis</i> Médica en el Ejercicio Privado en Chile: Un Panorama Inicial	
<i>Sr. Juan Carlos Bello Pizarro, Abogado jefe nacional de FALMED</i>	
Capítulo 5:	41
Contratos con Clínicas Privadas: Modalidades, Desafíos y Recomendaciones	
<i>Sr. Diego Oportus Herrera, Abogado Jefe de Unidad de Defensa de la Medicina Privada (UDMP) FALMED</i>	
Capítulo 6:	47
Contratos con Entidades Públicas y el Régimen de Compras Públicas	
<i>Sr. Diego Vega Núñez, Abogado UDELAM FALMED</i>	
Capítulo 7:	57
Sociedades Médicas e Inicio de Actividades: Estructuras Legales y Obligaciones Tributarias	
<i>Sra. Katherine Berríos González, Abogada Unidad de Defensa de la Medicina Privada, UDMP FALMED</i>	
Capítulo 8:	65
Registros Clínicos: La Piedra Angular de la Defensa Médico-Legal	
<i>Dr. Gonzalo Mutizábal Mabán, Secretario Técnico UDMP</i>	
Capítulo 9:	73
Fiscalización de Licencias Médicas: Normativa y Procedimientos	
<i>Sra. María Fernanda Cortez Álvarez, Abogada Jefa (s) la Unidad de seguridad Social USESO, FALMED</i>	
Capítulo 10:	81
Agresiones al Personal de Salud: Marco Legal y Estrategias de Protección	
<i>Sr. Nicolás Sanhueza Del Valle, Abogado FALMED</i>	
Capítulo 11:	87
La Ley Corta de ISAPRES: Implementación de Fallos Judiciales y Nuevos Desafíos	
<i>Sr. Adelio Misseroni Raddatz, Abogado Jefe Colegio Médico</i>	
Capítulo 12:	93
Modalidad Libre Elección en FONASA: Desafíos y Perspectivas Futuras	
<i>Dr. Carlos Becerra Verdugo, Tesorero Nacional Colegio Médico</i>	

Introducción

Dra. Carolina del Castillo Celis
Presidenta Unidad de Defensa Laboral de FALMED

En nombre de la **Unidad de Defensa Laboral (UDEL)** que me corresponde dirigir y también agradeciendo el apoyo técnico y humano de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico (FALMED), queremos destacar la presente publicación del **seminario: “Medicina privada, ejercicio médico privado, diagnóstico actual y desafíos”**.

Esta iniciativa, fruto de la colaboración entre la Unidad de Defensa Laboral y su Unidad de Defensa de Medicina Privada (UDMP), en conjunto con el Área de Docencia de FALMED, marca un hito en la historia de nuestra institución.

Deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento por su presencia y participación a las más distinguidas personalidades que nos acompañaron: la Dra. Anamaría Arriagada, Presidenta Nacional del Colegio Médico de Chile; el Dr. Jaime Sepúlveda, Presidente del Directorio de FALMED; el Dr. Ignacio de la Torre, Vicepresidente del Directorio de FALMED; el Dr. Mauricio Osorio, Tesorero de FALMED y Secretario Nacional del Colegio Médico de Chile; el Dr. Álvaro Llancaqueo, Presidente del Consejo Regional Concepción; el Sr. Felipe Benavides, Gerente General de FALMED; el Sr. Juan Carlos Bello, Abogado Jefe Nacional de FALMED; el Sr. Diego Oportus, Abogado Jefe de la Unidad de Medicina Privada de FALMED; la Sra. Isabel Salas, Jefa del Área de Docencia de FALMED; la Sra. Francesca Coghlan, Jefa de la Unidad de Defensa de Género de FALMED; así como a los directivos del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico, directivos y representantes de los consejos regionales, del Servicio de Salud local, médicos y médicas que ejercen tanto en el sector público como privado, así como a los abogados y abogadas que nos honraron con su participación.

Este seminario fue concebido como un espacio crucial de reflexión y análisis, dirigido a todos los médicos y médicas de Chile, con el objetivo de abordar los diversos desafíos que enfrenta actualmente el ejercicio privado de la medicina. Con una visión orientada hacia el futuro cercano. Un futuro que sabemos que ya estamos construyendo.

Por lo anterior exploramos durante dos intensas jornadas, materias de gran relevancia para la práctica médica privada.

En la ocasión, expertos y expertas de reconocido prestigio nos compartieron sus conocimientos y perspectivas sobre temas tan diversos, como los contratos con clínicas privadas, las sociedades médicas y el inicio de actividades. Asimismo, la fiscalización de licencias médicas, la Ley Corta de ISAPRES, y las preocupantes agresiones al personal de salud, entre otros asuntos fundamentales.

Adicionalmente, enriquecimos el debate a través de dos mesas redondas con invitados destacados, quienes nos ofrecieron sus valiosas opiniones y puntos de vista sobre las temáticas de mayor interés para la medicina privada.

También agradecemos a todos los colegas que nos acompañaron tanto presencialmente como de forma remota, desde diversos puntos del país, gracias a la transmisión vía *streaming* que se dispuso para quienes se inscribieron bajo esta modalidad.

Finalmente, y para mayor comprensión y lectura de esta publicación, hemos separado cada presentación de nuestros expositores en un capítulo. Para ello, hemos incorporado la introducción de cada capítulo con la transcripción de la presentación realizada en calidad de moderadora de cada expositor, y posteriormente, un resumen sistematizado de la transcripción de cada ponencia, para hacer más fácil y comprensible cada tema abordado.

Sabemos que la recopilación de las exposiciones en este evento, así como el esfuerzo en su transcripción, edición y publicación, materializada en el presente libro, será un testimonio escrito de esta iniciativa, que será de gran ayuda a todas y todos nuestros colegas a lo largo y ancho del país.

Muchas gracias.

Capítulo 1

Introducción:
Unidad de Defensa Laboral (UDEL) y la
Unidad de Medicina Privada (UDMP)

Dra. Carolina del Castillo Celis
Presidenta de la Unidad de
Defensa Laboral
de FALMED

Exposición

En mi calidad de presidenta de la Unidad de Defensa Laboral (UDEL) de FALMED, me complace presentarles esta unidad fundamental. Su propósito central radica en la organización sinérgica de la actividad jurídica y gremial, con el objetivo de optimizar y hacer más eficiente el servicio que brindamos a nuestros afiliados.

Permítanme presentarme formalmente. Soy la Dra. Carolina del Castillo Celis, médica neuróloga y miembro del Consejo Regional Araucanía. Hasta el momento, he tenido el honor de presidir la Unidad de Defensa Laboral del COLMED-FALMED.

Esta unidad, UDEL, es un organismo esencialmente destinado a proporcionar asistencia jurídica a los médicos y médicas afiliados tanto al Colegio Médico como a FALMED. Esta asistencia abarca aspectos laborales, económicos y civiles relacionados intrínsecamente con el ejercicio de nuestra profesión, situaciones que, por su naturaleza, pueden requerir la intervención gremial.

UDEL se estructura en tres unidades especializadas: Unidad de Defensa Laboral Médica (UDELAM), Unidad de Defensa de Género (UDEGEN) y la Unidad de Medicina Privada (UDMP), que es el foco principal de este encuentro.

La dirección y operación de UDEL se nutre de la experiencia de destacados dirigentes gremiales. Cada unidad cuenta con un secretario técnico que coordina las acciones:

- UDELAM: La Dra. Alicia Fernández, del Colmed Regional Los Ríos, quien recibe la asesoría del abogado jefe Gabriel Nieto.
- UDEGEN: La Dra. María José Puga, con la jefatura legal a cargo de Francesca Coghlan.
- Unidad de Medicina Privada (UDMP): El secretario técnico es el Dr. Gonzalo Mutizábal, asesorado por el abogado jefe, Diego Oportus.

En el ámbito jurídico, cada unidad se apoya en un equipo de abogados especializados en sus respectivas áreas. UDELAM, la más extensa, cuenta con 13 abogados distribuidos estratégicamente a nivel nacional. UDEGEN dispone de cinco abogadas, y la Unidad de Medicina Privada tiene un equipo de dos abogados. Es importante destacar que en UDELAM y UDEGEN también participan abogados de la Mesa Directiva Nacional del Colegio Médico de Chile, fortaleciendo aún más su labor.

La trayectoria de FALMED se inició con el objetivo primordial de atender y responder a consultas relacionadas con la presunta mal praxis. Con el crecimiento de la institución, nuestros afiliados comenzaron a plantear interrogantes sobre otras cuestiones vinculadas al ejercicio profesional. Fue en el año 2015 cuando se creó formalmente la Unidad de Defensa Laboral Médica (UDELAM) para dar cobertura a estas nuevas necesidades. Con el tiempo, dentro del ámbito de la defensa laboral médica, se identificaron temáticas recurrentes que requerían una mayor especialización.

Este reconocimiento llevó a la división de UDELAM en el año 2021, dando origen a dos nuevas unidades: UDEGEN y UDMP. El volumen de consultas había experimentado un claro ascenso en UDELAM, y tras esta división, el flujo de consultas se distribuyó de manera más específica entre las tres unidades.

La Unidad de Defensa Laboral Médica, bajo la dirección del abogado Gabriel Nieto, tiene como misión principal orientar, educar, asesorar y defender a los médicos afiliados en todos los aspectos relacionados con sus vínculos laborales. Su ámbito de acción abarca la totalidad de la vida laboral de un servidor público y su carrera funcionaria, desde el ingreso (incluyendo la etapa EDF y la planta superior) hasta el desarrollo y la finalización de la relación laboral. También se ocupa de aspectos como asignaciones, el feriado legal de los médicos del sector público, derechos fundamentales y dignidad de los empleados (tanto en el sector público como privado, no atribuida a género), y la tutela laboral. Otra área de su competencia es la responsabilidad administrativa, abordando los deberes y prohibiciones de los funcionarios públicos, investigaciones sumarias, sumarios administrativos y universitarios. Además, atiende consultas relacionadas con la profesión y la certificación de especialidades y subespecialidades, consultas de médicos que trabajan bajo el Código del Trabajo, y posibles problemas surgidos en programas de formación y el periodo asistencial obligatorio.

UDEGEN (Unidad de Defensa de Género) tiene como objetivo primordial brindar asesoría jurídica, acompañamiento y orientación en casos de violencia contra la mujer y las diversidades, así como en asuntos relacionados con la maternidad y la paternidad. Adicionalmente, busca activamente promover instancias de prevención y educación para la construcción de entornos laborales libres de violencia de género. Las materias centrales que atiende UDEGEN incluyen la protección de la maternidad, paternidad y la familia, el acoso laboral y el hostigamiento, el acoso sexual en el ámbito laboral y de la formación médica, la atención a víctimas de violencia de género, la discriminación y otros delitos en el ámbito penal motivados por razones de género, y los problemas que puedan surgir en relación con la identidad de género u orientación sexoafectiva en el ámbito laboral.

Finalmente, la Unidad de Medicina Privada, organizadora de esta jornada, se enfoca en asesorar, educar, prevenir y solucionar los diversos problemas que un médico puede enfrentar en el ejercicio privado de su profesión. Su campo de acción abarca el derecho corporativo y societario, incluyendo los diferentes tipos de sociedades médicas, sus ventajas y desventajas, la constitución, modificación y transformación de estas entidades, así como la asesoría y redacción de contratos de cesión de derechos o acciones que impliquen la incorporación o el retiro de médicos de la sociedad. Otra área importante son las relaciones contractuales del médico con terceros en su calidad de prestador individual de salud, ofreciendo asesorías precontractuales, modificaciones de contrato, revisión de ofertas y la incorporación de cláusulas relevantes para el ejercicio profesional. UDMP también brinda asesoría judicial ante dificultades e incumplimientos de contrato, representación en procedimientos de insolvencia y reemprendimiento donde el médico o su sociedad médica sea acreedor, y la presentación de solicitudes, reclamos y denuncias ante organismos estatales como la SUSESO y la Superintendencia de Salud.

Un aspecto crucial que aborda la Unidad de Medicina Privada es el rol del médico como contribuyente del impuesto a la renta, ofreciendo asesoría tributaria, asistencia en la declaración de renta, representación en instancias administrativas ante el Servicio de Impuestos Internos y la elaboración de consultas a este organismo. Asimismo, se destaca el papel del médico como competidor bajo las normativas de libre competencia. En este ámbito, la capacitación, las asociaciones gremiales y las sociedades médicas son fundamentales. UDMP se enfoca en la prevención de conductas sancionadas por el Decreto Ley N° 211, el estudio de casos particulares, la presentación de denuncias ante la Fiscalía Nacional Económica y la asesoría y representación ante el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia.

Los abogados de esta unidad que nos acompañarán hoy en las charlas son profesionales de gran experiencia:

Diego Oportus, jefe de la unidad, abogado de la Universidad de Concepción con especializaciones en Derecho de Protección de la Salud y Gestión Sanitaria, y Negocio Inmobiliario de la Universidad Católica de Chile.

Katherine Berríos, abogada y Magíster en Derecho Tributario de la Universidad Central, con diplomas de especialización en Derecho Concursal de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Derecho Tributario de Duoc-UC.

Quisiera destacar algunas gestiones relevantes de esta unidad que han tenido un impacto significativo: la gestión y representación de médicos y sociedades médicas en la liquidación de la ex ISAPRE Masvida, incluyendo la distribución de miles de cheques a nivel nacional; las gestiones que culminaron con el archivo de ocho investigaciones sobre colusión de precios de médicos, sociedades y asociaciones gremiales; las acciones judiciales que lograron paralizar la eliminación de los planes médicos socios de la ISAPRE Nueva Masvida; la elaboración y presentación de recursos judiciales que detuvieron el primer avance de requerimientos masivos de informes sobre licencias médicas por parte de la Compin; y las negociaciones con instituciones públicas y privadas que resultaron en acuerdos beneficiosos para los médicos a honorarios, como el reconocimiento de feriados pagados, la transparencia en las liquidaciones, la eliminación de cláusulas arbitrales y la extensión de los plazos para la finalización de contratos a honorarios, entre otros logros.

Es importante señalar el creciente número de casos a la Unidad de Medicina Privada. Hasta julio de 2024, hemos registrado 209 ingresos, de los cuales 136 corresponden a consultas y 73 a casos propiamente tales de nuestros afiliados, siendo la mayoría de ellos relacionados con el derecho comercial.

Esta introducción sienta las bases para el seminario sobre medicina privada, su ejercicio actual, diagnóstico y desafíos. Esperamos que esta sea la primera de muchas instancias de encuentro y discusión para profundizar en estas materias cruciales.

Como mencioné anteriormente, contaremos con diversas e interesantes exposiciones sobre contratos médicos con clínicas privadas, sociedades médicas e inicio de actividades, fiscalización de licencias médicas, agresiones al personal de salud, entre otros temas relevantes. El objetivo es dar a conocer la experiencia de los abogados y abogadas de FALMED y su Unidad de Medicina Privada, así como el valioso aporte que han realizado al desarrollo de la medicina privada.

La invitación es a seguir avanzando juntos. Como médicos, es fundamental saber que siempre pueden contar con el apoyo incondicional de la Unidad de Medicina Privada de FALMED en el ejercicio de su noble profesión.

Capítulo 2

La Relación Médico-Paciente y la
Bioética en el Ámbito Privado

Dra. Anamaría Arriagada Urzúa
Presidenta del Colegio Médico de Chile

Introducción

La Dra. Anamaría Arriagada es médica internista de la Universidad de Chile, Magíster en Bioética de la Universidad del Desarrollo y Directora del Departamento de Bioética y Humanidades de la Universidad de Chile. Su trayectoria incluye roles significativos como Jefa de la Unidad de Procuramiento de Órganos y Tejidos, y fundadora y presidenta de la comisión de trasplante del Colegio Médico en 2019. Actualmente, además de liderar el Colegio Médico, ejerce como internista en la Clínica Indisa y en el Hospital Salvador, y participa activamente en el grupo de estudios de ética de la Sociedad Médica, integrando también el comité de ética como asesora ministerial. Previamente a su presidencia, fue consejera regional del Colegio Médico Regional Santiago y tesorera de la mesa directiva del mismo consejo.

Exposición

Agradezco sinceramente esta invitación, especialmente a la Unidad de Defensa Laboral (UDEL) y a la Fundación de Asistencia Legal. Me sumo a los saludos iniciales y extendiendo un cordial saludo a quienes nos acompañan hoy y a quienes están conectados a distancia. Se me ha solicitado una charla introductoria que se enmarca en la ética, un campo que considero fascinante y que exploraremos en el contexto privado de la relación médico-paciente.

Contextualizando la Relación Médico-Paciente en el Ámbito Privado

La relación médico-paciente es, ante todo, un vínculo comunicacional entre dos personas. En este vínculo, existe un emisor (el médico), un receptor (el paciente) y un mensaje cuya interpretación puede variar independientemente de la intención del emisor, generando una retroalimentación constante. Este “baile” comunicativo a menudo involucra a más actores, como familiares o equipos de trabajo.

La efectividad de esta comunicación se basa en la confianza. Los médicos y médicas accedemos a la esfera íntima de la vida de nuestros pacientes, desde sus hábitos alimenticios hasta sus relaciones personales y actividades. Para lograr la adherencia a los tratamientos o cambios en el comportamiento, una comunicación efectiva es crucial. Esto implica no solo transmitir información, sino también recibir retroalimentación y reconocer cuándo nuestro mensaje no ha sido comprendido o ha generado un efecto no deseado.

Este rol de emisores nos exige un aprendizaje continuo, ya que la comunicación es un “músculo” complejo que se entrena y mejora constantemente. El objetivo final es alcanzar una toma de decisión compartida, un paradigma que ha reemplazado el paternalismo vertical de la medicina tradicional por relaciones más participativas y horizontales.

Al hablar de una decisión compartida, es fundamental destacar el papel activo del médico. No somos indiferentes a la decisión del paciente y, en ocasiones, debemos influir para que esta se alinee con lo que consideramos mejor para su bienestar. Esta dinámica se diferencia de un modelo puramente informativo, donde el médico simplemente entrega datos técnicos y el paciente decide.

Modelos de la Relación Médico-Paciente

Históricamente, hemos transitado por diferentes modelos de relación médico-paciente:

~ **Modelo Paternalista:** El médico ejerce el poder como una figura superior, capaz de decidir por el bien del paciente, incluso en contra de su voluntad. Este modelo, hoy en desuso debido a los atropellos que generó y a la evolución de los derechos civiles, se vio influenciado por el surgimiento de la bioética hace apenas 50 años.

~ **Modelo Informativo:** En contraste, este modelo se caracteriza por la entrega de información técnica por parte del médico, dejando la decisión final completamente en manos del paciente. Podría caricaturizarse como el médico que simplemente entrega los resultados de los exámenes.

~ **Modelo Deliberativo:** El ideal actual se centra en una relación deliberativa, donde el médico actúa como un “amigo” del paciente. Esto implica conocer sus valores, comprender su contexto y participar activamente en ayudarlo a tomar la mejor decisión, cooperando e involucrándose más allá de la mera información.

El Contexto Actual de la Relación Clínica

La relación clínica se desenvuelve en un contexto social complejo, marcado por un estallido social pre-pandemia que evidenció una multiplicidad de demandas y una base de malestar generalizada. En esta sociedad con diversas agendas, nos movemos en un clima de judicialización creciente, que a menudo se percibe como una amenaza para el ejercicio profesional.

Particularidades del Ámbito Privado

El ámbito privado presenta particularidades que influyen en la relación médico-paciente:

- ~ **Foco en la Rentabilidad:** A diferencia del ámbito público, la rentabilidad juega un papel más prominente, aunque el uso adecuado de los recursos siempre ha sido una obligación en ambos sistemas. La compartimentación del sistema de salud chileno a menudo opaca las congruencias existentes.
- ~ **Precariedad y Multiplicidad de Contratos:** Las diversas modalidades contractuales bajo las que trabajamos los médicos y médicas en el sector privado pueden generar complejidad.
- ~ **Mayor Disponibilidad de Recursos y Práctica Médica Solitaria:** Si bien existe una mayor disponibilidad de recursos, la práctica puede percibirse como más solitaria. Sin embargo, es importante destacar que muchos médicos trasladan al ámbito privado las dinámicas de trabajo en equipo aprendidas en el sector público, como reuniones clínicas y discusiones colegiadas. Numerosas instituciones privadas fomentan estas instancias y cuentan con liderazgos y jefaturas de servicio sólidas.

Desafíos Actuales y Futuros

Varios desafíos marcan el presente y futuro de la relación médico-paciente:

- ~ **Judicialización y Desconfianza Social:** No existe hoy una “confianza ciega” en los médicos, por el sólo hecho de llevar su “delantal blanco”. Ante esta crisis, es importante la tarea de recuperarla, con un trato más humano basado en la integridad profesional y personal.
- ~ **Cambios en la Modalidad de Pago y Crisis del Sistema Privado:** Las nuevas formas de remuneración y la crisis económica del sector privado impactan en la dinámica de la atención.
- ~ **Complejidad Administrativa:** La carga burocrática de formularios, protocolos e informes consume tiempo y energía de los profesionales.
- ~ **Uso de Medios Digitales y Telemedicina:** La incorporación de tecnologías plantea nuevos desafíos éticos y comunicacionales.
- ~ **Sobre-especialización:** La creciente especialización puede limitar la visión integral del paciente.

La Ética Más Allá del Principialismo: La Ética de la Virtud

Ante estos desafíos, es crucial ampliar la mirada ética más allá del principialismo (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia), que, si bien es útil para el análisis de casos y el funcionamiento de comités de ética, no abarca la totalidad de la reflexión ética. Es fundamental considerar el principio de la justicia sanitaria y rescatar valores como la solidaridad, la vulnerabilidad, la equidad y el enfoque de género, especialmente en el contexto de la crisis del sistema privado.

También debemos tener presente la ética deontológica, plasmada en nuestro código de ética, y la ética utilitarista y del cuidado. Sin embargo, hoy quiero destacar la ética de la virtud, un modelo que se centra en el carácter del médico como persona.

La ética de la virtud, de raíz aristotélica, pone el énfasis en los motivos que subyacen al acto médico, buscando la excelencia y la plenitud del carácter a través de la vocación. No se trata solo de cumplir reglas, sino de caminar hacia una vida que valga la pena vivir.

En este marco, la profesión médica se entiende como una continuidad que da sentido a la existencia, permitiendo el desarrollo de nuestras potencialidades y el florecimiento humano en cualquier ámbito de desempeño.

La ética de la virtud privilegia el buen juicio, la sensatez y la prudencia, entendiendo que la decisión ética puede variar según las circunstancias y el individuo afectado.

Esta definición se asemeja a la *lex artis*, la buena práctica médica en un contexto específico.

La virtud se entrena, al igual que el cuerpo, aprendiendo a elegir el justo medio. Esta decisión nos involucra como personas, con nuestros talentos, circunstancias y posibilidades, en un camino de perfeccionamiento continuo. La prudencia, considerada una virtud cardinal de la medicina, implica decidir lo más sensato para ser la mejor persona posible realizando la mejor acción posible en cada momento. La toma de decisiones colegiada, la figura del maestro, el colega y el líder son fundamentales para cultivar la prudencia a través del modelaje y la admiración de paradigmas morales.

Es esencial esclarecer los bienes que guían nuestra profesión. Existen bienes intrínsecos, que son los fines de la medicina: prevenir la enfermedad y promocionar la salud, aliviar el dolor y el sufrimiento, cuidar y curar, y prevenir la muerte prematura posibilitando una muerte en paz. Estos son el centro de nuestro ejercicio.

Sin embargo, también existen bienes extrínsecos (dinero, fama, reconocimiento, prestigio, bienes materiales), que en sí mismos no son negativos, pero cuyo error radica en confundirlos con los bienes intrínsecos. Esta confusión puede llevar a la corrupción, entendida como la pérdida de la esencia de nuestra profesión. Debemos proteger nuestra labor manteniendo siempre en la mira los bienes intrínsecos como fundamentales.

Las virtudes del profesional bueno (a diferencia del “buen profesional” en términos técnicos) incluyen: fidelidad al compromiso con el paciente, benevolencia (velar por su bien), postergación del interés personal, compasión, cuidado, empatía, simpatía, honestidad intelectual (reconocer las limitaciones del conocimiento), justicia (discernir lo que corresponde a cada cual) y prudencia.

En última instancia, más allá de ser buenos profesionales, debemos aspirar a ser profesionales buenos, lo que implica ser mejores personas. Este enfoque puede ayudarnos a sobrellevar el complejo momento actual que vivimos los médicos, marcado por la desconfianza, la inmediatez, la influencia de los medios y la judicialización. La vida moderna puede sentirse como una “rueda de hámster”; y es crucial recordar que muchos de nosotros trabajamos tanto en el sector público como privado, y que la esencia de la medicina es la misma en ambos ámbitos.

En la crisis actual, donde se resaltan los principios de la seguridad social como la solidaridad y la equidad, se nos exige más que nunca ser mejores personas. La ética de la virtud nos invita a recuperar la ética de la felicidad, recordando que la elección de esta carrera también fue un camino hacia la realización personal. El alto índice de suicidio entre colegas nos recuerda que la falta de felicidad, más allá de los bienes materiales, es una realidad dolorosa de la que somos solidariamente responsables.

Es fundamental fomentar espacios físicos y de encuentro en nuestros lugares de trabajo que promuevan la felicidad y el bienestar. Debemos instar a nuestros empleadores a crear estos espacios y resaltar la importancia del liderazgo médico y de las reuniones clínicas, especialmente en tiempos de contracción económica.

La resolución de la crisis actual, protegiendo la calidad de la atención, el bienestar de los pacientes y el nuestro propio, depende de que ejerzamos nuestros roles de liderazgo y reconozcamos la virtud inherente a quienes ocupan estas posiciones. La virtud es una invitación constante a un **entrenamiento personal que no termina**, un camino hacia la propia felicidad.

Capítulo 3

FALMED: Defensa y Protección Integral
del Médico en el Ejercicio Profesional

Dr. Jaime Sepúlveda Cisternas
Presidente del Directorio FALMED

Introducción

El Dr. Jaime Sepúlveda, médico de la Universidad de Concepción con especialización en salud pública, cuenta con una destacada trayectoria en la gestión sanitaria y académica. Ha sido director del Hospital de Lota, subdirector médico y director del Servicio de Salud Concepción, además de presidente de la COMPIN Regional. En el ámbito académico, dirigió la Escuela de Medicina y fue Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad San Sebastián, y ha ejercido como profesor de pre y posgrado en diversas universidades, tanto en Chile como en Italia. Su experiencia internacional como consultor en salud pública y gestión de redes en varios países de Latinoamérica y África, junto a la ONG italiana Cestas, enriquece aún más su perspectiva. Antes de asumir la presidencia de FALMED en 2021, se desempeñó como Tesorero Nacional del Colegio Médico y Vicepresidente de FALMED.

Exposición

El ejercicio profesional médico no puede concebirse sin una sólida base ética, bioética y deontológica. En FALMED, nos enfocamos en un aspecto específico, uno que esperamos nunca ocurra, pero que, lamentablemente, forma parte de la realidad de nuestra profesión. Por ello, al organizar este evento, consideramos crucial comenzar con la reflexión ética que nos compartió la Dra. Arriagada, pues creemos que es el fundamento de todo lo que hacemos.

Extiendo también un cordial saludo a los presidentes regionales del Colmed que nos acompañan: la Dra. Gisela Viveros del Consejo Regional Santiago, el Dr. Álvaro Llancaqueo del Consejo Regional Concepción, el Dr. Ignacio de la Torre, nuestro Vicepresidente de FALMED y Presidente del Consejo Regional Valparaíso, y el Dr. Mauricio Osorio, Secretario Nacional del Colegio Médico y Tesorero de nuestra Fundación. Mi agradecimiento también a nuestro Abogado Jefe Nacional, a nuestro Gerente General y a todo el equipo de FALMED que ha hecho posible este seminario.

Se me ha pedido que les explique qué es FALMED y cómo surgió. Al preparar estas palabras, me encontré con una noticia de octubre de 1993 que ilustra una de las preocupaciones que llevaron a su creación: una demanda contra médicos por una cirugía equivocada. Para los colegas más jóvenes, quizás esta anécdota no resuena tanto, pero para quienes tenemos más trayectoria, evoca un contexto donde la necesidad de protección legal para los médicos era evidente.

Fue en este escenario que un grupo de visionarios dirigentes del Colegio Médico – el Dr. Ricardo Vacarezza (entonces presidente), el ex Ministro Julio Montt, el Dr. Kléber Monlezun, el Dr. Juan Luis Castro (en un rol similar al que hoy ejerce la Dra. Gisela Viveros como presidenta del Consejo Regional Santiago), y el Dr. Fernando Espina – propusieron al Honorable Consejo General la creación de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile. Esta Fundación, con el tiempo, honraría a uno de sus principales impulsores adoptando el nombre de Dr. Kléber Monlezun Soto.

En retrospectiva, la decisión del Colegio Médico de crear una Fundación de Asistencia Legal fue, a mi juicio, sumamente acertada. Permitió institucionalizar el apoyo legal a los médicos de una manera estructurada y eficiente. También fue una decisión sabia constituirla como una Fundación cuyo directorio está conformado íntegramente por médicos, quienes ejercen sus cargos *ad honorem* y son nombrados por los distintos estamentos del Colegio Médico. Esta composición asegura que las decisiones de FALMED se tomen considerando las necesidades y la realidad de quienes ejercemos la profesión, buscando siempre el bienestar de los médicos y, por ende, la mejora del sistema de salud en su conjunto.

Hoy en día, es innegable el rol público que desempeña el trabajo médico, tanto en el ámbito público como privado. Las diferencias de opinión radican en cómo se lleva a cabo ese trabajo. Para quienes vivimos en regiones, como en mi pueblo natal de Hualqui, la labor del médico es aún más crucial en comunidades a menudo con recursos limitados. El Colegio Médico y FALMED trabajan para que, a pesar de la diversidad geográfica y las desigualdades de nuestro extenso país, los médicos puedan ejercer su profesión con el mayor respaldo posible.

En la actualidad, observamos una disminución de médicos en cargos directivos, a pesar de los incentivos ofrecidos. Esto representa un desafío, ya que muchos creemos que una gestión con criterio y visión médica, incluso con sus posibles limitaciones, podría ser más beneficiosa para las instituciones de salud.

En FALMED, nos preocupamos por diversas materias de actualidad. Un ejemplo reciente es las demandas de las clínicas en la Región Metropolitana, un tema que, aunque parezca local, tiene implicaciones para todo el sistema de salud y para la calidad y el costo de la atención para los pacientes y sus familias. Lamentablemente, este tipo de problemáticas, que consideran demandas o juicios por negligencias o mal praxis en áreas sensibles de la medicina, no son exclusivas de nuestro país y contribuyen a un creciente cuestionamiento del trabajo médico.

El directorio de FALMED refleja la diversidad de intereses dentro del Colegio Médico. Está compuesto por médicos y médicas elegidos por diferentes instancias: la Dra. Inés Guerrero, pediatra y médico de familia, representando al Consejo Nacional; el Dr. Ignacio de la Torre, gineco-obstetra, en representación de los presidentes regionales; la Dra. Sandra Montedónico, cirujana pediátrica, representando a la Mesa Directiva Nacional; el Dr. Mauricio Osorio, cirujano pediátrico y salubrista, también en representación de la directiva nacional; y yo, Jaime Sepúlveda, salubrista, representando a la Presidenta del Colegio Médico. Esta composición asegura que las decisiones del directorio se tomen considerando las perspectivas de diferentes niveles y especialidades. El directorio se renueva o ratifica cada tres años, y elige sus propios cargos.

Nuestra **misión** fundamental es **defender y asesorar a los médicos y médicas en el ejercicio de su profesión, prevenir la judicialización de la medicina y promover una buena práctica médica**. Esta misión tiene una trayectoria de casi tres décadas, y este año nos hemos comprometido a revisar nuestra visión, misión y objetivos estratégicos para los próximos 30 años, adaptándonos a los cambios y fortaleciendo nuestro impacto.

Al reflexionar sobre los desafíos de la salud actual, es imposible ignorar la influencia del cambio climático y el medio ambiente. Las propias prácticas sanitarias generan un impacto ambiental significativo, y problemas como las pandemias y la resistencia antimicrobiana requieren una mirada global que integre la salud humana, animal y ambiental. Creemos firmemente en la necesidad de abordar estos temas de manera integral.

El crecimiento de FALMED en sus 29 años de existencia ha sido notable. Desde sus inicios modestos, con un abogado trabajando en condiciones precarias, la Fundación ha evolucionado para ocupar un lugar central en el apoyo a la profesión médica. Las iniciativas de FALMED, como los cursos “Por una Medicina de Excelencia” (PUME), el programa PreFalmed para estudiantes de medicina, y la publicación de tres tomos de Derecho Médico, han tenido un impacto significativo en la comunidad médica. Durante la pandemia, FALMED mantuvo su atención, adaptándose a la no presencialidad sin cerrar sus puertas, gracias al compromiso de su equipo.

Los servicios que FALMED presta son diversos:

- **Asistencia y servicios docentes:** Participamos en actividades formativas en universidades, especialmente para estudiantes de los últimos años de medicina, abordando temas de judicialización y seguridad en el ejercicio profesional.

- **Publicaciones:** Nuestros libros de Derecho Médico se han convertido en referencias importantes, incluso citadas en fallos judiciales. Estamos preparando el cuarto tomo.
- **Asesoría comunicacional:** Brindamos apoyo a colegas que enfrentan problemas mediáticos, asesorando sobre cómo actuar y qué comunicar.
- **Gestión administrativa:** Facilitamos trámites y mantenemos informados a nuestros afiliados a través de diversos canales, recordando la importancia de mantener sus datos actualizados.
- **Asistencia jurídica:** Este es el corazón de FALMED. Con orgullo puedo afirmar que, a nivel nacional, somos la institución que mejor se ocupa de la defensa, asesoría y todos los aspectos legales relacionados con el ejercicio médico. Nuestro equipo de abogados, con una profunda comprensión de la realidad de nuestra profesión, ha logrado resultados notables, con un porcentaje muy bajo de juicios con resultado adverso. A diferencia de otros actores jurídicos, nuestra prioridad es defender el acto médico en sí mismo, asegurando que se reconozca la complejidad de la medicina y las difíciles condiciones en las que a menudo se ejerce.
- **Protección patrimonial:** A través de un seguro de responsabilidad civil con una cobertura significativa por evento y por año, FALMED ofrece una tranquilidad invaluable a sus afiliados. Este seguro, renovado anualmente, ha sido pionero en incluir aspectos como la telemedicina y la cobertura por un período extendido, sin deducible y sin discriminación por especialidad o región. Esta característica refleja la naturaleza de nuestro fundador, el Colegio Médico de Chile, y responde a sus definiciones. Incluye además daño moral, lucro cesante, actos de comités de ética, medicinas complementarias, telemedicina y ensayos clínicos, entre otros aspectos no cubiertos por otros seguros.

Estamos en constante revisión y actualización de nuestro seguro, buscando siempre ofrecer las mejores condiciones a nuestros afiliados. En términos de costo por afiliación y servicios, creemos que FALMED ofrece una propuesta superior.

En resumen, FALMED es un **sistema integral de cuidado y protección** para el trabajo médico. Nuestros resultados jurídicos, nuestra presencia a nivel nacional con 22 oficinas y un equipo de 72 abogados, y nuestros casi 30 años de experiencia lo demuestran.

Durante la pandemia, los médicos y médicas vivimos momentos de gran exigencia, postergando nuestro propio bienestar por el de nuestros pacientes. Aunque la memoria de estos sacrificios puede ser frágil en la comunidad, es un desafío para nosotros destacar la dedicación inherente a nuestra profesión. La gran mayoría de los médicos ejercen su labor con un profundo sentido de responsabilidad y compromiso.

Mirando hacia el futuro, y celebrando nuestros próximos 30 años de existencia, los invitaremos a un seminario centrado en la judicialización, basado en nuestra vasta experiencia. Continuaremos publicando nuestros libros de Derecho Médico, fruto del trabajo conjunto de nuestros abogados y médicos. A través de PreFalmed, buscamos expandir nuestros convenios con todas las universidades que imparten la carrera de medicina, ofreciendo formación gratuita en derecho sanitario y médico a los estudiantes, un área que a menudo se aborda de manera marginal en la formación universitaria. Creemos que fortalecer la enseñanza de la ética, la bioética y los aspectos médico-legales es fundamental para la prevención de la judicialización.

Finalmente, quisiera compartir el número actual de nuestros afiliados: 27.428 al 30 de junio de este año. Si bien esta cifra es significativa, representa un desafío de crecimiento considerando el número total de médicos inscritos en el país. La judicialización de la medicina requiere un Colegio Médico fortalecido y unido como una línea de defensa importante. Las estadísticas de los tipos de causas que atendemos demuestran la actividad constante de FALMED, trabajando las 24 horas del día para apoyar a nuestros afiliados.

Los desafíos para este año incluyen la publicación del cuarto tomo del libro de Derecho Médico, la realización de una jornada institucional con la participación de los dirigentes del Colegio Médico a nivel nacional, la expansión de nuestras actividades en todos los consejos regionales, el mantenimiento de la excelencia en el trabajo de nuestros abogados y la expansión del programa PreFalmed a todas las universidades.

Capítulo 4

La *Lex Artis* Médica en el
Ejercicio Privado en Chile:
Un Panorama Inicial

Sr. Juan Carlos Bello Pizarro
Abogado jefe nacional de FALMED

Introducción

El señor Juan Carlos Bello es abogado de la Universidad de Chile, magíster en Derecho Penal de la Universidad Diego Portales, con mención en Derecho Procesal Penal. Cuenta además con una especialización en la Universidad de Harvard. Se ha empeñado como asesor jurídico de la Mesa Directiva Nacional del Colegio Médico de Chile. Realiza docencia y exposiciones permanentes en cursos sobre Derecho Médico, tanto a nivel nacional como internacional. Ha participado en la defensa de más de 6.000 juicios en la materia, además de su importante participación como compilador y autor de los libros de Derecho Médico I, II y III de FALMED.

Exposición

En este capítulo, nos adentraremos en un concepto fundamental en el ámbito del derecho médico: la *Lex Artis* Médica. Específicamente, centraremos nuestra atención en las particularidades que este principio adquiere en el contexto del ejercicio privado de la profesión médica en Chile. Si bien existen elementos generales que definen la *Lex Artis* en la medicina, el litigio asociado al ejercicio privado presenta características distintivas que merecen un análisis detallado.

Declaración de Intereses

Antes de continuar, es pertinente realizar algunas precisiones a modo de declaración de conflicto de interés. Mi labor profesional se centra exclusivamente en la representación y capacitación de médicos y médicas. Por lo tanto, la perspectiva que se expondrá aquí, basada en la experiencia de FALMED a lo largo de tres décadas, se fundamenta en la práctica diaria de los profesionales de la salud.

En segundo lugar, y en el contexto específico de la medicina privada que abordamos, debo señalar que mi acceso a la atención médica se realiza a través del sistema privado de salud.

Finalmente, y como una nota relevante en el panorama actual, certifico que la elaboración y ponderación de los antecedentes presentados en este capítulo se ha realizado íntegramente mediante inteligencia humana. Esperamos que al concluir la lectura, esta afirmación sea evidente para todos ustedes.

La Paradoja de la Medicina Contemporánea: Avances y Cuestionamientos

La responsabilidad médica y la *Lex Artis* en el ejercicio privado se insertan en un escenario complejo. A lo largo de la historia, la medicina ha sido objeto de cuestionamientos, como lo ilustran las célebres palabras atribuidas a Alejandro Magno en sus momentos finales: “Muero gracias a la ayuda de varios médicos”. Esta reflexión histórica nos permite comprender que la problemática de la responsabilidad médica no es exclusiva de nuestra era.

Para dimensionar la situación actual del ejercicio de la medicina, es crucial considerar una paradoja significativa. Hoy en día, los avances técnicos y el conocimiento médico alcanzan niveles sin precedentes. La especialización de los profesionales de la salud es cada vez mayor, su entrenamiento y capacitación son rigurosos, se enfatiza la prevención y la comunicación fluye en múltiples direcciones: entre colegas, con pacientes y sus familias.

Estos factores podrían llevarnos a la conclusión de que la medicina vive su época dorada, con un nivel de progreso, apoyo tecnológico y profesionalismo nunca antes visto. Sin embargo, nos enfrentamos a una realidad contrastante: las agresiones al personal de salud son una preocupación creciente (tema que abordaremos en un módulo posterior). Además, desde la perspectiva mediática y comunicacional, se observa un fenómeno de “condena mediática anticipada”, donde noticias sobre presuntos actos negligentes alcanzan una amplia difusión, cuya posterior desestimación judicial rara vez tiene el mismo impacto.

A esta compleja situación se suma una hiperregulación del acto médico, con diversos proyectos de ley en discusión que inciden directamente en el ejercicio profesional. Y, por supuesto, el tema central que nos convoca: la creciente judicialización de la medicina.

Nos encontramos, por lo tanto, ante una paradoja innegable. Contamos con el potencial para brindar y recibir la mejor medicina y ser atendidos por profesionales altamente capacitados, pero, paradójicamente, la sociedad cuestiona cada vez con mayor frecuencia su accionar.

Agresiones y Condena Mediática: Un Entorno Hostil

Respecto a las agresiones, las cifras del Ministerio de Salud hasta mediados de 2023 evidenciaban un aumento constante. Ejercer la medicina se ha convertido, lamentablemente, en una profesión de riesgo. Esta situación motivó la promulgación de la Ley de Consultorio Seguro, que incrementa las penas para quienes agredan al personal de salud en el ejercicio de sus funciones. Si bien esta ley es una respuesta necesaria, no es una buena noticia en sí misma, ya que puede generar una distancia innecesaria entre el médico y su paciente. Un reciente seminario sobre agresiones en el Hospital de Arauco reveló que la principal preocupación ya no era la falta de recursos o especialistas, sino la seguridad del personal.

A las agresiones se suma el preocupante síndrome de la condena mediática. Casos recientes con fallos de primera instancia que involucran sumas elevadas de dinero han tenido una amplia cobertura, generando una opinión pública desfavorable antes de que se agoten todas las instancias judiciales. Es importante aclarar que ninguno de estos casos fue defendido por FALMED.

Hiperregulación y Judicialización del Acto Médico

La hiperregulación del acto médico se manifiesta en diversos proyectos de ley en discusión en el Congreso. Un ejemplo preocupante es aquel relacionado con la Ley Jacinta, que busca establecer sanciones pecuniarias y corresponsabilidad para los médicos que emitan certificados de salud para la obtención de licencias de conducir, haciéndolos responsables de accidentes futuros causados por el titular del certificado, independientemente del tiempo transcurrido. La lógica jurídica y médica de esta propuesta resulta, cuando menos, cuestionable.

Otro proyecto de ley busca aumentar las penas por responsabilidad médica, partiendo de una premisa infundada: que las penas actuales son insuficientes. Es crucial recordar que las demandas contra médicos suelen basarse en delitos culposos (imprudencia o impericia), sin la intención de causar daño, por lo que equiparar sus penas a las de delitos dolosos carece de fundamento jurídico.

Finalmente, llegamos al fenómeno de la judicialización de la medicina. Para ilustrar este concepto, recurrimos a una analogía del Génesis bíblico, donde la primera intervención quirúrgica divina podría haber sido objeto de escrutinio

legal si un abogado hubiera estado presente en el Paraíso. Preguntas sobre la capacitación, el consentimiento informado y las posibles consecuencias habrían complejizado un acto que, en su esencia, buscaba el bienestar. Esta analogía busca reflejar cómo la intervención de abogados en la relación médico-paciente, si bien a veces necesaria, puede alterar la dinámica natural de este vínculo.

El ejercicio de la medicina se complejiza aún más si consideramos la influencia de los medios de comunicación, que actúan como caja de resonancia de los cuestionamientos al acto médico. En el contexto del ejercicio privado, esta judicialización se manifiesta de manera particular.

Un estudio de 2016 en Estados Unidos reveló que los errores médicos eran la tercera causa de muerte, superados solo por enfermedades cardíacas y cáncer. Si bien la traducción de “medical errors” como “errores médicos” puede ser limitada, refiriéndose más ampliamente a errores en la atención sanitaria, estas cifras resaltan la magnitud del problema a nivel global.

Datos de Judicialización en Chile: La Experiencia de FALMED

El adagio popular “dato mata relato” nos invita a analizar las cifras de judicialización en Chile desde la perspectiva de FALMED.

Las cifras de la Fundación sobre mediaciones, sumarios y juicios penales y civiles por presunta negligencia médica muestran un aumento preocupante. Desde los inicios de FALMED, se ha registrado un *peak* histórico de 880 nuevas causas en el año 2023, tras un breve descenso durante la pandemia.

Si bien 880 casos anuales podrían parecer una cifra baja en comparación con los más de 10 millones de atenciones sanitarias que se producen en el país, al analizarla desde otra perspectiva, implica que aproximadamente 2.500 médicos son llamados anualmente a declarar en tribunales.

En cuanto al origen de los cuestionamientos, la distribución entre el ámbito público (46%), privado (47%) e institucional (6%) es relativamente equitativa, aunque el sector privado concentra la mayor cantidad de reclamos en los últimos años. Esto plantea la pregunta sobre dónde es jurídicamente más seguro ejercer la medicina, siendo el ámbito público, paradójicamente, donde se registran menos reclamos en proporción al volumen de atenciones. Por lo

tanto, la relevancia de analizar la *Lex Artis* en el ámbito privado se hace evidente, dado el mayor riesgo de demandas.

Los resultados de la Fundación son significativos: en el 99% de los casos, no se comprueba responsabilidad médica. Este éxito no solo se atribuye a la labor de los abogados de FALMED, sino también al reconocimiento por parte de los tribunales de que, en la gran mayoría de las ocasiones, los médicos y médicas actuaron conforme a la buena práctica médica.

Conceptualización de la Judicialización de la Medicina

Podemos conceptualizar la judicialización de la medicina como la resolución por vía judicial de un evento sanitario y/o sus consecuencias que podrían haber sido abordadas a través de otras vías, como la mediación o la comunicación directa. Es trasladar la dinámica del pabellón quirúrgico a la sala de un tribunal, con las diferencias de tiempos, expectativas, presiones y lenguaje que esto implica. La medicina, con su tradición griega, y el derecho, con su raíz latina, a menudo requieren de una labor de traducción compleja.

Creemos que la judicialización de la medicina es una “enfermedad” que dificulta y contamina el acto médico, desviándolo de su objetivo primordial. En esencia, busca declarar la responsabilidad de alguien por un resultado no deseado. Aquí es donde la distinción entre el lenguaje médico y el jurídico se vuelve crucial. Mientras que para un médico ser “responsable” implica ser cuidadoso y diligente, para el derecho significa estar obligado a reparar un daño causado.

En el ámbito médico, la responsabilidad puede recaer en el profesional de la salud (obligación de reparar el daño causado al paciente como consecuencia de un acto médico) o en la institución (obligación de indemnizar por falta de medios o por actos de sus dependientes).

Vías de Cuestionamiento de la *Lex Artis* y Búsqueda de Responsabilidad

Los pacientes cuentan con diversas vías para cuestionar la *Lex Artis* y buscar la declaración de responsabilidad por un acto médico:

- **Vía Penal:** Busca una sanción penal (privación de libertad) contra el médico o el equipo sanitario.
- **Vía Civil:** Busca una indemnización económica por los perjuicios sufridos, pudiendo ser responsables el médico, el equipo sanitario y la institución.
- **Vía Administrativa:** Aplicable en el ámbito público, busca sanciones administrativas (amonestación, destitución) contra el médico o el equipo sanitario.
- **Vía Ética:** A nivel deontológico, busca la sanción ética del médico.
- **Mediación:** Proceso extrajudicial que busca un acuerdo entre las partes (médico, equipo, institución y paciente), siendo un requisito de procesabilidad para la demanda civil.
- **Reclamo:** Vía informal ante la clínica o la Oficina de Informaciones, Reclamos y sugerencias (OIRS), buscando la declaración de responsabilidad del médico, equipo o institución.

Un paciente puede optar por una o varias de estas vías simultáneamente.

El Ejercicio Privado:

Mayor Riesgo de Demandas Civiles, Mediaciones y Reclamos

En el contexto del ejercicio privado, si bien la mayoría de los juicios contra médicos en Chile son penales, la vía civil, la mediación y el reclamo adquieren una relevancia especial. Estos últimos suelen ser los primeros indicios de un cuestionamiento y la antesala de una posible demanda indemnizatoria.

Ante la notificación de una demanda civil, la recomendación fundamental es asesorarse legalmente y defenderse con un letrado, dada la complejidad del proceso civil. Lo mismo se aplica en caso de ser citado a una mediación o recibir un reclamo, ya que estos procesos no son inocuos.

La mediación, si bien busca recomponer la relación médico-paciente (una suerte de “consentimiento informado post-procedimiento”), en la mayoría de los casos (más del 80%) no concluye en acuerdo. Sin embargo, incluso sin acuerdo, puede tener un efecto disuasorio del litigio, al permitir una explicación formal de lo ocurrido. Además, la mediación y los reclamos permiten revisar los procesos asistenciales y evaluar el riesgo jurídico futuro y la capacidad de la contraparte.

Particularidades del Ejercicio Privado de la Medicina desde la Perspectiva Médico-Legal

En el ámbito del ejercicio privado, hemos observado algunas particularidades médico-legales que lo diferencian del ejercicio público:

- ▶ **Múltiples Partes Involucradas:** Los cuestionamientos suelen involucrar no solo al personal médico, sino también a la clínica, generando una complejidad adicional.
- ▶ **Mayor Resonancia Mediática:** Los casos en el ámbito privado tienden a tener una mayor cobertura mediática, ya sea por la notoriedad de la clínica, del paciente o de los profesionales involucrados.
- ▶ **Vínculos Complejos entre Demandados:** La relación entre el médico y la institución privada puede ser variada, compleja y a veces poco clara, lo que dificulta la estrategia de defensa en comparación con la estructura más definida del ámbito público.

Es relevante también considerar que la discusión en el ámbito de la medicina privada y de los cuestionamientos civiles se desarrolla siempre entre particulares. En estas controversias no interviene el Fisco ni el Consejo de Defensa del Estado, dado que su actuación no está presente en el acto médico privado. Finalmente, un factor que podría influir en la mayor tasa de reclamos en el ámbito privado es el elevado costo de la atención para el paciente. La hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o en una clínica implica gastos significativos, que aumentan con la duración de la estadía. Esta carga económica no la enfrenta el paciente del sistema público, lo que podría generar una predisposición diferente ante resultados adversos, aunque no se afirme que sea un incentivo directo para demandar.

Estas particularidades resultan cruciales para comprender la dinámica de la judicialización en el contexto de la medicina privada. No es necesario reiterar la importancia de los jueces en la definición de la responsabilidad, ya que son ellos quienes, en última instancia, determinan la culpabilidad o inocencia y la obligación de indemnizar. Son el tercero imparcial que establece quién tenía la razón.

Criterios Jurisprudenciales Recientes en Casos Civiles por Presunta Negligencia Médica

¿Qué criterios han establecido los tribunales chilenos recientemente en causas civiles por presunta negligencia médica? En primer lugar, han reiterado que los médicos tienen **obligaciones de medios**, es decir, están obligados a emplear todos los recursos y conocimientos disponibles para alcanzar un fin terapéutico, pero no están obligados a garantizar el resultado.

No obstante, la jurisprudencia ha identificado dos situaciones específicas en las cuales los tribunales han establecido una **obligación de resultado** para los médicos: la cirugía **plástica estética** y la **radiología**. En el caso de la cirugía estética, los tribunales han sostenido que si un profesional promete un resultado específico (ej. “la nariz del actor Brad Pitt”), debe entregar ese resultado. Si bien esta postura es discutible desde la perspectiva médica, dado el potencial de complicaciones inherentes a cualquier procedimiento, es el criterio que se ha asentado. Respecto a los radiólogos, se ha establecido que deben ser capaces de describir específicamente lo que observan en las imágenes diagnósticas. Estas dos excepciones a la regla general de la obligación de medios han sido objeto de debate, pero hasta ahora se mantienen.

En cuanto a los **consentimientos informados** utilizados en el ámbito privado, los tribunales han sido consistentes en señalar que debe existir un protocolo específico para cada procedimiento. Los consentimientos informados genéricos no cumplen con los requerimientos legales. Por esta razón, FALMED, en colaboración con profesionales médicos, ha elaborado un listado de consentimientos informados específicos para diversos procedimientos, disponibles para sus afiliados. En caso de no existir un formato adecuado, se ofrece la colaboración para su confección, asegurando que el documento cumpla con los estándares judiciales.

Es innegable el **aumento de las condenas y del quantum de las indemnizaciones** en casos de responsabilidad médica. Los montos observados en casos no defendidos por FALMED, que superan los mil millones de pesos, son propios de países con sistemas legales y económicos muy diferentes. Un reciente fallo en España, que condenó a un médico a 13 millones de euros por un mal diagnóstico, ilustra la tendencia europea. Es crucial evitar que Chile alcance estos niveles.

Respecto al **vínculo jurídico entre el médico y la clínica** en la jurisprudencia civil chilena, los tribunales han restado relevancia a la defensa de algunas clínicas que buscan eximirse de responsabilidad argumentando que solo prestan servicios de hotelería y que el médico es el único responsable del acto médico.

La tendencia judicial es a condenar solidariamente tanto al médico como a la clínica.

Una novedad importante en materia civil es la condena sin daño material directo. Hasta hace poco, para que un médico fuera condenado civilmente a pagar una indemnización, debía existir un daño material que hubiera provocado un daño moral. Hoy en día, los tribunales están acogiendo demandas incluso en ausencia de un daño material específico. La falta de un consentimiento informado adecuado en un acto médico que, en su ejecución, fue impecable, puede ser motivo de condena. Esta nueva interpretación llevó a una modificación en la cobertura del seguro de FALMED, que actualmente es el único que cubre el daño moral no necesariamente asociado a un daño material.

La importancia de la ficha clínica es vital y ha sido reiterada por todos los tribunales. Los peritajes son pruebas fundamentales en los juicios por presunta negligencia médica. En última instancia, la actuación conforme a la *Lex Artis* es el criterio determinante para establecer la responsabilidad del médico.

Elementos y Usos Metaprocesales Relevantes en el Litigio Civil Médico

En el litigio civil médico actual, podemos considerar relevantes los siguientes elementos y usos metaprocesales:

- **Conciliación en Tribunales:** Cada vez con mayor frecuencia, los tribunales instan a las partes a conciliar antes de dictar sentencia, buscando una resolución del conflicto a través del acuerdo.
- **Presión por el Acuerdo en el Ámbito Privado:** Existe una tendencia, a menudo impulsada por las instituciones privadas, a buscar acuerdos iniciales en los casos de presunta negligencia. Esta presión puede llevar a médicos, incluso convencidos de su inocencia, a aceptar acuerdos y realizar pagos en contra de su voluntad, a veces sin resolver la potencial acción penal en su contra. Esta no se considera la solución ideal para evitar la judicialización.
- **Mediatización:** La cobertura mediática es una característica particular de los cuestionamientos a la atención privada de salud, incluyendo la organización de protestas por parte de asociaciones de pacientes.

- **Mayor Experticia de los Operadores del Sistema:** Los abogados que demandan a médicos han adquirido una mayor sofisticación en sus estrategias legales. La industria del litigio en responsabilidad médica se ha consolidado en Chile, involucrando seguros y bufetes de abogados que obtienen beneficios de este proceso, a diferencia de los médicos y, paradójicamente, de los propios pacientes. El aumento de las primas de seguros y la discriminación por especialidades de mayor riesgo son consecuencias de este modelo. FALMED se destaca por proteger a especialidades como la cirugía plástica.
- **La *Lex Artis* como Criterio Lógico:** A pesar de las complejidades del litigio, la *Lex Artis* sigue siendo el criterio lógico fundamental para determinar la culpabilidad o inocencia de un médico.

Propuestas para Enfrentar la Judicialización en el Ámbito Privado

Para enfrentar la creciente judicialización en el ámbito privado, se proponen las siguientes medidas, conscientes de su carácter revisable y, posiblemente, insuficiente:

- **Fuerte Énfasis en la Prevención:** Es crucial diferenciar y abordar los dos riesgos jurídicos inherentes al ejercicio de la medicina: el riesgo de demanda y el riesgo de condena. **La buena relación médico-paciente**, que se extiende al entorno familiar y a la comunicación entre colegas, sigue siendo la estrategia más efectiva para evitar demandas. Para reducir el riesgo de condena, **la actuación conforme a la *Lex Artis* y una asesoría legal competente y oportuna** son fundamentales. Es esencial contactar a los abogados (de confianza o de FALMED) lo antes posible ante cualquier notificación o citación.
- **Evaluación Real del Riesgo:** Es necesario realizar una evaluación precisa del riesgo jurídico de cada caso, considerando la solidez del reclamo del paciente y las posibilidades de éxito en tribunales. FALMED ha desarrollado un Indicador de Riesgo Jurídico (IRJ) interno para este fin, que permite tomar decisiones informadas sobre la negociación y la estrategia legal.
- **Respuestas Coordinadas con las Instituciones Privadas:** Ante un reclamo o demanda, es fundamental que el médico y la institución privada trabajen de manera coordinada en la respuesta legal, evitando acciones descoordinadas que puedan favorecer a la contraparte. Esto

incluye negociaciones conjuntas y expertas, reconociendo la experiencia de FALMED en este ámbito.

- **Acuerdos Oportunos, Coordinados y Suficientes:** Los acuerdos deben ser el resultado de una estrategia conjunta entre el médico y la institución, cubriendo todas las aristas del caso (civil, penal y administrativa). Los acuerdos unilaterales pueden ser contraproducentes.

- **Visión Estratégica:** Es importante no perder la perspectiva general ante un caso concreto. Las decisiones tomadas en un caso pueden tener repercusiones en otros futuros. Las condenas elevadas en casos ajenos a FALMED han generado expectativas desproporcionadas en las demandas contra nuestros afiliados.

- **Seguros a la Medida:** Los seguros de responsabilidad médica deben adaptarse a las necesidades de los asegurados, ofreciendo coberturas adecuadas para todas las especialidades. FALMED se esfuerza por ofrecer seguros con montos necesarios e incluyendo especialidades de alto riesgo.

- **Férrea Defensa del Acto Médico:** Es fundamental defender la labor de los médicos, quienes en su mayoría actúan correctamente y contribuyen significativamente a los indicadores de salud del país, a pesar de las limitaciones de recursos. La *Lex Artis* es la base de esta defensa. En los casos donde la defensa no sea viable, el seguro cumple su función.

Desmitificando el Seguro de FALMED

Es importante aclarar que, a diferencia de lo que a veces se afirma, el seguro de FALMED sí realiza pagos en mediación, tal como lo demuestran los gastos realizados en los últimos años en fallos y acuerdos. FALMED evalúa cada caso médico y aporta los recursos necesarios de manera responsable, sin buscar silenciar a la prensa, sino resguardando el interés del médico.

La Mejor Defensa: Actuar Conforme a la *Lex Artis*

En última instancia, la mejor defensa en el ámbito privado, tanto para el profesional de la salud, el equipo sanitario, la institución y el paciente, es **actuar conforme a la *Lex Artis***.

Un fallo de la Corte de Apelaciones de Santiago de agosto de 2024 en un caso civil de responsabilidad médica reafirma la importancia de la pericia que demuestre una vulneración de la *Lex Artis* como elemento esencial para establecer la responsabilidad.

La *Lex Artis* se define como la práctica médica generalmente aceptada para un paciente concreto, en un tiempo y lugar determinado, siendo por lo tanto relativa.

Los errores médicos pueden ocurrir, pero lo importante es que exista una **justa causa de error**. La *Lex Artis* es relativa, dependiente del paciente, el lugar y la fecha (como lo evidenció la evolución del tratamiento del COVID-19). Los tribunales evalúan la actuación médica en función de los conocimientos y estándares vigentes al momento del acto médico.

La *Lex Artis* se compone de protocolos y guías médicas, medicina basada en la evidencia, opinión de expertos y ética. Si bien no toda falta ética constituye negligencia médica, toda negligencia médica sí implica una falta ética.

¿Quién define la *Lex Artis*?

Es crucial comprender que la *Lex Artis* no la definen los pacientes, ni los abogados querellantes, ni los fiscales, ni siquiera los abogados defensores o los jueces. **Quienes definen cómo se hace medicina en Chile son los médicos y las médicas**. Esta autonomía profesional es fundamental y debe ser preservada. La razón del alto porcentaje de éxito en la defensa de los médicos por parte de FALMED radica en que, en la mayoría de los casos, han actuado conforme a su entendimiento de la *Lex Artis*.

Asimismo, en el cierre de esta presentación, junto con recordar con afecto al fundador de FALMED, el Dr. Kléber Monlezun, a quien conocí personalmente en el comienzo de mi labor en nuestra Fundación, deseo finalmente traer a la memoria, las sabias palabras de Don Roberto Dávila, ex Presidente de la Corte Suprema, quien nos acompañó en calidad de invitado especial a la actividad fundación de FALMED.

En esa dicha oportunidad histórica, dicha ex autoridad judicial nos compartió el siguiente mensaje, que equipara el descuido médico grave con las demandas millonarias exageradas, advirtiendo sobre la potencial amplificación mediática irresponsable de ambos escenarios.

“Tan abusivo y reprehensible es el descuido de un médico que dejó gasa o bisturí en el cuerpo de un paciente como la exagerada demanda millonaria que quiere entablar un abogado. Ambas situaciones indebidas pueden aumentar su infortunada repercusión social si son tomadas por periodistas que tampoco asumen su responsabilidad y dan ribetes de escándalo a hechos que pueden ser considerados tomando en cuenta las circunstancias en que los actos pudieron producirse”.

Capítulo 5

**Contratos con Clínicas Privadas:
Modalidades, Desafíos
y Recomendaciones**

Sr. Diego Oportus Herrera
Abogado Jefe de la
Unidad de Defensa de la
Medicina Privada
(UDMP) FALMED

Introducción

El Sr. Diego Oportus es abogado de la Universidad de Concepción, posee diplomados en derecho a la protección de la salud y gestión sanitaria, así como en derecho y negocio inmobiliario de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Su conocimiento especializado en la normativa del sector salud y su comprensión de las dinámicas contractuales en el ámbito privado lo convierten en un guía idóneo para desentrañar las complejidades de los acuerdos entre médicos y clínicas.

Exposición

En el ejercicio de la profesión médica a través de prestadores institucionales privados de salud, existen diversos mecanismos contractuales. Entre ellos, destacan el contrato de trabajo, el contrato de honorarios o de prestación de servicios, y el contrato de arrendamiento o arriendo de consulta o box. Dada la orientación de este seminario hacia el ejercicio médico privado, centraremos nuestro análisis en el contrato de honorarios y el contrato de arriendo de consulta, sin dejar de mencionar brevemente el contrato de trabajo.

El Contrato de Trabajo: Una Breve Mención

El artículo séptimo del Código del Trabajo define el contrato de trabajo como un acuerdo entre un trabajador y un empleador, donde el primero se obliga a prestar servicios personales bajo subordinación y dependencia del segundo, quien a su vez se compromete a pagar una remuneración por dichas prestaciones. Es crucial distinguir el ejercicio médico privado e independiente de la relación laboral dependiente, ya sea en el sector público o privado. Un médico puede ejercer de forma independiente para el sistema público (a través de la libre elección o contratos de honorarios) o trabajar de manera dependiente en una clínica privada.

El Contrato de Honorarios o de Prestación de Servicios

Podemos definir el contrato de honorarios como un acuerdo entre dos partes (personas naturales o jurídicas) mediante el cual una se obliga a realizar una

prestación personal en favor de la otra, quien se compromete a pagar una suma de dinero determinada (honorario) por estos servicios.

Desde la perspectiva jurídica, este contrato se considera innominado, es decir, no está regulado de forma específica y orgánica en la ley. Sin embargo, la doctrina y la jurisprudencia suelen asimilarlo a un contrato de arrendamiento de servicios inmateriales, donde la inteligencia y el intelecto predominan sobre el trabajo físico. Este tipo de contrato se encuentra tratado en los artículos 2006 y siguientes del Código Civil.

El objeto de la obligación del médico en este contrato es la prestación médica, entendida como aquellas actividades sanitarias destinadas al diagnóstico o tratamiento. Estas prestaciones deben cumplir con normas técnicas (como la *Lex Artis*, ya abordada) y jurídicas (normativa sectorial, leyes como el Código Sanitario, la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, la Ley sobre Licencias Médicas y la Ley GES/AUGE).

Similitudes y Diferencias entre el Contrato de Trabajo y el Contrato de Honorarios

Ambos contratos comparten la obligación de una parte de realizar una prestación personal y de la otra de pagar una remuneración. Sin embargo, existen diferencias significativas. En el contrato de trabajo, solo una persona natural puede ser contratada. La principal distinción radica en la subordinación y dependencia, elementos esenciales del contrato de trabajo, donde el trabajador debe seguir las directrices del empleador y puede ser objeto de sanciones. Esta subordinación no debería existir en el ejercicio médico privado e independiente, donde el médico no tiene un superior jerárquico.

La calificación jurídica del vínculo contractual es crucial, ya que determina el estatuto legal aplicable. El derecho laboral establece una serie de derechos irrenunciables para el trabajador, reconociendo la disparidad de poder en la relación laboral. Estos derechos (sindicalización, vacaciones pagadas, jornada laboral, fuero maternal, acceso a tribunales laborales especializados) son intrínsecos a la relación laboral y no pueden ser suprimidos por acuerdo de las partes.

En contraste, el estatuto civil que rige el contrato de prestación de servicios se basa en el **Principio de Autonomía de la Voluntad**, donde las partes pueden acordar libremente el contenido, la forma y las condiciones del contrato, con las únicas limitaciones de la ley, la moral y las buenas costumbres. Históricamente,

sin embargo, el contrato de prestación de servicios ha sido utilizado para encubrir verdaderas relaciones laborales.

El Contrato de Prestación de Servicios a través de una Sociedad Médica

Una práctica común hoy en día es la celebración de contratos de prestación de servicios a través de una sociedad médica. Las clínicas suelen exigir que el contrato se formalice con una persona jurídica, obligando al médico a trabajar a través de su propia sociedad.

Esta modalidad puede ofrecer beneficios al médico, como la separación del patrimonio personal del patrimonio de la sociedad (limitando la responsabilidad personal) y la posibilidad de optimizar la carga tributaria (tributación sobre utilidades y distinción de patrimonios). Sin embargo, también implica que la sociedad asume ciertas cargas administrativas y tributarias (pago y declaración de impuestos, emisión de documentos tributarios, obligaciones de cotización) que normalmente el médico asumiría personalmente.

No obstante, el principal efecto práctico de trabajar a través de una sociedad médica para una clínica es evitar la configuración de una relación laboral, ya que el médico no es empleado directo de la clínica, sino trabajador de su propia sociedad. La relación contractual se establece entre la sociedad del médico y la clínica.

Problemas Recurrentes en los Contratos con Clínicas Privadas

Como abogados de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico, hemos atendido numerosas consultas y causas relacionadas con contratos entre médicos y clínicas privadas, identificando problemas recurrentes que, si bien no necesariamente afectan a todos los médicos, son importantes de considerar:

- 1. El Contrato de Adhesión:** Los contratos suelen ser redactados exclusivamente por la clínica, sin posibilidad de negociación significativa por parte del médico, quien solo puede aceptar o rechazar el contrato en su totalidad. Estos contratos, elaborados por los abogados de la clínica, tienden a favorecer los intereses de la institución. El lenguaje técnico y complejo utilizado puede dificultar la comprensión por parte de los médicos.

2. Cláusulas Abusivas. El Arbitraje: Frecuentemente se incluye una cláusula de arbitraje, que obliga a resolver cualquier conflicto contractual ante un juez privado costado por las partes, lo que implica un gasto para acceder a la justicia. En algunos casos abusivos, la clínica puede recurrir a la justicia ordinaria (gratuita), mientras que el médico debe pagar por la justicia privada.

3. Terminación Anticipada del Contrato sin Expresión de Causa: Aunque esta cláusula debería favorecer a ambas partes, a menudo solo beneficia a la clínica, permitiéndole rescindir el contrato en cualquier momento sin justificación, mientras que el médico puede estar obligado a cumplir un plazo determinado (a menudo un año), generando inseguridad laboral. Hemos conocido casos de médicos con larga trayectoria a quienes se les ha cerrado la agenda sin previo aviso.

4. Obligación de Obedecer los Estatutos Internos de la Clínica: Se impone al médico independiente la obligación de acatar los reglamentos internos de la clínica, lo que introduce un elemento de subordinación incompatible con su condición de profesional independiente. Esto puede llevar a procedimientos sancionatorios internos, multas, cierre temporal de agenda e incluso la destitución, con la consiguiente desacreditación profesional en todas las sucursales de la clínica.

5. Limitación al Acceso a las Fichas Clínicas: Se restringe el acceso del médico a las fichas clínicas de sus propios pacientes, lo que genera problemas al dejar de trabajar en la institución, al cambiar de región o al migrar. Esta limitación es especialmente problemática ante fiscalizaciones de entidades administrativas como FONASA o la Superintendencia de Seguridad Social, que exigen informes y antecedentes clínicos para justificar licencias médicas. Hemos enfrentado casos donde la negativa de la clínica a entregar los antecedentes ha derivado en sanciones para el médico.

6. Traspaso del Riesgo Económico: La retribución económica del médico se condiciona al pago que realice el paciente a la clínica. Aunque el médico cumple sus prestaciones, su remuneración depende de un factor externo sobre el cual no tiene control.

7. Falta de Claridad en la Liquidación de las Prestaciones Pagadas: A menudo, la liquidación que entrega la clínica al médico no detalla las prestaciones pagadas, la antigüedad de estas, el porcentaje del honorario que retiene la clínica por convenios con aseguradoras, ni cómo se

distribuyen los pagos totales realizados por FONASA o las ISAPREs (que no suelen discriminar por honorarios médicos). Esta falta de transparencia es una causa frecuente de conflictos y puede generar deudas significativas de honorarios médicos a lo largo del tiempo.

El Arrendamiento de Box o de Consultas Médicas

Este tipo de contrato, regulado por los artículos 1915 y siguientes del Código Civil, implica la entrega del uso y goce de un espacio físico a cambio de un pago. Dado que suele incluir servicios anexos (administración, secretaría, aseo, seguridad, equipamiento), la jurisprudencia y la doctrina lo consideran un contrato de infraestructura, no un simple arrendamiento de inmuebles, lo que impide aplicar la normativa especial sobre arrendamiento de inmuebles urbanos.

En este modelo, el paciente es cliente del médico, no de la clínica. La clínica facilita la infraestructura para que el médico ejerza su profesión de forma independiente, actuando como un tercero. A menudo, se incluye una cláusula por la cual el médico otorga un mandato a la clínica para percibir los pagos de los pacientes.

A diferencia del contrato de prestación de servicios, aquí el médico paga a la clínica por el uso de su infraestructura, en lugar de ser remunerado por trabajar en ella. Este modelo puede ser beneficioso al reducir costos operativos y aprovechar la reputación y la publicidad de la clínica. Sin embargo, puede limitar el uso de los boxes a ciertos horarios y permitir el cierre o la suspensión de estos espacios por parte de la clínica (como ocurrió durante la pandemia). A pesar de la independencia del médico, también se suele incluir la obligación de seguir las políticas de la clínica, introduciendo un cierto grado de subordinación.

Las clínicas suelen ofrecer tecnología de punta y una amplia gama de especialidades, lo que puede favorecer el ejercicio profesional del médico.

Finalmente, los mismos problemas identificados en el contrato de honorarios (adhesión, arbitraje, terminación anticipada, limitación al acceso a fichas clínicas, traspaso del riesgo financiero y falta de claridad en los pagos) suelen presentarse también en los contratos de arrendamiento de consulta.

Capítulo 6

Contratos con Entidades Públicas y el Régimen de Compras Públicas

Sr. Diego Vega Nuñez
Abogado UDELAM FALMED

Introducción

El Sr. Diego Vega es abogado de la Universidad Católica de Valparaíso y Magíster en Derecho Administrativo por la misma casa de estudios, posee una sólida formación en derecho administrativo y contratación pública, respaldada por diplomados en estas áreas de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Exposición

¿Por qué abordar las compras públicas en un seminario dedicado a la medicina privada? Si bien podría parecer una desconexión temática, no lo es. La normativa que rige las compras públicas, específicamente en lo referente a los contratos de suministro y prestación de servicios, se encuentra establecida en la Ley N° 19.886 y su reglamento, contenido en el Decreto N° 250, del año 2004, del Ministerio de Hacienda.

El interés de discutir las compras públicas en este contexto radica en el potencial rol que ustedes, como médicos o integrantes de sociedades médicas, pueden desempeñar como prestadores de servicios al Estado. En tales situaciones, la prestación de sus servicios estará regulada por la normativa que analizaremos, al menos en sus aspectos generales. De ahí la pertinencia de este tema en la jornada de hoy.

El Alcance de la Ley N° 19.886

¿Qué regula la Ley N° 19.886? Los contratos que la administración del Estado celebra a título oneroso para el suministro de bienes muebles y los servicios necesarios para el desarrollo de sus funciones. Estos son los dos tipos contractuales que la ley, comúnmente conocida como Ley de Compras, regula. Es importante destacar que no se trata de cualquier tipo de contrato, sino de aquellos que son esenciales para el cumplimiento de las funciones de los órganos de la administración.

Este punto inicial es crucial, ya que plantea la interrogante de qué tipo de servicios pueden contratarse bajo esta normativa. El principio general establece que las funciones propias de los órganos de la administración deben ser ejecutadas por sus propios funcionarios (personal de planta, contrata y, excepcionalmente, honorarios). Esto genera una aparente contradicción, ya que las prestaciones médicas que ustedes podrían ofrecer al Estado son inherentes a la función de los Servicios de Salud. Por regla general, entonces, no se podrían contratar

externamente. A modo ilustrativo, el Servicio de Impuestos Internos no podría contratar a una empresa externa para realizar fiscalizaciones, una tarea propia de su función.

Sin embargo, en el ámbito de la salud, existe un mandato constitucional que obliga al Estado a garantizar el acceso de la población a diversas acciones de salud, lo que justifica que los órganos públicos de la red de salud puedan contratar a privados para la prestación de estos servicios. Además, la Ley de Presupuesto establece anualmente una glosa especial que habilita a los Servicios de Salud a contratar prestaciones médicas con privados, aplicando la Ley N° 19.886.

Esta ley, en vigor desde 2013 y modificada sustancialmente en diciembre del año pasado (con algunas modificaciones de aplicación inmediata y otras que entrarán en vigor en diciembre de este año 2024), originalmente buscaba elevar los estándares de transparencia en las contrataciones públicas, mejorar el acceso al mercado público y aumentar la eficiencia en las transacciones de las entidades estatales.

Mecanismos para Alcanzar los Objetivos de la Ley

¿Cómo se lograron o se plasman estos objetivos en la regulación? Principalmente, a través de la creación de un sistema de compras públicas caracterizado por ser informático. Todas las transacciones del Estado en esta materia se realizan a través de un portal en línea: Chilecompra o Mercado Público, administrado por la Dirección de Compras y Contratación Pública, un servicio creado por la ley para gestionar el sistema de mercado público.

La ley también estableció un sistema de convenios de compra, diseñado para optimizar la eficiencia de las contrataciones estatales. Este mecanismo opera a través de la Dirección de Compras, que identifica las necesidades de los diversos órganos públicos, licita bienes o servicios específicos y adjudica a una lista de oferentes. Posteriormente, los servicios públicos pueden adquirir directamente del catálogo del convenio los bienes y servicios ya adjudicados. Esto evita que, para la adquisición de bienes genéricos y de uso común, cada servicio deba realizar una licitación pública individual. En su lugar, se recurre al convenio marco y se adjudica directamente a un proveedor previamente seleccionado por la Dirección de Compras. Es importante destacar que el uso del convenio marco es obligatorio, constituyendo la primera opción para los servicios al momento de contratar. Por ejemplo, para la compra de resmas de papel, un servicio debe revisar el catálogo de convenios marco de artículos de oficina y contratar a través de él, sin poder iniciar una licitación propia si existe un convenio vigente.

Además, la Ley de Compras creó un órgano jurisdiccional especializado: el Tribunal de Contratación Pública. Hasta el momento, su competencia se limitaba a conocer los reclamos de ilegalidad surgidos entre la aprobación de las bases de licitación y la adjudicación del proceso. Cualquier reclamo de los oferentes en esta etapa podía ser presentado ante el Tribunal, que lo resolvería mediante un procedimiento sumario. Sin embargo, las modificaciones del año pasado ampliaron la competencia del Tribunal para incluir la resolución de conflictos surgidos durante la ejecución del contrato, una materia que anteriormente quedaba fuera de su alcance. Hasta ahora, ante un conflicto con un servicio (por ejemplo, la aplicación de una multa por incumplimiento), la alternativa era recurrir a la Contraloría para que revisara la actuación del órgano público o acudir a la justicia ordinaria a través de un procedimiento civil, lo que implicaba un proceso más lento y menos oportuno. A partir de diciembre, el Tribunal de Contratación Pública podrá revisar este tipo de controversias.

En cuanto al ámbito de aplicación de la ley, como ya mencioné, se refiere a los contratos onerosos celebrados por la Administración del Estado para el suministro de bienes muebles y la prestación de servicios necesarios para el desarrollo de sus funciones, con el objetivo fundamental de satisfacer necesidades públicas, un aspecto también recogido en las modificaciones de 2023.

El primer tipo contractual es el de suministro de bienes muebles, que comprende la compra o el arrendamiento con opción de compra de productos o bienes muebles. La Ley de Compras excluye de su aplicación ciertos contratos, siendo los relacionados con inmuebles la primera exclusión natural.

El contrato de prestación de servicios es aquel mediante el cual una entidad de la administración encarga a una persona natural o jurídica la ejecución de tareas, actividades o la elaboración de productos intangibles. La ley establece que un contrato se considerará de servicios cuando el valor de los bienes que pudiera contener sea inferior al 50% del valor total o estimado del contrato. Esto es relevante en contrataciones que involucran tanto la compra de bienes como la prestación de servicios, donde el valor preponderante de uno u otro define la naturaleza del contrato. Por ejemplo, en la compra de computadores con servicios de instalación, se debe determinar si el costo de los equipos o el de la instalación es mayor para clasificar el contrato.

Principios que Rigen la Contratación Pública

La contratación pública se rige por una serie de principios fundamentales, resumidos en: libre acceso a las licitaciones, competencia, publicidad y

transparencia de los procedimientos, igualdad de trato y no discriminación, probidad y valor por dinero. Este último principio fue incorporado en la reciente modificación.

El principio de **libre acceso a las licitaciones** establece que las inhabilidades o prohibiciones para contratar con el Estado son de derecho estricto, es decir, solo aquellas expresamente previstas en la ley.

La regla general es que cualquier persona (natural o jurídica, nacional o extranjera) que cumpla con las condiciones técnicas y económicas exigidas para un servicio determinado puede contratar con el Estado. Sin embargo, la última modificación introduce una moderación a este principio al contemplar un registro de proveedores que ahora es obligatorio para la contratación. Anteriormente, el registro no era obligatorio para participar en las licitaciones, aunque las entidades licitantes podían exigirlo para contratar, otorgando un plazo para la inscripción entre la adjudicación y la firma del contrato. Ahora, la inscripción obligatoria permitirá verificar automáticamente las habilidades de los proveedores, generando un certificado de habilidad a través de la interconexión del sistema con diversas plataformas públicas para confirmar el cumplimiento de requisitos y la ausencia de prohibiciones (sentencias por prácticas antisindicales, delitos de lavado de dinero, cohecho, financiamiento del terrorismo, condenas por delitos concursales). Esto facilitará los procesos tanto para proveedores como para los órganos contratantes.

El principio de acceso a las licitaciones está estrechamente ligado al de **competencia**. La **publicidad y la transparencia** de los procedimientos se garantizan mediante el uso de la plataforma de Mercado Público, donde se registran todas las actuaciones del proceso licitatorio (ofertas, boletas de garantía, actuaciones de los servicios, preguntas, etc.). Se prohíbe el contacto directo entre proveedores y la entidad licitante, debiendo toda comunicación realizarse a través del portal. Los funcionarios que participan en estos procedimientos están sujetos a la Ley del Lobby, debiendo registrar cualquier reunión presencial.

La ley incorporó un capítulo sobre **probidad**, lo que, aunque inherente a la actividad formal de la administración del Estado, se consideró necesario debido a ciertas prácticas. La principal modificación en este ámbito se refiere a las habilidades para contratar con la administración, que analizaremos más adelante. El principio de **valor por dinero** busca conceptualizar los principios de eficiencia y eficacia en las transacciones del Estado.

Aunque ya se había incorporado a través de modificaciones del reglamento, la ley ahora recoge el tema de las **compras sustentables**, promoviendo la participación de empresas de menor tamaño y criterios de sostenibilidad para el desarrollo económico, social y ambiental. Esto se refleja en los criterios de evaluación de las licitaciones, que actualmente suelen incluir exigencias relacionadas con la participación femenina (sello mujer), certificaciones ambientales o criterios sociales (como el pago de salarios superiores al mínimo).

Como señalé, la regla general es que cualquier persona natural o jurídica, chilena o extranjera, que acredite su situación financiera e idoneidad técnica (conforme al reglamento y las bases de licitación, información que estará actualizada en el registro de proveedores) puede contratar con la administración del Estado, cumpliendo con los demás requisitos del derecho común (constitución legal, inicio de actividades, giro comercial actualizado, etc.).

Existen ciertas **exclusiones** para contratar, relacionadas con condenas por prácticas antisindicales, infracción a los derechos fundamentales del trabajador y delitos concursales, dentro de los dos años anteriores a la presentación de ofertas, propuestas o la celebración del contrato, dependiendo del tipo de licitación o contratación directa.

Hay jurisprudencia relevante sobre entidades públicas que también son prestadores de servicios, como las universidades estatales (definidas como servicios públicos). El caso de la Universidad de Chile, que fue inhabilitada por una condena por infracción a derechos fundamentales de un académico, ilustra esta situación. Aunque inicialmente inhabilitada, la universidad recurrió y la inhabilitación fue levantada por considerarse que las prohibiciones estaban pensadas para proveedores particulares y no para un servicio público, dada la importancia de las universidades estatales como proveedoras de servicios (capacitación, programas de formación) para la administración.

Un caso especial se refiere a las **deudas de las empresas proveedoras por remuneraciones o cotizaciones de seguridad social** con sus trabajadores. Aunque no constituyen una inhabilitación para contratar, se establece la obligación de que los primeros estados de pago se destinen al pago de estas deudas, con un plazo máximo de seis meses para saldarlas. Sin embargo, esta situación cambiará con la nueva normativa, ya que esta deuda constituirá una inhabilitación para permanecer en el registro de proveedores a partir de diciembre.

¿Cuál es la norma quizás más sensible incorporada por la modificación del año 2023? Es el **artículo 35 quáter**, inserto en el capítulo sobre Probidad Administrativa. Este artículo establece que el Estado no puede contratar con

personal del mismo organismo contratante, ni con personas relacionadas (cónyuge, ascendientes, descendientes, consanguíneos hasta el segundo grado) ni con sus empresas relacionadas (participación en sociedades de personas en cualquier porcentaje y en sociedades de capital con un 10% o más de participación). Esta disposición tiene un impacto directo en el ámbito médico, ya que hasta ahora es común que sociedades médicas formadas por personal del mismo establecimiento contraten con dicho establecimiento.

Con la normativa de compras, en su versión previa a la modificación, la única inhabilidad para contratar con el Estado afectaba a los directivos de tercer nivel jerárquico (jefes de departamento). Sin embargo, un funcionario de menor rango podía tener una empresa y prestar servicios a su propio servicio. La modificación del año 2023 introduce esta situación directamente como una inhabilidad para contratar. Por lo tanto, en el escenario actual, si un médico forma parte de una sociedad médica y trabaja en el Hospital Barros Luco, esta sociedad no podría vender servicios al mismo hospital; debería participar en licitaciones de otros hospitales o servicios públicos.

No obstante, existe una **circunstancia excepcional** que permitiría la contratación incluso con funcionarios del mismo organismo (personal de planta, a contrata o a honorarios). Esta excepción se aplica cuando circunstancias extraordinarias hacen necesaria dicha contratación, lo cual debe ser calificado por el jefe de servicio (director del servicio o del hospital). Es el jefe de servicio quien debe fundamentar esta situación excepcional que permita contratar con una persona natural o con un integrante de una sociedad que sea funcionario del mismo organismo. Es crucial señalar que esta circunstancia excepcional no configura automáticamente una causal de trato directo. Su aplicación debería darse, por ejemplo, si una licitación pública no genera interés o no se presentan oferentes que cumplan los requisitos, se pasa a una licitación privada y persiste el problema, siendo la contratación directa la última opción, incluso si el proveedor es funcionario del mismo organismo.

La aplicación de esta excepción se determinará caso a caso, considerando las circunstancias especiales del servicio y su ubicación geográfica. En zonas extremas o aisladas, el único especialista disponible podría ser un funcionario del mismo servicio.

Es fundamental recordar que los médicos que actúan como proveedores del Estado, pero que a la vez son funcionarios, deben respetar otros principios y normas, como la jornada de trabajo. Incluso si una excepción permite contratar con su hospital, los servicios como particulares deben prestarse fuera de su horario laboral.

Como mencioné, se requiere una resolución fundada para aplicar esta excepción, lo que exigirá a los directores de hospitales y servicios recurrir a sus equipos jurídicos para elaborar una justificación sólida con elementos objetivos y acreditables. Además, la ley contempla requisitos de publicidad de esta actuación, debiendo comunicarse al superior jerárquico, a la Contraloría General de la República y a la Cámara de Diputados (los órganos fiscalizadores) para verificar la legalidad de la contratación.

Dentro del capítulo sobre probidad administrativa, también se establecieron expresamente algunas **causales de abstención** en los procedimientos de contratación. Si bien los funcionarios ya están regidos por la Ley N° 19.880 de Procedimiento Administrativo, que contempla causales de abstención generales (como tener un interés particular en la contratación), la nueva ley las especifica. Por ejemplo, si un jefe de servicio solicita una contratación y su cónyuge, aunque no sea funcionario del mismo hospital, es especialista en el área y tiene una sociedad médica, el jefe de servicio debería abstenerse de participar en esa contratación debido al claro interés particular.

Otras causales de abstención incluyen haber emitido opinión por cualquier medio sobre un procedimiento de contratación en curso (el consejo es no opinar sobre procesos en curso) o participar en decisiones donde existan circunstancias que afecten la imparcialidad (como vínculos de parentesco o conyugal).

Como mencioné previamente, se **amplió la inhabilidad del registro de proveedores**. Aunque no se establece directamente como una inhabilidad para contratar en la ley, en la práctica lo será, ya que la inscripción en el registro será obligatoria. Dentro de estas inhabilidades del registro se incluyen las condenas por delitos concursales (Código Penal y Código Tributario), las condenas por incumplimiento contractual mediante sentencia firme ejecutada por tribunales (lo que se vincula con la nueva facultad del Tribunal de Contratación, cuyas condenas podrían generar inhabilidad en el registro), las condenas por prácticas antisindicales o infracciones a los derechos fundamentales de los trabajadores (con excepción de las universidades), las condenas por cohecho o lavado de activos, y la información maliciosamente falsa, enmendada o tergiversada en las declaraciones juradas de las licitaciones (lo que también constituye un delito penal).

Sistemas de Contratación Pública

Una vez aclarado quiénes pueden contratar con el Estado y los requisitos generales, me referiré brevemente a los sistemas de contratación contemplados en la normativa de compras públicas: el convenio marco, la licitación pública (regla general), la licitación privada y la contratación directa.

El **convenio marco** es una modalidad de adquisición que establece precios y condiciones para la compra de bienes y servicios durante un período determinado, mediante una licitación pública previa realizada por la Dirección de Compras. Esta dirección, basándose en las necesidades informadas por los servicios, licita bienes o servicios específicos, adjudica a un grupo de proveedores y crea un catálogo al que las entidades públicas deben recurrir obligatoriamente como primer mecanismo de compra.

La **licitación pública**, la regla general, es un procedimiento concursal mediante el cual la administración realiza un llamado público, convocando a los interesados a presentar sus propuestas sujetándose a las bases, seleccionando la más conveniente según la pauta de evaluación. La oferta más conveniente es aquella que, al aplicar los criterios de evaluación, presenta la propuesta más ventajosa al combinar los diferentes factores de evaluación. El convenio marco no es una excepción al principio de publicidad, ya que su origen es también una licitación pública realizada por la Dirección de Compras.

La **licitación privada** es también un procedimiento concursal, pero se diferencia de la licitación pública en que está precedida por una licitación pública fallida (sin oferentes o con ofertas no adecuadas). En este caso, la administración invita a algunos oferentes (basándose en el concurso previo) a presentar sus ofertas y adjudica entre ellas. Es un procedimiento más simple y rápido que la licitación pública.

El **trato o contratación directa** es el procedimiento de contratación que, por la naturaleza de la negociación, debe efectuarse sin los requisitos de la licitación pública o privada. Es la última alternativa de la administración, utilizada cuando las licitaciones previas no han dado resultado. La contratación directa solo puede realizarse por causales taxativas establecidas en la ley, requiriendo una resolución fundada que autorice la contratación y acredite los elementos que configuran la causal (por ejemplo, único proveedor en una zona aislada o situaciones de emergencia, urgencia o imprevisto, como una calamidad pública). Es importante destacar que la contratación directa es excepcional y su uso improcedente puede constituir una infracción grave al principio de probidad administrativa, sancionable con destitución.

Como mencioné al inicio, la **habilitación para contratar prestaciones médicas** se encuentra en la Ley de Presupuestos, una técnica legislativa que requiere una renovación anual, ya que la regla general impide que los servicios ejecuten sus funciones propias a través de privados. Sin embargo, las Leyes de Presupuestos de los últimos años han incluido esta habilitación, estableciendo expresamente que la contratación de prestaciones médicas se

realiza en virtud de la Ley N° 19.886. Una norma en la Ley de Presupuestos señala que se debe contratar preferentemente a profesionales médicos con calidad titular o a contrata del sistema, por sobre las sociedades. Sin embargo, esto parece más una declaración de principios que una norma operativa, ya que el servicio deberá recurrir a una licitación pública como regla general, sin poder discriminar a favor de los funcionarios públicos al momento de licitar.

Conclusiones y Reflexiones Finales

Como conclusión, es importante señalar que las compras públicas representan un mercado potencial para los médicos en la prestación de servicios de salud al sistema público. Es un ámbito particular, regido por principios de derecho público. El artículo primero de la Ley N° 19.886 establece que estas contrataciones se rigen por la ley, su reglamento, subsidiariamente por las normas y principios de derecho público y, en última instancia, por las normas de derecho privado. Esto se debe a que el fin último de estas contrataciones es satisfacer necesidades públicas, lo que otorga a la administración ciertas facultades (terminación anticipada de contratos, aplicación de multas, procedimientos específicos) para gestionar estas contrataciones de manera efectiva.

Es un mercado significativo, con transacciones que alcanzaron los 16 mil millones de dólares en 2023 (4,5% del PIB). Al ser un mercado regulado, la participación en este tipo de adquisiciones requiere un conocimiento específico de la normativa e idealmente, el apoyo y la asesoría técnica especializada. Además, existe un control jurídico robusto, tanto por parte de la Contraloría General como del Tribunal de Contratación Pública, que ahora también resolverá conflictos en la ejecución del contrato, constituyendo una importante instancia de reclamación para los proveedores del sistema público.

Capítulo 7

Sociedades Médicas e Inicio de Actividades:
Estructuras Legales y Obligaciones Tributarias

Sra. Katherine Berríos González
Abogada Unidad de Defensa de la Medicina Privada,
UDMP FALMED

Introducción

La abogada Katherine Berríos es egresada de la Universidad Central, posee un Magíster en Derecho Corporativo por la misma institución y un Diplomado en Gestión Tributaria del DUOC-UC.

Exposición

El derecho comercial y el derecho tributario son pilares fundamentales que complementan el ejercicio de la medicina, proporcionando el marco legal para el desarrollo de la actividad profesional. Es esencial conocer los medios y mecanismos que la ley ofrece para este propósito.

Formas de Ejercer la Medicina Privada

La pregunta inicial es: ¿cómo podemos ejercer la medicina privada? Para responderla, debemos distinguir entre la persona natural y la persona jurídica, ambas definidas en el Código Civil.

Respecto a la **persona natural**, el Código Civil la define como todo individuo de la especie humana, sin distinción de edad, sexo, estirpe o condición. Una persona natural puede ejercer la medicina de forma independiente o a través de la figura del empresario individual.

La **medicina de forma independiente** implica que el profesional médico inicia actividades en el Servicio de Impuestos Internos y emite boletas de honorarios por sus servicios.

El **empresario individual**, por otro lado, es una figura que, sin constituir una empresa con un RUT propio, se organiza como tal debido al código de actividad económica que desarrolla (primera categoría, rentas de empresa). Un ejemplo se presenta cuando un médico con consulta desea arrendar box desocupados, lo que requiere operar en una categoría tributaria diferente a la simple prestación de servicios independientes, conservando su RUT personal. Sin embargo, desde la perspectiva de la responsabilidad, esta figura no es muy recomendable, ya que el empresario individual responde ante cualquier inconveniente con todo su patrimonio personal, sin separación de bienes.

La **persona jurídica**, también definida en el Código Civil, se considera una persona ficticia capaz de ejercer derechos, contraer obligaciones civiles y ser representada judicial y extrajudicialmente. Dentro de las personas jurídicas encontramos las sociedades.

Las **sociedades**, según el Código Civil, son un contrato entre dos o más personas que acuerdan poner algo en común para repartir los beneficios que de ello provengan. Es crucial entender que la persona jurídica (la sociedad) tendrá un RUT distinto al de los socios individualmente.

Tipos de Sociedades

Las sociedades se pueden agrupar en **sociedades de personas** y **sociedades de capital**.

Las **sociedades de personas** son aquellas donde la identidad y las cualidades de los socios son fundamentales. La relación se basa en la confianza mutua, y la continuidad de la sociedad puede depender de la permanencia de ciertos socios. Las sociedades de capital se centran en los aportes económicos de los socios, con una visión más orientada a la inversión y al crecimiento del negocio, sin depender necesariamente de la identidad personal de los socios.

Dentro de las **sociedades de personas**, encontramos la **sociedad de responsabilidad limitada (Ltda.)** y la **empresa individual de responsabilidad limitada (E.I.R.L.)**, que es distinta del empresario individual.

Dentro de las **sociedades de capital**, se encuentran la **sociedad por acciones (SpA)** y la **sociedad anónima (S.A.)**, ya sea abierta o cerrada.

Diferencias entre Tipos Sociales Comunes en el Gremio Médico

Para una mejor comprensión, compararemos tres tipos sociales habituales en el gremio médico: la Empresa Individual de Responsabilidad Limitada (E.I.R.L.), la Sociedad por Acciones (SpA) y la Sociedad de Responsabilidad Limitada (Ltda.).

Característica	Empresa Individual de Responsabilidad Limitada (E.I.R.L.)	Sociedad por Acciones (SpA)	Sociedad de Responsabilidad Limitada (Ltda.)
Abreviatura	E.I.R.L.	SpA	Limitada / Ltda.
Número de Socios	Uno (el constituyente)	Uno o más	Dos o más
Objeto Social	Único	Múltiple	Múltiple
Nombre/ Razón Social	Debe incluir la actividad, nombre del constituyente y E.I.R.L.	Libertad absoluta, termina en SpA	Debe indicar el giro o nombre de socios y terminar en Limitada / Cia. Ltda.
Nombre de Fantasía	Nombre comercial libre, debe terminar en "E.I.R.L." (ej: DermaMed)	Nombre comercial libre, debe terminar en "SpA"	Nombre comercial libre, debe terminar en "Ltda."
Responsabilidad	Hasta el monto del aporte (con excepciones por actuar fuera de facultades)	Hasta el monto del aporte	Hasta el monto del aporte
Administración	Constituyente o un tercero residente en Chile	Libertad de formas (accionistas, directorio, gerente)	Uno o más socios (conjunta o separada) o un tercero

La abreviatura es importante para identificar el tipo social, la responsabilidad de los socios y la forma de transferir la propiedad. El marco legal se rige por el Código Civil, el Código de Comercio y leyes especiales.

Sociedades de Profesionales: Una Ficción Tributaria

Las sociedades de profesionales no constituyen un tipo social distinto, sino una categoría tributaria especial. Para calificar como tal, una sociedad debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Ser una sociedad de personas: Esto implica que debe tratarse de una sociedad donde la calidad de los socios es relevante, y en la práctica, la única que cumple este requisito es la sociedad de responsabilidad limitada (Ltda.), ya que requiere dos o más socios.
2. Tener un objeto exclusivo de prestación de servicios o asesorías profesionales: No se permiten giros comerciales.
3. Todos los socios deben ejercer sus profesiones para la sociedad: Este requisito está ligado al siguiente.

4. Los socios deben tener profesiones idénticas, similares o complementarias: Ejemplos: médico-enfermera, médico-médico, médico-TENS. Esto asegura que todos los socios puedan ejercer el giro de la sociedad.

5. Todos los socios deben trabajar para la sociedad: No se acepta que un socio no participe activamente en la prestación de servicios.

Cumpliendo estos requisitos, la sociedad cambia su régimen de tributación de primera categoría (emisión de facturas) a segunda categoría (emisión de boletas de honorarios).

Sistemas de Constitución de Sociedades

Existen dos sistemas coexistentes para la constitución de sociedades:

1. Sistema Registral o Tradicional: Implica la constitución mediante escritura pública ante notario, la posterior extracción e inscripción en el Registro de Comercio y la publicación en el Diario Oficial. Solo al completar estas formalidades se puede iniciar actividades.

2. Sistema Simplificado (Registro de Empresas y Sociedades - RES): El registro está a cargo del Ministerio de Economía. Se realiza a través de un formulario web con cláusulas predeterminadas, accesible con Clave Única. Permite crear la sociedad de forma más rápida y económica, incluso con la compra de una firma electrónica en la misma plataforma.

Característica	Sistema Registral (Tradicional)	Sistema Simplificado (RES)
Proceso	Escritura pública, extracto, inscripción,	Formulario web, firma electrónica
Costo	Notario, inscripción, publicación	Firma electrónica (bajo costo)
Tiempo	Más extenso	Más rápido
Acceso a Terceros	Más restringido (requiere datos específicos: foja, número, año)	Más abierto (accesible con nombre o RUT)
Sociedades SpA	Libro de accionistas y actas por separado	Plataforma permite llevar libro de accionistas y compraventa de acciones en línea

La elección del sistema depende de las necesidades específicas de cada persona. El Registro de Empresas entrega un certificado de estatuto actualizado como prueba de la constitución legal de la sociedad.

Inicio de Actividades ante el Servicio de Impuestos Internos (SII)

El segundo punto de esta exposición es el inicio de actividades. Para comprender este proceso, es crucial definir algunos conceptos clave:

- **Contribuyente:** Persona natural o jurídica obligada a pagar impuestos.
- **Renta:** Ingresos percibidos y aumentos patrimoniales que generan utilidades.
- **Año Calendario:** Enero a diciembre.
- **Año Comercial:** Generalmente similar al año calendario, pero puede variar al inicio o término de giro.
- **Año Tributario (AT):** Año siguiente al cierre del año comercial (ej: AT 2024 corresponde al año comercial 2023).

El Servicio de Impuestos Internos (SII) describe el ciclo de vida del contribuyente en seis etapas:

- 1. Creación del Rol Único Tributario (RUT) y Registro:** Se realiza en línea a través de la página del SII, completando un formulario (antes 4415) con datos de la sociedad, capital, representantes, domicilio, etc. La obtención del RUT no implica haber iniciado actividades.
- 2. Inicio de Actividades:** Informar formalmente al SII que se desarrollarán actividades afectas a impuestos. Es necesario distinguir entre primera categoría (rentas de empresa: centros médicos, clínicas, laboratorios, etc.) y segunda categoría (rentas del trabajo: boletas de honorarios). Los trabajadores dependientes no inician actividades; el empleador es responsable del impuesto. Para emitir boletas de honorarios como independiente, sí se debe iniciar actividades.
- 3. Verificación de Actividad:** Generalmente no aplica al ámbito médico. Se enfoca en actividades con IVA.
- 4. Obligaciones Tributarias:** Cumplimientos como contribuyente. Incluyen la obligación principal (pagar impuestos) y las obligaciones accesorias (declaraciones mensuales, declaraciones juradas, etc., generalmente gestionadas por el contador).

5. Aviso y Modificación de Registros: Informar al SII cualquier cambio en la sociedad (nuevos socios, cambios de capital, etc.) para mantener actualizada la carpeta virtual del contribuyente y evitar multas.

6. Término de Giro: Proceso para cerrar la actividad. Primero se debe realizar el término de giro tributario ante el SII, pagar impuestos pendientes y obtener el certificado de término de giro. Luego se puede disolver y liquidar la sociedad jurídicamente (si hay bienes que repartir).

Trámite de Inicio de Actividades

Para iniciar actividades, se deben presentar ciertos documentos al SII:

- **Primera Categoría (Rentas de Empresa):**

- o Si la constitución fue por sistema tradicional: Estatuto de constitución (escritura pública), extracto, inscripción, publicación y documentos que acrediten el domicilio (contrato de arriendo, certificado de dominio, cesión de uso).

- o Si la constitución fue por RES: Estatuto actualizado (obtenido directamente de la plataforma). Permite iniciar actividades directamente después de la firma del estatuto en línea.

- **Segunda Categoría (Servicios Profesionales):** Acreditar la profesión (ej: certificado de médico).

El **plazo para iniciar actividades es de dos meses** desde que se realiza alguna gestión afecta a impuestos. No informar el inicio de actividades puede generar sanciones, incluso presidio, dependiendo de la gravedad y el tiempo de operación sin declarar. Las sanciones económicas pueden alcanzar hasta ocho unidades tributarias anuales.

Capítulo 8

Registros Clínicos:
La Piedra Angular de la
Defensa Médico-Legal

Dr. Gonzalo Mutizábal Mabán
Secretario Técnico de la Unidad de
Defensa de la medicina Privada, UDMP

Introducción

El doctor Gonzalo Mutizábal es médico de la Universidad de Concepción, especialista en anestesiología y medicina intensiva del adulto. Ha ejercido como médico en diversas áreas críticas como UPC, quirófano y reanimación, en diversos establecimientos de salud pública y privada. Es también abogado de la Universidad de Artes, Ciencias y Comunicaciones, y ha sido docente de posgrado de la Universidad Diego Portales y la Universidad Andrés Bello.

Exposición

Para quienes ejercemos la medicina, inmersos en la dedicación a nuestros pacientes, la documentación clínica a menudo se percibe como una tarea secundaria, un mero formalismo administrativo. Sin embargo, estimados colegas, es crucial comprender que los registros clínicos constituyen una fase crítica en nuestra práctica profesional, donde se puede poner en juego no solo nuestra trayectoria, sino también nuestro patrimonio.

Esta afirmación, que pudiera sonar extrema, se fundamenta en la realidad de que, si bien durante la atención sanitaria mantenemos un control relativo sobre la situación clínica, al completar los registros clínicos, paradójicamente, consolidamos un control casi absoluto sobre la evidencia de nuestro actuar. En ese momento, la interacción directa con la biología y la enfermedad cesa, y lo que queda plasmado en el papel o en el sistema electrónico se convierte en un testimonio inalterable.

Ante la eventualidad de un resultado adverso, nos encontramos ante dos pilares fundamentales de prueba: la ficha clínica, un documento ya inamovible, y los peritos, cuya opinión se basará inexorablemente en el contenido de dicha ficha. Por lo tanto, la elaboración de registros clínicos meticulosos y precisos se asemeja a la revisión exhaustiva del paracaídas antes de un salto al vacío. En nuestra labor diaria, la incertidumbre inherente a la medicina nos impide predecir el desenlace de cada caso.

A modo ilustrativo, es revelador que aproximadamente la mitad de las pericias realizadas por el Servicio Médico Legal de Chile en casos de anestesia se deban a incidentes con consecuencias fatales o daño cerebral en pacientes que, en principio, se encontraban sanos. Ante esta realidad, la diligencia en la confección de los registros clínicos adquiere una relevancia aún mayor.

La Naturaleza Intrínseca de la Incertidumbre y la Importancia de la Documentación

La incertidumbre es un componente ineludible de nuestra profesión. La biología, la enfermedad y la respuesta individual de cada paciente presentan

una variabilidad inherente que desafía la predicción. Además, la vivencia subjetiva del paciente frente a su dolencia modula su percepción y puede generar expectativas diversas.

Esta realidad nos obliga a transitar por un ciclo continuo de observación, evaluación, reflexión, decisión, propuesta, persuasión, ejecución y reevaluación, en una dinámica que a veces evoca el mito de Sísifo, condenado a una tarea perpetua y desafiante. Nuestra relación con el paciente, su enfermedad, su biología y su entorno familiar puede, en ocasiones, asemejarse a esa lucha constante.

¿Qué Son los Registros Clínicos?

Una Definición Fundamental

En esencia, los registros clínicos son la materialización documental de los actos sanitarios, consignados en un formato accesible para otros profesionales de la salud. Se distinguen de los registros administrativos, centrados en aspectos logísticos como el consumo de fármacos. La legislación chilena actual permite su mantenimiento tanto en formato físico como electrónico, y su trascendencia radica en su potencial probatorio.

La Intención Subyacente:

El Principio de Beneficencia Hecho Documento

Como señaló el Dr. Ricardo Vacarezza, un referente en bioética en Chile, un registro de datos bien elaborado revela, en su esencia, la buena intención de cuidar al paciente. Un registro clínico exhaustivo proporciona las pistas necesarias para un diagnóstico certero, un tratamiento adecuado y una reevaluación oportuna. Facilita la continuidad de la atención por otros colegas en caso de necesidad y asegura la transferencia de información crucial si el paciente cambia de ubicación, evitando que su salud se vea comprometida por una documentación deficiente.

En este sentido, la confección de buenos registros clínicos encarna el principio de beneficencia, la piedra angular de nuestra profesión. El profesor Eduardo Rodríguez, destacado biólogo y bioeticista, enfatizó que la historia clínica constituye la prueba objetiva más sólida para defender o acusar a un médico.

La Ficha Clínica como Reflejo de la Praxis Médica

La calidad de la ficha clínica suele ser un reflejo de la calidad del trabajo del profesional. Es improbable que un médico diligente y competente descuide la documentación clínica. Como bien expresó el profesor Rodríguez, al examinar una ficha clínica, se puede inferir la calidad del ejercicio profesional del colega.

La conjunción de buenas intenciones y profesionalismo inevitablemente conduce a la elaboración de registros clínicos de calidad. Esto, a su vez, es un indicador de un sistema sanitario formal y robusto. En entornos donde la atención sanitaria es precaria o inexistente, la ausencia de registros clínicos es una realidad.

En un sistema formal, la calidad de los registros clínicos impacta directamente en la calidad de la atención. Facilita la transferencia de información precisa entre turnos, previene la pérdida de datos y fomenta la colaboración entre los distintos profesionales, permitiendo una comprensión más completa y la resolución de casos complejos. Además, los buenos registros clínicos constituyen medios de prueba fundamentales, cuya obligatoriedad está establecida por ley.

El Valor Probatorio de los Registros Clínicos: La Última Línea de Defensa

Es crucial entender que los registros clínicos representan la última oportunidad que tenemos para construir nuestra defensa ante un eventual resultado adverso. Una vez que los abogados entran en escena, el control de la narrativa se desplaza. Este control se ejerce en el momento de completar la documentación clínica.

Además, la existencia de registros clínicos adecuados es un criterio fundamental en los procesos de acreditación de las instituciones sanitarias, tanto en la atención ambulatoria como hospitalaria. Incluso actores no médicos reconocen su importancia primordial para el bienestar del paciente.

En un juicio derivado de un resultado sanitario adverso, la ficha clínica adquiere un valor probatorio trascendental. La discusión legal se centrará en un escenario donde el daño ya está hecho, lo que inevitablemente sesga la perspectiva. En este contexto, una ficha clínica bien elaborada se erige como nuestra principal defensa.

En Chile, los registros clínicos son considerados instrumentos admisibles en juicio y pueden constituir plena prueba contra la parte que los presenta, incluyendo nosotros mismos, dada nuestra obligación legal de mantenerlos. Sin embargo, también pueden ser una prueba fehaciente de que actuamos correctamente.

El Servicio Médico Legal sistemáticamente solicita las fichas clínicas en las pericias. La ausencia o la ilegibilidad de estos documentos dificultan enormemente la evaluación del actuar médico. Una ficha clínica deficiente puede ser utilizada por la contraparte como argumento para cuestionar la calidad de nuestra labor, generando una situación compleja para la defensa.

Ejemplos Jurisprudenciales:

La Relevancia de los Registros Clínicos en Casos de Demanda

Casos recientes con demandas millonarias en instituciones privadas ilustran la importancia crítica de la calidad de los registros clínicos. Si bien estos casos no involucraron a FALMED, la documentación clínica jugó un papel significativo en el desarrollo y el resultado de los procesos judiciales.

La Presunción de Culpa Contractual:

Una Obligación de Demostrar Diligencia

Es fundamental comprender que la relación médico-paciente se enmarca dentro de un contrato, aunque no exista un documento formal firmado. Este contrato implica un intercambio de deberes y derechos: la prestación sanitaria y el pago de honorarios. En el ámbito contractual, cuando una de las partes incumple, recae sobre ella la obligación de demostrar que actuó con diligencia y buena fe.

Esto no implica una pérdida de la presunción de inocencia en el ámbito penal, como a veces se malinterpreta. En el derecho civil de los contratos, la parte que no cumple debe probar su esfuerzo y seriedad, ya que la culpa contractual se presume.

Afortunadamente, en nuestra profesión, la jurisprudencia y la doctrina han definido mayoritariamente nuestro contrato como una obligación de medios. Estamos obligados a realizar nuestro trabajo con la mejor diligencia posible, aplicando la *Lex Artis*. No podemos garantizar resultados, pero sí debemos asegurar un actuar profesional y adecuado.

Ante un desenlace fatal, la demostración de haber cumplido con esta obligación de medios, a través de la ficha clínica y el testimonio pericial, se vuelve esencial.

El Cumplimiento de la *Lex Artis* con Esmerada Diligencia:

Un Ejemplo de la Academia Judicial

Un ejemplo reciente de la Academia Judicial ilustra este concepto: un cirujano se compromete a extirpar un tumor benigno de un pulmón. Su obligación radica en realizar el procedimiento con la debida diligencia, pero no garantiza la supervivencia del paciente ni la erradicación absoluta del tumor. Si el paciente fallece durante la intervención, el cirujano puede demostrar que actuó correctamente y que el resultado adverso fue atribuible a otros factores, como una complicación inherente a la enfermedad o una condición propia del paciente. Este ejemplo subraya que incluso en casos de fallecimiento, la adecuada documentación puede ser una defensa sólida.

La Carga de la Prueba:

¿Quién debe demostrar qué?

En el ámbito legal, no basta con alegar un hecho; es necesario probarlo. En el contexto de la atención sanitaria, la existencia del contrato médico es generalmente evidente. Por lo tanto, recae sobre el prestador de salud la responsabilidad de demostrar que su actuación fue correcta, ordenada y diligente, aportando la ficha clínica y el testimonio pericial como medios de prueba.

La Experiencia de FALMED:

La Ficha Clínica como Escudo Protector

La trayectoria de FALMED, con más de 6.000 juicios civiles y penales en 29 años y un porcentaje de pérdidas inferior al 1%, subraya la importancia crucial de los registros clínicos y el cumplimiento de la *Lex Artis* como pilares de la defensa médico-legal. Incluso se podría argumentar que un buen registro clínico es inherente a la *Lex Artis*, como señaló el Dr. Vacarezza, al destacar que un médico diligente documenta adecuadamente para proteger a su paciente, no solo para defenderse a sí mismo.

La Ficha Clínica:

Un Instrumento Privado con Implicaciones Legales

Conceptualmente, la ficha clínica es un instrumento privado que, por disposición legal, puede ser presentado en juicio y constituir plena prueba contra quien lo presenta. Su custodia es responsabilidad del prestador de salud, ya sea una institución o un profesional independiente. Su contenido, acceso, almacenamiento y eliminación están estrictamente regulados por la Ley N° 20.584, el Decreto 41 de 2012 y la Ley N° 19.628, que protege los datos sensibles y la intimidad del paciente.

La legislación chilena en esta materia ha reordenado y reconocido derechos ya establecidos en la Declaración de Derechos Humanos y en modelos occidentales como la Ley N° 41 de España. La ficha clínica se define como un conjunto de datos sobre la salud del paciente y los tratamientos realizados. La vasta cantidad de normativa relacionada con las fichas clínicas, disponible en la Biblioteca del Congreso Nacional, subraya su importancia transversal en diversos ámbitos legales.

Si bien el sentido común y la formación médica nos guían en muchos casos, existen normas específicas cuyo cumplimiento estricto es fundamental. La Ley N° 20.584 establece el contenido mínimo de la ficha clínica, incluyendo la

identificación del paciente y del registro, las atenciones realizadas y las decisiones adoptadas o propuestas. La autonomía de la voluntad del paciente, plasmada en el consentimiento informado, es un elemento crucial en este contexto.

El Decreto 41 exige la actualización constante de los datos del paciente, lo que probablemente responde a necesidades de salud pública. El Reglamento sobre Fichas Clínicas establece un plazo de conservación de 15 años, la obligatoriedad de integrar los componentes mínimos, la integridad del documento (no modificable) y la futura interoperabilidad entre instituciones.

Si bien la ficha clínica es confidencial, existe un catálogo taxativo de personas autorizadas para acceder a ella: el paciente, quienes cuenten con su autorización, los tribunales y las instituciones de supervisión de seguros y prestaciones de salud. El prestador tiene la obligación de garantizar la entrega de los datos a estas personas y evitar filtraciones, las cuales pueden tener consecuencias legales.

La Ficha Clínica como Protección y Fuente de Problemas: Ejemplos Jurisprudenciales

La ficha clínica puede ser una herramienta de protección fundamental ante un resultado adverso. Un caso ilustrativo es el de una paciente fallecida tras una histerectomía, donde el juez reconoció la correcta actuación del cirujano y la calidad de la historia clínica.

Sin embargo, una ficha clínica deficiente puede generar serios problemas. Casos de pacientes fallecidos por la administración de fármacos a los que eran alérgicos, debido a la omisión de revisar la ficha, son ejemplos trágicos de esta realidad. Incluso el Estado chileno ha sido sancionado por errores en el manejo de la información clínica.

La jurisprudencia ha establecido que la labor de los profesionales de la salud no se limita al cumplimiento de la *Lex Artis*, sino que también abarca el acatamiento de las leyes, normas y reglamentos. Un caso de un recién nacido con complicaciones posparto ilustra la importancia de registrar cada detalle de la atención. La omisión de documentar la supervisión durante un turno crítico tuvo consecuencias legales, a pesar del esfuerzo del personal. Lo que no se escribe, no existe legalmente.

Otro caso relevante es el de un paciente con peritonitis que falleció durante el traslado a un centro de mayor complejidad. A pesar del correcto diagnóstico y la comunicación de la gravedad a la familia, el médico fue condenado por no haber enfatizado suficientemente la urgencia de la situación en la documentación. Este caso se relaciona con el principio establecido en el caso estadounidense

Cobbs versus Grant, que subraya la importancia de que el paciente comprenda la información proporcionada.

La Corte Suprema ha reiterado el deber de los prestadores de informar al paciente sobre todas las opciones disponibles, incluyendo riesgos y beneficios, para que pueda tomar una decisión libre e informada. La omisión de esta información puede tener consecuencias legales.

Un caso de un paciente que perdió un ojo ilustra cómo una ficha clínica incompleta o defectuosa puede ser utilizada en contra del prestador. La falta de registro de un procedimiento correctivo y la ausencia de un consentimiento informado adecuado llevaron a la Corte Suprema a concluir que hubo una falta de servicio por parte del equipo médico, calificando la atención como “defectuosa” y señalando la “desprolijidad, desórdenes y descuidos descritos”. Esta sentencia refuerza la idea de que la ficha clínica es un indicador potente de la calidad del trabajo realizado.

Otro fallo de la Corte Suprema en un caso de un parto con resultado adverso subraya la importancia de la prueba de las obligaciones. La falta de registro de los controles médicos y las inconsistencias horarias en los monitoreos fetales debilitaron la defensa del médico demandado. La omisión de registrar información crucial, como los controles de dilatación, también fue un factor determinante.

Conclusión: El Legado en el Registro Clínico

En resumen, la última oportunidad que tenemos para influir en nuestro destino legal ante un resultado adverso es al completar los registros clínicos. Hasta ese momento, la biología es un factor incontrolable. A partir de ese instante, dependemos de la solidez de nuestra documentación para una defensa efectiva. Una ficha clínica bien elaborada, que demuestre nuestra correcta actuación, es nuestra mejor protección.

Como hemos visto a través de la experiencia y la jurisprudencia, la elaboración de una ficha clínica exhaustiva y precisa no es solo un requisito legal y administrativo, sino un acto fundamental de responsabilidad profesional y una inversión invaluable en nuestra propia seguridad jurídica y en la calidad de la atención que brindamos a nuestros pacientes.

Capítulo 9

Fiscalización de Licencias Médicas: Normativa y Procedimientos

Sra. María Fernanda Cortez Álvarez
Abogada Jefa (s) la Unidad de seguridad Social
USES, FALMED

Introducción

La abogada María Fernanda Cortez, cuenta con una sólida formación que incluye un Magíster en Derecho de los Negocios (LL.M.) de la Universidad Adolfo Ibáñez, diplomados en Derecho Colectivo del Trabajo, Compliance y Buenas Prácticas Corporativas, y Propiedad Intelectual y Protección de Activos Intangibles de la Empresa de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y actualmente cursa un Diplomado en Seguridad Social en la misma institución.

Exposición

Como abogada de la Unidad de Seguridad Social de FALMED, una unidad enfocada en atender las necesidades de nuestros afiliados como usuarios del sistema de seguridad social, he podido constatar la creciente frecuencia y rigurosidad de estos procesos.

Si bien la fiscalización se enmarca en las facultades legales de la COMPIN y la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), responde también al objetivo del sistema de prevenir el uso indebido de las licencias médicas. Detrás de cada licencia hay implicaciones económicas (subsidio por incapacidad laboral) y laborales (justificación de la ausencia), lo que justifica la preocupación del sistema por controlar posibles abusos.

En este contexto, es fundamental comprender el rol de dos instituciones clave:

- **COMPIN (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez):**

- o Fiscaliza a los emisores de licencias médicas, asegurando la existencia de una atención médica efectiva detrás de cada emisión.

- o Revisa aspectos formales, como la documentación que acredite la atención previa a la emisión de la licencia.

- **Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO):**

- o Investiga el fondo de la emisión de la licencia, más allá de los aspectos formales.

- o Verifica que el diagnóstico tenga fundamento médico suficiente y que la licencia esté debidamente justificada.

El objetivo de este enfoque dual es asegurar que la emisión de licencias médicas cumpla su propósito principal y, al mismo tiempo, proteger la integridad del sistema de seguridad social.

Notificación de una Fiscalización

El proceso de notificación es completamente electrónico. La primera comunicación llegará al correo electrónico registrado en su operador IMED o MEDIPASS, o el que tenga registrado en COMPIN o SUSESO. Este correo incluirá:

- Un enlace para acceder a la plataforma de fiscalización (MIDAS).
- Una solicitud de antecedentes que informará sobre:
 - o La cantidad de licencias médicas emitidas en un periodo de 12 meses (esto no implica que todas serán fiscalizadas, sino una muestra).
 - o Las posibles sanciones y multas asociadas al incumplimiento.
 - o El plazo inicial de 7 días corridos para presentar los antecedentes, con la posibilidad de una prórroga de 7 días adicionales (14 días en total).

Documentos Solicitados

Para justificar la emisión de las licencias médicas, se requerirán:

- **Informes médicos complementarios:** Deben presentarse en el formato específico proporcionado por la COMPIN, incluido en la solicitud y disponible para descarga en la plataforma MIDAS.
- **Fichas clínicas:** Deben cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto N° 41 (artículos 6, 7 y 8).
- **Bonos y boletas de atención:** Que respalden la prestación médica realizada.

Acceso y Carga de Documentos en la Plataforma MIDAS

La plataforma para gestionar la fiscalización es MIDAS (midas.minsal.cl). Para ingresar, se necesita:

- Clave Única del profesional.
- Acceso al módulo correspondiente, donde se mostrará una planilla con:
 - Los folios de las licencias médicas bajo fiscalización.
 - El nombre y RUT de los pacientes.
 - Las fechas de notificación de los requerimientos.

La plataforma permite:

- Subir documentos justificativos para licencias médicas electrónicas o en papel.
- Justificar la ausencia de ciertos documentos en una columna específica.

Una vez cargada la documentación, la COMPIN procederá a su revisión, un proceso que suele tomar alrededor de 15 días hábiles. Durante este periodo, se pueden seguir emitiendo licencias médicas. Sin embargo, una resolución sancionatoria inhabilitará la emisión de licencias (electrónicas y en papel) para pacientes de ISAPRE y FONASA hasta que se reciba una resolución de cierre del proceso.

El sistema MIDAS utiliza un código de colores para indicar el estado de los documentos cargados:

- **Verde:** Documentos aprobados.
- **Rojo:** Documentos rechazados (por errores como información incorrecta del paciente o carga de documentos erróneos).

Si se cargan correctamente todos los antecedentes dentro del plazo y son aprobados por la COMPIN, se recibirá una resolución de cierre del proceso, enviada por carta certificada al domicilio registrado.

Consecuencias del Incumplimiento o Errores en la Documentación

Si no se presenta la documentación requerida, o esta contiene errores o información incompleta, se recibirá una resolución sancionatoria que puede incluir:

- **Multa:** De 10 Unidades Tributarias Mensuales (UTM).
- **Suspensión:** Para emitir licencias médicas durante 15 días corridos, con posibilidad de renovación si los vicios no se subsanan.

Durante la suspensión, la emisión de licencias (electrónicas y en papel) estará bloqueada en sistemas como IMED o Medipass.

Procedimiento ante una Sanción

Ante una resolución sancionatoria, además de subsanar los errores, se tiene derecho a presentar una reclamación ante la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESOS) dentro de los cinco días hábiles siguientes a la notificación de la sanción. Si bien esta reclamación no implica una resolución inmediata, se recomienda continuar trabajando en el proceso de fiscalización y subsanar las irregularidades identificadas.

Resumen del Proceso de Fiscalización de la COMPIN

- 1. Recepción de la solicitud de antecedentes:** Notificación electrónica al correo registrado, con enlace al sistema MIDAS.
- 2. Documentos requeridos:** Fichas clínicas, bonos o boletas, e informe médico complementario (según formato COMPIN).
- 3. Plazos:** Inicial de 7 días corridos, prorrogable por 7 días más.
- 4. Revisión por la COMPIN:** Tras la carga de documentos.
- 5. Resolución:** De cierre (si todo conforme) o sancionatoria (en caso de irregularidades).
- 6. Sanciones:** Multa y/o suspensión para emitir licencias.
- 7. Reclamación:** Posibilidad de apelar ante la SUSESOS dentro de 5 días hábiles tras la sanción.

Es crucial cargar la documentación correcta y completa dentro de los plazos para evitar sanciones o retrasos. La cantidad de licencias fiscalizadas por médico varía según la región, siendo menor en regiones distintas a la Metropolitana. Ante el incumplimiento del primer plazo, la COMPIN enviará una reiteración otorgando 7 días adicionales.

Investigaciones de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESOS)

Además de la COMPIN, la SUSESOS tiene la facultad legal de iniciar investigaciones en casos de sospecha de emisión de licencias sin fundamento médico suficiente. Al igual que la fiscalización de la COMPIN, este es un procedimiento electrónico, con notificación al correo del profesional involucrado. La SUSESOS

solicitará antecedentes complementarios para evaluar el fundamento médico de la emisión de licencias, con un plazo de 10 días hábiles para responder. Los documentos requeridos suelen incluir:

- Informes médicos que justifiquen la licencia.
- Fichas clínicas detalladas.
- Literatura médica que respalde la duración del reposo prescrito.

Estos antecedentes deben ingresarse a través del sistema electrónico dispuesto por la SUSESO. Tras la revisión, la SUSESO emitirá una resolución que puede absolver al profesional (si se justifica la emisión) o aplicar sanciones (si se encuentran irregularidades).

Sanciones de la SUSESO por Emisión Irregular de Licencias

- **Multas monetarias:** Desde 7,5 UTM, con aumento según gravedad y reincidencia.
- **Suspensión para emitir licencias:** La duración depende de la reincidencia en un periodo de tres años, con una sanción máxima de hasta un año de suspensión y una multa de 60 UTM.

Es fundamental que un médico suspendido informe esta situación al paciente antes de atenderlo. La emisión de una licencia estando suspendido puede acarrear sanciones adicionales:

- Multa a beneficio fiscal (entre 10 y 80 UTM).
- Reembolso al organismo administrador del subsidio pagado al trabajador (si la licencia se declara imprecendente).

En casos de falsedad en la emisión de licencias, la SUSESO está obligada a remitir los antecedentes al Ministerio Público, lo que puede derivar en responsabilidades penales.

Recomendaciones para Evitar Problemas en Fiscalizaciones

Basándonos en la experiencia de FALMED acompañando procesos de fiscalización, hemos identificado errores frecuentes y queremos compartir recomendaciones clave:

1. **Uso del huellero (institucional/personal):** El huellero institucional debe usarse solo en el centro médico al que pertenece. Su uso en consultas particulares genera incongruencias entre la licencia (emitida desde el

centro médico) y la boleta y ficha (de la consulta particular), dificultando la justificación.

2. Recomendaciones sobre reposo: Ajustarse a lo establecido en el Decreto N° 7 sobre guías clínicas referenciales para respaldar la emisión de licencias.

3. Recomendaciones sobre reposo y renovación de licencias: Seguir las guías y normativas (Decreto N° 7) para licencias de continuación y renovación. Registrar todos los eventos en la ficha clínica, incluso controles sin pago o bono asociados a licencias previas.

4. Criterio médico y solicitudes del paciente: La emisión de licencias debe basarse exclusivamente en el criterio profesional del médico, no en la solicitud directa del paciente.

5. Atención al correo electrónico registrado: Verificar regularmente el correo registrado en IMED o Medipass, ya que es el principal medio de notificación de fiscalizaciones. Evitar delegar esta gestión a terceros.

6. Actualización de domicilio: Mantener actualizado el domicilio para recibir notificaciones formales.

7. Prohibición de emitir licencias estando suspendido: Un médico suspendido no puede emitir licencias en ninguna modalidad.

Finalmente, recuerden que la Unidad de Seguridad Social de FALMED está a su disposición para asesorarlos y acompañarlos en cada etapa de un proceso de fiscalización.

Capítulo 10

Agresiones al Personal de Salud:
Marco Legal y Estrategias de Protección

Sr. Nicolás Sanhueza Del Valle
Abogado FALMED

Introducción

Nicolás Sanhueza es abogado de la Universidad Finis Terrae, cuenta con una sólida experiencia en litigación penal y administrativa. Su labor en FALMED se centra en la asesoría y representación de médicos en diversas áreas, incluyendo derecho civil, administrativo y penal, con una participación activa en la presentación de querrelas y otras acciones en casos de agresiones al personal médico.”

Exposición

Como abogado colaboro con FALMED desde hace aproximadamente 15 años. Actualmente, me desempeño en la unidad de ALOM, dedicada a la asesoría y representación de médicos en diversas materias relacionadas con el ejercicio profesional. Esto abarca desde el derecho civil (cobros de honorarios, incumplimiento de contrato, derecho sucesorio) y el derecho administrativo (procedimientos de la Ley N° 20.585 sobre fiscalización de licencias médicas, sumarios por negligencia médica), hasta el derecho penal, tanto en la defensa de médicos acusados de delitos en el ejercicio de sus funciones, como en la presentación de querrelas y otras acciones en casos de agresiones.

La agresión al personal de salud es, sin duda, un fenómeno preocupante y en aumento, que afecta a todos los estamentos del equipo sanitario, tanto en el ámbito público como privado. Lamentablemente, muchos profesionales han experimentado algún tipo de agresión, ya sea física, verbal o a través de la agresión comunicacional, como las “funas” en redes sociales.

El Ministerio de Salud ha creado una plataforma para registrar estos eventos y desarrollar políticas públicas para mitigar las agresiones. Las cifras de 2024 muestran un crecimiento notorio de las agresiones en centros asistenciales, con un promedio de 28,5 ataques diarios reportados al inicio del tercer trimestre, lo que exige una intervención urgente.

¿Por qué se Produce una Agresión?

Las razones detrás de una agresión son probablemente múltiples, pero las que observamos con frecuencia incluyen la angustia por falta de información, la expectativa de una respuesta rápida, la frustración ante la negativa de prestaciones no justificadas (como licencias médicas solicitadas sin base clínica), y la demora en la atención (a menudo ajena a la responsabilidad individual del profesional).

Por otro lado, el mayor conocimiento de los pacientes sobre sus derechos (atención oportuna, información clara, trato digno, aceptación o rechazo de tratamientos) ha generado nuevas exigencias. La ausencia de estos elementos en la relación médico-paciente puede generar desconfianza y quebrantar el vínculo.

¿Qué Hacer Frente a una Agresión?

Desde FALMED, y en línea con las directrices del Ministerio de Salud, hemos desarrollado recomendaciones y protocolos. Es fundamental conocer también los protocolos locales de cada institución. Sin embargo, algunos principios son universales:

- No responder a la agresión: Cualquier respuesta puede escalar la violencia y convertir a la víctima en victimario.
- Denunciar: Informar a las policías y a las jefaturas locales para activar los procedimientos internos. La tolerancia cero contra las agresiones es esencial.

La Ley N° 21.188: “Ley Consultorio Seguro”

Ante la necesidad de un cambio legislativo para proteger la actividad sanitaria, el Colegio Médico y FALMED colaboraron activamente en la discusión parlamentaria que culminó con la promulgación en 2019 de la Ley N° 21.188, conocida como la “Ley Consultorio Seguro”. Esta ley tiene como objetivo proteger al personal sanitario para que su trabajo se desarrolle en un ambiente libre de violencia.

¿Qué Logró esta Ley?

- Creación de nuevos tipos penales relacionados con la agresión.
- Agravamiento de las penas ya existentes.
- Obligación de los jefes de establecimientos de salud (públicos y privados) de denunciar a la autoridad policial las agresiones sufridas por sus funcionarios.
- Obligación de prestar asesoría y representación jurídica a los funcionarios víctimas de agresiones.

Es importante destacar que esta ley protege no solo a los médicos, sino también al personal sanitario y administrativo en general.

Penas por Agresión al Personal de Salud

- **Lesiones gravísimas:** 10 a 15 años de reclusión.
- **Lesiones simplemente graves:** 3 a 5 años de presidio.
- **Lesiones menos graves:** 540 días a 3 años de reclusión (antes 61 a 540 días).
- **Lesiones leves:** 61 a 540 días de reclusión (antes falta sancionada con multa).
- **Maltrato corporal relevante (sin lesiones, pero con temor en la víctima):** 41 a 60 días.
- **Amenazas:** Obliga al juez a imponer el rango superior de la pena asignada al delito base (artículo 297 del Código Penal), mejorando la protección en comparación con las amenazas simples.

Obligación de Denuncia

Una de las inclusiones más importantes de la “Ley Consultorio Seguro” es la modificación del artículo 175 del Código Procesal Penal, que ahora obliga a los jefes de establecimientos de salud (públicos y privados) a denunciar los delitos perpetrados contra el personal de salud de dichos establecimientos, tanto dentro como fuera de las dependencias, mientras el personal se encuentre en ejercicio de sus funciones. El incumplimiento de esta obligación puede ser sancionado con multas de 1 a 4 UTM, y la denuncia debe realizarse dentro de las 24 horas siguientes al conocimiento del hecho.

Modificación de la Ley N° 20.584 (Derechos y Deberes de los Pacientes)

La “Ley Consultorio Seguro” también modificó la Ley N° 20.584, específicamente su artículo 35, que ahora consagra la posibilidad de requerir la fuerza pública cuando sea necesario, el alta disciplinaria y los medios adecuados para la seguridad en el trabajo. El artículo 35 bis establece el derecho de los funcionarios de salud víctimas de atentados contra su integridad física o psicológica o de tratos vejatorios o degradantes a defensa jurídica y representación civil o penal, sin perjuicio de la asistencia integral que otorga FALMED.

¿Qué hacer ante una agresión?

Protocolos y Recomendaciones

La primera recomendación es conocer los protocolos internos de cada institución y los dispuestos por el MINSAL. FALMED ha creado protocolos específicos para agresiones verbales, físicas (por pacientes o familiares) y agresiones en casos patológicos.

Un resumen de las recomendaciones ante una agresión incluye:

- Retirarse del lugar y no contestar.
- Informar a la autoridad administrativa o jefatura y a seguridad.
- Reportar la agresión como accidente laboral (Ley N° 16.744).
- Consignar el evento en la ficha clínica.
- Denunciar a la autoridad policial.
- Informar de testigos presenciales.
- Constatar lesiones (si las hay).

Las “Funas” por Redes Sociales: Una Nueva Forma de Agresión

Las “funas” en redes sociales son una forma moderna de agresión que puede causar un daño significativo a la imagen y honra del afectado, sin un derecho de defensa real ante los medios masivos.

Aunque la legislación chilena no tiene normativa específica para estos actos como en otros países, podemos recurrir a la legislación existente:

- **Recurso de Protección (Artículo 19 N° 4 de la Constitución Política):** Ante la vulneración arbitraria e ilegal del derecho a la honra y la vida privada por contenido lesivo en redes sociales, se puede solicitar a la Corte de Apelaciones que ordene la eliminación de la publicación y se abstenga de futuras publicaciones similares. La jurisprudencia ha sido favorable en estos casos.

- **Denuncia ante el Ministerio Público (Artículo 161 A y B del Código Penal):** Por grabaciones subrepticias o sin consentimiento en espacios privados (box de atención, pabellones, oficinas). La grabación de pacientes sin su consentimiento también puede constituir este delito.
- **Querrela por Injuria y/o Calumnia:** La injuria (expresión para deshonrar) y la calumnia (imputación falsa de delito) son delitos de acción penal privada, lo que requiere que el querellante acuse y presente pruebas sin la colaboración inicial del Ministerio Público. La colaboración del médico afectado es crucial.

En estos casos, existe un conflicto entre la libertad de expresión y el derecho a la honra. Los tribunales han establecido límites a la libertad de expresión, señalando que no ampara la injuria o el insulto. Fallos de las Cortes de Apelaciones han acogido recursos de protección ordenando la eliminación de publicaciones y la abstención de futuras publicaciones lesivas.

FALMED realiza diversas acciones en estos casos, incluyendo la presentación de denuncias y querellas, el acompañamiento y asesoría en declaraciones judiciales y la evaluación multidisciplinaria del caso.

Conclusión

La violencia contra los trabajadores del sistema de salud es un problema que afecta a la mayoría, pero existe una baja tasa de notificación por parte de los médicos. Es fundamental denunciar estos hechos y conocer los protocolos internos y los propuestos por FALMED. Nuestro rol es asesorarlos y representarlos en las acciones legales necesarias. Y lo más relevante en esta materia es normalizar las agresiones y siempre denunciar.

Capítulo 11

La Ley Corta de ISAPRES: Implementación de Fallos Judiciales y Nuevos Desafíos

Sr. Adelio Misseroni Raddatz
Abogado Jefe Colegio Médico

Introducción

El señor Adelio Misseroni es abogado de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso y Magíster en Administración de Empresas de la Universidad Luigi Bocconi (Milán), lidera el Departamento Jurídico y la Secretaría del Tribunal Nacional de Ética del Colegio Médico de Chile. Su rol como abogado integrante de la Corte de Apelaciones de San Miguel añade una perspectiva judicial fundamental a su análisis.

Exposición

Resulta peculiar la necesidad de una ley especial para ejecutar fallos judiciales, que en principio deberían aplicarse directamente con el derecho vigente al momento de los hechos. Sin embargo, diversas circunstancias hicieron necesaria esta regulación adicional.

Todo se remonta al 6 de agosto de 2010, cuando el Tribunal Constitucional declaró la inconstitucionalidad de parte del artículo 38 TER de la Ley N° 18.933 (hoy artículo 199 del DFL-1 de 2005 del Ministerio de Salud). Este artículo permitía a las ISAPRES fijar precios de planes según sexo, edad y calidad del cotizante o carga. El Tribunal actuó de oficio tras varias causas de inaplicabilidad por inconstitucionalidad.

Los argumentos centrales de la inconstitucionalidad fueron la transgresión de la igualdad ante la ley, el derecho a la protección de la salud y el derecho a la seguridad social. La sentencia del Tribunal Constitucional profundizó en la igualdad entre hombres y mujeres y la prohibición de discriminación arbitraria, recordando la máxima aristotélica de trato igual a los iguales y desigual a los desiguales, con criterios de proporcionalidad. Si bien no se prohibieron las tablas de factores (hoy existe una dictada por la Superintendencia de Salud), se exigió que respetaran la proporcionalidad, respondiendo la diferencia de trato a un fin legítimo, necesario y razonable.

Tras este hito de 2010, la Corte Suprema recibió cientos de miles de recursos de protección por alzas de precios base, aplicación de tablas de factores, incorporación del recién nacido como carga y aumento de la prima GES. Actualmente, se están acogiendo recursos relacionados con la cobertura de salud mental en los planes, equiparándola a otras patologías.

En noviembre de 2022, la Tercera Sala de la Corte Suprema dictó, para cada ISAPRE, sentencias con efectos *erga omnes*, buscando zanjar un debate de años que saturaba los tribunales y generaba altos costos para las ISAPRES por costas. Estos fallos establecieron criterios como un único plan base por contrato (no por beneficiario), la inconstitucionalidad de las tablas de factores por sexo y edad (reafirmando el fallo de 2010), la cobertura GES para el no nato y hasta los dos años (impidiendo el aumento del plan por recién nacido hasta esa edad), y la aplicación obligatoria de la tabla de factores de la Superintendencia de Salud (dictada en 2019 y vigente desde abril de 2020).

Puntos Clave de los Fallos de la Corte Suprema:

- Ilegalidad de la tabla de factores por cotizante: Se considera arbitraria la aplicación de una tabla de factores individual, debiendo aplicarse la tabla única por grupos etarios de la Superintendencia.
- Ilegalidad de la tabla de factores por beneficiario: Si bien se puede aumentar el precio por número de beneficiarios, no se puede aplicar una tabla de factores con diferencias por sexo y edad.
- Tratamiento especial de la carga nonata y menor de dos años: El alza de precio justificada por esta carga debe suspenderse hasta los dos años por la cobertura GES.
- Eliminación de los factores de riesgo individuales y su cuantía asociada a la tabla de la ISAPRE.

La Corte Suprema ordenó dejar sin efecto las tablas de factores de las ISAPRES y calcular el precio final de todos los contratos multiplicando el valor del plan base por la suma de los factores del grupo familiar según la tabla única de la Superintendencia. Esta aplicación no podía implicar un alza del precio final (aunque en muchos casos significó una disminución). Además, la Superintendencia debía disponer medidas para restituir como excedentes de cotizaciones las cantidades cobradas en exceso (no prescritas) si la aplicación de la tabla única resultaba en un precio menor. Esta fórmula de restitución, diferente a la existente al dictarse la sentencia, generó debates sobre su constitucionalidad, buscando evitar el colapso del sistema.

Ante estos fallos y sus repercusiones, el 8 de mayo de 2023 se envió un proyecto de ley para implementar y viabilizar su aplicación, fortalecer FONASA y proteger la estabilidad financiera de las ISAPRES, otorgando

facultades a la Superintendencia. La mutualización propuesta inicialmente generó controversia y se determinó que requería iniciativa del Ejecutivo.

Finalmente, se aprobó la Ley N° 21.674, cuyos puntos fundamentales son:

- Incorporación de una prima extraordinaria: En todos los contratos de las ISAPRES, por beneficiario, para cubrir los costos de licencias médicas, excesos y excedentes de cotización, con un límite de alza del 10%.
- Propuesta de devolución de la deuda: En un plazo máximo de trece años, con plazos diferenciados por edad (íntegra en 24 meses para mayores de 80 años, en 60 meses para mayores de 65 años).
- Sistema de pronto pago: Posibilidad de devolución anticipada con descuento del monto.
- Descuento de excedentes: A afiliados con planes de cotización inferior al 7%, se descontará de la deuda lo devuelto como excedentes.
- Ajuste de contratos al 7%: Los contratos con precio inferior a la cotización legal deben ajustarse a este porcentaje.
- Plan de devolución: Las ISAPRES deben presentar un plan detallado.
- Aplicación del ICESA: El indicador de costos de salud se aplicará por los próximos tres años como en 2024 (sin sistema de contención de precios).
- Prohibición de retiro de utilidades: Hasta el pago íntegro de la deuda.
- Consejo Consultivo: De carácter transitorio, para asesorar a la Superintendencia en la aprobación de los planes de pago.
- Cobertura complementaria de FONASA: Nueva modalidad para afiliados de FONASA (tramos B, C y D) que paguen una prima adicional, mediante licitación.

Detalles de la Ley N° 21.674:

El artículo 3° exige a las ISAPRES presentar a la Superintendencia una propuesta para incorporar una **prima extraordinaria** por beneficiario (hasta un 10% de alza) para cubrir obligaciones relacionadas con licencias médicas, excesos y excedentes. Las ISAPRES están presentando estos planes actualmente.

Respecto a la **devolución de la deuda**, el plazo general es de trece años, con excepciones para afiliados mayores (dos años para mayores de 80, cinco años para mayores de 65). Se permite la **devolución anticipada (pronto pago)** con planes propuestos por las ISAPRES. A los afiliados con cotizaciones inferiores al 7%, se les **descontarán los excedentes** de su deuda (artículo 2°). Además, todos los contratos con un valor inferior al 7% deberán **ajustarse a este mínimo**, lo que reducirá significativamente la generación de excedentes futuros.

Para compensar el aumento de precio, las ISAPRES deben ofrecer a los cotizantes **condiciones adicionales de cobertura** dentro de su plan. El cotizante tendrá tres opciones: aceptar el plan con las nuevas coberturas, cambiarse a otro plan de la misma ISAPRE o cambiarse de ISAPRE.

La aplicación del **Índice de Costos de la Salud de las ISAPRES (ICSA)** por los próximos tres años se realizará de la misma forma que en 2024, sin el sistema de contención de precios de FONASA. Históricamente, la regulación del alza de precios mediante el ICSA por la Superintendencia (estableciendo un tope máximo) también fue judicializada. La Corte Suprema finalmente determinó que no basta con ajustarse al máximo permitido, sino que las ISAPRES deben fundamentar el porcentaje específico del alza.

Las ISAPRES tienen **prohibido el retiro de utilidades** hasta el pago íntegro de la deuda, bajo la supervisión de la Superintendencia, con multas significativas en caso de infracción.

El **Consejo Consultivo**, ya designado, asesorará a la Superintendencia en el proceso de aprobación de los planes de pago de las ISAPRES.

Finalmente, la **cobertura complementaria de FONASA** es una modalidad en desarrollo, dirigida a afiliados de los tramos B, C y D que paguen una prima adicional para aumentar su protección financiera en prestadores privados en convenio, mediante un proceso de licitación inicial.

Estos son los principales aspectos y novedades introducidos por la Ley Corta de ISAPRES, con el objetivo de dar cumplimiento a los fallos judiciales de hace casi dos años.

Capítulo 12

Modalidad Libre Elección en FONASA:
Desafíos y Perspectivas Futuras

Dr. Carlos Becerra Verdugo
Tesorero Nacional Colegio Médico

Introducción

El Dr. Carlos Becerra es médico salubrista formado en la Universidad de Chile, ha desempeñado roles clave en la gestión de salud a nivel regional y nacional. Su experiencia incluye la presidencia de la Agrupación Nacional de Médicos Generales de Zona (MGZ), la subdirección de gestión asistencial en servicios de salud, y cargos directivos en FALMED y UDELAM. Su visión académica como docente e investigador, junto con su labor como consultor para la OPS, enriquecen su análisis sobre la Modalidad Libre Elección.

Exposición

La Modalidad Libre Elección (MLE) es una realidad presente en ambos sistemas de aseguramiento en salud, tanto en ISAPRES como en FONASA. Sin embargo, dada la contingencia y los debates actuales, centraremos nuestra atención en FONASA, donde se vislumbran cambios significativos a través de la futura modalidad de cobertura complementaria y otros proyectos en discusión. Estos buscan abordar las debilidades inherentes a la MLE, principalmente su estímulo al consumo de prestaciones médicas sin una contribución efectiva a la disminución del gasto de bolsillo, un indicador en el que Chile lamentablemente se sitúa en los primeros lugares de la OCDE, contrastando con su posición en otras variables de salud.

Es crucial recordar que FONASA opera con dos modalidades principales, cada una con aranceles diferenciados. La primera es la modalidad institucional, que abarca la red de establecimientos públicos y aquellos privados en convenio bajo el DFL N° 36 (como el Hospital Parroquial de San Bernardo). Esta modalidad incluye los 29 servicios de salud a nivel nacional y los prestadores en convenio. Es importante señalar que la Ley de Urgencia representa un punto de convergencia entre esta modalidad y los prestadores privados.

La financiación de la modalidad institucional se realiza a través de diversos mecanismos, siendo el Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD) el modelo al que se aspira para una mayor eficiencia. Sin embargo, persisten otros métodos como la compra directa, el *per cápita* en la atención primaria y el presupuesto histórico en los hospitales, este último reconocido por su insuficiencia crónica y su contribución a la deuda hospitalaria estructural.

Por otro lado, la existencia de prestadores de salud en convenio es fundamental para el futuro de la MLE y la reestructuración de FONASA. En este contexto, el Colegio Médico ha presentado una moción en una mesa de negociación con

FONASA, reconociendo que la expansión de la MLE depende de una red robusta de prestadores en convenio. Actualmente, una proporción significativa de médicos, tanto a nivel individual como a través de personas jurídicas, no tiene convenio con FONASA, lo que dificulta la operatividad de las nuevas modalidades que se basan en la libre elección, donde la financiación se comparte entre FONASA y el paciente a través del bono.

Este es el contexto sistémico de la MLE, enraizado en la historia de FONASA, que surgió de la fusión de la beneficencia pública sanitaria y SERMENA (un organismo ligado a las cajas de empleados públicos, a las que posteriormente se unieron las de empleados particulares). Esta distinción refleja una segmentación social histórica en Chile, con categorías como la Caja del Seguro Obrero y las cajas de empleados. SERMENA, vinculada a empleados (muchos de ellos funcionarios públicos), operaba un sistema de bonos.

Desde sus inicios, FONASA ha mantenido esta segmentación entre lo institucional y la libre elección, una característica intrínseca de nuestro sistema de salud, que se define además por ser segmentado, fragmentado y subfinanciado.

Es evidente que los prestadores privados no pueden operar bajo el arancel actual de FONASA, dada la situación financiera de los hospitales públicos. Si lo hicieran, probablemente enfrentarían los mismos problemas de déficit. Nuestro sistema de salud es dual, estratificando a la población entre quienes tienen ISAPRES y quienes tienen FONASA. La MLE actúa como un puente, permitiendo a los afiliados de FONASA acceder a prestadores privados, aunque con espacios de desprotección financiera significativos. En la MLE, el copago del paciente supera la mitad del costo, lo que explica nuestro alto gasto de bolsillo en la OCDE.

En este panorama, los seguros complementarios emergen como una posible solución para mejorar la cobertura tanto en el sistema público como privado, y la reciente Ley Corta ha introducido la modalidad de cobertura complementaria.

En cuanto al contexto poblacional, a marzo de 2024, FONASA contaba con 17 millones de afiliados, una cifra que el Colegio Médico ha señalado en el debate sobre la reforma de salud. De no haber modificaciones estructurales en el sistema de aseguramiento, Chile se dirige de facto hacia un seguro único. Con aproximadamente el 84,5% de la población en FONASA, la discusión sobre el modelo de aseguramiento parece desfasada de la realidad. Si no se toman medidas, esta tendencia continuará, y las ISAPRES tendrán que reflexionar sobre su rol histórico ante este escenario.

Un dato relevante es que el 94% de las personas mayores de 65 años son afiliadas a FONASA, cifra que se eleva al 99% en mayores de 80. Asimismo, el 95% de los migrantes están en FONASA. Estas cifras contextualizan la importancia de la MLE para un segmento amplio de la población.

¿Qué representa la MLE para el presupuesto de FONASA? Es importante distinguir el valor aportado por FONASA del copago realizado por los usuarios al adquirir los bonos. La modalidad institucional absorbe la mayor parte del presupuesto, mientras que la MLE representa una cifra más modesta (709 mil millones de pesos), en comparación con el presupuesto total de FONASA de 12.7 billones de pesos. Otros gastos significativos incluyen la compra de prestaciones a privados (listas de espera GES y no GES, ELEM, diálisis, Ley de Urgencia, trasplantes) y la Ley de Ricarte Soto (160 mil millones de pesos), que es transversal a todos los sistemas de previsión.

Esta magnitud presupuestaria de la MLE es crucial para entender su alcance y limitaciones. Además, al ser parte del Presupuesto de la Nación, su financiamiento está sujeto a las discusiones y aprobaciones anuales.

Un desafío importante de la MLE es su demanda ilimitada. A diferencia de un presupuesto cerrado, las oficinas de FONASA no pueden restringir la venta de bonos una vez alcanzado un límite presupuestario. Esto obliga a FONASA a redirigir recursos para cubrir la brecha resultante, lo que se evidencia en el aumento anual del presupuesto asignado a esta modalidad, proyectándose en 2024 un gasto de un billón de pesos.

Dentro de este contexto presupuestario, el Colegio Médico ha solicitado equiparar el valor del bono por atención de especialidad. Algunas especialidades lograron negociar un valor de 24.000 pesos, mientras que otras permanecen en 18.000. La equiparación se considera una señal concreta para incentivar a los médicos a renovar o establecer convenios con FONASA. El costo de esta medida se estima entre un 2% y un 3% del presupuesto total de FONASA.

Es fundamental destacar que, a pesar de no representar un gasto mayoritario (un billón de 12.7), la MLE genera millones de atenciones médicas (más de 7 millones de bonos de consulta al año). Si se compara esta cifra con los aproximadamente 3 millones de personas en lista de espera por atención médica, surge la reflexión sobre cómo focalizar la MLE para resolver parte de este problema.

Para comprender el marco normativo de la MLE, es importante referirse al Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2006, que sistematiza las leyes de FONASA (N° 18.469) e ISAPRES (N° 18.933), junto con el reglamento del sistema de red

pública. Además, existe una resolución específica que detalla las normativas que rigen la venta de bonos en la MLE, estableciendo reglas para evitar usos indebidos (como la compra de un bono PAD-parto inapropiado para ciertas condiciones) y regulando la simultaneidad de ciertas prestaciones (perfiles bioquímicos y glucosa, hemograma y conteo de glóbulos rojos, entre otros).

En cuanto a las características de la MLE, esta se reserva para los afiliados de los grupos B, C y D. El grupo A, que se supone carece de recursos incluso para cotizar, está excluido de la posibilidad de comprar bonos y acceder a prestadores privados, aunque ha habido debates sobre esta exclusión.

Otra característica es que los prestadores en convenio deben estar inscritos en alguno de los tres niveles de atención de FONASA, que definen los aranceles de las prestaciones. En la práctica, la mayoría de los médicos en atención de consulta se encuentran en el nivel 3. La atención se realiza a través de bonos u órdenes de atención, cuyo acceso FONASA ha modernizado (de bonos en papel a formatos electrónicos y compra en diversos puntos). Los Bonos PAD, aunque controvertidos, buscaron agrupar prestaciones para resolver problemas específicos. Finalmente, la Ley de Urgencias, frecuentemente mencionada por su incumplimiento por parte de algunos prestadores (solicitud de garantías financieras), también se relaciona con la MLE.

Respecto a los tramos de FONASA, el tramo B incluye personas con ingresos imponderables desde aproximadamente 410.000 pesos, el tramo C entre 400.000 y 600.000 pesos, y el tramo D desde 600.000 pesos. Es importante destacar que, en la modalidad institucional, la administración actual ha eliminado el copago para los tramos C y D en la red pública. Sin embargo, en la MLE persisten los costos de los bonos, que son planos para todos los tramos.

En cuanto a los niveles de atención, la mayoría de los médicos en consulta se sitúan en el nivel 3. Las magnitudes de las prestaciones en 2023 muestran que los bonos de gineco-obstetras representan una proporción significativa (casi un cuarto del total de bonos médicos), con 1.755.000 prestaciones. En total, se realizan más de 7.5 millones de prestaciones anuales a través de la MLE. Esta cifra no es despreciable y plantea la necesidad de reflexionar sobre cómo dirigir estas prestaciones para abordar problemas sistémicos como las listas de espera, en lugar de simplemente generar un gran volumen de atenciones.

Finalmente, el acceso a los bonos se ha facilitado a través de la informatización y la disponibilidad en diversos puntos (centros médicos, municipios, institutos de previsión social, cajas vecinas y la página web de FONASA).

La adquisición de bonos para la MLE se ha simplificado considerablemente, lo que ha contribuido al aumento significativo en su uso, pasando de 500 mil millones a más de un billón de pesos en pocos años. Esta accesibilidad ha impulsado la demanda.

El programa de Bonos PAD (Pago Asociado a Diagnóstico) representa un intento de reorientar la MLE hacia la resolución de problemas de salud específicos (procedimientos e intervenciones quirúrgicas) a un precio fijo conocido con copago en centros privados. Con alrededor de setenta opciones disponibles, los Bonos PAD ofrecen paquetes que generalmente incluyen cirugía, días cama, medicamentos y exámenes, brindando al paciente un costo predecible. Este sistema comparte riesgos entre el prestador (que debe cubrir todos los costos dentro del valor del PAD) y el paciente (que paga solo el copago inicial), a diferencia de las hospitalizaciones tradicionales con costos inciertos. Un catálogo detallado está disponible en la página de FONASA.

La Ley de Urgencias, con decenas de miles de casos atendidos anualmente en prestadores privados, representa una intersección con la MLE. Permite el acceso a atención de emergencia con cobertura de FONASA hasta la estabilización del paciente. Una vez estabilizado, el paciente o su familia deben decidir si continúan como MLE o cambian a la modalidad institucional (lo que implicaría un traslado a la red pública, a menudo dificultado por la falta de camas). En la práctica, muchos pacientes permanecen en la red privada bajo la modalidad institucional, con costos cubiertos por los prestadores públicos. La ley, promulgada en 1999 a raíz de un caso trágico de un niño fallecido por falta de atención oportuna, busca asegurar la atención de urgencia sin exigir garantías financieras cuando la vida o una secuela funcional grave están en riesgo. El concepto de secuela funcional grave se define en relación con la actividad y condición del paciente (ejemplo del maestro Valentín Trujillo).

Perspectivas Futuras de la Modalidad Libre Elección:

El futuro de la MLE se vislumbra con la implementación de la modalidad de cobertura complementaria. Esta busca mejorar la cobertura financiera de las atenciones en MLE (donde actualmente el paciente paga más de la mitad), disminuyendo el gasto de bolsillo. Dirigida a los afiliados de FONASA (grupos B, C y D) que se inscriban voluntariamente, esta modalidad operaría como un seguro complementario institucional administrado por FONASA. Los afiliados pagarían una prima plana (similar a los seguros complementarios colectivos) y FONASA actuaría como intermediador, licitando grupos de afiliados a las aseguradoras. Se espera que esto facilite el acceso a coberturas complementarias a un bajo costo. Los prestadores deberán estar en convenio con FONASA, lo que

subraya la importancia de incentivar a los médicos a establecer o renovar estos acuerdos. Si bien la MLE genera un volumen importante de consultas (más de 7 millones anuales), no necesariamente resuelve los problemas de fondo del sistema, como las listas de espera. Se espera que los aranceles de esta nueva modalidad sean diferentes a los de la MLE actual, con mejores precios para incentivar la participación de prestadores en todo el país, incluyendo honorarios médicos y quirúrgicos. Una cobertura adicional catastrófica también se asocia a esta modalidad, reemplazando un proyecto de ley anterior, buscando que la cobertura total (FONASA más la complementaria) alcance idealmente el 70% del costo, disminuyendo el gasto de bolsillo. Se espera la participación de compañías de seguros en este sistema, con mecanismos para diversificar el riesgo entre las aseguradoras.

Otra perspectiva futura es el Sistema de Atención Priorizada (SAP), actualmente en tercer trámite legislativo en la Comisión Mixta. Este busca que una parte del presupuesto anual de la Nación (idealmente gestionado bajo el sistema GRD) se destine a resolver problemas sanitarios urgentes, tanto en la modalidad institucional como en la MLE (en una proporción de 50/50). El Ministerio de Salud definiría anualmente los problemas prioritarios (inicialmente las listas de espera). Este proyecto se ve con buenos ojos como una forma de enfocar la MLE hacia necesidades sanitarias específicas, en lugar de ser una “caja abierta” sin control. Un decreto ministerial priorizaría los problemas y asignaría los montos. En 2024, se había aprobado una asignación inicial de 20 mil millones de pesos, pero el proyecto se encuentra actualmente detenido en la Comisión Mixta, que también aborda otras leyes importantes. Se considera prioritario avanzar en este sistema para impactar las listas de espera.

Reflexiones Finales:

La MLE, a pesar de beneficiar a millones de usuarios con acceso a atenciones médicas, no contribuye significativamente a disminuir el gasto de bolsillo y tiende a estimular el consumo de prestaciones sin una priorización sanitaria clara. Las nuevas perspectivas de la cobertura complementaria y el SAP buscan reorientar esta situación. Aunque el presupuesto de la MLE no es el más grande de FONASA (menos del 10% del total), representa un gasto potencialmente ilimitado, sujeto a la demanda y a la capacidad de FONASA de redirigir recursos de otras partidas del sector salud. Es crucial avanzar en estos nuevos planes para reenfocar la MLE y lograr un impacto en problemas críticos como las listas de espera, utilizando los recursos de manera más estratégica a través de las atenciones que se producen anualmente en esta modalidad.



FALMED

30 
AÑOS
1995 - 2025



www.falmed.cl



FALMED

30 
AÑOS



FALMED
UDMP
UNIDAD DE
DEFENSA DE LA
MEDICINA PRIVADA



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE