



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.

MANUAL

PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

*Aspectos legales
y administrativos*

Edición 2018



FONDO DE
SOLIDARIDAD GREMIAL



FALMED



FATMED



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.

MANUAL

PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

*Aspectos legales
y administrativos*

Edición 2018

NOTA DEL EDITOR

El presente Manual constituye un esfuerzo realizado por diversos estamentos del Colegio Médico de Chile para llevar a los nuevos médicos del país una guía sobre los aspectos normativos que rigen el trabajo médico.

En el primer capítulo presentamos una mirada al quehacer de Colegio Médico y sus estamentos, Fondo de Solidaridad Gremial, Fundación de Asistencia Legal y Fundación de Asistencia Tributaria. El espíritu solidario y colaborativo que caracteriza el quehacer de Colegio Médico e impregna el trabajo de sus estamentos, es una cuestión que nos parece crucial poner a disposición de los médicos.

En el segundo capítulo abordamos los aspectos laborales y administrativos del trabajo médico, cuya base está en las leyes y reglamentos ad-hoc, bajo la interpretación de los abogados de la institución.

El tercer capítulo constituye una compilación de diversas fuentes oficiales de los aspectos regulatorios que todo médico debe conocer. Si bien la consulta se hizo sobre la base de la información más actualizada disponible, es preciso indicar que los organismos oficiales pueden modificar y actualizar algunos de estos contenidos. Por esto es que indicamos debidamente la procedencia de la información, de manera que los lectores sepan que es de su responsabilidad mantenerse al día sobre estos aspectos.

El cuarto capítulo entrega una serie de recomendaciones vinculadas al ejercicio seguro de la medicina. En Falmed hemos identificado algunas de las zonas de vulnerabilidad en que la relación médico paciente puede conflictuarse; desde los tribunales de justicia hasta las redes sociales. Por ello hemos puesto a disposición una serie de recomendaciones preventivas.

Por último, es preciso indicar que en sus manos sostiene la edición 2018 del Manual para el Ejercicio Profesional Médico. Hemos asumido el desafío de compilar y publicar estos contenidos como un trabajo en desarrollo constante, que se ha ido enriqueciendo con la colaboración de diversas instituciones y actores. Indudablemente quedan aspectos en los que profundizar y otros que falta incorporar, por lo que todos sus comentarios y observaciones al respecto serán más que bienvenidas en comunicaciones@falmed.cl

Esperando que este Manual para el Ejercicio profesional médico sea de su utilidad, interés y agrado.

Atentamente,

El Editor.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Regional Concepción de Colegio Médico, encabezado por el Dr. Juan Enríquez, y al Dr. Sergio Godoy Carvajal, por la realización del primer manual dirigido a los nuevos médicos y realizado en 1996, material de inspiración fundamental para este libro.

A las instituciones que colaboraron en la actualización del manual y en la confección de nuevos contenidos: el Consejo General de Colegio Médico de Chile, el Fondo de Solidaridad Gremial, la Fundación de Asistencia Legal y la Unidad de Defensa Laboral del Médico, la Fundación de Asistencia Tributaria, el Ministerio de Salud, el Departamento de Primeras Naciones de Colegio Médico.

ÍNDICE

DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I COLEGIO MÉDICO DE CHILE

1. Colegio Médico de Chile A.G. **_pág. 6**
2. ¿Pensando en colegiarse? **_pág. 8**
3. Departamento de Solidaridad Gremial y Bienestar (FSG) **_pág. 10**
4. Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile (FALMED) **_pág. 14**
5. Fundación de Asistencia Tributaria del Colegio Médico de Chile (FATMED) **_pág. 17**

CAPÍTULO II MANUAL PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

1. Del ejercicio de la Profesión Médica en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, en especial cargos diurnos **_pág. 19**
2. Breve reseña en relación a profesionales cuyo vínculo laboral se rige por el código del trabajo **_pág. 52**
3. Ejercicio profesional en establecimientos de atención primaria de salud municipal **_pág. 54**
4. Ejercicio médico en el marco del estatuto administrativo **_pág. 57**
5. Aspectos de Seguridad Social **_pág. 77**
6. Protección a la maternidad, paternidad y vida familiar en la actividad médica **_pág. 87**
7. Informe sobre la Ley N° 20.880 sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses **_pág. 95**
8. Declaración de iniciación de actividades y patentes **_pág. 99**

CAPÍTULO III DE LA REGULACIÓN ATINGENTE AL TRABAJO MÉDICO

1. Derechos y deberes de los pacientes **_pág. 105**
2. Notificación de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria **_pág. 116**
3. Constancia de información al paciente GES **_pág. 121**
4. Obligaciones a los médicos que emanan de la Ley N° 20.850, “Ley Ricarte Soto” **_pág. 127**
5. Aspectos médico legales de las lesiones corporales **_pág. 132**
6. Instrucciones para realización de exámenes de alcoholemia **_pág. 154**
7. Licencias médicas **_pág. 156**
8. Recetas médicas **_pág. 160**
9. El certificado médico de defunción **_pág. 166**
10. Orientaciones sobre Bioequivalencia **_pág. 177**

CAPÍTULO IV RECOMENDACIONES PARA UNA MEDICINA SEGURA

1. Protocolo: ¿Qué hacer en caso de sufrir acoso laboral o sexual? Preguntas y respuestas **_pág. 237**
2. Comunicación efectiva en la práctica médica para la desjudicialización **_pág. 252**
3. Instrucciones ante amenazas o agresiones **_pág. 256**
4. Requerimientos administrativos ante agresiones **_pág. 258**
5. Derivación de pacientes **_pág. 269**
6. ¿En qué circunstancias la policía puede tomar detenido a un médico? **_pág. 262**
7. Servicios médicos y libre competencia **_pág. 265**
8. Interculturalidad en Salud: promoviendo el liderazgo médico **_pág. 272**
9. Propuesta para procedimiento de entrega de placenta a familias mapuches **_pág. 290**



SALUDO DE BIENVENIDA

DRA. IZKIA SICHES PASTÉN

Presidenta Colegio Médico
de Chile A.G. 2017-2020

Quemos partir saludando a las y los colegas a lo largo y ancho del país, que se suman a la red asistencial y que inician su ejercicio profesional. En esta edición del “Manual para el ejercicio profesional médico” buscamos entregar información de utilidad para el quehacer de nuestros colegas, elaborada a partir de la experiencia y conocimiento adquirido por nuestro Colegio.

Sabemos que los desafíos en salud son dinámicos y complejos. Nos exigen rescatar lo mejor del liderazgo médico para ponerlo al servicio de las soluciones. Son desafíos que se hacen presentes a todo nivel del sistema de salud. Por ello entendemos que el compromiso de nuestra profesión se expresa tanto en los mejores esfuerzos que hacemos a nivel individual para sanar y evitar daños; como en las tareas gremiales que asumimos conjuntamente para procurar un sistema digno y a la altura de las necesidades del país.

De allí nuestro compromiso con el fortalecimiento del sector público de salud y la necesidad de mejorar las condiciones para los usuarios; con la promulgación de una ley médica única para los profesionales del sector público y la recuperación de la tuición ética de los colegios profesionales, entre otros temas que nos interesan.

Es por esto, que como Colegio Médico hemos procurado la participación activa de nuestros equipos de trabajo en los temas contingentes de la salud pública. Buscamos que, superando lo asistencial, logremos abrir e integrar miradas para así conquistar avances concretos en torno a estos desafíos.

Con este Manual pretendemos sumar un aporte para la información de los colegas, en la permanente labor de estar al día en los diversos ámbitos sociales vinculados con nuestro trabajo. Sin duda, hay muchas tareas pendientes, pero estamos contentos con la ruta iniciada. Las y los invitamos a seguir participando activamente de nuestro Colegio.

SALUDO DE BIENVENIDA

DRA. BARBARA PUGA LARRAIN

Presidenta FALMED
2017-2020



Vivimos una época de cambios que nos conducen a repensar el modo de hacer medicina. La empatía se ha vuelto una necesidad básica de la relación con los usuarios del sistema de salud a tal grado que es preciso cuestionar el modelo paternalista de atención. Sintonizar y empatizar con las necesidades del paciente y de su familia; comunicarse adecuadamente con ellos; abordar las decisiones y dudas; incluso negociar con quienes atendemos, son actitudes necesarias en una época cambiante y demandante.

El estándar de atención clínica se ha elevado al tiempo que han cambiado también las necesidades y exigencias de la sociedad. Algunas de estas demandas se han convertido en leyes y normativas que los médicos debemos conocer y respetar. Otras de estas apreciaciones hoy son estándares éticos que han hecho inaceptable algunos hechos que antes se silenciaban. En esta entrega del Manual para el Ejercicio profesional hemos querido abordar estos fenómenos con información que nos parece que nuestros colegas deben conocer de mano directa de los especialistas.

Qué hacer en casos de abuso y acoso es uno de los temas que hemos incorporado a este manual. Uno de los cambios sustantivos que vienen dándose en las relaciones sociales también nos conducen a interrogar la verticalidad en el equipo de salud que ha dejado zonas oscuras para permitir situaciones de acoso y abuso. Por esto, y acogiendo algunas denuncias que hemos recibido, decidimos proponer este texto que se suma a los varios instructivos que caracterizan este manual.

El ejercicio profesional de la medicina es uno de los más regulados por las leyes y normas chilenas, teniendo implicancias bastante relevantes en los fenómenos sociales. Por esto es que el Colegio Médico y la Fundación de Asistencia Legal realizan el esfuerzo de publicar este texto para que todos nuestros colegas puedan contar con algunas referencias e indicaciones para enfrentar este escenario demandante. Es un texto que hemos preparado con cariño para que todas y todos cuenten con la información y sepan que pueden contar con nuestros especialistas para afrontar los problemas de su trabajo cotidiano.

CAPÍTULO I

COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

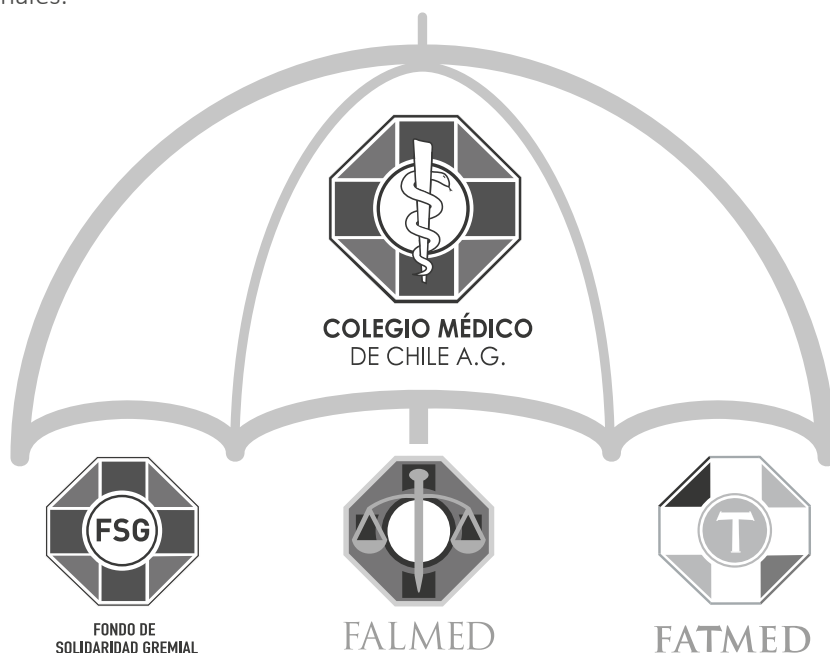
1. ¿CÓMO FUNCIONA EL COLEGIO MÉDICO?

El Colegio Médico de Chile es dirigido por el Honorable Consejo General integrado por los distintos Consejos Regionales del país –desde Arica a Punta Arenas– quienes se reúnen mensualmente en las oficinas de La Orden (Esmeralda 678 –Santiago Centro).

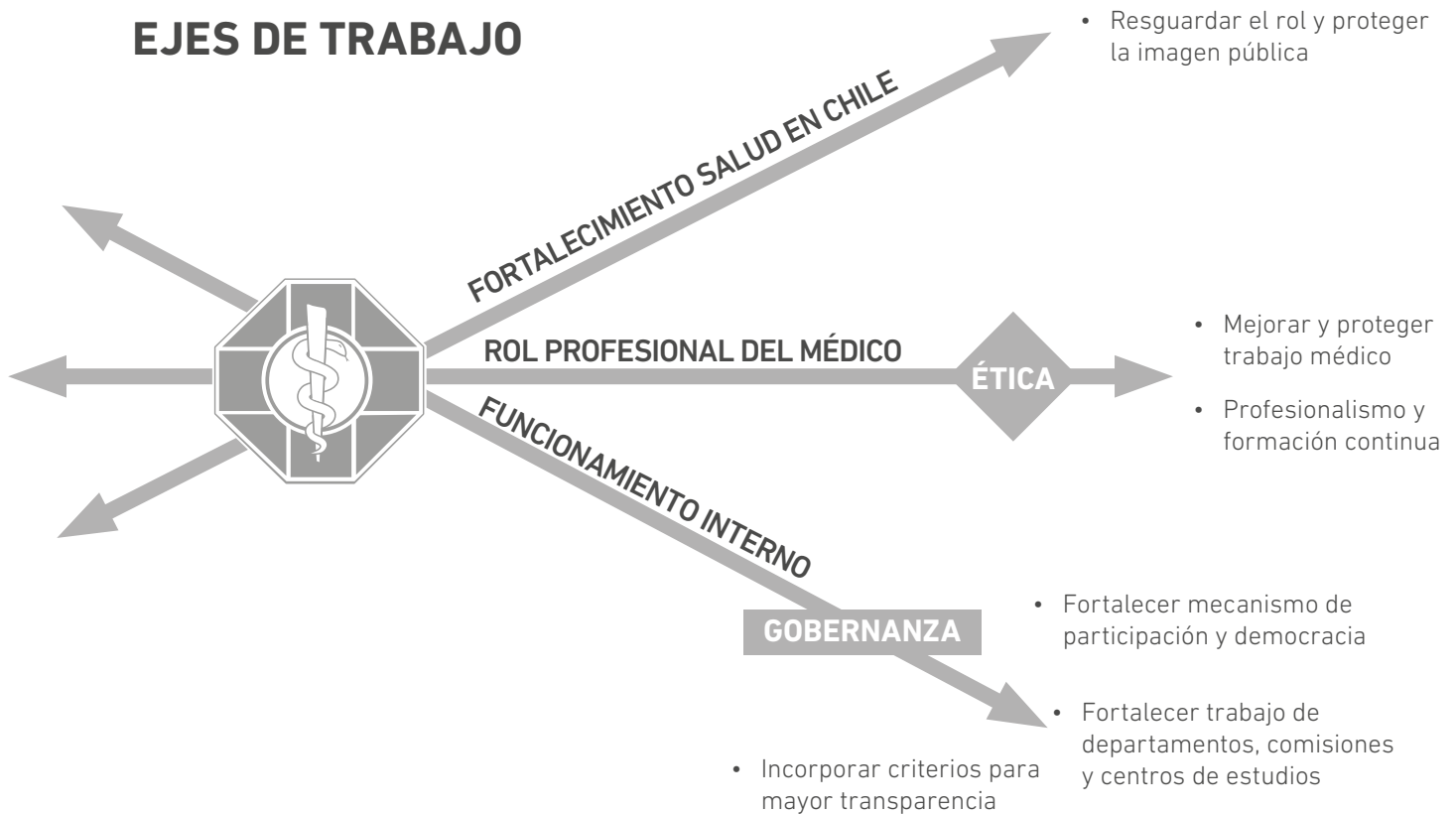
La conducción del gremio está a cargo de la Mesa Directiva Nacional compuesta por un presidente, 4 vicepresidentes, un secretario general, un prosecretario general y un tesorero general. Sus miembros son elegidos por votación directa de carácter nacional por los médicos inscritos de todo el país, en elección que se efectuará simultáneamente con la de los Consejeros Regionales. Sin embargo, los cargos de segundo, tercer y cuarto vicepresidente serán desempeñados por los presidentes de los consejos regionales de Santiago, Valparaíso y Concepción. Los miembros elegidos de la mesa durarán tres años en sus cargos y podrán ser reelegidos solamente por un nuevo período para el cargo desempeñado.

Asimismo, existen tres estamentos como el Fondo de Solidaridad Gremial (FSG), la Fundación de Asistencia Legal (Falmed) y la Fundación de Asistencia Tributaria (FATMED).

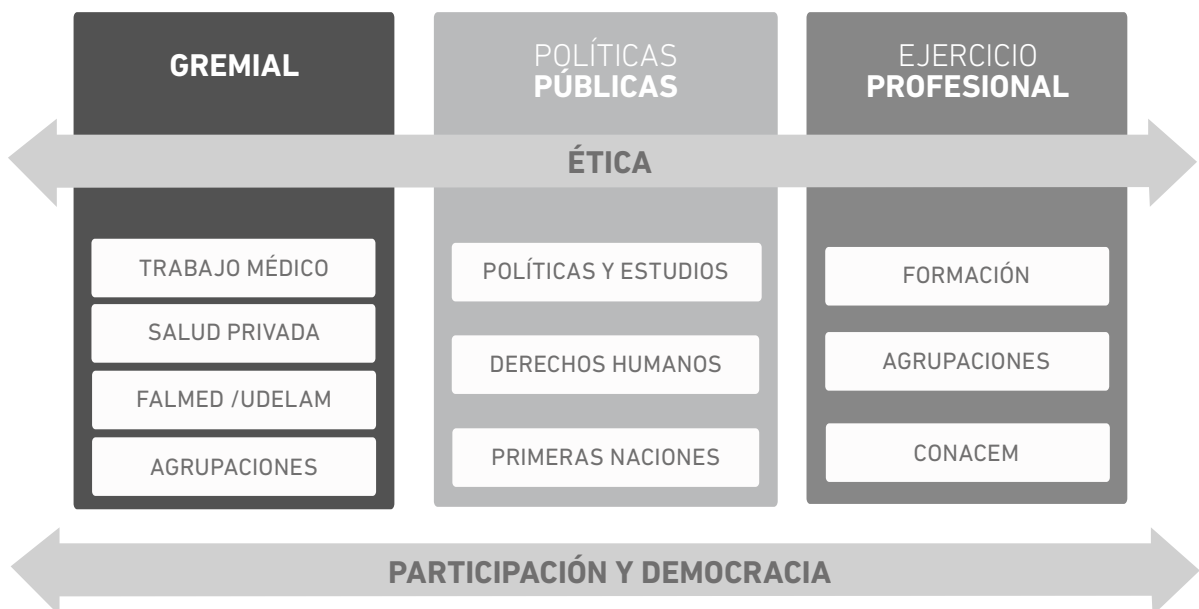
También hay ocho departamentos técnicos que asesoran a la Mesa Directiva Nacional y cuatro agrupaciones compuestas por Médicos Mayores, Atención Primaria de Salud, Médicos Generales de Zona y Residentes Chile. Además, Colegio Médico de Chile cuenta con una red de clubes de campo y alojamientos en sus distintos Consejos Regionales.



EJES DE TRABAJO



El funcionamiento se orienta en tres ejes de trabajo; funcionamiento interno, rol profesional del médico con centro en la ética y una perspectiva del fortalecimiento de la salud en Chile.



Los distintos equipos del Colegio Médico, trabajan en forma sinérgica para ejercer nuestro rol, en los ejes planteados.

2. ¿PENSANDO EN COLEGIARSE?

COLEGIARSE ES...

- Respaldarse en el Colegio Profesional más grande e influyente del país, defensor de la dignidad profesional y promotor de la buena salud para todas y todos.
- Participar de una red de apoyo solidario para los médicos y sus familias, que ofrece servicios y beneficios profesionales, especializados y permanentes.
- Promover la actuación ética y de buena praxis profesional, en directo beneficio de la salud de los pacientes y el prestigio de la profesión.
- Una decisión de vida que trae aparejados derechos y deberes a los colegiados.

LOS DEBERES

- Los deberes de los asociados se pueden resumir en el acatamiento de los reglamentos internos del Colegio Médico de Chile (A.G.), con especial énfasis en lo referido a los Estatutos Sociales y el Código de Ética, así como de los Acuerdos que adopten los Organos Directivos, tales como los Consejos Regionales, el Consejo General y la Mesa Directiva Nacional.

LOS DERECHOS

- El derecho de participar en la definición de los lineamientos fundamentales de la Institución.
- El derecho de requerir y obtener la protección gremial del Colegio Médico de Chile (A.G.) en situaciones propias de la actividad profesional.
- El derecho de participar de todos aquellos beneficios que el Colegio Médico de Chile (A.G.) contempla para sus asociados y sus familias, tales como los previstos por el departamento de Solidaridad Gremial y Bienestar, previo cumplimiento de los requisitos específicos fijados para ello.

¿CÓMO INSCRIBIRSE EN COLEGIO MÉDICO?

Médicos titulados en Chile

Documentos solicitados:

1. Fotocopia legalizada del certificado de título.
2. Fotocopia simple de cedula de identidad por ambos lados.
3. Dos fotografías tamaño carnet con nombre y RUT.

Médicos titulados en el extranjero

Documentos solicitados:

1. Fotocopia legalizada de título de médico cirujano correspondiente a la Universidad o al estado que lo otorgó.
2. Revalidación
 - Fotocopia legalizada de certificado de reconocimiento del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile, si proviene de Ecuador, Brasil, Colombia, Perú, Bolivia y Uruguay.
 - Fotocopia legalizada de certificado de reconocimiento del Ministerio de Educación de Chile, si proviene de Argentina.
 - Fotocopia legalizada de certificado de revalidación de la Universidad de Chile o Eunacom, según sea el caso.
3. Cédula de identidad
 - Fotocopia legalizada de certificado de residencia o permanencia definitiva en Chile, si el interesado es de nacionalidad extranjera.
 - Fotocopia legalizada ante notario de cédula de identidad por ambos lados.
4. Antecedentes éticos
 - Original de certificado emanado de Colegio Médico del país o ciudad de original del interesado, que este no ha sido objeto de sanciones éticas o que se encuentre sometido a juicio o investigación ética por parte de tal institución.
 - O bien declaración jurada legalizada ante notario que indique que no ha sido sometido a juicio ni sanción ética.

3. DEPARTAMENTO DE SOLIDARIDAD GREMIAL Y BIENESTAR (FSG)

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

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

No contentos con lo que estamos otorgando, seguimos estudiando nuevos beneficios, que esperamos implementar en un corto plazo.

Para acceder a los beneficios que otorga el Departamento de Solidaridad Gremial y Bienestar del Colegio Médico de Chile (A.G.) a los médicos asociados y con la idea de evitar errores u omisiones, ponemos en su conocimiento los montos y requisitos exigidos para tal propósito, indicados a continuación.

REQUISITOS

- Para recibir cualquier beneficio del Fondo de Solidaridad Gremial debe estar al día en las cuotas del Fondo de Solidaridad Gremial y Colegio Médico de Chile;
- Para la obtención de cualquier beneficio del Fondo de Solidaridad Gremial, debe haber cotizado regularmente, a lo menos, los últimos 12 meses, salvo la cuota mortuoria que se cancelará a los 30 días de afiliación, si se ha inscrito durante el primer año de recibido;
- Los inscritos después de un año de recibido y aquellos que tengan un periodo impago pueden:
- Cancelar periodo impago
- Acogerse al régimen de los 45 avos (en este caso, beneficio de Cuota Mortuoria será equivalente a tantos 45 avos como años cotizados al momento del fallecimiento)
- Los médicos durante los primeros 3 años, becados y con 480 cotizaciones canceladas sólo pagan $\frac{1}{2}$ cotización.
- Los médicos hasta los 9 años de profesión cancelan cuota rebajada
- Los médicos desde los 10 años hasta completar 480 cotizaciones cancelan cuotas enteras
- Los médicos con 540 cotizaciones se liberan del pago de cotizaciones y tienen derecho a optar a Rescate de Cuota Mortuoria.

BENEFICIOS DEL FONDO DE SOLIDARIDAD GREMIAL

1. CUOTA MORTUORIA

Valor **550 UF**.- Se cancela por una sola vez a los Beneficiarios libremente indicados por el médico fallecido. Este derecho es el único que puede impetrarse, desde el mes siguiente que se afilia el médico. Para cobrar este beneficio debe presentar Certificado de Defunción del Médico y el Carné de Identidad de los beneficiarios.

2. RESCATE CUOTA MORTUORIA

Este beneficio va orientado a médicos en Situación de Precariedad. Los requisitos: ser médico liberado de sus cuotas sociales, problemas de salud y económicos

Alternativas de Rescates:

- a.- Retiro Cuota Mortuoria por UF 400: Pago único e inmediato
- b.- Retiro Cuota Mortuoria por UF 450: Pagado en 2 años (24 cuotas), 18.75 UF c/u.
- c.- Retiro Cuota Mortuoria por UF 500: Pagado en 3 años (36 cuotas), 13.88 UF c/u
- d.- Retiro Cuota Mortuoria por UF 550: pagada en 5 años (60 cuotas), 9.16 UF c/u

3. PRÉSTAMOS

Según número de cotizaciones del afiliado, esto se debe cancelar hasta en 36 meses. Llenar formulario de solicitud. La garantía se exige al retirar el Préstamo, esta garantía debe ser de la exclusiva responsabilidad del médico con cheques de su cuenta corriente, PAC o PAT.

Tasa 0.5% mensual hasta \$2.000.000

Tasa 0.83% mensual desde \$3.000.000 hasta \$6.000.000

Tasa 1.16% mensual desde \$7.000.000 hasta \$10.000.000

4. AYUDA ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TRANSITORIA (POR ENFERMEDAD)

Se otorga a título de donación, a médicos en ejercicio de su profesión (funcionario o privado), **\$220.000** por cada 30 días de enfermedad y además se puede obtener este beneficio en el período pre- o post natal de la madre médico. Este beneficio puede solicitarse desde 16 días hasta 30 días al año, pudiendo hacerse extensivo, por excepción hasta 60 días. Se solicita un Certificado del Médico tratante, licencia médica cuando es médico funcionario. Tiene un plazo máximo de sesenta días para presentar la solicitud, desde la fecha de término de la enfermedad.

5. AYUDA DENTAL (TRATAMIENTO DENTAL)

Este beneficio es por un monto de hasta **\$100.000.-** Se solicita con boleta y receta que indique “tratamiento y nombre del médico”. Plazo para cobrar es de hasta 90 días desde la fecha de atención.

6. ASIGNACIÓN POR NATALIDAD

Se solicita Certificado de nacimiento. La asignación es de **\$240.000**, por cada hijo que nazca; tanto para la madre como para el padre, médicos. El plazo para cobrar el beneficio es de hasta 90 días de ocurrido el nacimiento.

7. AYUDA POR LENTES ÓPTICOS Y/O DE CONTACTOS

Se otorga con receta del oftalmólogo y el original de la boleta a nombre del afiliado. Se puede solicitar una vez cada dos años. El tope de bonificación es de hasta **\$100.000**. Si no tiene original de la boleta, presentar orden de reembolso de la ISAPRE, o certificado de la Institución que retenga el original. Plazo para impetrar el beneficio es de hasta 90 días desde la compra de los lentes.

8. AUDÍFONOS

Se otorga con receta del médico y boleta de compra. Se puede solicitar una vez cada dos años. El Tope de la bonificación es de **\$100.000.-**

9. SILLA DE RUEDAS

Se otorga con comprobante de compra (factura o boleta). El tope de la bonificación es de **\$200.000**

10. AYUDA DE VIUDEZ

Se otorga previa encuesta socio-económico y análisis de la Comisión del Departamento. Su monto mensual es de **\$90.000** y **\$120.000**.

11. CONSULTA MÉDICA

Atiende gratuitamente a médicos Jubilados, viudas (os) de médicos y a sus cargas familiares. Días lunes y viernes de 11:00 a 13:00 horas, en Esmeralda 678 Santiago Centro, en la Sede del Consejo General.

12. S.O.A.P.

Gratis para todos los colegiados al día en Colegio y Fondo de Solidaridad Gremial. Se ingresa en página web del Colegio Médico de Chile.

13. BONIFICACION CURSOS Y CONGRESOS

Para Médicos becados, MGZ y Atención Primaria.

Es requisito estar al día en las cuotas, tener mínimo 12 cotizaciones al FSG y presentar boleta o factura del curso realizado.

14. FONDO SOLIDARIO DE EDUCACIÓN

- Cobertura de Estudios Educación básica, Media y/o Universitaria de Pregrado, sin tope en número de hijos
- Tope de cobertura de estudios, hasta los 28 años de edad de hijo beneficiario
- Sin Tope de edad para afiliados, ni preexistencias
- Cobertura sin exclusiones en caso de fallecimiento y/o invalidez permanente
- Montos de Cobertura:
 - Educación Básica y Media tope \$ 3.000.000.-
 - Educación Universitaria, Tope arancel Universidad de Chile carrera cursada
- Costo por afiliado menor en un 300% al seguro más bajo ofrecido por el mercado
- Monto por afiliado \$1.000, mensuales independiente del número de hijos.
- Aumento de ayuda escolar en un 400% en relación a la ayuda actual.

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

La Fundación de Asistencia Legal de Colegio Médico, FALMED, fue creada en 1994 con el objetivo de representar a los médicos en casos de presunta mal praxis ante los tribunales de justicia y entregar educación a los médicos para prevenir la judicialización. Desde 2003 cuenta con un seguro de responsabilidad civil que cubre a todos los médicos afiliados a la institución y desde 2012, sus servicios de asesoría jurídica se extienden a toda clase de materias vinculadas con el trabajo médico.

FALMED ASEGURA

Falmed entrega defensa, representación y seguro de responsabilidad civil a todos los médicos afiliados a la Fundación. Su conocimiento en materias relacionadas con la responsabilidad profesional en casos de presunta negligencia se remonta a más de 4.859 casos, con un 99% de resultado favorable a los médicos.

Los médicos afiliados a Falmed cuentan con el respaldo legal de la institución y con la cobertura del seguro de responsabilidad civil que la institución mantiene con la aseguradora Mapfre, contrato que se renueva trianualmente, que no discrimina por siniestralidad ni por especialidad y cuya cuota mensual está contenida en el valor de la cuota de Falmed.

La representación en materias relacionadas con el ejercicio profesional cubre los siguientes casos:

- Juicio penal
- Juicio civil con cobertura de seguro de responsabilidad
- Sumario administrativo por presunta negligencia
- Mediación

Todos los casos excepcionales en materia de defensa a médicos llevados por Falmed son evaluados por un Directorio Médico.

El servicio de defensa y representación está disponible en todas las ciudades de Chile que cuentan con un Consejo Regional de Colegio Médico, a través de cincuenta abogados expertos en materias de responsabilidad profesional desplegados por el país.

Los médicos cuentan con un servicio de atención las 24 horas del día, 7 días a la semana, a través de la línea telefónica 600 8 325 633. A través de esta línea telefónica, los facultativos pueden plasmar sus dudas e inquietudes relacionadas con el marco legal que regula el quehacer profesional.

FALMED ASESORA

Desde 2012, Falmed ha renovado su promesa a los médicos y entrega asesoría en toda clase de materias legales vinculadas al trabajo médico. El servicio ha realizado más de mil atenciones desde su creación y cubre:

- Asesoría en sumarios administrativos
- Representación en juicios laborales
- Asesoría en materias administrativas y laborales
- Conformación de sociedades médicas
- Representación en juicios tributarios
- Redacción de contratos y cobranzas
- Asesoría comunicacional
- Conformación de sociedades
- Representación en casos de agresión
- Falmed sucesorio: Redacción de herencias y ejecución de testamentos

FALMED EDUCA

En su misión por la desjudicialización de la medicina, la Fundación de Asistencia Legal ha implementado la estrategia Falmed Educa, vía que pretende atacar el fenómeno de la judicialización desde la prevención de eventos adversos, la intervención estratégica y la generación de conciencia sobre este problema.

La estrategia parte por la formación del Centro de Estudios, Jurisprudencia y Educación de Falmed, Cejef, el que trabaja periódicamente por identificar los factores que inciden en la judicialización para focalizar la prevención.

En el ámbito de la capacitación, se cuentan más de cien charlas preventivas al año, las que pueden ser solicitadas a través de www.falmed.cl ó comunicaciones@falmed.cl

Además se han publicado ocho ediciones de Revista Falmed Educa, producto periodístico centrado en la investigación y publicación de artículos relacionados con la ética, el derecho médico, la relación médico-paciente y la comunicación.

En aquellos lugares en donde la judicialización mantiene una escalada, Falmed ha presentado el curso “Por una Medicina de Excelencia”; taller diseñado para abordar aspectos clave para prevenir la judicialización. La puesta en marcha de esta estrategia ha reducido significativamente la judicialización de la medicina, pasando de una tasa de 3,6 en 2009, a una de 1,3 en 2017.

FALMED BENEFICIA

Como parte del concepto solidario, Falmed entrega un beneficio de media cuota a los médicos en las siguientes condiciones:

- **MEDIA JOVEN:** Todos los médicos que se encuentren ejerciendo en los primeros tres años desde su fecha de titulación pueden pagar media cuota mensual.
- **MEDIA BECA:** Todos los médicos que se encuentren realizando una beca pueden obtener el beneficio de media cuota. Para esto deben acreditar con certificado emitido por la universidad que espe-

cifique: nombre, RUT, especialidad, fecha de inicio y fecha de término. El certificado emitido por la universidad es el único documento válido para garantizar el beneficio.

- **APS:** También cuentan con este beneficio los médicos ejerciendo en APS municipalizado, siempre que se encuentren en condición de media cuota al día en Fondo de Solidaridad Gremial.
- **DOCTORANDOS:** A contar de noviembre de 2015, todos los médicos que se encuentren realizando un programa conducente al doctorado en Chile pueden pagar media cuota mensual. Los médicos deben acreditar el período de duración de estudios con certificado de la entidad universitaria respectiva, mencionando periodo de inicio y término del programa.
- **MUJER MEDIA CUOTA:** Desde julio de 2016, las mujeres mayores de 65 años pagan media cuota.
- **MUJER LIBERADO:** Desde julio de 2016, las mujeres por sobre los 70 años están liberadas de cuota.

PRE FALMED

Pre Falmed es un servicio gratuito dirigido a estudiantes de medicina de sexto y séptimo año, para representarlos y entregarles seguro de responsabilidad sanitaria ante eventos por presunta mala praxis. Además Pre Falmed entrega educación con el respaldo de la vasta experiencia de Falmed en materias de Derecho Médico. Esta se concreta a través de curso de responsabilidad legal médica entregado con las universidades en convenio con Pre Falmed.

Para que los internos esten cubiertos por la seguridad de Pre Falmed, deben suscribir un convenio individual con Pre Falmed, además de que su universidad debe estar adscrita al sistema.

Pre Falmed se propone acercar a los médicos a la Orden, desde antes que se titulen. Así mismo pretende educarles en materias médico legales antes de que se originen problemas. Pre Falmed es un comienzo seguro.

Para mayor información, puede escribir prefalmed@falmed.cl

5. FUNDACIÓN DE ASISTENCIA TRIBUTARIA DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE (FATMED)

En 2015 nace oficialmente la Fundación de Asistencia Tributaria de Colegio Médico de Chile. FATMED se propone entregar respuesta confidencial, personalizada y oportuna a los facultativos en materias contables, tributarias y previsionales.

Su propuesta consiste en asesorar en todos los aspectos administrativos del ejercicio profesional de la medicina, de modo tal de que los facultativos puedan dedicarse a lo que saben mejor: la medicina. Por esta razón, el equipo multidisciplinario de FATMED está altamente especializado en las nuevas normas tributarias, en aspectos previsionales y en la legislación vigente. Su estricto cumplimiento de las normas es un sello de la Fundación.

Entre los servicios entregados por esta entidad de Colegio Médico se cuentan...

ASESORÍA Y SERVICIO DE AUDITORÍA CONTABLE

Proporcionado por expertos contadores auditores, el servicio de asesoría contable considera los siguientes aspectos:

- Emisión Balance Anual y libros legales respectivos
- Determinación de Capital Propio para trámite de patente Municipal.
- Control y Registro de documentos legales contables y jurídicos.
- Declaración mensual de IVA.
- Declaración Anual de Renta.
- Declaraciones Juradas (Sueldos, Honorarios, retiros, etc)
- Rectificadorias ante el SII.

ASESORÍA TRIBUTARIO - LEGAL

En esta línea de servicio, la Fundación de Asistencia Tributaria entrega asesoría en tres áreas:

- Asesoría en inicio de actividades, ampliación y término de giro.
- Asesoría Tributaria.
- Asesoría Jurídica – Tributaria.

Además, el equipo multidisciplinario del estamento suma las siguientes asesorías ante el Servicio de Impuestos Internos

- Tramitación ante el SII de formularios para dar inicio de actividades.
- Obtención de Rol tributario.
- Ampliaciones de giro tributario.
- Balance de término de giro.
- Cierre de Sociedades.

ASESORÍA Y PLANIFICACIÓN PREVISIONAL

La asesoría previsional es orientación general en la planificación y decisión de la mejor oportunidad de jubilación y modalidad de pensión.

Consiste en:

- Orientar a nuestros afiliados en la oportunidad más conveniente para llevar a cabo la jubilación.
- Dar a conocer a nuestros médicos afiliados todas las herramientas que el sistema previsional ofrece para aumentar su futura pensión y además utilizarlas como franquicia tributaria, lo que les permitirá conjuntamente experimentar una baja en su carga tributaria y ahorrar para la vejez.

REQUISITOS FATMED

Para ser parte de FATMED es fundamental mantener colegiatura vigente y al día en el Colegio Médico de Chile.

Además, se contempla una cuota mensual adicional que tiene valores diferenciados en caso de incorporarse como persona natural o representante de una sociedad.

Para mayor información respecto de su incorporación a FATMED, puede escribir a contacto@fatmed.cl

CAPÍTULO II

MANUAL PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

1. DEL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD, EN ESPECIAL CARGOS DIURNOS.

Por: Unidad de Defensa Laboral Médica, UDELAM.

1.1. EJERCICIO DE LA MEDICINA COMO PROFESIONAL FUNCIONARIO EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA.

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

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

De acuerdo a la Ley 18.575, Orgánica Constitucional de Bases de la Administración del Estado, el Presidente de la República ejerce el gobierno y la administración del Estado con la colaboración de los órganos que establezcan la Constitución y las leyes. A su vez, este mismo texto legal establece que, la Administración del Estado estará constituida por los Ministerios, las Intendencias, las Gobernaciones y los órganos y servicios públicos creados para el cumplimiento de la función administrativa, incluidos la Contraloría General de la República, el Banco Central, las Fuerzas Armadas y las Fuerzas de Orden y Seguridad pública, los Gobiernos Regionales, las Municipalidades y las empresas públicas creadas por ley. Dentro de estos órganos colaboradores, encontramos aquellos creados para cumplir la función de velar por las políticas de salud del país, entre los cuales, principalmente, encontramos al Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Redes Asistenciales y los Servicios de Salud, que son los órganos con los cuales generalmente se enfrentarán al momento de comenzar a ejercer sus funciones en el sistema público. Sin perjuicio de ello, existen otros órganos de la Administración del Estado que también velan por el cumplimiento de los planes y acciones de salud, aunque más sectorizados, tales como, los establecimientos destinados a las Fuerzas Armadas, Carabineros de Chile, Municipalidades, Corporaciones Municipales, Hospitales Experimentales creados por Ley, entre otros.

Ahora bien, entendiendo que ustedes son recién egresados, nos centraremos más profundamente, en el estudio de su relación con los Servicios de Salud del País y las Municipalidades, por cuanto, ello despertará un mayor interés para ustedes, atendido a que la gran mayoría tendrá la intención de cursar en el futuro algún programa de especialización financiado por el Ministerio de Salud o por un Servicio, según se verá.

1.1.1. Y, ¿QUÉ ES UN SERVICIO DE SALUD?

1.1.1.1. Ideas Generales

Como vimos anteriormente, existen órganos y servicios públicos creados para el cumplimiento de la función administrativa. Precisamente, los Servicios de Salud son órganos o entidades de la Administración del Estado creados por Ley para dar cumplimiento concreto, dentro de un determinado espacio territorial a las políticas de Salud definidas por el Poder Ejecutivo, mediante el Ministerio de Salud. De esa manera, debemos remitirnos al Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del mencionado Ministerio, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley n° 2.763, de 1979 y de las leyes n° 18.933 y n° 18.469 (desde ahora DFL 1 de 2005). De dicho Decreto con Fuerza de Ley se desprende que los Servicios de Salud integran el sector de salud al ser una persona jurídica que realiza o contribuye a ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones, según lo señala su artículo 2°.

Ahora bien, conforme al artículo 16° del DFL 1 de 2005, los Servicios de Salud, en general, tendrán a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas.

Por su parte, y tal como se adelantó, estos Servicios tienen competencias dentro de un determinado territorio, ello en atención a la descentralización y desconcentración administrativa, que conlleva a un mejoramiento en el ejercicio de las funciones pública. De esa manera, de acuerdo a esa división territorial, los Servicios de Salud del país son los siguientes:

- a) Dos en la Región de Tarapacá: Arica e Iquique.
- b) Uno en la Región de Antofagasta: Antofagasta.
- c) Uno en la Región de Atacama: Atacama.
- d) Uno en la Región de Coquimbo: Coquimbo.
- e) Tres en la Región de Valparaíso: Valparaíso - San Antonio, Viña del Mar – Quillota y Aconcagua.
- f) Uno en la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins: Libertador General Bernardo O'Higgins.
- g) Uno en la Región del Maule: Maule.
- h) Cinco en la Región del Bío - Bío: Concepción, Arauco, Talcahuano, Ñuble y Bío Bío.
- i) Dos en la Región de la Araucanía: Araucanía Sur y Araucanía Norte.
- j) Uno en la Región de Los Ríos: Valdivia.
- k) Tres en la Región de Los Lagos: Osorno, del Reloncaví y Chiloé.
- l) Uno en la Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo: Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo.
- m) Uno en la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena: Magallanes.
- n) Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur - Oriente, Oriente, Norte y Occidente.

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

1.1.1.2. La Red Asistencial de los Servicios de Salud.

1.1.1.2.1. Conceptos Generales

Hemos visto como dentro de la organización de la Administración del Estado, nuestra Ley ha creado los Servicios de Salud, para ayudar a cumplir la función del Poder Ejecutivo, Ministerio de Salud, en el respectivo sector. Ahora bien, pero no basta con ello, pues, para materializar esa función pública, es absolutamente necesario que existan establecimientos en los cuales los usuarios puedan acceder al restablecimiento, cuidado de la salud. De esa manera, encontramos Hospitales, consultorios, Postas, etcétera, que dependen administrativamente de estos servicios. Y es importante considerar este punto, porque estos lugares serán donde ustedes se desempeñarán en un futuro próximo.

Así las cosas, de conformidad a lo previsto por el artículo 17 del DFL 1 de 2005, la Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población. Además, la Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

Por su parte, preciso es considerar que la Red Asistencial de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

1.1.1.2.2. Establecimientos de Salud de Menor Complejidad.

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

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

Ahora bien, en el aspecto laboral, el Director de estos establecimientos, tiene funciones delimitadas expresamente en el Reglamento respectivo. De esa manera, a éste corresponderá, ejercer las funciones de administración del personal y gestión de recursos humanos. En estas materias el Director podrá:

- designar suplentes,
- contratar personal, siempre que no implique aumento de la dotación del Establecimiento,
- aceptar renunciaciones voluntarias,
- designar funcionarios en comisiones de servicios y cometidos funcionales,
- destinar funcionarios dentro del mismo Establecimiento o a otros dependientes del Servicio,

- autorizar, conceder o reconocer feriados, permisos con o sin goce de remuneraciones dentro del país, licencias por enfermedad, reposos preventivos o maternales, y reconocer, prorrogar y poner término a asignaciones familiares y prenatales,
- ordenar la instrucción de investigaciones sumarias y sumarios administrativos, aplicar medidas disciplinarias, inclusive la suspensión de funciones, absolver, sobreseer y resolver sobre todas las materias relacionadas con esos procedimientos,
- declarar accidentes en actos de servicio.

1.1.1.2.3. Establecimientos de Alta Complejidad o de Autogestión en Red.

Los establecimientos que obtengan la calidad de “Establecimiento de Autogestión en Red” serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley Nº 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, es decir, tienen su propia representación judicial y extrajudicial, por parte de su respectivo jefe superior.

Estos establecimientos son los que tienen mayor complejidad técnica, es decir, están clasificados como de alta complejidad de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. En general, son aquellos que tienen un mayor desarrollo de especialidades, por cuanto, cuentan con al menos una de las especialidades básicas de: medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, y poseen varias subespecialidades de la medicina que no corresponden a las especialidades básicas citadas, tales como cardiología, neurología, nefrología, gastroenterología, oftalmología, otorrinolaringología, entre otras.

Ahora bien, en el aspecto que nos interesa, estos establecimientos autogestionados en red, podrán, a través de su Director, ejercer las funciones de administración del personal destinado al Establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director del Servicio, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa, higiene y seguridad laboral, y gestión de recursos humanos.

Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios, el Director del Establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio.

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

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

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

1.1.2.1. Ingreso a los Cargos Diurnos.

Como adelantamos, desde el año 2000, los cargos diurnos tienen su propia regulación. Ello, debido a la dic-

tación de la Ley N° 19.664 que establece normas para profesionales funcionarios de los Servicios de Salud y modificó la antigua ley (que aún sigue vigente en algunos aspectos, según se verá) N° 15.076, ello, porque como lo indica el mismo texto de la nueva ley, la N° 15.076 fue modificada y no derogada (dejada sin efecto).

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

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

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

1.1.2.1.1. Ingreso conforme al proceso descrito en el artículo 8° de la Ley 19.664.

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

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

En este orden de cosas, es el Subsecretario de Redes Asistenciales quien debe, a solicitud de los Servicios de Salud, coordinar a nivel nacional la realización del proceso de selección, debiendo, para estos efectos, adoptar todas las medidas y resoluciones que estime necesarias. De esa manera, establece el Decreto Supremo N° 788 del año 2001 del Ministerio de Salud que los Servicios de Salud deben comunicar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales el número de plazas de contratos de la Etapa de Destinación y Formación que deban ser provistas en el respectivo proceso de selección, indicando las características que deberán tener los cargos respectivos.

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de que los cargos no fueren aceptados después de un tercer llamado en los procesos de selección coordinados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y aquellos que quedaren vacantes con posterioridad al proceso de selección, pueden ser provistos dentro del plazo de 90 días siguientes en un proceso de selección a nivel nacional, efectuado por los respectivos Servicios de Salud.

Ahora bien, desde el punto de vista práctico, una vez convocado el Proceso, los médicos cirujanos podrán presentar todos los antecedentes solicitados en las Bases del Concurso para proveer estos cargos de la Etapa de Destinación y Formación y serán sometidos a evaluación. Luego, una vez aceptada la solicitud, se hará un llamado a viva voz en que, de acuerdo a los respectivos puntajes obtenidos por el profesional, se le dará la opción de tomar o no el cargo ofrecido en algún Servicio de Salud del país. Generalmente el profesional será destinado a algún establecimiento que lo requiera por extrema necesidad y, ello generalmente obedece a aquellos que se encuentran en lugares de difícil desempeño y complejo acceso. Aceptado el cargo, el profesional debe presentarse en el Servicio de Salud al que fue destinado y respecto del cual, voluntariamente, ha aceptado la destinación, el 1° de abril siguiente y, allí se dictarán al efecto, las respectivas resoluciones administrativas de

contratación (se hace presente que los profesionales funcionarios ¡No firman contrato! Como suele pensarse, pues, se rigen por los actos administrativos que dicte su Jefe Superior y por la Ley.

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

De esa manera, estos médicos darán inicio a su carrera funcionaria en la EDF, en donde podrán mantenerse por nueve años; salvo que deseen desde el tercer año de desempeño postular a los concursos que se convoquen para realizar programas de especialización, según se verá más adelante. Se hace presente, desde ya, en todo caso, que la postulación señalada se puede realizar sólo hasta el sexto año de desempeño. Además, se advierte que el médico en este caso, comenzará realizando funciones como médico general.

1.1.2.1.2. Ingreso conforme al proceso descrito en el artículo 9° de la Ley 19.664.

Ahora bien, como una facultad especial contemplada en la Ley, los Directores de los Servicios de Salud estarán facultados para contratar directamente profesionales funcionarios en la Etapa de Destinación y Formación cuando circunstancias fundadas lo justifiquen en razón de necesidades del servicio (lo que hace que esta sea la forma excepcional de contratación) en forma transitoria y por periodos determinados.

Como hemos visto, del artículo 9° de la Ley 19.664, esta forma de contratación es excepcional, porque obedece solamente a las inminentes necesidades de los Servicios de Salud. Lo que ha ocurrido en la práctica, es que esta forma ya no se ve tan especial o excepcional, pues, se ha tornado más recurrente de lo esperado al momento de dictarse la ley, pues, hasta nuestros días, la brecha de profesionales funcionarios en los establecimientos de salud pública no ha sido cubierta.

Estos son cargos a contrata, caracterizados por la transitoriedad o mientras los servicios de los médicos cirujanos sean necesarios y, generalmente duran hasta el 31 de diciembre de cada año, salvo que se disponga una fecha de duración del cargo distinta.

Estos cargos, también serán como médico general, en la primera etapa de la carrera funcionaria y, se ingresa a los mismos por la decisión discrecional y fundada del Director del Servicio.

1.1.3. UNA VEZ INGRESADOS ENTONCES, AL SERVICIO PÚBLICO, SE COMIENZA LA ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN, PERO ¿A QUÉ ES LA EDF?

Esta etapa, conforme reza el artículo 6° de la Ley 19.664, es aquella que se ha de cumplir mediante el desempeño de empleos a contrata y comprende los nueve primeros años de carrera funcionaria, por regla general. Y decimos “regla general”, por cuanto el mismo Legislador ha sido quien se ha preocupado de especificar las excepciones al periodo de duración de la etapa que nos ocupa en este apartado. De esa manera, el inciso 2° del artículo 6° de la ley 19.664 señala que, el Director de cada Servicio de Salud puede autorizar fundadamente la prórroga de los contratos respectivos de aquellos profesionales funcionarios que al noveno año de permanencia en la etapa inicial, aún se encuentren cumpliendo un programa de especialización. Sin embargo, dicha prórroga podrá otorgarse por el plazo máximo de dos años para el sólo efecto de cumplir dicho programa. Además, también la excepción puede verse en el caso de que los profesionales al sexto año de la EDF, pueden

postular a los concursos que se convoquen para ingresar a la Planta Superior del Servicio y al Nivel I de esa segunda etapa de la carrera funcionaria.

Así las cosas, entonces, pertenecen a la EDF, los profesionales que se encuentren en periodo de perfeccionamiento y desarrollo de sus competencias y que sean contratados por los Servicios de Salud para desempeñar preferentemente funciones de carácter asistencial que impliquen atención integral del individuo y la comunidad mediante acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, y manejo de los problemas de salud prevalentes, como de igual modo, para aplicar aquellas competencias y especialidades que adquieren mediante los programas de perfeccionamiento y especialización.

Se habla en este caso de Etapa de Destinación, haciendo referencia, al hecho de que los profesionales funcionarios que ingresan al Servicio Público, pueden, en ciertos casos, y siempre que ellos otorguen su voluntad al respecto, ser enviados a desempeñar sus funciones en zonas del país que requieran de manera urgente la presencia de médicos para paliar las inminentes necesidades en este ámbito y que aquejan a nuestro país, de manera que, puedan contribuir a la resolutiveidad de los establecimientos de la red asistencial, sobretodo, de los sectores más vulnerables y menesterosos.

Por su parte, al referir la ley al concepto de “formación”, debe entenderse que, precisamente—según se verá detalladamente más adelante—a la posibilidad que se brinda a los profesionales funcionarios para desarrollar su formación académica, mediante los programas que se implementan en conformidad a la ley y que ofrece el Ministerio de Salud o los distintos Servicios de Salud del país.

1.1.4. ASPECTOS LABORALES QUE DEBEN CONSIDERARSE EN ESTA EDF.

Al ingresar a la EDF a ejercer cargos de profesional funcionario (no estamos hablando aun de programas de formación), se deben considerar los siguientes aspectos:

a) Los profesionales funcionarios, que cumplan jornadas de 11, 22, 33 o 44 horas semanales en los establecimientos de los Servicios de Salud se regirán por el sistema de remuneraciones que se establecen en los artículos 26 y siguientes de la ley 19.664. De esa manera:

a.1) tendrán derecho a recibir las remuneraciones permanentes y transitorias. Las remuneraciones transitorias serán fijadas y concedidas por el Director del Servicio de Salud correspondiente, dentro de los rangos que establecen las disposiciones pertinentes de esta ley y su reglamento.

a.1.1) Remuneraciones Permanentes:

a.1.1.1) Sueldo Base: retribución pecuniaria de carácter fijo y por periodos iguales, asignada al cargo o empleo y que constituye la única base de cálculo para el goce de las demás remuneraciones.

a.1.1.2) Asignación De Antigüedad: estipendio que se concede por cada 3 años de servicios como profesional funcionario en los Servicios de Salud.

Los profesionales funcionarios percibirán, como reconocimiento a su permanencia en los Servicios de Salud, una asignación de antigüedad que se otorgará por cada tres años de servicios y cuyo monto se determinará aplicando sobre el sueldo base los porcentajes que a continuación se establecen:

- Trienio 1 : 34%
- Trienio 2 : 44%
- Trienio 3 : 47%

- Trienio 4 : 50%
- Trienio 5 : 53%
- Trienio 6 : 56%
- Trienio 7 : 59%
- Trienio 8 : 62%
- Trienio 9 : 64%
- Trienio 10 : 66%
- Trienio 11 : 68%
- Trienio 12 : 70%
- Trienio 13 : 72%

a.1.1.3) Asignación De Experiencia Calificada: estipendio que se otorga en reconocimiento al nivel de calificación técnica y competencia de los profesionales. Los profesionales funcionarios de planta y a contrata que cumplan jornadas diurnas de 11, 22, 33 o 44 horas semanales en los establecimientos de los Servicios de Salud, se registrarán por el sistema de remuneraciones establecido en el párrafo cuarto del Título Primero de la ley N° 19.664, y las remuneraciones permanentes de tales funcionarios estarán integradas por el sueldo base, la asignación de antigüedad, la asignación de reforzamiento profesional diurno y la asignación de experiencia calificada. Esta última asignación constituye una remuneración permanente que se otorga en reconocimiento al nivel de calificación técnica y de competencia de los profesionales.

De acuerdo con las consideraciones citadas, la asignación de experiencia calificada se otorga a los profesionales funcionarios que pertenezcan a la etapa de planta superior, en determinados porcentajes, calculados sobre el sueldo base. Para percibirla en los porcentajes de los niveles inmediatamente superiores al que se ejerce:

- a) los profesionales funcionarios deben permanecer un tiempo mínimo en cada nivel, antes de presentar sus antecedentes para acreditación, y
- b) En los casos de los funcionarios funcionados ubicados en los Niveles II y III, deben existir cupos financieros que permitan pagar la asignación.

En este orden de consideraciones la asignación de experiencia calificada se concede exclusivamente a los profesionales funcionarios que estén ubicados en alguno de los niveles de la Etapa de Planta Superior, accediéndose a dicha planta por la vía del concurso o, excepcionalmente, por la contratación directa, según la facultad que la ley N° 19.664 concede para ello, a los directores de los servicios de salud. (Aplica dictámenes N° 28.613 de 2003, 40.338 de 2004).

De lo expuesto precedentemente, se desprende que el hecho de hallarse un funcionario a contrata asimilado a la “Etapa de Planta Superior”, le confiere el derecho para impetrar el pago de la referida asignación de experiencia. En este sentido, la acreditación a que deben someterse los profesionales funcionarios conforme a los artículos 16 y siguientes de la ley N° 19.664, habilita a esos servidores para optar a un cargo titular de planta en el concurso que se realice para proveer un cargo vacante, pero en ningún caso permite sostener que estos se encuentran impedidos de acceder a dicho beneficio pecuniario, como sostiene el Servicio en su informe.

a.1.1.4) Asignación De Reforzamiento Profesional: estipendio destinado a retribuir el desempeño profesional en jornadas diurnas en los establecimientos de salud.

En tal caso, el profesional que se desempeñe en jornadas diurnas en los servicios de salud, será beneficiario de esta asignación. La asignación de reforzamiento profesional diurno se otorgará a los profesionales funcionarios de las Etapas de Destinación y Formación y de Planta Superior que cumplan funciones en los establecimientos

de los Servicios de Salud. Su monto será equivalente al 23% y al 92%, respectivamente, calculado sobre el sueldo base.

Para los profesionales funcionarios de la Etapa de Destinación y Formación:

i.- A contar del 1 de noviembre de 2007 y hasta el 31 de diciembre de 2008: 20,5%.

ii.- A contar del 1 de enero de 2009: 23,0%.

a.1.2) Asignaciones Transitorias:

Las remuneraciones transitorias serán fijadas y concedidas por el Director del Servicio de Salud correspondiente, dentro de los rangos que establecen las disposiciones pertinentes de esta ley y su reglamento. Corresponden a las asignaciones de responsabilidad, estímulo, Bonificación de desempeño individual y bonificación de desempeño colectivo.

a.1.2.1) Asignación De Responsabilidad: La asignación de responsabilidad corresponderá a los profesionales funcionarios que:

a.1.2.1.1) desempeñen cargos en la Planta de Directivos con alguna de las jornadas referidas en el inciso primero del artículo 1º de esta ley; o

a.1.2.1.2) desempeñen en calidad de planta o a contrata, funciones de dirección, coordinación, supervisión o mando contemplados en el reglamento orgánico de los Servicios de Salud, siempre que las horas dedicadas a dichas funciones sean iguales o superiores a 22 horas semanales, distribuidas de lunes a viernes,

a.1.2.1.3) desempeñen en calidad de planta o a contrata, funciones de dirección, coordinación, supervisión o mando de Servicios Clínicos o Unidades de Apoyo, cualquiera sea la denominación que se dé a estas dependencias en su estructura orgánica aprobada por resolución, siempre que las horas dedicadas a dichas funciones sean iguales o superiores a 22 horas semanales, distribuidas de lunes a viernes. Sólo podrán ejercer estas funciones y acceder a esta asignación, los profesionales funcionarios que hayan sido seleccionados en virtud del concurso interno establecido en el artículo 3º de la ley Nº 19.198 y su reglamento.

La asignación de responsabilidad consistirá en un porcentaje sobre el sueldo base de esos cargos o de las horas dedicadas a las funciones de dirección, coordinación, supervisión o mando. Dicho porcentaje no podrá ser inferior al 10% ni superior al 130%.

El reglamento precisa los rangos de los porcentajes a que ascenderá esta asignación, de acuerdo al grado de complejidad de los establecimientos y a los niveles jerárquicos de los cargos directivos o según la relevancia de las jefaturas funcionales que se establezcan.

El Director de cada Servicio de Salud, mediante resolución fundada, determinará el porcentaje de esta asignación, de acuerdo con las disponibilidades de recursos y las necesidades de los establecimientos bajo su dependencia, dentro de los rangos que establezca el reglamento.

En caso de que corresponda pagar esta asignación por más de un cargo o función, se optará por la de mayor valor.

a.1.2.2) Asignación De Estímulo: La asignación de estímulo podrá otorgarse atendiendo a los siguientes conceptos:

i) Jornadas prioritarias: corresponden al desempeño de funciones en los horarios diurnos que cada Servicio de Salud defina como necesarios para una mejor atención al público usuario, con el objeto de dar cumplimiento

to al programa o plan de trabajo, y para cuya puesta en práctica el establecimiento encuentre dificultades.

Sin perjuicio de las que los Directores de los Servicios de Salud pudieren establecer en uso de sus facultades, se deberán consultar, respecto del conjunto de los Servicios de Salud, a lo menos mil jornadas prioritarias de 22 horas semanales, en horario de tarde, para los profesionales de la Etapa de Planta Superior. Dichas jornadas serán remuneradas con un porcentaje de asignación de estímulo que represente una cantidad de \$125.000 mensuales a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley. Por resolución del Ministerio de Salud, se distribuirán estas jornadas prioritarias de tarde entre los diferentes Servicios de Salud, debiendo tomar en consideración las necesidades planteadas por los mismos.

De acuerdo al Reglamento, la asignación va de un 10% a un 180%. Los Directores de los Servicios de Salud, mediante resolución fundada, y previa consulta a los directores de los establecimientos dependientes, definirán aquellos horarios diurnos necesarios para una mejor atención al público usuario que se calificarán como jornadas prioritarias, ya sea por establecimiento o por unidad de trabajo, con el objeto de dar cumplimiento al programa o plan de trabajo para cuya puesta en práctica encuentren dificultades.

Aquellos profesionales que desempeñen funciones en tales horarios, tendrán derecho a percibir la asignación de estímulo por concepto de jornada prioritaria en un porcentaje entre un 10% y un 180% del sueldo base, la que se pagará por las horas de la jornada semanal que el profesional tenga efectivamente asignadas a la función objeto de este estímulo.

En la resolución mencionada se fijarán el o los porcentajes específicos que se concederán por este concepto, teniendo en cuenta las necesidades de los establecimientos o unidades y la disponibilidad de recursos.

Se podrá destinar a jornadas prioritarias no más del 50% del total de las horas semanales asignadas a cada establecimiento, excluidas las jornadas de 28 horas semanales.

Las jornadas prioritarias a que se refiere el párrafo segundo de la letra a) del artículo 35 de la ley, se remunerarán con un porcentaje equivalente al 59,6047% del sueldo base de una jornada de 22 horas semanales. El referido porcentaje será compatible con el que el profesional pudiere percibir por el desempeño de jornadas prioritarias de las que el Director de Servicio establezca en uso de sus atribuciones, siempre que se cumplan en horas distintas, caso en el cual no podrá excederse del máximo del 180% fijado para la asignación de estímulo.

Estas jornadas prioritarias se desarrollarán entre las 12.00 y las 21.00 horas. Por resolución del Ministerio de Salud, se distribuirán estas jornadas prioritarias de tarde entre los diferentes Servicios de Salud, debiendo tomar en consideración las necesidades planteadas por los mismos.

ii) Competencias profesionales: corresponden a la valoración de un determinado puesto de trabajo sobre la base de la formación, capacitación y especialización o competencias del personal que lo ocupe.

De un 10% a un 180%. Los Directores de los Servicios de Salud, mediante resolución fundada, reconocerán los puestos de trabajo que sea necesario estimular en razón de la formación, capacitación, especialización o competencias que demande su desempeño y fijarán los porcentajes específicos que se otorgarán por el ejercicio de cada uno de ellos, con sujeción a la disponibilidad de recursos.

Se considerarán dentro de este concepto, entre otros, los puestos de trabajo que demanden el ejercicio de especialidades que presenten escasez relativa frente a las necesidades del Servicio de Salud y el desarrollo de proyectos específicos o de jefaturas de programas en determinadas secciones, unidades, servicios, departamentos o establecimientos del Servicio de Salud.

Para estos efectos y previo a la dictación de la resolución fundada, los Directores de Servicio de Salud consultarán a los directores de los establecimientos dependientes sobre sus necesidades en relación a la valoración de los puestos de trabajo indicados, informando éstos en base a parámetros tales como las capacidades, habilita-

des o actividades que consideren necesario estimular. Con la información recabada y considerando las pautas generales que entregará el Ministerio de Salud se elaborará una categorización de los puestos de trabajo que darán origen a la asignación de estímulo por competencias profesionales.

En la fijación de los porcentajes específicos para las causales de concesión así determinadas, los Directores de Servicio velarán porque todos los profesionales que desempeñen las mismas funciones en las unidades de trabajo definidas para su otorgamiento en la resolución respectiva, perciban igual porcentaje de asignación por este concepto.

iii) Condiciones y lugares de trabajo: suponen el desarrollo de actividades en lugares aislados, o que impliquen desplazamientos en lugares de difícil acceso; o que presenten condiciones especiales de desempeño que sea necesario estimular, tales como turnos de llamada en establecimientos de baja complejidad. (Es lo que se otorgaba a los Generales de Zona).

La asignación de estímulo, por la suma de los conceptos señalados en el inciso anterior, consistirá en un porcentaje que no podrá exceder del 180% del sueldo base y se pagará por las horas de la jornada semanal que el profesional tenga efectivamente asignadas a la función objeto de este estímulo.

Mediante resolución fundada del respectivo Director del Servicio de Salud, se establecerán las causales y los porcentajes específicos asignados a cada uno de los conceptos que componen esta asignación, de acuerdo con el reglamento, con las necesidades de los establecimientos de su dependencia y considerando la disponibilidad de recursos.

Esta asignación se otorgará mientras se mantengan las circunstancias que le dieron origen y se pagará como una sola, de acuerdo con los límites señalados en el inciso segundo de este artículo, aun cuando sea otorgada por diferentes conceptos. A los profesionales funcionarios que cumplan comisiones de estudio se les podrá mantener la asignación de estímulo de que estuvieren gozando al momento de disponerse la comisión.

El Director del Servicio de Salud deberá evaluar la mantención de esta asignación, a lo menos cada tres años, atendiendo a la persistencia de las condiciones bajo las cuales se concedió.

De un 10% a un 180%. Los Directores de los Servicios de Salud, mediante resolución fundada, determinarán:

1°.- las actividades que presenten condiciones especiales de desempeño que sea necesario estimular, tales como las que impliquen desplazamiento en lugares de difícil acceso, atenciones domiciliarias o que tengan prohibición legal de ejercicio liberal profesión, profesional funcionario único en respectiva profesión, y otras de semejante naturaleza.

2°.- las actividades que impliquen riesgos para la salud o para la integridad física o psíquica de los profesionales según informe emitido por las Unidades Técnicas especializadas correspondientes, y

3°.- los lugares de desempeño que se consideren aislados o de difícil acceso, pudiendo comprender el desarrollo de actividades en consultorios, sectores rurales, postas rurales, estaciones médico rurales, puestos de socorro, y en lugares con establecimientos de baja complejidad que requieran atención profesional integral permanente de salud.

Previo a la resolución fundada que se dicte al efecto y considerando las pautas generales que imparta el Ministerio de Salud, el Subdirector Médico del Servicio de Salud o quien cumpla esa función cuando dicho cargo no exista en la planta, emitirá un informe técnico donde se categorizarán los lugares aislados, apartados o de difícil acceso con el objeto de determinar los porcentajes específicos que se fijarán para cada uno de ellos.

4°.- Los turnos de llamada y de residencia hospitalaria que deban cumplir los profesionales médicos-cirujanos a que se refiere el artículo 8° de la ley, que se encuentren realizando la Etapa de Destinación y Formación en establecimientos de baja complejidad, en los que no existan cargos 28 horas AP de la ley 15.076.

Los profesionales mencionados anteriormente tendrán derecho al pago de este estímulo en los rangos de porcentajes que se pasan a señalar:

Asignación de turnos de llamada para cada médico-cirujano:

- Entre un 35% y un 105% para cada profesional en aquellos establecimientos que cuenten con dos profesionales médico-cirujanos.
- Entre un 28% y un 84% para cada profesional en aquellos establecimientos que cuenten con tres profesionales médico-cirujanos.
- Entre un 20% y un 60% para cada profesional en aquellos establecimientos que cuenten con cuatro profesionales médico-cirujanos.
- Entre un 15% y un 45% para cada profesional en aquellos establecimientos que cuenten con cinco o más profesionales médico-cirujanos.

a.1.2.3) Asignación por lugar de desempeño Difícil:

Asignación de desempeño en lugares aislados o de desempeño difícil:

SERVICIO DE SALUD	ESTABLECIMIENTO	PORCENTAJE SOBRE SUELDO BASE
ARAUCANÍA NORTE	DSS. ARAUCANÍA NORTE	4,5873%
	HOSP. DE ANGOL	4,5873%
	HOSP. DE VICTORIA	4,5873%
	HOSP. DE TRAIGUÉN	6,0334%
	HOSP. DE COLLIPULLI	6,0334%
	HOSP. DE PURÉN	8,9255%
ARAUCANÍA SUR	HOSP. DE CURACAUTÍN	20,8264%
	HOSP. DE LONQUIMAY	38,0291%
	DSS. ARAUCANÍA SUR	4,5873%
	HOSP. DE TEMUCO	4,5873%
	HOSP. DE NUEVA IMPERIAL	6,0334%
	HOSP. DE VILLARRICA	8,0448%
	HOSP. DE GALVARINO	8,9255%
	HOSP. DE TOLTÉN	13,8288%
	HOSP. DE LAUTARO	6,0334%
	HOSP. DE CUNCO	7,4795%
	HOSP. DE PITRUFQUÉN	6,0334%
	HOSP. DE GORBEA	6,0334%
	HOSP. DE CARAHUE	6,0334%
	HOSP. DE LONCOCHE	8,0448%
	HOSP. DE PUERTO SAAVEDRA	13,8288%
	HOSP. DE VILCÚN	6,0334%

VALDIVIA	DSS. VALDIVIA	4,5873%
	DAP. VALDIVIA	4,5873%
	HOSP. DE VALDIVIA	4,5873%
	HOSP. DE PAILLACO	6,0334%
	HOSP. DE LOS LAGOS	6,0334%
	HOSP. DE LA UNIÓN	6,0334%
	HOSP. DE RÍO BUENO	6,0334%
	HOSP. DE LANCO	6,0334%
	HOSP. DE CORRAL	8,9255%
OSORNO	DSS. OSORNO	4,5873%
	HOSP. DE OSORNO	4,5873%
	HOSP. DE PURRANQUE	7,4795%
	HOSP. DE PUERTO OCTAY	7,4795%
	HOSP. DE RÍO NEGRO	7,4795%
LLANCHIPAL	DSS. LLANQUIHUE-CHILÓ-PALENA	4,5873%
	DAP. LLANQUIHUE-CHILÓ-PALENA	4,5873%
	HOSP. DE PUERTO MONTT	4,5873%
	HOSP. DE CASTRO	16,0893%
	HOSP. DE ANCUD	16,0893%
	HOSP. DE FRESIA	6,0334%
	HOSP. DE CHAITÉN	62,2294%
	HOSP. DE FUTALEUFÚ	62,2294%
	HOSP. DE CALBUCO	16,0893%
	HOSP. DE FRUTILLAR	6,0334%
	HOSP. DE PALENA	62,2294%
	HOSP. DE LLANQUIHUE	6,0334%
	HOSP. DE ACHAO	41,6529%
	HOSP. DE QUELLÓN	23,8017%
	HOSP. DE MAULLÍN	9,9727%
AYSÉN	CONSULTORIO RÍO NEGRO-HORNOPIRÉN	24,4330%
	HOSP. QUEILÉN	27,9238%
	DSS. AYSÉN DEL GRAL. C. IBÁÑEZ DEL C.	52,3569%
	DAP. AYSÉN GR. C. IBÁÑEZ DEL CAMPO	52,3569%
	HOSP. COYHAIQUE	52,3569%
	HOSP. PTO. AYSÉN	52,3569%
	HOSP. CHILE CHICO	62,3296%
	HOSP. DE COCHRANE	86,4302%
	HOSP. DE PUERTO CISNES	86,4302%

MAGALLANES	DSS. MAGALLANES	34,9045%
	HOSP. REG. DR. L. NAVARRO. PTA. ARENAS	34,9045%
	HOSP. DR. M. CHAMORRO I. PTO. NATALES	58,7725%
	HOSP. DR. A. ESSMANN B. PORVENIR	58,7725%

b) Pago de las Horas extraordinarias: de conformidad con lo dispuesto en el artículo 43 de la ley 19.664, los Directores de los Servicios de Salud, podrán ordenar, respecto de los profesionales funcionarios, la ejecución de trabajos extraordinarios a continuación de la jornada diurna ordinaria y nocturna, y en días sábados, domingos y festivos, cuando haya de realizarse tareas impostergables.

Se entiende por horas extraordinarias a las que exceden la jornada ordinaria de cargos de 44 horas de un profesional, y por trabajo extraordinario nocturno, el que se realiza entre las 21:00 horas de un día y las 08:00 horas del día siguiente que no corresponda al sistema de cargos de 28 horas de los establecimientos hospitalarios.

Las horas extraordinarias se compensarán con descanso complementario, el cual será igual al tiempo trabajado, más un aumento del 25%. Los profesionales funcionarios que deban realizar trabajos extraordinarios nocturnos, en días sábados, domingos o festivos, deberán ser compensados con un descanso complementario igual al tiempo trabajado, más un aumento del 50%.

En tal sentido, a modo de ejemplo, si tuve que realizar dos horas extraordinarias en un día ordinario de trabajo, deberé ser compensado en otra ocasión, con un descanso de dos horas más media hora, es decir con dos horas y media de descanso. Ahora bien, si esas dos horas extraordinarias las hice en horario nocturno o un día sábado, domingo o festivo, deben darme un descanso de dos horas más una hora conforme a la norma ya vista, es decir, tres horas.

Ahora bien, señala la ley que, si el hecho de dar el descanso no fuere posible por razones fundadas, se compensará a los profesionales con un aumento de sus remuneraciones ascendente al 25% o al 50% del valor de la hora diaria de trabajo, según si se hicieron las horas extraordinarias en un día ordinario de trabajo o, en un sábado, domingo o festivo respectivamente. Generalmente esto es lo que se presenta en la realidad, pues, ante la falta de profesionales funcionarios en los establecimientos de salud pública y el principio de continuidad de los servicios públicos, se funda no dar el descanso compensatorio.

Para calcular el valor de la hora extraordinaria, se sumarán el sueldo base, la asignación de antigüedad y la asignación de experiencia calificada, cuando corresponda, y se dividirán por ciento noventa.

A modo de ejemplo y, en el caso de que se trate de un médico que recién ingresa a la Etapa de Destinación y Formación, tenemos lo siguiente:

- i.- En la hipótesis de que el médico ingresó en el 2016,
- ii.- Su sueldo base por un cargo de 44 horas semanales, es de \$904.256,
- iii.- No tiene asignación de antigüedad aun, por lo que es \$0,
- iv.- No tiene asignación de experiencia calificada, por lo que es \$0 también,
- v.- En ese entendido, sólo tenemos para la base de cálculo, el sueldo base de \$904.256, el que se divide por 190, lo que da \$4.759. Este es el valor por una hora ordinaria de trabajo, y
- vi.- Usando nuestro ejemplo anterior, suponiendo que el médico haga dos horas extraordinarias en un día

ordinario de trabajo, este recibirá \$4.579 + \$1.144 (25%) + \$4.579 + \$1.144, lo que da un total de \$11.446 por esas dos horas. Ahora, si las dos horas se realizaron en horario nocturno, en día sábado, domingo o festivo, se pagará \$4.579 + 2.290 (50%) + \$4.579 + 2.290, lo que dará un total de \$13.738.

En todo caso, el máximo de horas extraordinarias diurnas, cuyo pago podrá autorizarse, será de 44 horas por profesional al mes. Sólo podrá excederse esta limitación cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto, motivado por fenómenos naturales o calamidades públicas, que hagan imprescindible trabajar mayor número de horas extraordinarias. Debe en todo caso, dictarse una resolución fundada.

Lo que se paga por horas extraordinarias no es imponible.

e) Feriado Legal o Vacaciones: como la ley 19.664: como la ley 19.664 no se ocupa del tema, rige supletoriamente lo dispuesto en la ley 15.076. Esta última dispone en su artículo 22 que, el feriado legal a que tienen derecho los profesionales funcionarios que prestan servicios en entidades afectas al Decreto Ley N° 249, de 1973, se regirá por las disposiciones del Estatuto Administrativo.

Así las cosas, los profesionales funcionarios tendrán derecho a gozar de un feriado legal. Se entiende por el mismo, el descanso al que tiene derecho el funcionario, con el goce de todas las remuneraciones durante el tiempo de duración del mismo.

Esto es lo que comúnmente llamamos “vacaciones” y lo beneficioso de esto es que durante todo el periodo, se siguen percibiendo las remuneraciones correspondientes.

La duración del feriado es la siguiente:

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

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

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

Ahora bien, las vacaciones pueden acumularse de un periodo a otro e, incluso, pueden ser negadas por el empleador. Así las cosas, cuando por necesidades del Servicio un profesional estuviere imposibilitado, total o parcialmente, de hacer uso de su feriado anual, el Jefe correspondiente deberá dejar constancia escrita de este hecho. En tal caso, el profesional tendrá derecho a gozar o completar ese feriado al año siguiente, sin que pueda, nuevamente, negársele esta vez su derecho al feriado ordinario más la acumulación que corresponda, si prefiere efectuar esa acumulación.

Entonces, el funcionario solicitará su feriado indicando la fecha en que hará uso de este derecho, el cual, no podrá en ningún caso ser denegado discrecionalmente (injustamente, sin motivación alguna). Se debe llenar la solicitud de vacaciones y firmadas y autorizadas por el Jefe, pues, de lo contrario—sin estar autorizadas—no corresponde ausentarse del trabajo.

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

Para concluir lo recientemente indicado debemos señalar que el artículo 22 ya visto, señala que el feriado legal a que tienen derecho los profesionales funcionarios que prestan servicios en entidades afectas al Decreto Ley N° 249, de 1973, se regirán por las disposiciones del artículo 97° y siguientes de la ley 18.834, entendiéndose

para los efectos de la contabilización el día sábado como día no hábil. Luego, indica el inciso 2° de dicho artículo 22 de la ley 15.076, que el feriado de los profesionales funcionarios no comprendidos en el inciso anterior se registrará por las disposiciones señaladas en los artículos 23 y siguientes.

En efecto, necesario se hace, por ende, establecer primeramente cuáles son las entidades afectas al Decreto Ley 249, de 1973. Así las cosas, estas son: Secretaría General de Gobierno, el Congreso Nacional, la Secretaría y Administración General del Ministerio del Interior, el Servicio de Gobierno Interior, el Servicio de Correos y Telégrafos, la Dirección de Registro Electoral, la Dirección de Asistencia Social, la Oficina de Presupuestos del Ministerio del Interior, la Oficina de Planificación Nacional, la Superintendencia de Servicios Eléctricos, Gas y Telecomunicaciones, la Secretaría y Administración General del Ministerio de Relaciones Exteriores, la Secretaría Ejecutiva ALALC, la Dirección de Fronteras y Límites, el Instituto Antártico Chileno, el Servicio Exterior (en moneda nacional), la Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción, la Dirección de Industria y Comercio, la Dirección de Turismo, la Comisión Chilena de Energía Nuclear, la Corporación de Magallanes, el Instituto de Recursos Naturales, el Instituto Nacional de Estadística, el Servicio de Cooperación Técnica, el Consejo Regional de Turismo Atacama y Coquimbo, el Consejo Regional de Turismo Aconcagua, Valparaíso y Santiago, el Consejo Regional de Turismo, Chiloé y Aysén, la Junta de Desarrollo Industrial de Bío-Bío, Malleco y Cautín, la Corporación de Desarrollo de Atacama y Coquimbo, la Corporación de Desarrollo de Valparaíso y Aconcagua, la Secretaría y Administración General del Ministerio de Hacienda, la Dirección de Presupuestos, el Servicio de Impuestos Internos, el Servicio de Tesorerías, la Casa de Moneda de Chile, la Superintendencia de Bancos, la Dirección de Aprovisionamiento del Estado, la Superintendencia de Compañías de Seguros, Sociedades Anónimas y Bolsa de Comercio, la Caja Autónoma de Amortización de la Deuda Pública, la Junta de Adelanto de Arica, el Comité Programador de Inversiones de Iquique y Pisagua, el Comité Programador de Inversiones de Valdivia y Osorno, el Comité Programador de Llanquihue, la Secretaría y Administración General del Ministerio de Educación Pública, Dirección de Educación Primaria y Normal, Dirección de Educación Secundaria, Dirección de Educación Profesional, la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, la Superintendencia de Educación, la Oficina de Presupuestos del Ministerio de Educación Pública, el Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas, la Comisión Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas, el Consejo de Rectores, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, la Junta Nacional de Jardines Infantiles, la Sociedad Constructora de Establecimientos Educacionales, el Fondo de Construcciones Escolares, el Consejo Nacional de Televisión, la Secretaría y Administración General del Ministerio de Justicia, el Servicio de Registro Civil e Identificación, el Servicio Médico Legal, el Servicio de Prisiones, la Sindicatura de Quiebras, el Consejo de Defensa del Estado, la Oficina de Presupuestos del Ministerio de Justicia, el Consejo Nacional de Menores, la Caja de Previsión de la Defensa Nacional, la Dirección General de Deportes y Recreación, la Corporación de Construcciones Deportivas, la Secretaría y Administración General del Ministerio de Obras Públicas, la Dirección General de Obras Públicas y Direcciones dependientes, la Secretaría y Administración General de Transportes, la Junta de Aeronáutica Civil, la Dirección General de Aguas, el Instituto Nacional de Hidráulica, Secretaría y Administración del Ministerio de Agricultura, la Oficina de Planificación Agrícola, la Corporación de la Reforma Agraria, el Instituto de Capacitación e Investigaciones en Reforma Agraria, el Instituto de Desarrollo Agropecuario, el Instituto de Fomento Pesquero, el Instituto Forestal, el Servicio Agrícola y Ganadero, la Corporación Nacional Forestal, el Instituto de Desarrollo Indígena, la Secretaría y Administración General del Ministerio de Tierras y Colonización, la Dirección de Tierras y Bienes Nacionales, la Oficina de Presupuestos del Ministerio de Tierras y Colonización, la Corporación de Tierras de Aysén, Subsecretaría del Trabajo, Subsecretaría de Previsión Social, Caja de Previsión de Empleados Particulares, Caja de Previsión de los Carabineros de Chile, Caja de Retiro y Previsión de los Empleados Municipales de la República, Caja de Retiro y Previsión Social de los Obreros Municipales, Caja de Retiro y Previsión Social de los Ferrocarriles del Estado, la Caja Nacional de los Empleados Públicos y Periodistas, el Departamento de Indemnizaciones de Obreros Molineros y Panificadores, la Dirección General de Crédito Prendario y Martillo, el Fondo de Extensión y Educación Sindical, el Instituto Laboral y Desarrollo Social, Servicio Nacional del Empleo,

el Servicio de Seguro Social, la Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional y Sección Tripulantes de Naves y Operarios Marítimos, la Subsecretaría de Salud, Servicio Médico Nacional de Empleados, el Servicio Nacional de Salud, la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, Secretaría y Administración General del Ministerio de Minería, Servicio de Minas del Estado, el Instituto de Investigaciones Geológicas, la Subsecretaría y Dirección General de Planificación y Presupuesto del Ministerio de la Vivienda y Urbanismo, la Corporación de la Vivienda, la Corporación de Mejoramiento Urbano, la Corporación de Obras Urbanas, la Corporación de Servicios Habitacionales, la Caja Central de Ahorros y Préstamos, el Parque Metropolitano de Santiago, el Servicio de Bienestar del Magisterio, el Ministerio de Coordinación Económica, el Consejo Regional de Turismo de Valdivia y Osorno, el Consejo Regional de Turismo de Talca, Curicó, Linares y Maule, la Caja Central de Ahorros y Préstamos, el Consejo de Estado, la Caja de Previsión Social de los Empleados Municipales de Santiago, la Comisión Nacional de la Reforma Administrativa, la Subsecretaría de Pesca, el Servicio Nacional de Pesca, el Comité Asesor Presidencial, la Subsecretaría de Telecomunicaciones y la Secretaría General de la Presidencia.

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

Ahora bien, habitualmente se consulta por estos casos, respecto a médicos adscritos a Servicios de Salud u Hospitales de su red asistencial. En tal circunstancia, debemos indicar que es importante considerar que de acuerdo con lo señalado en el artículo 1° del mencionado decreto ley N° 249, de 1973, el Servicio de Salud constituye una institución afecta a la regulación prevista en este último texto normativo, por cuanto tiene el carácter de continuador legal de los antiguos Servicio Nacional de Salud y Servicio Médico Nacional de Empleados, según prescribe el artículo 16 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

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

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

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

d) Permisos Administrativos con goce de remuneraciones: los Jefes de Servicio están autorizados para conceder al personal de su dependencia, por resolución fundada y cuando circunstancias especiales lo justifiquen, permisos fraccionados o continuos hasta de seis días hábiles cada semestre calendario, con el goce de sueldo y demás remuneraciones de que disfruten.

e) Permisos sin goce de remuneraciones: los empleadores, pueden, además, otorgarlos por motivos particulares hasta dos meses en cada año calendario o seis meses cada tres años; y para trasladarse al extranjero, por el tiempo que se exprese al otorgar el permiso, el cual no podrá exceder de tres años. Sin embargo, si el permiso se otorgare a raíz de la obtención de una beca para estudios especiales, calificados favorablemente por la Jefatura de Servicio correspondiente, se podrá mantener el goce total de la remuneración.

Los profesionales que gocen del beneficio de mantener su remuneración, en el caso descrito precedentemente, y cualquiera que sea el número de permisos que se le otorguen, no podrán percibir durante ellos una remuneración total superior a dos años.

Estos permisos deben concederse por Resolución fundada, que debe solicitarse para cada caso. Mientras esa Resolución no sea dictada ni notificada, no podemos confiar en que el permiso se ha materializado.

f) Horario de Trabajo: como tampoco la ley 19.664 rige de manera expresa este asunto, debemos tener presente ciertos principios básicos que al respecto nos indica la ley 15.076:

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

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

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

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

g) Incompatibilidades: cuando alguna persona asume un cargo público, debe estarse al hecho de que dicho cargo no puede conjugarse con cualquier otro, o tiene ciertas limitaciones para poder asumir nuevos cargos que no puedan conciliarse con el primero que asuman. En general, debe tenerse presente que en una misma institución no podrán desempeñarse personas ligadas entre sí, por matrimonio, por parentesco de consanguinidad hasta el tercer grado inclusive, de afinidad hasta el segundo grado, o adopción, cuando entre ellas se produzca una relación jerárquica. La ley establece además, que si respecto de estos funcionarios con relación jerárquica entre sí se produjera alguno de los vínculos ya indicados, el subalterno deberá ser destinado a otra función en que la relación no se produzca.

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

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

Ahora bien, la designación de un profesional funcionario que desempeñe un cargo en propiedad para ocupar otro incompatible, produce la vacancia del anterior por el sólo ministerio de la ley, a menos de rechazar por escrito el nuevo cargo.

Así las cosas, en la práctica, los cargos diurnos de 11, 22, 33 y 44 horas pueden ser compatibles de la siguiente manera: 11-11/ 11-22/11-33/11-11-11-11/ 22-22/22-28.

Si el funcionario asume un cargo compatible, de manera automática dejará sin efecto su antiguo cargo: por ejemplo si un funcionario del Servicio de Salud del Maule, tiene un cargo de 33 horas y luego asume uno de 44 horas, por el sólo ministerio de la ley, pierde su cargo de 33 horas, sin mayor reclamo.

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

Tampoco la regla del artículo 13 de la ley 15.076, se aplicará a los profesionales funcionarios que sean designados en un cargo a contrata, en calidad de suplentes o reemplazantes, o en cargos en que los nombramientos estén sujetos a plazos legalmente determinados, los cuales podrán retener la propiedad de sus empleos anteriores incompatibles, sin derecho a remuneración.

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

h) Calificaciones: los profesionales funcionarios serán calificados anualmente por sus jefes superiores, lo que se rige principalmente en este caso, por los artículos 18 a 21 de la ley 15.076 y las disposiciones del Decreto Supremo N° 110.

i) Los profesionales funcionarios, podrán hacer uso de licencias médicas por enfermedad y del descanso maternal, por fallecimiento de un familiar, entre otros beneficios similares.

1.1.5. Ya que estamos en la Etapa de Destinación y Formación: ¿Qué implica entonces la Formación?

Uno de los atractivos concretos que pueden observarse al momento de ingresar como profesional funcionarios a los establecimientos de los Servicios de Salud, es la posibilidad de acceder a los cupos y al financiamiento que la misma Administración del Estado ofrece a aquellos que han permanecido o que se comprometan a permanecer en el servicio público.

Ello, porque uno de los procesos más relevantes para los médicos que inician su carrera funcionaria, es su especialización en alguna rama de la medicina. Por supuesto que existe la posibilidad de que el médico pueda financiar por sí mismo algún programa académico de especialización en alguna entidad educacional que ofrezca los cursos y postgrados respectivos. Estos son los que en la jerga común se denominan “autofinanciados”. Sin embargo, para efectos de instruir a los recientemente egresados, nos centraremos solamente en aquellos programas que ofrece el Ministerio de Salud, por medio de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud o las entidades empleadoras correspondientes.

1.1.6. Pero queda distinguir...

Para los efectos que ahora nos ocupan, nos queda distinguir entre aquellos profesionales funcionarios que ya ingresaron a cargos diurnos mediante el artículo 8° de la ley 19.664 de aquellos ingresados por contratación directa del Director de Servicio de Salud, conforme al artículo 9° del mismo texto legal, de aquellos recién egresados que ingresan inmediatamente a un programa de especialización y aquellos que se hayan desempeñado en la Atención Primaria Municipal. Respecto de estos últimos, tendremos un acápite totalmente aparte.

1.1.7. Programas de Formación en General de acuerdo a la Ley

Históricamente—desde el año 1963—el Legislador se preocupó de regular aquellos programas de especialización financiados por las entidades públicas empleadoras y ofrecidos por alguna Universidad Estatal o recono-

cida por el Estado.

Así las cosas, el antiguo artículo 45 de la ley 15.076 establecía que el Servicio Nacional de Salud y las Universidades del Estado o reconocidas por éste, podían otorgar becas destinadas al perfeccionamiento de una especialidad médica, dental, química-farmacéutica o bioquímica, en forma de becas o becas-residencias hospitalarias o de becas de capacitación. Los otros empleadores de los demás servicios públicos podían otorgar becas de perfeccionamiento a sus profesionales funcionarios en la Universidad de Chile y en el Servicio Nacional de Salud, conservándoles el goce de su remuneración en las condiciones que fije el reglamento.

La concesión de estas becas se hacía por concurso, excepto para los médicos generales de la zona cuyos contratos les otorguen derecho a beca. La duración de ellas no podrá ser inferior a uno ni superior a tres años; serán incompatibles mientras dure el período de adiestramiento con cualquier otro trabajo profesional y tendrán el horario que determine el Reglamento. El monto mensual de la beca será una cantidad equivalente a la establecida en el inciso 1º del artículo 9º, el que durante el período de adiestramiento se aumentará con la asignación contemplada en la letra a) del artículo 11º.

Los becarios podían, en calidad de imponentes voluntarios y durante el goce de la beca, efectuar las imposiciones previsionales correspondientes a la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas por un monto igual al sueldo base del grado 5º más la asignación señalada en el inciso anterior y, en caso que el desempeño del becario hubiere sido satisfactorio a juicio de la Universidad de Chile o del Servicio Nacional de Salud, según sea el caso, las Instituciones Empleadoras les reconocerán el tiempo servido para los efectos de los quinquenios.

Sin embargo, con la dictación del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, del año 2001 del Ministerio de Salud que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley 15.076, la ley se actualizó y se modificó, atendiendo primeramente, al hecho de que ya no se habla desde el año 2000 del “médico general de zona” y porque comenzó a presentarse la distinción a la que nos hemos referido en el acápite 1.1.5. de este manual. Por ello, veremos separadamente, en este capítulo, dos grandes grupos de médicos que ingresan a los programas de especialización financiados por la Administración del Estado, a saber: (a) Médicos que ingresaron a la Etapa de Destinación y Formación por el proceso de selección contemplado en el artículo 8º de la ley 19.664; y (b) Médicos que ingresaron a la Etapa de Destinación y Formación por contratación directa de un Director de Servicio de Salud y aquellos que siendo recién egresados, pudieron acceder a una beca (concepto que se verá enseguida).

Ahora bien, antes de ocuparnos de lo señalado en el párrafo anterior, debemos previamente puntualizar que los programas de especialización consisten en un conjunto de actividades curriculares destinadas a la formación de especialistas en las distintas áreas del conocimiento de la profesión médica.

Por su parte, se hace presente que los programas de especialización que ofrezcan los Servicios de Salud o el Ministerio de Salud corresponderán a aquellos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del Sistema Nacional de Salud y el cumplimiento de las políticas de salud, según el estudio realizado por dichas instituciones. En este aspecto, el Ministerio de Salud principalmente, desarrolla metodologías conforme a las cuales se seleccionan aquellos programas que correspondan a los fines públicos y de continuidad del Servicio público, principio que se tiene siempre a la vista al momento de determinar los referidos programas.

Para dar cumplimiento a lo que venimos indicando, los Servicios de Salud celebran convenios docentes asistenciales entre sí, o con Centros Formadores. Pero a este respecto, el Ministerio de Salud, dicta las normas técnicas y administrativas conforme a las cuales los órganos formadores que elaboren los programas y éstos últimos, deberán acreditar que cuentan con capacidad docente y competencia necesaria para otorgar formación en el sector público de salud.

Por último, es importante considerar que los programas no podrán tener una duración inferior a un año ni superior a tres.

1.1.7.1. Acceso a Programas de Especialización de Médicos que ingresaron a la Etapa de Destinación y Formación por el proceso de selección contemplado en el artículo 8° de la ley 19.664.

Preciso es indicar que, la materia que nos ocupa en este acápite, se encuentra regulada por el artículo 10 de la ley 19.664 y artículos 5° y 6° del Decreto Supremo N° 91, de 2001, que aprueba el Reglamento sobre Acceso y Condiciones de Permanencia en Programas de Especialización a que se refiere la ley 19.664.

Estos profesionales funcionarios gozan de igualdad de oportunidades para acceder a los programas que ofrezca el Servicio o el Ministerio de Salud.

Los requisitos generales que establece la ley para estos profesionales funcionarios son:

1°.- Haberse desempeñado previamente, por un lapso no inferior a tres años, en el nivel primario de atención de uno o más Servicios de Salud o en establecimientos de salud municipal. Tratándose de profesionales funcionarios dependientes de los Servicios de Salud, se considerará como desempeño en atención primaria aquel realizado en Hospitales Tipo 3 y 4, consultorios, postas rurales u otras unidades semejantes de igual complejidad de atención. Con todo, respecto de profesionales de Hospitales Tipo 3, el Subdirector Médico del respectivo Servicio de Salud certificará el tiempo durante el cual dichos servidores se hubieren desempeñado en labores de esa naturaleza.

A mayor abundamiento, debemos agregar que, establecimientos de atención primaria de salud, son aquellos de complejidad baja, con una alta cobertura de población y de atención ambulatoria. Se comprenden acá, los consultorios generales urbanos, que son aquellos cuya población asignada no puede llegar hasta los 30.000 habitantes; consultorios generales rurales, esto es, los que atienden localidades que poseen entre 2.000 y 5.000 habitantes, teniendo como límite 20.000 habitantes. Estos consultorios entregan atención ambulatoria en el nivel primario, pero con una dotación menor de recursos. Dependen de un consultorio urbano u hospital Tipo 4. Se comprenden acá, los Centros de Atención Familiar (CESFAM), el Centro Comunitario de Salud Familiar (CCSF), el Centro de Salud Rural (CSR), el Centro de Salud Urbano (CSU), el consultorio de Salud Mental (COSAM), el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), las postas rurales (PR) y las Estaciones Médico Rurales (EMR); establecimientos de salud municipal.

Por su parte, los profesionales funcionarios dependientes de los Servicios de Salud que, si bien, se desempeñan en el nivel secundario, para estos efectos se consideran del nivel primario de atención de salud, siempre que se desempeñen en Hospitales Tipo 3 y 4.

Los Hospitales son aquellos establecimientos destinados a tratar pacientes que han sido derivados desde los establecimientos de atención primaria, o bien, integrados de emergencia. Los Hospitales tipo 3, son aquellos establecimientos de mediana complejidad con menos de cien camas de dotación, ubicados en localidades urbano-rurales de más de 10.000 habitantes con un área de influencia no superior a 30.000 habitantes. Por su parte, un Hospital tipo 4, es aquel establecimiento de baja complejidad con menos de cien camas de dotación, ubicado en localidades urbano-rurales de más de 10.000 habitantes con un área de influencia no superior a 30.000 habitantes.

Por otro lado, se hace presente que, se considerará para el cómputo de los tres años, el tiempo durante el cual el profesional funcionario haya hecho uso de su feriado legal, de licencia médica o maternal, de permisos con goce de remuneraciones para desarrollo de sus competencias y aquellos casos en que, por decisión de la autoridad y por periodos transitorios y determinados, se le encomienden otras actividades relacionadas con la atención primaria.

2°.- Aunque no lo indica la ley, los cargos que deben haber desempeñado en esos tres años previos, son de 11, 22, 33 y 44 horas, porque eso es lo que rige la ley 19.664.

3°.- Cumplir con los requisitos que establezcan las Bases del Proceso de Selección que al efecto, fije el Ministerio o el Servicio de Salud.

1.1.7.1.1. Acceso a Programas de Especialización de Médicos que ingresaron a la Etapa de Destinación y Formación por el proceso de selección contemplado en el artículo 8° de la ley 19.664: COMISIÓN DE SERVICIOS O DE ESTUDIOS.

Conforme a la ley y el Reglamento, los médicos que nos ocupan, se incorporan a los programas de formación mediante comisiones de estudio.

Ahora bien, el término anterior, deriva de lo dispuesto en el artículo 75 del Estatuto Administrativo que dispone que los funcionarios públicos podrán ser designados por el jefe superior de la respectiva institución, en comisión de servicio para el desempeño de funciones ajenas al cargo, en el mismo órgano o servicio público o en otro distinto, tanto en el territorio nacional como en el extranjero. En caso alguno estas comisiones podrán significar el desempeño de funciones de inferior jerarquía a las del cargo, o ajenas a los conocimientos que éste requiere o a la institución. Ahora bien, conforme al artículo 76 del mismo Estatuto, por regla general, los funcionarios no podrán ser designados en comisión de servicio, durante más de tres meses, en cada año calendario, tanto en el territorio nacional como en el extranjero. No obstante, las comisiones podrán ser renovadas por iguales períodos pero no más allá de un año. En casos calificados, por decreto supremo fundado, el Presidente de la República podrá extender el período de las comisiones de servicio hasta un plazo máximo de 2 años. Vencidos estos plazos los funcionarios no podrán ser designados nuevamente en comisión de servicio, hasta que transcurra el plazo mínimo de un año. Sin embargo, excepcionalmente, el límite señalado anteriormente, no será aplicable en el caso de funcionarios designados en comisión de servicio para realizar estudios en el país o en el extranjero hayan sido o no hayan sido beneficiados con una beca. Con todo, dicha comisión no podrá exceder de tres años, a menos que el funcionario estuviere realizando estudios de posgrado conducentes al grado académico de Doctor, caso en el cual podrá extenderse por el plazo necesario para terminar dichos estudios, siempre que el plazo total no exceda de cinco años.

El Jefe superior del servicio sólo podrá disponer estas comisiones, siempre que los estudios se encuentren relacionados con las funciones que deba cumplir la respectiva institución.

De todo lo anterior, vemos el por qué, por ejemplo, la comisión de estudios no puede exceder de tres años, pero lo interesante de este asunto, es que durante tal comisión, el profesional mantiene su calidad de funcionario y teóricamente, una vez concluida su especialización debe retornar al ejercicio del cargo que, en rigor nunca ha perdido, aunque en la práctica, ello no ocurrirá, según se verá.

De esa manera, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° del Decreto Supremo N° 91, de 2001, del Ministerio de Salud, estos profesionales funcionarios se rigen por las normas atinentes a las comisiones de servicios.

1.1.7.1.2. Acceso a Programas de Especialización de Médicos que ingresaron a la Etapa de Destinación y Formación por el proceso de selección contemplado en el artículo 8° de la ley 19.664: RELACIÓN CON LA INSTITUCIÓN FORMADORA.

Estos profesionales funcionarios, en el ámbito docente dependerán de la Facultad de Medicina respectiva o del órgano formador que otorgue la especialización.

1.1.7.1.3. Aspectos Laborales

Al mantener la calidad de profesionales funcionarios, estos médicos, se les hacen aplicables los mismos aspectos laborales señalados en el punto 1.1.4. de este manual.

1.1.7.1.4. Permanencia en el Programa

1.1.7.1.5. Pago de Aranceles y estipendios

Establece la ley y el reglamento que el monto de la beca, será solventado por el respectivo Servicio de Salud o el Ministerio del ramo, según corresponda, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso 2° del artículo 43° de la ley 19.378 (Estatuto APS Municipal), si así lo determina la entidad administradora de salud municipal correspondiente, o con los aportes que para estos efectos hayan sido otorgado por organismos públicos o privados. En ningún caso estos últimos recursos podrán ser asignados por los aportantes a la formación de personas determinadas.

1.1.7.1.6. Dependencia

Los profesionales funcionarios que cumplan un programa de especialización en los establecimientos asistenciales dependientes de los servicios de Salud, cualquiera sea la institución responsable de dichos programas, estarán obligados a acatar las normas y disposiciones que regulan el funcionamiento de tales establecimientos.

El Director del establecimiento asistencial al cual haya sido comisionado el profesional funcionario para el cumplimiento de su programa de especialización, deberá informar al Director del Servicio de Salud de los casos en que no se dé cumplimiento a las normas internas del establecimiento asistencial por parte del profesional.

Indica el artículo 13 del Decreto Supremo N° 91, de 2001, del Ministerio de Salud establece que el incumplimiento de las obligaciones o administrativas que corresponden a los profesionales funcionarios que cumplen programas de especialización, que conste en antecedentes debidamente calificados por la autoridad superior correspondiente, dará lugar para que el Director del Servicio de Salud a cuya dotación pertenezcan ponga término a la comisión de estudio mediante resolución fundada.

1.1.7.1.7. Aspectos Académicos

Las facultades de Medicina, deben informar a los Directores de Servicios de Salud, al término del primer semestre de inicio del programa de especialización, acerca de los profesionales que no demuestren las aptitudes requeridas para continuar el programa, para los fines previstos en el artículo 13 del Reglamento, es decir, poner término la comisión de estudios.

Los informes correspondientes, primero, deben ser comunicados a los profesionales afectados, luego evaluados por comisiones locales docente asistenciales. Tales comisiones, previa audiencia de los profesionales afectados, informarán a la autoridad superior del Servicio, adjuntando todos los antecedentes del caso.

1.1.7.1.8. Lugar de desempeño durante la comisión de estudios y realización de turnos nocturnos

Las actividades asistenciales que, debidamente supervisadas, deba cumplir el profesional en proceso de especialización, se desarrollarán fundamentalmente en el establecimiento asistencial al cual ha sido comisionado, sin perjuicio de las que deba cumplir en otros establecimientos de acuerdo al programa de especialización definido para dicha especialidad.

Sin perjuicio de la jornada contratada, los profesionales deberán cumplir los turnos nocturnos, en sábados, domingos o festivos que deban realizar de acuerdo a la regulación del respectivo programa establecido por la Facultad correspondiente u órgano formador.

1.1.7.1.9. Presentación de licencias médicas durante la especialización: norma especial.

En caso de licencias médicas por enfermedad o maternidad, el profesional que se encuentra en programa de especialización deberá comunicar dicha circunstancia al representante de la Facultad de Medicina, de Odontología o de Ciencias Químicas y Farmacéuticas o del órgano formador que otorgue la especialización, en su caso, y al director del establecimiento asistencial en el que realiza el programa.

La Facultad de Medicina, de Odontología o de Ciencias Químicas y Farmacéuticas o el órgano formador que otorgue la especialización, en su caso, fijará los plazos de recuperación del programa, en acuerdo con el Director del Servicio de Salud a cuya dotación pertenezca el profesional, para que se disponga la prórroga de la comisión de estudios correspondiente.

1.1.7.1.10. Compromiso de desempeño obligatorio

Los profesionales funcionarios ingresados a través del proceso de selección a que se refiere el artículo 8° de la Ley 19.664 y que hayan accedido a algún programa de especialización, tendrán la obligación de desempeñarse en los organismos a que pertenecen por un tiempo similar al de duración de los programas. Para estos efectos, es útil el tiempo que el profesional hubiere permanecido en la Etapa de Destinación y Formación del respectivo Servicio con anterioridad al acceso al programa. Esto obedece a que si el profesional funcionario estuvo tres años, por ejemplo, en el Servicio de Salud de Antofagasta, como médico general, previos a ingresar a la especialización, deberá retornar posteriormente al señalado Servicio, por cuanto, durante la formación se encontraba en comisión de estudio, lo que implica, como ya lo hemos visto, que su cargo siempre se mantuvo. En ese entendido, una vez terminada la beca debe reincorporarse en su cargo por tres años (tiempo similar al de duración de los programas), pero, como se le considera todo el tiempo anterior a la beca, no debería retornar a Antofagasta, según lo expresado anteriormente.

Veamos esta situación, con los siguientes ejemplos:

Ejemplo 1.

- Año de Ingreso a la EDF: 2009
- Año en que puede acceder a programa de formación: 2012
- Año en que efectivamente ingresa a formación: 2012
- Año de egreso del programa: 2015
- Año en que terminaría de cumplir el PAO: 2018

Sin embargo, como el Reglamento (Decreto Supremo N° 91 de 2001), señala que el Periodo Asistencial Obligatorio, en este caso, equivale a un tiempo similar al de duración del programa (que en el ejemplo se deduce que es de 3 años), el primero es de 3 años. Sin embargo, como el profesional funcionario estuvo 3 años en calidad de médico en Etapa de Destinación y Formación, previos a ingresar al programa de formación, nada tiene que devolver, entonces:

- Años previos en calidad de EDF, previos a la formación: 3
- Años de duración del programa: 3
- Años que debe devolver: 3
- Menos años útiles para deducir del tiempo de PAO: - 3
- Años que debe efectuar PAO: 0

Ejemplo 2.

- Año de Ingreso a la EDF: 2010
- Año en que puede acceder a programa de formación: 2013
- Año en que efectivamente ingresa a formación: 2016
- Año de egreso del programa: 2019
- Año en que terminaría de cumplir el PAO: 2022

Sin embargo, como el Reglamento (Decreto Supremo N° 91 de 2001), señala que el Periodo Asistencial Obligatorio, en este caso, equivale a un tiempo similar al de duración del programa (que en el ejemplo se deduce que es de 3 años), el primero es de 3 años. Sin embargo, como el profesional funcionario estuvo 6 años en calidad de médico en Etapa de Destinación y Formación, previos a ingresar al programa de formación, nada tiene que devolver, entonces:

- Años previos en calidad de EDF, previos a la formación: 6
- Años de duración del programa: 3
- Años que debe devolver: 3
- Menos años útiles para deducir del tiempo de PAO: - 6
- Años que debe efectuar PAO: 0

1.1.7.1.11. Incumplimiento del Compromiso de Desempeño Obligatorio

Ahora bien, en caso de que el profesional funcionario no dé cumplimiento a su obligación de desempeño obligatorio puede ser sancionado de la siguiente manera:

1ª.- Debe pagar al Servicio o Subsecretaría de Redes Asistenciales, todos los gastos originados con motivo de la ejecución del programa y aquellos derivados del incumplimiento, todo ello incrementado en un 50%.

2ª. Quedará inhabilitado por seis años para reingresar a la Administración Pública; salvo que, al tercer año de sanción, sea rehabilitado de esta inhabilitación, por medio de la Subsecretaría ya mencionada a lo largo de este manual.

1.1.7.2. Acceso a Programas de Especialización de Médicos que ingresaron a la Etapa de Destinación y Formación por el proceso de selección contemplado en el artículo 9° de la ley 19.664 y Recién Egresados: LOS BECARIOS.

La posibilidad de especialización no sólo se encuentra contemplada para aquellos médicos cirujanos que ingresaron a la EDF por concurso público, sino que, los demás profesionales, que ingresaron por contratación directa de un Director de Servicio y aquellos, a que el Ministerio convoca, siendo recién egresados del pregrado.

Así las cosas, el artículo 11 de la ley 19.664 establece que los demás profesionales funcionarios de la Etapa de Destinación y Formación y aquellos regidos por el Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal podrán acceder a programas de perfeccionamiento o especialización que ofrezcan los Servicios de Salud o el Ministerio, en los términos establecidos en el artículo 43° de la ley N° 15.076.

En ese entendido, el artículo 43° de la ley 15.076 señala que, Los Servicios de Salud y las Universidades del Estado o reconocidas por éste podrán otorgar becas destinadas al perfeccionamiento de una especialidad médica, dental, químico-farmacéutica o bioquímica. Los otros empleadores de los demás Servicios Públicos podrán otorgar becas de perfeccionamiento a sus profesionales funcionarios en la Universidad de Chile o en otra universidad del Estado o reconocida por éste y en los Servicios de Salud, conservándoles el goce de su remuneración en las condiciones que fije el reglamento.

La concesión de estas becas se hará por concurso. La duración de ellas no podrá ser inferior a uno ni superior a tres años; serán incompatibles mientras dure el período de adiestramiento con cualquier empleo o cargo de profesional funcionario en los términos del artículo 13° y tendrán el horario que determine el reglamento. El monto mensual de la beca será una cantidad equivalente al sueldo base mensual por 44 horas semanales de trabajo, el que podrá ser incrementado por el Ministerio de Salud hasta en un 100% para programas de interés nacional, fundado en razones epidemiológicas o de desarrollo de modelos de atención de salud, más los derechos o aranceles que impliquen el costo de la formación.

1.1.7.2.1. Calidad de Becarios

De conformidad a lo dispuesto en el artículo 1° del Decreto Supremo N° 507, de 1990, que establece el Reglamento de Becarios de la ley N° 15.076, en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, se establece que el becario

es el profesional que goza de una beca de especialización o perfeccionamiento, en cumplimiento del programa respectivo, en algún establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud de las Universidades.

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

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

1.1.7.2.2. Dependencia durante el desarrollo de la Beca

Establece el reglamento que, los profesionales que cumplan un programa de perfeccionamiento o especialización en los establecimientos asistenciales dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud, cualquiera sea la institución responsable del desarrollo de dicho programa, estarán obligados a acatar las normas y disposiciones que regulan el funcionamiento de tales establecimientos.

Debe destacarse que, a diferencia de lo que ocurrió en el caso de los comisionados de estudio, aquí estos médicos no forman parte de la dotación de personal del Servicio de Salud al que deberán acercarse una vez terminada la beca.

En todo caso, el becario será dependiente administrativamente del Director del establecimiento al cual haya sido destinado, y en el ámbito docente, de la Facultad de Medicina o de Odontología o de Ciencias Químicas y Farmacéuticas o del órgano formador respectivo, los que supervisarán el cumplimiento del programa, y para cuyo efecto designará un tutor o director de beca para cada uno de los becarios.

Además, el Director del establecimiento asistencial al cual haya sido destinado el becario para el desarrollo de su programa, deberá informar a la Subsecretaría de Salud o al Director de Servicio de Salud correspondiente, de los casos en que no se dé cumplimiento a las normas internas del establecimiento asistencial por parte del becario.

1.1.7.2.3. Aspectos Académicos

El incumplimiento de las obligaciones docentes asistenciales o administrativas que corresponden a los profesionales becarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, que conste en antecedentes calificados debidamente evaluados por la autoridad superior correspondiente, dará lugar a que el Subsecretario de Salud o el Director de Servicio Salud, en su caso, ponga término a la beca mediante resolución fundada.

Del mismo modo, el incumplimiento de sus obligaciones docente-asistenciales o la violación de las regulaciones del funcionamiento administrativo del respectivo establecimiento, por parte de un profesional que cumple una beca o un programa de especialización o perfeccionamiento no patrocinado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, que conste en antecedentes calificados debidamente evaluados por la autoridad superior correspondiente, dará lugar a que se dé por terminada la colaboración de ese centro asistencial en la especialización de dicha persona.

A este respecto, la Facultad de Medicina o de Odontología o de Ciencias Químicas y Farmacéuticas o el órgano formador respectivo, deberá informar a la Subsecretaría de Salud o al Director del Servicio de Salud correspondiente, durante el primer semestre de la beca, acerca del becario que no demuestre las aptitudes requeridas para continuar el programa, para los fines previstos en el inciso segundo del artículo segundo de este reglamento, es decir, poner término a la beca.

1.1.7.2.4. Ingreso—Concurso Público

La selección de los candidatos a becas deberá efectuarse por la Subsecretaría de Salud, o por los Servicios de Salud mediante concurso de acuerdo con las bases de selección que corresponda y las que señalen la Circular del llamado a concurso respectivo, la que tendrá la difusión que se establezca en la convocatoria.

1.1.7.2.5. Aspectos Laborales

a) ¿Por cuántas horas semanales es contratado el becario por el respectivo Servicio de Salud?

En esta etapa, el becario deberá desempeñarse en el establecimiento en que se encuentre, por 44 horas semanales, sin perjuicio de los turnos nocturnos, sábados y festivos que deba cumplir, de acuerdo a las regulaciones de programa. Ahora bien, las actividades asistenciales en la etapa de formación, se desarrollarán fundadamente en el establecimiento asistencial al cual ha sido destinado, sin perjuicio de las que deba cumplir en otros establecimientos, de acuerdo al programa de formación aprobado por dicha especialidad.

b) ¿Puede el becario ejercer cualquier cargo o empleo durante su formación?

El Reglamento de Becarios ha expresado de manera clara, lo cual es muy importante, que la calidad de becario será incompatible, mientras dure el período de formación, con cualquier empleo o cargo de profesional funcionario, en los términos señalados en el artículo 13 de la ley 15.076. Ahora bien, cualquiera que sea la jornada de trabajo que desempeñe el becario, no quedará inhabilitado para el libre ejercicio de la profesión fuera de las horas contratadas.

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

c) El becario tendrá derecho al feriado que corresponde a los profesionales funcionarios afectos a la ley 15.076: esto es, el descanso con el goce de todos los estipendios durante el tiempo de duración del mismo. En este caso, será de 15 días hábiles.

d) Tiene derecho al pago de las asignaciones previsionales, comprendiéndose AFP, Fonasa o ISAPRE, según sea el caso.

e) En caso de licencia médica, por enfermedad o maternidad, tendrá derecho a comunicarlo al Directos de la Facultad de Medicina respectiva y al Director del Servicio que lo ha contratado, con el objeto de que se fije los plazos de recuperación del programa, disponiéndose la prórroga de beca por el tiempo así fijado.

f) Descanso de Maternidad: se ha discutido si los becarios se ven beneficiados por las normas sobre protección a la maternidad. La única referencia que su estatuto señala es que en caso de licencia por maternidad, podrá hacer uso de la misma y luego recuperar el tiempo no realizado en la formación.

A este respecto, El Código del Trabajo, en su Libro II, de la protección de los trabajadores, Título II, trata de la protección a la maternidad, la paternidad y la vida familiar.

El deber de protección de la maternidad, la paternidad y la vida familiar consiste en un conjunto de normas que buscan compatibilizar el trabajo con la vida personal del trabajador.

Con las modificaciones introducidas a la legislación laboral por la Ley N° 20.545, el Código del Trabajo contempla además de la maternidad, como deber de protección del empleador, la paternidad y la vida familiar.

El objeto de este conjunto de nuevas normas introducidas es entregar mayor participación en la función parental al padre trabajador y también, fortalecer y promover la vida familiar a través del otorgamiento de nuevos permisos.

En cuanto a su ámbito de aplicación el Código Trabajo en su artículo 194, establece que todos los empleadores deben cumplir con el deber de protección de la maternidad, la paternidad y la vida familiar, bien sean éstos, servicios de la administración pública, servicios semifiscales, de administración autónoma, de las municipalidades y todos las entidades y establecimientos, cooperativas o empresas industriales, extractivas, agrícolas o comerciales, sean de propiedad fiscal, semifiscal, de administración autónoma o independiente, municipal o particular o perteneciente a una corporación de derecho público o privado.

Dichas normas, en consecuencia, a diferencia de otras reglas del Código del Trabajo, se aplican a los organismos estatales y al caso de las becarias, por cuanto, beneficia a todas las trabajadoras, resultando indiferente si prestan sus servicios en el sector público o privado, abarcando incluso a aquellas que se desempeñan en forma independiente, ya que el único requisito es que se encuentren acogidas a algún sistema previsional.

g) **Pago de estipendios:** debe precisarse que la beca no constituye cargo o empleo, por lo cual, no le son aplicables a los becarios las disposiciones del Estatuto Administrativo, las reglas de la ley 15.076, salvo su artículo 43 y la ley 19.664. Por lo tanto, estos profesionales no se rigen por el Estatuto de los Funcionarios Públicos, careciendo de tal calidad.

Ahora bien, respecto al estipendio que deben recibir los becarios, preciso es señalar que, el artículo 43 de la ley 15.076, señala en su inciso segundo que, el monto mensual de la beca será una cantidad equivalente al sueldo base mensual por 44 horas semanales de trabajo, el que puede ser incrementado por el Ministerio de Salud hasta en un 100% para programas de interés nacional, fundados en razones epidemiológicas o de desarrollo de modelos de atención de salud, más los derechos o aranceles que impliquen el costo de la formación.

Pero, además, corresponde al becario el pago de la asignación contemplada en el artículo 8° quáter de la ley 15.076, que establece una asignación mensual de carácter permanente e imponible sólo para efectos de cotizaciones y pensiones, para los profesionales funcionarios y beneficiarios de becas de perfeccionamiento, ambos regidos por la ley N° 15.076, en la forma que indica.

Como puede advertirse de las normas citadas en los párrafos anteriores, aparece que si bien, los profesionales becarios no son funcionarios públicos mientras mantengan esa calidad, razón por la cual no gozan de los beneficios propios de éstos, el citado artículo 8° quáter les confiere expresamente derecho al referido estipendio, por lo que a aquéllos les corresponde disfrutar de él.

Sin embargo, debe tenerse presente que, una vez terminada la beca, con el certificado respectivo de aprobación, se reconocen los tres años de formación. Según lo dispuesto en el artículo 43 de la ley 15.076, *“El tiempo servido como becario será reconocido por los organismos dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud y por cualquier empleador al cual se aplique la ley N° 15.076, para los efectos del goce de trienios”*. Por su parte, los años trabajados, con anterioridad a la beca, también se reconocen al término de la misma, cuando se contrata por el Servicio de Salud, con el que usted comprometió su retorno y Período Asistencial Obligatorio. Es decir la antigüedad está asegurada en la carrera profesional dado que todo esto es un continuo. Pero, mientras se mantiene en el programa de especialización, no se le pagan trienios, por cuanto, en ese periodo no se tiene calidad de funcionaria público.

1.1.7.2.6. Periodo Asistencial Obligatorio

El término de la beca, implica el compromiso u obligación por parte del becario de efectuar una fase asistencial a continuación del periodo formativo, dejando la calidad de becario, para adquirir la de funcionario. Se debe desempeñar en algún establecimiento perteneciente a la Red Asistencial de algún Servicio de Salud por un lapso igual al doble de la duración de la beca.

Como ya anunciamos, el becario cumplir un Periodo Asistencial Obligatorio del doble de tiempo de duración de la beca. Generalmente, un programa de formación tiene una duración máxima de 3 años, por lo que, en tal caso, el becario, deberá cumplir un compromiso de seis años.

Ahora bien, el artículo 18 del Decreto Supremo N° 91 establece que, solamente respecto de aquellos becarios que estuvieron previamente contratados por algún Servicio de Salud en la Etapa de Destinación y Formación, pueden hacer valer, para estos efectos, el 50% del tiempo de permanencia en dicha etapa del respectivo Servicio de Salud, cumplido con anterioridad al acceso al programa. Esto quiere decir, que, por ejemplo si el becario se encontró previamente a la formación contratado por tres años por el Servicio de Salud de Arica, y luego debe hacer su devolución allá mismo, se le descontará de esta última un año y medio. Si debe devolver en un servicio de salud distinto a aquel en el que se desempeñó previo a la beca, no se puede hacer valer este beneficio.

Además, respecto a este acápite debe tenerse presente que:

a) Certificación de Término de Formación:

Terminado el período de beca la Facultad de Medicina o el órgano formador respectivo otorgará el certificado correspondiente de acuerdo con las normas internas, lo que acreditará el cumplimiento y aprobación del respectivo programa.

b) Facilidades para que el médico pueda finalizar su beca:

Si durante los dos últimos meses de la beca el becario debiera rendir pruebas o exámenes, el Director del establecimiento asistencial otorgará los permisos y facilidades pertinentes.

c) Dónde deberá cumplirse el Periodo Asistencial Obligatorio?

El período de práctica asistencial obligatorio deberá cumplirse en cualquier establecimiento que determine la Subsecretaría de Salud o el Director de Servicio de Salud correspondiente, lo que se señalará a lo menos con seis meses de antelación al término del período de beca. Para este efecto el profesional será contratado por el Servicio de Salud de que se trate o por la entidad administradora de salud municipal, según corresponda.

d) ¿Cuál es la jornada en la que debe ser contratado el profesional que se encuentra cumpliendo el compromiso de asistencia obligatoria?

El reglamento establece que para el efecto del cumplimiento del período asistencial obligatorio a que se refieren los artículos anteriores, el ex becario será contratado con jornada completa. Esta jornada sólo podrá reducirse hasta 22 horas semanales, cuando el interesado asuma otro cargo público. El período de práctica asistencial obligatorio podrá cumplirse por el profesional en calidad de planta o a contrata.

Se hace presente que lo normal, es que en esta etapa el profesional sea contratado en un cargo de 44 horas semanales. Ahora bien, la única forma de que se pueda reducir ese número de horas, es que el médico asuma otro cargo público compatible y el reglamento no especifica en qué, sino que, solamente sea compatible. Por eso, debe observarse la regla del artículo 13 de la ley 15.076 que analizamos más arriba. Por ejemplo, suele ocurrir que los Servicios de Salud determinen que el periodo obligatorio se cumpla en 28 horas semanales y, no porque ese cargo de 28 horas sea asimilable a uno de 22, porque no se indica aquello, sino porque la ley ha permitido que un cargo de 22 horas pueda conciliarse con otro de 28 paralelamente.

Asimismo, por ejemplo, un médico puede rebajar sus horas de periodo asistencial obligatorio a 33 horas, al asumir otro cargo de 11 horas.

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

1.1.7.2.7. Incumplimiento del Periodo Asistencial Obligatorio

De acuerdo a la ley y el Reglamento, el becario y posterior especialista debe cumplir su obligación académica y la de realizar un Periodo Asistencial Obligatorio. En uno u otro caso, si no se da cumplimiento fiel a esos compromisos, por razones imputables al profesional, puede serle aplicable la sanción establecida en el artículo 24 del Decreto Supremo 507, que al efecto dispone que el incumplimiento por parte del becario de cualquiera de sus deberes y con posterioridad del período asistencial obligatorio, lo inhabilitará a postular para ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración del Estado, hasta por un lapso de seis años; sin perjuicio de hacérsele efectiva por la autoridad correspondiente la garantía a que se refiere el artículo 23, administrativamente y sin más trámite.

Para comprender lo de la garantía, el artículo 23 indica que, para garantizar el cumplimiento de las obligaciones, el profesional deberá constituir previamente una garantía consistente en una póliza de seguro, boleta bancaria u otra caución suficiente, a juicio exclusivo de la autoridad superior de la institución que otorgó la beca y en favor de ésta cuyo monto deberá expresarse en unidades reajustables y corresponderá al total de los gastos que se originen con motivo de la ejecución del programa, incluidos los derechos o aranceles del órgano formador y aquellos derivados del incumplimiento, incrementados en un 50%. Para estos efectos, la autoridad superior hará una estimación de los gastos derivados del incumplimiento, los que no podrán exceder de un tercio de los gastos ocasionados con motivo de la ejecución de los programas.

e) Interrupción del Periodo Asistencial Obligatorio:

No deberá haber discontinuidad en el período comprendido entre la iniciación de la beca y el término del período asistencial obligatorio posterior. La interrupción de esta continuidad sólo podrá ser autorizada por el Subsecretario de Salud o por el Director de Servicio de Salud correspondiente, siempre que el interesado acredite razones excepcionales o de fuerza mayor.

Todo ello sin perjuicio de las normas sobre permisos con o sin goce de remuneraciones y del feriado legal.

1.1.7.2.8. Renuncia a la Beca

Si el becario presenta la renuncia a la beca dentro de los 30 días de iniciada, deberá devolver el estipendio recibido como también los gastos en que se hubiere incurrido por concepto de matrículas y aranceles, y sólo podrá optar a otra beca otorgada por las entidades del Sistema Nacional de Servicios de Salud, excepcionalmente, en el concurso siguiente, siempre y cuando invoque un motivo justificado y aceptable para el Subsecretario de Salud o para el respectivo Director de Servicio de Salud, en su caso.

Si la renuncia se presentare con posterioridad a ese período se aplicará lo dispuesto en el artículo precedente, salvo que ésta se fundamente en hechos que dificulten o impidan la prosecución de la beca, y que sean aceptados por el Subsecretario de Salud o por el respectivo Director de Servicio de Salud, caso en el cual se pondrá término a la beca sin sanciones.

1.1.8. SOLICITUD DE TRASLADO DE LUGAR DE DESEMPEÑO DEL COMPROMISO ASISTENCIAL OBLIGATORIO

Como hemos visto, los profesionales que acceden a los programas de formación, deben comprometerse a trabajar en el sistema público por un lapso que ya hemos visto anteriormente.

Ahora bien, el Ministerio de Salud a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales o el respectivo Servicio de Salud es quien determina en dónde deberá desempeñarse el médico correspondiente, de acuerdo a las

brechas de especialistas que existen en los distintos Servicios del país.

Muchas veces, al momento de adquirir el compromiso, los médicos no contemplan problemáticas que podrían hacer imposible que posteriormente se trasladen a otros lugares del país, distintos a su residencia habitual. Ante ello, el artículo 12 de la ley 19.664 y el artículo 20 del Decreto Supremo N° 91, han contemplado la posibilidad de solicitar un Traslado de Periodo asistencial Obligatorio, en los siguientes términos:

1°.- Se deberá presentar una solicitud fundada ante el Director del Servicio de Salud del que dependan, adjuntando toda la documentación de respaldo pertinente, para cumplir su compromiso de desempeño en un servicio de salud distinto;

2°.- Su solicitud deberá fundarse en alguno de los siguientes motivos:

- Razones de salud en la persona del profesional o de familiares directos, fehacientemente acreditadas, cuyos tratamientos requieran del cambio o se vean facilitados por el mismo.
- Situaciones personales relevantes, calificadas por el Director, que obliguen al cambio.
- Cambio en las condiciones de trabajo profesional en el Servicio de Salud por razones ajenas al interesado, debidamente acreditadas.
- Situaciones de carácter socioeconómico o familiares graves que afecten en forma directa al profesional o a su familia directa, comprobadas fehacientemente.

3°.- Se requerirá el acuerdo de los respectivos Directores de Servicios de Salud de origen y de destino, quienes podrán otorgarlo sólo en casos calificados mediante resolución fundada, debiendo el primero remitir al segundo la solicitud y antecedentes recibidos a fin de que se pronuncie primero sobre la misma, a fin de tener su decisión como un antecedente de la resolución que aquel deba dictar.

4°.- El plazo para presentar la solicitud a que se refiere el inciso anterior será de treinta días hábiles contado desde la fecha del hecho en que se funda la solicitud.

5°.- La aceptación de la solicitud deberá ser dada tanto por el Director del Servicio de Salud de origen y como por el de destino, en el orden indicado en el inciso segundo y fundada en el mismo hecho, la que producirá sus efectos a contar de la fecha de la resolución de aceptación que dicte el Servicio de Salud de origen.

Ante este escenario, se hace presente que puede ayudar el hecho de que el médico antes de pedir el traslado, pueda conseguir el apoyo del Director del Servicio en donde quiera desempeñarse realmente, de modo que, pueda existir una negociación concreta entre el servicio de origen y el de destino.

Por su parte, también es recomendable siempre buscar a otro profesional que también desee trasladarse y con quien podrían intercambiar su lugar de desempeño.

Por último se hace presente que en caso de que en dos ocasiones el Servicio de Salud rechace la solicitud, se puede instar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a fin de que medie el cambio deseado.

Es importante, que todas las actuaciones son escritas, por lo que, no se recomienda sólo hacer solicitudes verbales y fuera de toda comprobación.

1.1.9. LA ETAPA DE PLANTA SUPERIOR

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

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

Ahora bien, para ingresar a la planta superior, ha de existir nombramiento en calidad de titular de un cargo de planta, en el NIVEL I, previo concurso público.

Conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.664, la etapa de planta superior está conformada por tres niveles, asociados a la percepción de la asignación de experiencia calificada (que se verá más adelante). Sin perjuicio de lo anterior, debe hacerse presente que si un médico se encuentra en el sexto año de la Etapa de Destinación y Formación (considerando que ésta dura nueve años), puede postular a los concursos que se llamen para proveer cargos de la Etapa de Planta Superior.

Por su parte, una vez que el profesional funcionario se encuentre en la Etapa que nos ocupa, debe someterse a un sistema de acreditación en el o los cargos que sirvan, cada nueve años. Este sistema de acreditación evaluará cualitativa y cuantitativamente los logros alcanzados durante el período por los profesionales funcionarios en el ejercicio de sus funciones, considerando aspectos técnicos, clínicos y organizacionales y comprenderá tanto la superación profesional como el aporte de su gestión a la calidad de los servicios proporcionados a la población usuaria.

1.1.10. MÉDICOS QUE EJERCEN TURNOS DE URGENCIA

Estos son los turnos de 28 horas semanales. La ley establece que, los cargos o contratos de cuatro horas en los servicios de Urgencia o Maternidades y en unidades de cuidado intensivo que deban trabajar los siete días de la semana, se considerarán para su pago y previsión como 28 horas semanales, pero sólo incompatibilizarán con 11 a la semana. Estos cargos tienen la especial condición de que se desempeñan, en horas nocturnas, los días sábado, y festivos, por lo que implican un mayor sacrificio, pero que es de suma importancia su ejercicio para cubrir las necesidades de la salud chilena.

Estos médicos son regidos por las normas de la ley 15.076, que establece que el ingreso de un profesional funcionario a la planta de un Servicio Público como titular deberá hacerse previo concurso, a menos que se trate de un cargo o empleo de la confianza exclusiva de la autoridad facultada para hacer el nombramiento.

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

2. BREVE RESEÑA EN RELACIÓN A PROFESIONALES CUYO VÍNCULO LABORAL SE RIGE POR EL CÓDIGO DEL TRABAJO.

PROFESIONALES CUYO VÍNCULO LABORAL SE RIGE POR EL CÓDIGO DEL TRABAJO

Es importante destacar que, en virtud del principio tutelar o de protección del trabajador, se busca proteger a la parte “más débil” de la relación laboral. De esa manera, tratándose, generalmente, en estos casos de relaciones entregadas a los privados, nuestro Legislador se ha preocupado de otorgar las herramientas para que el trabajador pueda defenderse ante los inminentes abusos que, desde antiguo, se han cometido en su desmedro. Veamos algunos de estas herramientas protectoras y beneficios para los trabajadores de este régimen.

1) Remuneración.

Esta constituye uno de los elementos esenciales del contrato individual de trabajo. Se entiende por remuneración, “la retribución que el empleador entrega al trabajador por la prestación de los servicios en una jornada de trabajo. Es el fruto que recibe por el fruto de su trabajo”.¹

La ley define la remuneración como las contraprestaciones en dinero y demás adicionales en especie que se pueden avaluar en dinero, que percibe el trabajador del empleador por causa del contrato de trabajo.

El Legislador se ha preocupado de salvaguardar este importante elemento, mediante las normas de protección de las remuneraciones. Estos preceptos señalan:

a) **El pago de un sueldo mínimo mensual:** es el monto mínimo establecido por ley, que se dicta anualmente, y que el empleador obligatoriamente debe pagar.

b) **Pago de sobresueldo:** es el pago de las horas extraordinarias, entendiéndose por tales, aquellas en las que el trabajador ha prestado sus servicios, excediendo la jornada laboral pactada o, en su defecto, las 45 horas semanales.

c) **Pago de la semana corrida:** la semana corrida es un beneficio que se otorga a los trabajadores en dos casos:

- Trabajadores remunerados exclusivamente por día; y
- Trabajadores que tienen un sueldo base fijo y, además, reciben pagos variables devengados en forma diaria.

Este beneficio consiste en que los trabajadores tienen derecho a la remuneración en dinero por los días domingo y festivos, a pesar de no haber trabajado esos días.

¹ GUZMÁN ADET, María; LÓPEZ UGARTE, Macarena; AZÓCAR SIMONET, Rodrigo, *El Derecho del Trabajo en 500 Preguntas. La Ley Laboral para PYMES*. 1ª Edición, 2015, p. 36.

d) La remuneración puede fijarse por unidad de tiempo (día, semana, quincena o mes) o por pieza, medida u obra. En ningún caso la unidad de tiempo puede exceder de un mes.

e) Las remuneraciones deben pagarse en día de trabajo, entre lunes y viernes, en el lugar en el que el trabajador preste sus servicios y dentro de la hora siguiente a la terminación de la jornada.

f) Derecho a que se le entregue el comprobante del pago de remuneraciones, con indicación del monto pagado.

2) Existencia del “Deber de Protección” del empleador al trabajador

El Legislador ordena que, el empleador estará obligado a tomar todas las medidas necesarias para proteger eficazmente la vida y salud de los trabajadores, informando de los posibles riesgos y manteniendo las condiciones adecuadas de higiene y seguridad de las faenas, como asimismo los implementos necesarios prevenir accidentes y enfermedades profesionales.

3) Feriado anual o “vacaciones”

Derecho que les corresponde a todos los trabajadores que hayan prestado servicios por lo menos, un año al mismo empleador. En este caso, el feriado anual es de 15 días hábiles (no se cuentan sábados, ni festivos).

4) Feriado Progresivo

El trabajador tiene derecho a días adicionales de feriado cuando cumple 10 años trabajando, de manera que, transcurrido dicho decenio, el trabajador tiene derecho a un día adicional por cada 3 años nuevos trabajados.

Ejemplo:

- Trabajador que trabaja hace 12 años: 15 días háb.
- Trabajador que trabaja 13 años: 16 días háb.
- Trabajador que trabaja 16 años: 17 días háb.
- Etc...

En general, en estos casos, los beneficios se pactan por las partes, quienes pueden señalar otros beneficios o deberes al trabajador, siempre se protejan y sigan las limitaciones legales respecto a este tema.

3. EJERCICIO PROFESIONAL EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL: LEY 19.378, QUE ESTABLECE ESTATUTO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL

Respecto de los funcionarios que prestan sus servicios en la atención primaria de salud municipal, se rigen principalmente por la Ley 19.378, que Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Es este cuerpo legal, se regula el régimen laboral, condiciones de ingreso, carrera funcionaria, deberes y derechos de los trabajadores, etc. El contenido de las normas, no difiere sustancialmente a lo dispuesto en el Estatuto Administrativo. En caso de existir falta de regulación específica, se aplican de forma supletoria las disposiciones del Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.

1. DE LA CARRERA FUNCIONARIA

La carrera funcionaria es el conjunto de disposiciones, y principios que regulan la promoción, la mantención y el desarrollo de cada funcionario en su respectiva categoría.

Debe garantizar la igualdad de oportunidades para el ingreso y el acceso a la capacitación, la objetividad de las calificación es y la estabilidad en el empleo, reconocer la experiencia el perfeccionamiento y el mérito funcionario.

La ley establece que los funcionarios de atención primaria de salud municipal podrán ser contratados bajo las siguientes modalidades:

1. Contrato a plazo fijo: Son los funcionarios contratados para realizar tareas por períodos iguales o inferiores a un año calendario.
2. Contrato indefinido: Son aquellos funcionarios que ingresan previo concurso público de antecedentes, de acuerdo con las normas de éste Estatuto, cuyas bases serán aprobadas por el Concejo Municipal y será convocado por el alcalde respectivo
3. Vía permuta, si tiene contrato indefinido como titular en otra Municipalidad, y siempre que el nuevo Municipio lo apruebe.

En cuanto a la jornada ordinaria de trabajo será de cuarenta y cuatro horas semanales. Se distribuirá de lunes a viernes, en horario diurno y continuo, comprendido entre las 08 y 20 horas, con tope de 9 horas diarias.

Esta distribución no será aplicable a aquellos funcionarios cuya jornada ordinaria y normal de trabajo, por la naturaleza de los servicios que prestan, deba cumplirse fuera de los horarios precitados, sujetándose, a dichos efectos, a la modalidad de distribución que hubieren pactado en sus respectivos contratos. No obstante, podrá contratarse personal con una jornada parcial de trabajo, de acuerdo con los requerimientos de la entidad administradora, en cuyo caso la remuneración será proporcional a la jornada contratada, la que no podrá ser inferior a veintidós horas semanales.

El horario de trabajo se adecuará a las necesidades de funcionamiento de los establecimientos y acciones de atención primaria de salud. No obstante, cuando por razones extraordinarias de funcionamiento se requiera el servicio de personal fuera de los límites horarios, fijados en la jornada ordinaria de trabajo, se podrá proceder

al pago de horas extraordinarias. El personal contratado con jornada parcial no podrá desempeñar estas horas extraordinarias, salvo que, el establecimiento no cuente con funcionarios con jornadas ordinarias, o no estén en condiciones de trabajar fuera del horario establecido.

Respecto de las remuneraciones, el Sueldo Base, es la retribución pecuniaria de carácter fijo y por períodos iguales, que cada funcionario tendrá derecho a percibir conforme al nivel y categoría funcionaria en que esté clasificado o asimilado, y que se encuentra señalada en el respectivo contrato.

La remuneración se reajusta en la misma oportunidad y porcentaje en que se reajusten las remuneraciones del sector público en diciembre de cada año.

Constituyen la remuneración:

El Sueldo Base, que es la retribución pecuniaria de carácter fijo y por períodos iguales, que cada funcionario tendrá derecho a percibir conforme al nivel y categoría funcionaria en que esté clasificado o asimilado de acuerdo con el Título II de esta ley y que se encuentre señalado en el respectivo contrato.			
La Asignación de Atención Primaria Municipal, que es un incremento del 100% del sueldo base a que tiene derecho el funcionario por el solo hecho de integrar una dotación.			
Las demás asignaciones, que constituyen los incrementos a que se tiene derecho en consideración a la naturaleza de las funciones o acciones de atención primaria de salud a desarrollar, a las peculiares características del establecimiento en que se labora y a la evaluación del desempeño funcionario. Estas son: la asignación por responsabilidad directiva; la asignación por desempeño en condiciones difíciles; la asignación de zona y la asignación de mérito.			
Asignación de Zona	Asignación por Responsabilidad Directiva	Asignación por Desempeño en Condiciones Difíciles	Asignación de mérito
Es un porcentaje del sueldo base, equivalente, en cada caso, al establecido para los funcionarios del sector público según el lugar en que ejecuten sus acciones de atención primaria de salud.	El director de un consultorio municipal de atención primaria tendrá derecho a una asignación de responsabilidad directiva, de un 10% a un 30% de la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondientes a su categoría funcionaria.	Para el caso de los funcionarios que laboren en establecimientos calificados de desempeño difícil por decreto del Ministerio de Salud, por la que tendrán derecho a un porcentaje determinado por el mismo Ministerio (cada 3 años) respecto de sueldo base y la asignación de atención primaria municipal, en relación con una jornada de cuarenta y cuatro horas semanales.	Para funcionarios cuyo desempeño sea evaluado como positivo obtendrán una asignación anual de mérito. La finalidad de la asignación es mejorar la calidad de los servicios de estos establecimientos. Para estos efectos, se entenderá como funcionarios con evaluación positiva a aquellos cuyo puntaje de calificación se encuentre dentro del 35% mejor evaluado en cada categoría de la dotación del respectivo establecimiento, otorgándose un porcentaje según el tramo (11% mejor calificado, bono de hasta 35% del sueldo base mínimo; 11% del tramo siguiente, obtendrá una bonificación de hasta el 20% del sueldo base mínimo; tramo inferior, conformado por el 13% restante, obtendrá hasta el 10% de dicho sueldo base mínimo)

2. EL TÉRMINO DE LA RELACIÓN LABORAL

Los funcionarios de una dotación municipal de salud dejarán de pertenecer a ella solamente por las siguientes causales:

- Renuncia Voluntaria, la que debe ser presentada con 30 de días de anticipación a la fecha en que surtirá efecto.
- Falta de Probidad, Conducta Inmoral o Incumplimiento Grave de las Obligaciones Funcionarias, establecidos fehacientemente por medio de un sumario administrativo.
- Vencimiento del Plazo del Contrato
- Obtención de Jubilación, Pensión o Renta Vitalicia en un régimen previsional
- Fallecimiento
- Calificación en Lista de Eliminación o en su caso en lista condicional por dos periodos consecutivos o tres acumulados
- Salud Irrecuperable o Incompatible con el ejercicio del cargo.
- Estar Inhabilitado para el ejercicio de funciones en cargos públicos o hallarse condenado por crimen o simple delito, con sentencia ejecutoriada.
- Disminución o Modificación de la Dotación. En este caso se contempla una indemnización de 1 mes por año de servicio, con un tope de 11 años, para personal con Contrato Indefinido.

4. EJERCICIO MÉDICO EN EL MARCO DEL ESTATUTO ADMINISTRATIVO: *DECRETO CON FUERZA DE LEY N° 29 DE 2004, QUE FIJA EL TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DE LA LEY N° 18.834, SOBRE ESTATUTO ADMINISTRATIVO*

I. LAS OBLIGACIONES FUNCIONARIAS

Conforme al Estatuto Administrativo, los funcionarios públicos son titulares de una serie de derechos, del mismo modo deben dar cumplimiento a una serie de deberes, todos regulados en el Estatuto Administrativo, y complementados en algunas leyes especiales.

En el ámbito de los derechos, es la Autoridad la que está obligada a cumplir con ellos y respetarlos frente al funcionario. Respecto de las obligaciones, es el funcionario quien debe cumplir cabalmente con éstas, ya sea frente a la Administración, otros funcionarios o usuarios del respectivo servicio. En caso de incumplir el cumplimiento de sus obligaciones, surge la responsabilidad administrativa.

Las obligaciones funcionarias se encuentran reguladas en el Título III del Estatuto administrativo. Serán obligaciones de cada funcionario:

OBLIGACIONES FUNCIONARIAS: ARTÍCULO 61

1. Desempeñar personalmente las funciones del cargo en forma regular y continua, sin perjuicio de las normas sobre delegación

El funcionario es contratado en atención a sus cualidades y capacidades personales, por lo que debe realizar sus labores por sí mismo.

Que se desempeñe de forma regular y continua implica que no puede ausentarse o no asistir al servicio de forma injustificada.

Sin perjuicio de lo anterior, es permitida la delegación de las funciones, realizada de forma parcial (materias específicas), y realizarse en funcionarios de la dependencia del delegante. Esta delegación debe ser publicada o notificada según corresponda. En esta figura, quien delega tiene responsabilidad por la negligencia en el cumplimiento de sus obligaciones de dirección o fiscalización.

2. Orientar el desarrollo de sus funciones al cumplimiento de los objetivos de la institución y a la mejor prestación de los servicios que a ésta correspondan.

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

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

La jornada de trabajo se encuentra regulada en el artículo 61 y siguientes del Estatuto Administrativo, donde se regula de forma general su extensión y distribución, sin perjuicio de la existencia de leyes especiales para el trabajo médico (REF)

La jornada se relaciona íntimamente con la remuneración, por cuanto se tiene derecho a ésta respecto del tiempo efectivamente trabajado. El trabajador percibirá su remuneración sin haber trabajado efectivamente solamente en caso de tener licencia médica, tratarse de día feriado (con excepciones para el trabajo médico) o tener permiso con goce de remuneraciones. En el mismo sentido, se descontará de forma proporcional los atrasos.

En caso de que el funcionario presente atrasos o inasistencias injustificadas, se sancionará con la destitución, previa investigación sumaria.

5. Cumplir las destinaciones y las comisiones de servicio que disponga la autoridad competente;

Las autoridades están facultadas para destinar a los funcionarios de su dependencia a cualquier unidad u oficina de la institución, siempre que se trate de funciones propias del cargo que ocupan y de igual jerarquía, aunque tal decisión pueda ser revisada por la Contraloría General de la República. La destinación solo procede respecto del personal de planta, siendo improcedente respecto del personal a contrata.

La comisión de servicio constituye una obligación del empleado mediante la cual se desempeñan funciones ajenas al cargo, la que no puede significar el desempeño de funciones de inferior jerarquía a las del cargo, ajenas a los conocimientos que este requiere o al servicio público, ni bajo la dependencia de otro de inferior jerarquía.

El no cumplimiento de las nuevas funciones puede dar origen a la responsabilidad administrativa que se hará efectiva mediante el correspondiente sumario administrativo.

6. Obedecer las órdenes impartidas por el superior jerárquico

El funcionario público tiene el deber de realizar las labores que les encomiende el superior jerárquico. En caso de no hacerlo, podrá ser objeto de notas de demérito o de medidas disciplinarias.

Por su parte, el artículo 62 del Estatuto Administrativo consagra el deber de obediencia reflexiva, esto es, el caso del funcionario que estimare que una orden es ilegal, debe representarla por escrito y si el superior reitera las órdenes en igual forma, el funcionario deberá cumplirlas, quedando exento de toda responsabilidad, la cual recaerá por entero en el superior que las hubiere insistido. Copia de la comunicación como de la reiteración deben ser enviadas al Jefe superior en el plazo de cinco días desde la última fecha de las comunicaciones.

7. Observar estrictamente el principio de probidad administrativa, que implica una conducta funcionaria moralmente intachable y una entrega honesta y leal al desempeño de su cargo, con preeminencia del interés público sobre el privado;

Toda persona que preste servicios para la Administración del Estado está obligada a dar pleno cumplimiento a este principio fundamental.

Observar una conducta funcionaria intachable implica que las actuaciones de los servidores públicos deben adecuarse completamente a los deberes que les fija la ley y constituir un testimonio de ética pública ante la comunidad.

El desempeñar honesta y lealmente la función o cargo significa rectitud en el obrar y una lealtad de carácter impersonal con la función que se debe desempeñar.

Finalmente, se debe dar preeminencia al interés general sobre el particular, lo que implica que el funcionario debe tomar en cuenta para sus decisiones y actuaciones el conjunto de intereses de la comunidad, sin dar lugar a privilegios.

8. Guardar secreto en los asuntos que revistan el carácter de reservados en virtud de la ley, del reglamento, de su naturaleza o por instrucciones especiales;

9. Observar una vida social acorde con la dignidad del cargo

Esto significa que la calidad de servidor público no sólo obliga al correcto desempeño de las actividades propias del respectivo empleo y de aquellas a que se accede en virtud de tal calidad, sino que también afecta al comportamiento privado que pudiere significar, entre otras consecuencias, desprestigio del servicio o faltar a la lealtad debida a sus jefaturas, a sus compañeros y a la comunidad.

Se refiere a la conducta privada que afecta o trasciende la vida social y compromete el prestigio del servicio.

10. Proporcionar con fidelidad y precisión los datos que la institución le requiera relativos a situaciones personales o de familia, cuando ello sea de interés para la Administración, debiendo ésta guardar debida reserva de los mismos;

El requerimiento de información debe estar vinculado con objetivo del servicio. Se realiza para dar cumplimiento al principio de probidad y transparencia, a fin de evitar la existencia de conflictos de interés, como lo sería el celebrar actos con estas personas, o al ingresar algún familiar al mismo servicio, evitando que queden en calidad de subalternos.

11. Denunciar ante el Ministerio Público o ante la policía si no hubiere fiscalía en el lugar en que el funcionario presta servicios, con la debida prontitud, los crímenes o simples delitos y a la autoridad competente los hechos de carácter irregular, especialmente de aquéllos que contravienen el principio de probidad administrativa regulado por la ley N° 18.575.

Corresponde al Ministerio Público investigar y perseguir la responsabilidad penal de las conductas anómalas tipificadas por el Código Penal y otras leyes anexas.

Corresponden a la superioridad del servicio arbitrar las medidas destinadas a poner en conocimiento del Ministerio Público o ante la policía en su caso, los crímenes o simples delitos y a la autoridad competente los hechos de carácter irregular.

En el caso de que los hechos investigados y acreditados en un sumario administrativo pudieren importar la perpetración de delitos, el informe o vista fiscal deberá contener la petición de que se remitan los antecedentes a la justicia ordinaria.

12. Rendir fianza cuando en razón de su cargo tenga la administración y custodia de fondos o bienes, de conformidad con la Ley Orgánica Constitucional de la Contraloría General de la República;

Es obligación de todo empleado a que, en razón de sus funciones, se le ha entregado la recaudación, administración o custodia de fondos o bienes del Estado, que componen el patrimonio del servicio, la de rendir caución para asegurar el correcto cumplimiento de sus deberes y obligaciones, sea que se desempeñe en calidad de titular, suplente o subrogante. Para hacer efectiva la caución basta que se haya producido un menoscabo al patrimonio estatal.

13. Justificarse ante el superior jerárquico de los cargos que se le formulen con publicidad, dentro del plazo que éste le fije, atendidas las circunstancias del caso.

Frente a las críticas o cargos formulados en contra de la conducta funcionaria de un empleado público, éste tiene la obligación de justificarse ante su superior, quien, juzgando la naturaleza de los cargos y especialmente si comprometen el prestigio de la administración, debe ordenar que los descargos y justificaciones se publiquen en el mismo órgano de publicidad en que se formularon.

II. DE LAS PROHIBICIONES E INHABILIDADES

DE LAS PROHIBICIONES

El funcionario estará afecto a las siguientes prohibiciones:

- a) Ejercer facultades, atribuciones o representación de las que no esté legalmente investido, o no le hayan sido delegadas;
- b) Intervenir, en razón de sus funciones, en asuntos en que tengan interés él, su cónyuge, sus parientes consanguíneos hasta el tercer grado inclusive o por afinidad hasta el segundo grado, y las personas ligadas a él por adopción;
- c) Actuar en juicio ejerciendo acciones civiles en contra de los intereses del Estado o de las instituciones que de él formen parte, salvo que se trate de un derecho que atañe directamente al funcionario, a su cónyuge o a sus parientes hasta el tercer grado de consanguinidad o por afinidad hasta el segundo grado y las personas ligadas a él por adopción;
- d) Intervenir ante los tribunales de justicia como parte, testigo o perito, respecto de hechos de que hubiere tomado conocimiento en el ejercicio de sus funciones, o declarar en juicio en que tenga interés el Estado o sus organismos, sin previa comunicación a su superior jerárquico;
- e) Someter a tramitación innecesaria o dilación los asuntos entregados a su conocimiento o resolución, o exigir para estos efectos documentos o requisitos no establecidos en las disposiciones vigentes;
- f) Solicitar, hacerse prometer o aceptar donativos, ventajas o privilegios de cualquier naturaleza para sí o para terceros;

- g) Ejecutar actividades, ocupar tiempo de la jornada de trabajo o utilizar personal, material o información reservada o confidencial del organismo para fines ajenos a los institucionales;
- h) Realizar cualquier actividad política dentro de la Administración del Estado o usar su autoridad, cargo o bienes de la institución para fines ajenos a sus funciones;
- i) Organizar o pertenecer a sindicatos en el ámbito de la Administración del Estado; dirigir, promover o participar en huelgas, interrupción o paralización de actividades, totales o parciales, en la retención indebida de personas o bienes, y en otros actos que perturben el normal funcionamiento de los órganos de la Administración del Estado;
- j) Atentar contra los bienes de la institución, cometer actos que produzcan la destrucción de materiales, instrumentos o productos de trabajo o disminuyan su valor o causen su deterioro;
- k) Incitar a destruir, inutilizar o interrumpir instalaciones públicas o privadas, o participar en hechos que las dañen;
- l) Realizar cualquier acto atentatorio a la dignidad de los demás funcionarios. Se considerará como una acción de este tipo el acoso sexual, entendido según los términos del artículo 2º, inciso segundo, del Código del Trabajo, y la discriminación arbitraria, según la define el artículo 2º de la ley que establece medidas contra la discriminación, y
- m) Realizar todo acto calificado como acoso laboral en los términos que dispone el inciso segundo del artículo 2º del Código del Trabajo.

DE LAS INCOMPATIBILIDADES

En una misma institución no podrán desempeñarse personas ligadas entre sí por matrimonio, por parentesco de consanguinidad hasta el tercer grado inclusive, de afinidad hasta el segundo grado, o adopción, cuando entre ellas se produzca relación jerárquica.

Si respecto de funcionarios con relación jerárquica entre sí, se produjera alguno de los vínculos que se indican en el inciso anterior, el subalterno deberá ser destinado a otra función en que esa relación no se produzca.

Todos los empleos a que se refiere del Estatuto Administrativo son incompatibles entre sí. Lo serán también con todo otro empleo o toda otra función que se preste al Estado, aun cuando los empleados o funcionarios de que se trate se encuentren regidos por normas distintas de las contenidas en este Estatuto.

Se incluyen en esta incompatibilidad las funciones o cargos de elección popular. Sin embargo, puede un empleado ser nombrado para un empleo incompatible, en cuyo caso, si asumiere el nuevo empleo, cesará por el solo ministerio de la ley en el cargo anterior.

Todo lo anterior será aplicable a los cargos de jornada parcial en los casos que, en conjunto, excedan de cuarenta y cuatro horas semanales.

El desempeño de los cargos regidos por el Estatuto Administrativo serán compatibles con:

- a) Cargos docentes de hasta un máximo de doce horas semanales;
- b) Ejercicio de funciones a honorarios, siempre que se efectúen fuera de la jornada ordinaria de trabajo;
- c) Ejercicio de un máximo de dos cargos de miembro de consejos o juntas directivas de organismos estatales;
- d) Con la calidad de subrogante, suplente o a contrata;
- e) Con los cargos que tengan la calidad de exclusiva confianza y con aquellos cuyo nombramiento sea por plazos legalmente determinados.
- f) Con los cargos de directivos superiores de los establecimientos de educación superior del Estado, entendiéndose por tales los que señalan los estatutos orgánicos de cada uno de ellos.

Artículo 88.- La compatibilidad de remuneraciones no libera al funcionario de las obligaciones propias de su cargo, debiendo prolongar su jornada para compensar las horas que no haya podido trabajar por causa del desempeño de los empleos compatibles.

En los casos de las letras d), e) y f) del artículo anterior, no se aplicará lo dispuesto en el inciso precedente, y los funcionarios conservarán la propiedad del cargo o empleo de que sean titulares.

Tratándose de los nombramientos a que se refieren las dos últimas letras del artículo anterior, el funcionario, al asumir el cargo, deberá optar entre las remuneraciones propias de éste y las del empleo cuya propiedad conserva.

La remuneración en el caso de nombramiento a contrata será exclusivamente la del empleo que desempeñe a contrata, y en el evento de la subrogación o suplencia, será sólo la del empleo que desempeñe en esta calidad, cuando proceda conforme a los artículos 4º y 82 y siempre que la remuneración sea superior a la que le corresponde en su cargo como titular.

Los nombramientos en calidad de suplente o a contrata que se efectúen en otra institución, requerirán que el funcionario cuente con la aprobación del jefe superior de la institución en la cual ocupa un cargo como titular.

III. DERECHOS DE LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS

Derechos de la carrera funcionaria	a) <u>Derecho a la estabilidad en el empleo</u> Artículo 89: “Todo funcionario tiene derecho a gozar de estabilidad en el empleo (...)”. Este derecho abarca: - Derecho al cargo: Es la facultad que asiste a un funcionario público para ejercer legalmente su empleo, en tanto no medie alguna causa legal de cesación de funciones. - Derecho a la función: a los funcionarios públicos no puede ordenárseles el desempeño de funciones que no sean propias del cargo que ejercen, salvo disposición de ley que así lo permita. Las funciones propias del cargo derivan del nombre del empleo que se ocupa, y consta del decreto o resolución de nombramiento. El derecho a la función admite modalidades de desempeño (destinación y el cometido funcionario) y una causal de alteración de dicha función (comisión de servicio), todos regulados en los artículos 73 y siguientes del Estatuto Administrativo.
	b) <u>Derecho al ascenso</u> Artículo 89.- Todo funcionario tendrá derecho a gozar de estabilidad en el empleo y a ascender en el respectivo escalafón, salvo los cargos de exclusiva confianza.
	c) <u>Derecho a la defensa</u> El artículo 90 del Estatuto Administrativo permite que sea la propia Institución la que persiga la responsabilidad civil o criminal e quienes atenten contra la vida, la salud o injurien o calumnien al funcionario con motivo del desempeño de sus funciones.
	d) <u>Derecho a permutar los cargos de planta</u> Los funcionarios tendrán derecho a solicitar la permuta de sus cargos, siempre que no sean de exclusiva confianza. La permuta consistirá en el cambio voluntario de sus respectivos cargos entre dos funcionarios titulares de igual grado de la respectiva planta, siempre que posean los requisitos legales y reglamentarios para ocupar los respectivos empleos, y la aceptación de las autoridades facultadas para hacer los nombramientos.
	e) <u>Derecho a ejercer libremente cualquier profesión, industria u oficio en la medida que no interfiera con sus deberes estatutarios</u> La Constitución Política de la República asegura “el derecho a desarrollar cualquiera actividad económica que no sea contraria a la moral, al orden público o a la seguridad nacional, respetando las normas legales que la regulen”. En virtud de esta norma, está permitida la realización de otra actividad por el funcionario, siempre que se realice fuera de la jornada de trabajo y con recursos privados siendo incompatibles con la función pública, aquellas que tengan que llevarse a cabo en horarios que coincidan total o parcialmente con la jornada laboral asignada.

**Derechos de
la seguridad
social**
f) Los feriados legales

Derecho al descanso que tiene el funcionario con goce de todas las remuneraciones, durante el tiempo y condiciones que señalan el Estatuto Administrativo.

No constituye un derecho absoluto, pues se sujeta a la autorización o concesión discrecional del jefe superior. Pero igual se resguarda al funcionario con la posibilidad de acumular el período total o parcial no concedido al año siguiente.

Es un derecho irrenunciable

Será de 15 días hábiles (de lunes a sábado) por año calendario para los funcionarios con menos de 15 años de servicio; aumentará a 20 días hábiles para los funcionarios con antigüedad entre 15 y 20 años; y de 25 días hábiles para funcionarios con más de 20 años de servicio.

g) Permisos

Es la ausencia transitoria de la institución por parte del funcionario en los casos y condiciones que se señalan en el Estatuto Administrativo.

Se conceden o deniegan discrecionalmente por el Jefe superior de la institución. La denegación debe ser fundada. Debe autorizarse antes de ausentarse en las funciones. Se utilizan por días o por medios días. No pueden fraccionarse por horas. Serán de hasta 6 días en el año calendario, con goce de remuneraciones.

También están los permisos sin goce de remuneraciones, por motivos particulares hasta por 6 meses en cada año calendario, o para permanecer en el extranjero hasta por 2 años. Este último límite no aplicará para funcionarios que obtuvieron becas según la legislación vigente.

h) Licencias médicas

Derecho que tiene el funcionario de ausentarse o reducir su jornada de trabajo durante un determinado lapso, con el fin de atender al restablecimiento de su salud, en cumplimiento de una prescripción profesional certificada por un médico cirujano, cirujano dentista o matrona, según corresponda, autorizada por el competente Servicio de Salud o Institución de Salud Previsional, en su caso. Durante su vigencia el funcionario continuará gozando del total de sus remuneraciones.

Deben ser autorizadas por el jefe superior. El rechazo de una licencia autoriza a descontar los días no trabajados, pero constituye prueba cierta de la enfermedad y un principio de justificación de las ausencias para los efectos disciplinarios. Los fraudes en el uso de licencias originan sumario administrativo.

i) Licencia maternal

Los funcionarios tendrán derecho a las asignaciones familiares y maternales, de conformidad a la legislación vigente. Se rige para todos los trabajadores, del sector público o privado, por las normas contenidas en el Código del Trabajo.

Derechos de
naturaleza
económica
económica

j) Derecho a ocupar casa habitación del servicio

Es un derecho cuando la naturaleza de las funciones del funcionario sea la mantención o vigilancia permanente del recinto y esté obligado a vivir en él.

En los demás casos, cualquier funcionario que no sea él o su cónyuge propietario de vivienda en la localidad que presta sus servicios, puede solicitar –habiéndose disponibilidad- asignación de vivienda fiscal, debiendo pagar un canon de arrendamiento del 10% del sueldo base asignado al cargo. Este derecho no corresponderá al funcionario que sea propietario de una vivienda en la localidad en que presta sus servicios.

k) Derecho a percibir remuneraciones

Derecho que tiene el funcionario a percibir por sus servicios as remuneraciones y demás asignaciones adicionales que establezca la ley, en forma regular y completa. Estas se devengarán desde el día en que el funcionario asuma en su cargo. Se pagarán por mensualidades iguales y vencidas.

Las remuneraciones serán embargables hasta el 50%, por resolución judicial de juicio de alimentos. También serán embargables a requerimiento del Fisco o de la institución a que pertenezca, para hacer efectiva la responsabilidad del funcionario por los actos que realizó en contravención a sus obligaciones funcionarias.

l) Derechos de Seguridad Social

Derechos regulados en los artículos 114 a 118 del Estatuto Administrativo:

- En caso de que un funcionario fallezca, el cónyuge o conviviente civil sobreviviente, los hijos o los padres, en el orden señalado, tendrán derecho a percibir la remuneración que a éste correspondiere, hasta el último día del mes en que ocurriere el deceso.

- El funcionario que se accidentare en actos de servicio o se enfermare a consecuencia o con ocasión del desempeño de sus funciones tendrá derecho a obtener la asistencia médica correspondiente hasta su total recuperación.

Se entenderá por accidente en acto de servicio toda lesión que el funcionario sufra a causa o con ocasión del trabajo, que le produzca la muerte o la incapacidad para el desempeño de sus labores, según dictamen de la Comisión Médica de Medicina Preventiva e Invalidez del Servicio de Salud correspondiente.

Se entenderá por enfermedad producida a consecuencia del desempeño de las funciones aquella que, según dictamen de la Comisión Médica de Medicina Preventiva e Invalidez del servicio de Salud que corresponda, tenga como causa directa el ejercicio de las funciones propias del empleo. Su existencia se comprobará con la sola exhibición de este dictamen.

Las prestaciones por accidentes en actos de servicio y enfermedades profesionales de todos los trabajadores chilenos, sean del sector público o del privado, son las previstas en la Ley N° 16.744; que “Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales”.

IV. LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

En materia de responsabilidad en el ejercicio de las funciones, pueden derivar distintos tipos de responsabilidad.

A.- Responsabilidad civil o pecuniaria.- La que emana de una conducta que causa daño patrimonial. Dicha responsabilidad lleva la obligación de resarcir el daño o perjuicio, a través de la correspondiente indemnización. Por regla general, se solicita a la justicia ordinaria, pero en el caso de funcionarios públicos, puede hacerse efectiva, además en el juicio de cuenta y orden de reintegro.

- Responsabilidad Civil: se origina cuando un funcionario público, ejerciendo una función pública, incurre en una acción u omisión dolosa o culposa que produce un daño al patrimonio de la Administración del Estado o de un particular.
- Juicio de Cuenta: se origina cuando la Contraloría General de la República, en el ejercicio de su función de Control Administrativo y Financiero, formula reparos respecto de la rendición de cuentas fiscales.

B.- Responsabilidad administrativa.- La que se origina en una infracción cometida por el funcionario público a los deberes, prohibiciones y/o incompatibilidades que le afectan en dicha calidad. La sanción se ve concretada en la aplicación de una medida disciplinaria. El procedimiento para imponer la sanción es el sumario administrativo.

C.- Responsabilidad Penal.- Se origina cuando la conducta del funcionario público, en el ejercicio de sus funciones, lleva a cabo actos u omisiones constitutivos de un delito.

En determinadas circunstancias, un mismo hecho o acto puede originar estos tres tipos de responsabilidad. No obstante lo anterior, la circunstancia de que de un mismo acto o hecho puedan originarse tres clases de responsabilidad, no significa que, en particular, la responsabilidad administrativa esté supeditada o condicionada a la concurrencia de las otras, por cuanto el principio general en esta materia reconocido por la ley es la independencia de las responsabilidades. En consecuencia, la condena, el sobreseimiento o la absolución judicial, no excluyen la posibilidad de aplicar al funcionario una medida disciplinaria en razón de los mismos hechos.

V. PROCEDIMIENTOS PARA HACER EFECTIVA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

Existen dos medios para hacer efectiva la responsabilidad administrativa: el sumario administrativo y la investigación sumaria.

La instrucción de un Sumario Administrativo o de una Investigación Sumaria, dependerá de lo que disponga la ley. Si la ley no señala nada, será la Autoridad, según la gravedad de los antecedentes y de los hechos a investigar, la que determinará cuál de ellos procede. La investigación sumaria, a diferencia del sumario administrativo, está reservada, en general, a la investigación de hechos de menor gravedad.

a) DE LA INVESTIGACIÓN SUMARIA

La investigación sumaria se ordena cuando la naturaleza de los hechos a investigar reviste menor gravedad o importancia. Según el Estatuto Administrativo, el procedimiento debe ser breve, concentrado, fundamentalmente verbal y de lo actuado se levantará un acta general que firmarán los declarantes.

Se exige llevarlo foliado en letras y números, es decir, ordenar cada hoja que forma parte del expediente en forma cronológica, asignándole su anotación correspondiente en letras y números, y lo conforman todas las declaraciones, actuaciones y diligencias. Toda actuación debe llevar la firma del investigador.

La investigación es realizada por un investigador, quien indaga los hechos, para finalmente proponer sanciones al funcionario(s) involucrado(s) o el sobreseimiento (se desiste de la investigación por no ameritarse la imposición de sanción).

ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN SUMARIA

ETAPA DE INVESTIGACIÓN O ETAPA INDAGATORIA

La investigación de los hechos debe realizarse en el plazo de 5 días, contados desde la notificación del Investigador, no pudiendo prorrogarse. Dicho plazo está establecido sólo para la conclusión de esta etapa. Agotadas las diligencias investigativas, el Investigador deberá decretar el cierre de la investigación y sobreseer o formular cargos en un plazo que no está fijado en la ley, pero que deberá ser prudencialmente breve. Si se solicitare prórroga, deberá continuar como sumario administrativo y elevarse en calidad de tal. La investigación se elevará también a sumario, si se constata que los hechos revisten una mayor gravedad.

Según lo dispuesto en el Estatuto Administrativo, la duración máxima de esta etapa es de 5 días hábiles y no contempla la posibilidad de prórroga, por lo tanto, si durante ese lapso no se da término a las diligencias indagatorias, debe elevarse el proceso a sumario administrativo, a través de una resolución de la misma autoridad que ordenó instruir la investigación.

Los funcionarios citados a declarar tienen la obligación de fijar domicilio en el radio urbano donde el investigador ejerce sus funciones.

El investigador tiene amplias facultades, por lo que los funcionarios están obligados a colaborar con él.

ETAPA ACUSATORIA

Vencido el plazo para realizar la investigación, el investigador la declarará cerrada y deberá formular los cargos o solicitar el sobreseimiento. Si durante el período indagatorio se ha comprobado la existencia de responsabilidad administrativa por parte de algún funcionario, no procede que se le sobre sea, sino que se le formule/n cargo/s y que éste/os le sea/n notificados, con el objeto de garantizar su derecho a una legítima defensa, y posteriormente los autos deben ser elevados a la autoridad competente para su decisión”.

Si el investigador propone el sobreseimiento, debe remitir los antecedentes a la autoridad que dispuso la instrucción del proceso para que lo apruebe o rechace. En caso de rechazar el cierre sin cargos, debe ordenar se eleve la investigación a la calidad de sumario administrativo.

Si el investigador formula cargos, debe notificarlos al inculpado, quien debe responder a ello, es decir, formular sus descargos, dentro del plazo de 2 días, contado desde la fecha de notificación. Si solicitare rendir prueba, el investigador le concederá un plazo que no exceda de 3 días.

“Las notificaciones que se realicen en el proceso deberán hacerse personalmente. Si el funcionario no fuere habido por dos días consecutivos en su domicilio o lugar de trabajo, se le notificará por carta certificada, dejando constancia en el expediente de las búsquedas fallidas y acompañando el comprobante de envío de la carta.

ETAPA INFORMATIVA A LA AUTORIDAD

Formulado los descargos, o bien vencido el plazo para contestarlos o el período de prueba, si se hubiere solicitado éste, el investigador debe emitir dentro de 2 días un Informe o Vista, en el cual se contendrá la relación de los hechos, los fundamentos y conclusiones a que se hubiere llegado y propondrá la absolución o sanción que a su juicio corresponda aplicar.

ETAPA RESOLUTIVA Y DE RECURSOS

Emitido el informe del investigador, éste debe remitir los antecedentes a la autoridad que dispuso la instrucción del proceso, para que, en el plazo de 2 días, dicte una resolución absolviendo al inculpado o aplicando la medida disciplinaria que estime pertinente. No obstante, la autoridad podrá ordenar la realización de nuevas diligencias o la corrección de vicios de procedimiento.

Entre las medidas disciplinarias a aplicar en la investigación sumaria, se encuentran la Censura, la Multa y la Suspensión del empleo. La Destitución sólo puede aplicarse en el caso del artículo 72 inciso final del Estatuto Administrativo, esto es, por atrasos y ausencias reiteradas sin causa justificada.

b) SUMARIO ADMINISTRATIVO

En un sentido estricto, el sumario constituye simplemente un proceso, o sea, es el conjunto de actuaciones formales a cargo de un instructor, denominado Fiscal, que está destinado a establecer la efectividad de los hechos materia del mismo y a determinar la participación que los funcionarios pueden haber tenido en ellos y

a precisar, cuando corresponda, la consiguiente responsabilidad.

En un sentido más amplio, constituye una verdadera institución jurídica, porque interesa de tal manera al derecho, que la ha reconocido y consagrado como una verdadera garantía, no sólo para la Administración del Estado en cuanto a poder hacer efectiva la responsabilidad de los funcionarios que actúen al margen de la legalidad, sino también para ellos mismos, puesto que les asegura que su responsabilidad, en caso que se origine, se perseguirá con arreglo a derecho y con las más amplias seguridades de defensa en un proceso justo.

CARACTERÍSTICAS
El sumario administrativo debe constar por escrito. Debe consignarse en esa forma cada una de sus actuaciones, sin que tenga validez alguna la que no cumpla con ese requisito. Las constancias de las actuaciones efectuadas por escrito, deben agregarse unas a otras
La reserva es de la esencia del sumario administrativo, lo que implica que su contenido es secreto hasta la conclusión. Una vez iniciada la etapa acusatoria, este secreto es relativo, ya que se pone en conocimiento de los funcionarios afectados y/o de sus abogados.
Entre los funcionarios que tienen intervención en el sumario administrativo, pueden figurar: - El fiscal o instructor del sumario: funcionario público del mismo servicio en que trabaja el inculpado, de igual o superior jerarquía que él, que está encargado de la realización del sumario, la investigación. - El actuario: funcionario público de cualquier institución de la Administración del Estado, regido por el Estatuto Administrativo, quien tendrá la calidad de Ministro de Fe y estará encargado de certificar todas las actuaciones del sumario. - Los eventuales afectados. - El resolutor.
Se debe tener presente que los funcionarios públicos, en general, quedan sujetos a una relación de subordinación respecto del instructor para los efectos de proporcionar información o antecedentes necesarios para la investigación. Por otra parte, se debe señalar que no es posible obtener coercitivamente la colaboración de un particular, quienes sólo pueden concurrir voluntariamente.

ETAPAS DEL SUMARIO ADMINISTRATIVO

INSTRUCCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y CONSTITUCIÓN DE LA FISCALÍA

El jefe superior de servicio, mediante una resolución exenta, dispone la instrucción del sumario administrativo. Así mismo, se designa como persona a cargo del procedimiento al Fiscal, quien será un funcionario de igual o mayor grado de jerarquía que el/los funcionario(s) involucrado(s) en los hechos.

El nombramiento como fiscal constituye legalmente una comisión de servicio para el funcionario designado. El fiscal puede aceptar o no la designación.

En caso de aceptar, el fiscal debe proceder a designar a un actuario, el que deberá ser notificado y aceptar el nombramiento.

El fiscal, al tomar declaraciones a funcionarios en la calidad de inculcados, deberá citarlos bajo la advertencia de que dentro del segundo día podrá formular recusación o impugnancias que procedan en contra del Fiscal o del Actuario, las cuales deberán ser resueltas, en el plazo de dos días, por el Fiscal si éstas afectan al actuario o por la autoridad que nombró al Fiscal si es él el implicado o recusado.

Estas causales son: Tener el Fiscal o actuario interés directo o indirecto en los hechos que se investigan; tener amistad íntima o enemistad manifiesta con cualquiera de los inculcados, y tener parentesco de consanguinidad hasta el tercer grado y de afinidad hasta el segundo, inclusive, o de adopción con alguno de los inculcados.

INDAGATORIA

Es la parte del sumario que tiene por finalidad averiguar la efectividad de los hechos investigados y comprobar el real grado de participación que pudiese corresponderle en ellos a los funcionarios que aparecen comprometidos. El Fiscal debe realizar todas las diligencias legalmente procedentes para establecer los hechos y las eventuales responsabilidades. Se inicia con la resolución que ordena instruir el sumario y termina, por regla general, con la resolución que lo declara cerrado. Esta etapa debe cumplirse en el plazo de 20 días hábiles, sin perjuicio de su prórroga hasta por 60 días en total, en casos debidamente calificados de acuerdo a lo establecido en el respectivo estatuto administrativo.

Se agregan físicamente al expediente sumarial documentos públicos o privados, cuando éstos sean conducentes a la finalidad de la investigación. Por ejemplo, los registros contables o las copias de parte pertinente de ellos.

Recibir pruebas testimoniales, sean declaraciones de funcionarios públicos (quienes están obligados a prestarla) o de particulares (cuando concurren voluntariamente), confesiones (declaración que presta un funcionario relativa a hechos en que participó), ratificaciones (declaración destinada a confirmar una denuncia o una declaración anterior de la misma persona).

Estas declaraciones deben cumplir con ciertos requisitos mínimos que señala la ley, como son, firma del declarante y del funcionario que la recibe, indicación del lugar, fecha y hora en que se toma, individualización del declarante. Si el declarante se negare a firmar su testimonio, debe consignarse expresamente esa circunstancia, sin perjuicio de las medidas de apremio que puedan afectarle al funcionario público. Las declaraciones deben consignarse en un lenguaje directo, breve y resumido, salvo que el sumariado exija que ella sea transcrita literalmente.

Además, el Fiscal puede solicitar informes de peritos, que son personas o entidades que poseen una determinada especialidad en una ciencia o arte y que pueden servir al Fiscal para la determinación de los hechos o el grado de participación en los mismos.

Durante el período de tramitación del sumario administrativo y antes de la “vista fiscal”, podrá adoptar las siguientes medidas especiales de carácter preventivas: Suspender de sus funciones a inculcado; o destinar transitoriamente a otro cargo dentro de la misma institución y ciudad.

Resolución que declara cerrado el sumario, dando por terminada la etapa indagatoria del mismo. Se dicta cuando se llega a la conclusión, después de examinar el expediente, que la investigación se encuentra terminada. Sin embargo, también puede producirse cuando los antecedentes acumulados en la etapa indagatoria, demuestren con certeza que no existe responsabilidad en relación a los hechos investigados.

ACUSATORIA Y DE DEFENSA

Es aquella parte del sumario en la cual, agotada la investigación, se representa, formalmente, la conducta del funcionario que constituye la infracción administrativa, mediante la formulación de cargos respectivos y se reciben las defensas o alegaciones del inculpado, contenidas en su escrito de descargos, para evacuar, posteriormente un informe denominado vista fiscal.

Formulación de cargos, que constituye la representación formal de la conducta del funcionario público para configurar la infracción de carácter administrativo. Debe materializarse en una descripción objetiva de la conducta, deben ser precisos y determinados y basarse en los antecedentes que consten del sumario. La notificación de los cargos debe hacerse personalmente o por carta certificada dirigida al Servicio o Repartición en que el funcionario se desempeña o al domicilio particular que éste tenga registrado en los mismos cuando se trate de goce de licencia, feriado, permiso o se encuentre suspendido de sus funciones.

Los descargos están configurados por las alegaciones o defensas que efectúa el funcionario afectado con el objeto de desvirtuar o atenuar la gravedad de la conducta que se le representa. Deben ser presentados en el plazo de 5 días, salvo que éste fuere prorrogado a solicitud del o los inculpados, no pudiendo, en cualquier caso, exceder de 10 días. El plazo es de días hábiles, es decir, de lunes a viernes. El afectado puede acompañar a sus descargos todos los antecedentes que estime convenientes en apoyo de su defensa.

Además, puede solicitar diligencias probatorias, para lo cual podrá solicitar la apertura de un período probatorio y de proceder, éste no puede durar más de veinte días. El Fiscal sólo está obligado a acoger aquellas pruebas ofrecidas que sean conducentes al esclarecimiento de los hechos y siempre que se realicen en el más breve plazo. Sin perjuicio de lo anterior, el Fiscal puede disponer de oficio y como medida para mejor resolver, la práctica de determinadas diligencias.

Vencido el plazo para presentar los descargos, con o sin respuesta del afectado; realizadas las diligencias solicitadas que se hayan estimado procedentes; realizadas las dispuestas por el Fiscal, como medidas para mejor resolver y transcurrido el período probatorio, si así se dispuso, se pone término a la etapa acusatoria con una Vista Fiscal o Dictamen. Este instrumento debe ser evacuado en el plazo de 5 días.

La vista fiscal consta de tres partes que pueden identificarse como:

EXPOSITIVA.- Contiene la relación de hechos, la reseña de cargos y descargos, consignadas en forma breve, sin reproducir antecedentes del proceso, bastando su ubicación, con indicación de las fojas o fojas si procediere;

CONSIDERATIVA.- Contiene los fundamentos de hecho y de derecho que sirven de base a la determinación del objeto del sumario y de las responsabilidades eventuales;

DISPOSITIVA.- Contiene un resumen de los hechos que es posible dar por establecidos con las pruebas del proceso, la mención de los funcionarios que participaron en los mismos y las medidas sugeridas para hacer efectivas las responsabilidades consiguientes. Además y, para los efectos de la responsabilidad administrativa, deben indicarse las circunstancias que la pueden agravar o atenuar, cuando ello proceda.

RESOLUTIVA

Está conformada por aquella fase del sumario destinada a recepcionar por la Autoridad Superior el expediente del proceso con el objeto que dicte la resolución que, a su juicio, corresponda de acuerdo al mérito del mismo, debiendo tener presente que ningún funcionario podrá ser sancionado por hechos que no han sido materia de cargos.

Esta etapa se traduce en la emisión de una resolución formal, que se expide cuando el sumario está en estado de resolverse, la cual puede aprobar o modificar la Vista Fiscal.

Excepcionalmente, la autoridad correspondiente podrá ordenar la realización de nuevas diligencias cuando estime que ellas son necesarias para completar la investigación en aspectos que estime procedentes y que le impidan formarse una convicción profunda de los hechos y de las eventuales responsabilidades de los inculcados o respecto de hechos que no se encuentren debidamente investigados. De la misma manera, podrá ordenar la corrección de vicios de procedimiento en que haya incurrido el Fiscal durante la tramitación y que pudieran afectar la legalidad de la resolución final.

En ambos casos fijará un plazo para cumplir con lo resuelto y si de las nuevas diligencias realizadas, resultaren nuevos cargos en contra del o los inculcados, éstos se notificarán quienes tendrán un plazo de tres días para hacer observaciones.

IMPUGNATORIA

La resolución señalada debe notificarse a los afectados, los cuales pueden formular, dentro del plazo de cinco días, los siguientes recursos:

- a.- De reposición, ante la misma autoridad que la hubiere dictado;
- b.- De apelación ante el superior jerárquico de quien impuso la medida disciplinaria. Este recurso sólo se puede interponer en subsidio de la solicitud de reposición y para el caso que ésta no sea acogida.

Estos recursos deben ser fundados y deben resolverse dentro del plazo de cinco días, mediante la emisión del acto administrativo correspondiente.

VI. MEDIDAS DISCIPLINARIAS

En el evento de instruir un proceso sumarial, el Estatuto Administrativo contempla, en su artículo 121 y siguientes, la existencia de cuatro medidas disciplinarias:

1. Censura:

Consiste en la represión por escrito que se hace al funcionario, de la cual se debe dejar constancia en su hoja de vida, a través de una anotación de demérito de dos puntos en el factor de calificación correspondiente.

La nota de demérito es aquel acto administrativo por el cual se deja constancia de cualquier acción u omisión del funcionario que impliquen una conducta o desempeño reprochable, es decir, que contradigan las normas disciplinarias y éticas, o afecten al patrimonio o funcionamiento de la Institución.

1. Multa:

Consiste en la privación de un porcentaje de la remuneración mensual, la que no puede ser inferior a un cinco por ciento ni superior a un veinte por ciento de ésta.

De la aplicación de la multa se debe dejar constancia en la hoja de vida del funcionario, mediante una anotación de demérito en el factor de calificación correspondiente, de acuerdo a la siguiente escala:

- a) si la multa no excede del diez por ciento de la remuneración mensual, la anotación será de dos puntos;
- b) si la multa es superior al diez por ciento y no excede del quince por ciento de la remuneración mensual, la anotación será de tres puntos, y
- c) si la multa es superior al quince por ciento de la remuneración mensual, la anotación será de cuatro puntos.

Se debe tener presente que la multa constituye una medida disciplinaria que se aplica por una sola vez sobre la remuneración del funcionario, de manera que ésta no puede consistir en un porcentaje de la remuneración de dos o más meses.

2. Suspensión:

Consiste en la privación temporal del empleo (entre 30 días y 3 meses) con goce de un cincuenta a un setenta por ciento de las remuneraciones y sin poder hacer uso de los derechos y prerrogativas inherentes al cargo.

De esta medida disciplinaria se debe dejar constancia en la hoja de vida del funcionario, mediante una anotación de demérito de seis puntos en el factor correspondiente.

3. Destitución:

Corresponde a la decisión de la autoridad facultada para hacer el nombramiento, de poner término a los servicios de un funcionario. Esta medida disciplinaria, a diferencia de las anteriores, es de aplicación restringida o reglada, es decir, sólo puede ser aplicada en los casos en que expresamente se autoriza por la ley, los cuales corresponden a las siguientes conductas:

- Cuando los hechos constitutivos de la infracción vulneren gravemente el principio de probidad admi-

nistrativa. El deber de observar este principio consiste en mantener una conducta funcionaria exenta de todo reproche y un desempeño que privilegie la satisfacción del interés público por sobre el interés privado, incluso en las actuaciones realizadas fuera del ejercicio de la función, cuando se pueda comprometer la imagen o la gestión del órgano público.

- Ausentarse de la institución por más de tres días consecutivos, sin causa justificada;
- Infringir las disposiciones de las letras i), j) y k) del artículo 84 del estatuto, relativo a las prohibiciones funcionarias;
- Condena por crimen o simple delito, y
- En los demás casos contemplados en el estatuto administrativo o en leyes especiales.

Se debe tener presente que la aplicación de cualquiera de las medidas disciplinarias señaladas, sólo puede materializarse como consecuencia de la instrucción previa de alguno de los procedimientos establecidos para el efecto, como son, la investigación sumaria o el sumario administrativo, y ellas sólo pueden corresponder a eventuales responsabilidades que se deriven de hechos que han sido investigados y que fueron objeto de cargos en el respectivo procedimiento.

VII. EL CESE DE FUNCIONES

Es la extinción del vínculo jurídico que une al funcionario con el Estado. El Estatuto Administrativo desarrolla el régimen de expiración de funciones de los empleados públicos y las modalidades que deben cumplir las diversas causales para que operen con eficacia, respecto de las cuales el legislador ha contemplado requisitos comunes de legalidad, taxatividad, formalidad y comunicación al afectado.

Aceptación de Renuncia.	Es el acto en virtud del cual el funcionario manifiesta a la autoridad que lo nombró la voluntad de hacer dejación de su cargo. Debe presentarse por escrito, produce sus efectos desde la fecha en que queda totalmente tramitado el decreto o resolución que la acepta, a menos que en la renuncia se indicare una fecha determinada y así lo disponga la autoridad. La renuncia no se puede rechazar, sólo se puede retener por la autoridad cumpliéndose 2 requisitos, 1) que el funcionario se encontrare sometido a sumario administrativo, y 2) que de aquél emanen antecedentes serios de que pueda ser alejado de la institución por aplicación de la medida disciplinaria de destitución. No se puede retener por un lapso superior a 30 días contados desde su presentación, aun cuando no se hubiere resuelto sobre la aplicación de la medida disciplinaria.
Obtención de Jubilación, Pensión o Renta Vitalicia en un Régimen Previsional.	El funcionario cesará en el desempeño de sus funciones a contar del día en que, según las normas pertinentes, deba empezar a recibir la pensión respectiva. Por ende, el acto administrativo que se dicta al respecto, sujeto a toma de razón, es de naturaleza declarativa, pues sólo precisa la fecha en que se produjo la desvinculación.

Por Declaración de Vacancia del Cargo.	Decisión de la autoridad de poner término a los servicios del funcionario por las causales que la ley prevé, requiriéndose, al efecto, la aplicación de un procedimiento determinado. Causales: - Salud irrecuperable o incompatible con el desempeño del cargo. El jefe superior del servicio podrá considerar como salud incompatible con el desempeño del cargo, haber hecho uso de licencia médica en un lapso continuo o discontinuo superior a 6 meses en los últimos 2 años, sin mediar declaración de salud irrecuperable. No se consideran en el cómputo las licencias otorgadas por accidentes del trabajo o en actos de servicio, ni por enfermedades de carácter profesional. Por Salud Irrecuperable: Desde la fecha en que el servidor es notificado de su irrecuperabilidad y por el aludido lapso (6 meses) no está obligado a trabajar y gozará de todas las remuneraciones correspondientes a su empleo. - Pérdida sobreviniente de alguno de los requisitos de ingreso a la Administración del Estado. - Calificación en lista de Eliminación o Condicional. - No presentación de renuncia cuando el cargo es de exclusiva confianza.
Destitución.	La destitución consiste en la decisión de la autoridad facultada para hacer el nombramiento o designación, de poner término a los servicios de un funcionario. Esta medida se aplica previo sumario administrativo. No se impone por investigación sumaria, salvo casos excepcionales (atrasos o ausencias reiteradas sin causa justificada).

Supresión del Empleo.	La supresión del empleo es una facultad conferida por ley a determinadas autoridades, sin condicionar su ejercicio a la concurrencia de determinados supuestos o causales correspondiendo a aquéllas ponderar las circunstancias que aconsejan su adopción. En los casos de supresión del empleo por procesos de reestructuración o fusión, los funcionarios de planta que cesaren en sus cargos a consecuencia de no ser encasillados en las nuevas plantas y que no cumplieren con los requisitos para acogerse a jubilación, tendrán derecho a gozar de una indemnización equivalente al total de las remuneraciones devengadas en el último mes, por cada año de servicio en la institución, con un máximo de dicha indemnización no será imponible ni constituirá renta para ningún efecto legal. Deben concurrir dos requisitos copulativos: 1. Cesar en el cargo a consecuencia de no ser encasillado en la nueva planta, y 2. No reunir los requisitos para jubilarse.
Término del período legal por el cual se es designado.	El término del período legal por el cual es nombrado el funcionario, o el cumplimiento del plazo por el cual es contratado, produce la inmediata cesación de sus funciones. En todas las hipótesis descritas la desvinculación se produce por el solo ministerio de la ley, no estando obligada la autoridad a emitir un documento formal de cese ni a notificar a los funcionarios de aquello.
Fallecimiento.	Cuando fallece un funcionario afecto al Estatuto Administrativo, el cese se produce a contar del día siguiente a la defunción. En tal caso se emite una resolución que declara la vacancia del cargo, la que debe enviarse a CGR para su toma de razón.
Caso especial en las contrataciones.	La contrata queda abarcada en el cese “por término del período legal”. Pero en la contrata el cese también se puede verificar en forma anticipada al plazo fijado en la designación, esto es en el evento de que la superioridad lo decida y la contratación se hubiera dispuesto con la fórmula “mientras sean necesarios los servicios”, en tal caso el cese se produce a contar de la notificación al afectado de la resolución que ordena el término de los servicios.
Caso de contratados a honorarios.	La relación se ciñe a las estipulaciones del convenio, pues hace las veces del estatuto normativo para esos servidores. La renuncia voluntaria no procede, ya que sólo se aplica a funcionarios públicos, asimismo, en caso que no se quiera perseverar en un convenio lo que corresponde es poner término al mismo.
Caso de contratados bajo las normas del Código del Trabajo.	El término de la relación para estos empleados se produce de acuerdo a las causales de dicho Código, pues tal ordenamiento constituye el estatuto normativo de esos trabajadores. En caso que sea la autoridad quien pone término en forma unilateral al contrato de trabajo invocando las causales subjetivas, es necesario que se establezca la existencia de las mismas mediante una breve investigación sumaria, la que no requiere sujetarse a las formalidades estatutarias de un proceso administrativo formal.

5. ASPECTOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Podemos definir a la Seguridad Social como aquella rama del derecho que tiene por objeto abolir los estados de necesidad, asegurando a cada ciudadano, en todo tiempo, un ingreso suficiente para hacer frente a sus responsabilidades” o “La garantía de una renta determinada destinada a la liberación de la necesidad” (W. Beveridge)

De la definición anterior podemos extraer sus características más importantes

- 1) Es un conjunto de normas de orden Público e irrenunciable
- 2) Protege a la sociedad de las “contingencias sociales”
- 3) Abole o merma los estados de necesidad
- 4) Otorga prestaciones en especie, dinero o incluso servicios

El elemento central, esencial y medular de la Seguridad Social y que lo distingue de las otras aéreas del derecho, es que está se manifiesta cuando una contingencia social ocurre en la vida de una persona o comunidad, es decir cuando un individuo se ve expuesto por su naturaleza humana, sus relaciones laborales y los accidentes de factores medioambientales a hechos que deterioren o mermen su capacidad de trabajo, sus ingresos o incluso su vida. Que contingencias sociales merecen protección y tutelaje por parte del derecho ha sido motivo de arduas discusiones, sin perjuicio de ello existe un cierto consenso con respecto a las que podríamos llamar contingencias sociales tradicionales, a saber se considera como contingencias sociales:

- a) La pérdida de capacidad de trabajo, sea por la edad o bien por accidentes laborales o comunes.
- b) La muerte del sostén de un hogar.
- c) La enfermedad.
- d) La pérdida de la fuente laboral (cesantía).
- e) El nacimiento de hijos.

1. NACIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

A) MUNDO:

Es importante contextualizar que la Seguridad Social como objeto y rama del derecho es bastante reciente. El primer esfuerzo fue dado en Alemania por Bismarck a finales del siglo XIX, donde este instauró un sistema de seguros sociales y que comprendió 3 leyes fundamentales, en primer lugar la ley sobre Seguro de Enfermedad, en segundo lugar la ley sobre Accidentes del Trabajo y finalmente la ley sobre Seguro de Invalidez y Vejez. Estos seguros instaurados por Bismarck eran de carácter obligatorio y con un financiamiento que incluía a empleadores y trabajadores, pero su cobertura inicialmente estuvo limitada a obreros industriales de un determinado límite de renta.

Un siguiente hito muy importante se dio en Inglaterra hacia 1940, cuando Williams Beveridge (informe Beveridge) expuso ante la cámara de los comunes su informe que permitió la dictación de una serie de leyes, a saber : la ley sobre Subsidios Familiares en 1945 ,la ley sobre Accidentes del Trabajo (1946), la ley sobre Seguros Sociales (1946), la ley sobre Servicio Nacional de Salud (1946), la ley sobre unificación de los servicios de asistencia y previsión social (1948), y también en 1948 la ley por la que entran en vigor las leyes sobre seguro nacional, seguros de accidentes del trabajo, servicio de salud y asistencia nacional. Con Beveridge la protección que brinda la Seguridad Social se amplió y ahora se cubría a todos los residentes, de acuerdo a una categorización social y estableció además la obligación del Estado de garantizar mínimos sociales de subsistencia en las prestaciones de Seguridad Social

B) EN CHILE:

En Chile los primeros esfuerzos en Seguridad Social datan de inicios del siglo XX, motivados muy fuertemente por la llamada “Cuestión Social” y por la problemática obrera que comenzaba a visibilizarse en el país. Así fue como en 1916 se estableció por primera vez la responsabilidad del patrón en los accidentes del trabajo que sufría un trabajador.

Ya en 1924 se instauro los seguros obligatorios por enfermedades, invalidez y vejez, haciendo con esto, algo más extensiva y sistemática la incipiente Seguridad Social que nacía en Chile. Una mención especial de esta época y que permite entender el desarrollo y contexto social de la misma, es que en 1931 se dicta el primer Código del Trabajo, estableciendo de manera más sistemática ciertos derechos laborales.

Ya hacia la década de 1950 comienzan a nacer, producto de inquietudes empresariales las primera mutualidades de empleadores que tuvieron por objeto prestar asistencia ante la ocurrencia de accidentes del trabajo y también trabajar en su prevención, las cuales se vieron refrendadas legalmente en 1968 con la dictación de la ley 16744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, donde se establece expresamente como uno de los administradores del sistema de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a las Mutuales de empleadores.

También en esta época nacieron las Cajas de Compensación cuyo objetivo, es administrar, respecto de sus afiliados, prestaciones de seguridad social tanto prestaciones legales (pagos de asignación familiar, Licencias médicas, pre y post natal, licencias por enfermedades grave del hijo menor de 1 año y el subsidio de cesantía cuando proceda), como prestaciones de bienestar social (Créditos sociales, bonos por escolaridad, fallecimiento, etc.)

Otro hito importante en materia de Seguridad Social se dio en 1980 en el DL 3500 que cambio el paradigma en lo referente al sistema de pensiones, trayendo consigo un sistema de capitalización individual para los trabajadores y delegando su administración en sociedades anónimas privadas, las llamadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), dicho sistema se mantiene hasta el día de hoy, morigerado con la introducción de un pilar solidario en 2008 con la ley 20.255.

En resumen, podemos decir que en la actualidad, la Seguridad Social en Chile, está dividida y administrada de la siguiente manera.

1. Pensiones de Invalidez (común), Vejez y Sobrevivencia son administradas por las AFP
2. Accidentes del Trabajo y enfermedades profesionales, tanto el pago de indemnizaciones, subsidios y demás prestaciones, recaen en las Mutualidades de Empleadores o en el Instituto de Seguridad Laboral (ISL). Hay casos excepcionales de administración delegada
3. Sistema de salud recae en Fonasa o en las Isapres.
4. Seguro de Cesantía recae sobre la Administradora de Fondos de Cesantía (AFC) y en el caso de subsidios de cesantía son las Cajas de compensación.
5. Y finalmente como administradores de alguno de los beneficios ya expuestos, tenemos a las Cajas de Compensaciones.

2. PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Dentro de los principios más importantes de la Seguridad Social podemos mencionar:

- 1) La Universalidad: Este principio se puede entender de 2 maneras
 - a.1) universalidad subjetiva: esto es, debe proteger a TODAS las personas.
 - a.2) universalidad objetiva, debe protegerla de TODAS las contingencias sociales
- 2) La Suficiencia, mediante el cual los beneficios que se prestan, ya sea en especie o en dinero que se otorga debe, a lo menos, cubrir la contingencia social en cuestión
- 3) La Unidad, que implica que todas las instituciones de Seguridad Social sigan criterios comunes frente a situaciones similares.
- 4) La Solidaridad, Esto significa que todas las personas contribuyan al financiamiento de la Seguridad Social en la medida de sus posibilidades. Es una responsabilidad social
- 5) La Subsidiaridad, por la cual el Estado no debe actuar cuando los privados realizan las labores de gestión (positiva) pero, por otra parte, debe intervenir si éstos no quieren o pueden realizarla (negativa).
- 6) La Internacionalidad, que fomenta la concreción de tratados internacionales que permitan recibir los beneficios de la Seguridad Social sin importar el país donde se encuentre el beneficiario.

FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Existen diversas formas o criterios para financiar la seguridad social, siendo los más importantes:

Dependiendo de si existe o no COTIZACIONES, Así un sistema puede ser contributivo, si se pagan cotizaciones; o no contributivo, si se financian con impuestos. En Chile la Seguridad Social suele ser contributiva como por ejemplo las cuentas individuales de las AFP, el sistema de salud, cesantía, etc

Dependiendo del momento en que consumen o gastan los recursos y si esto se rentabilizan o no, así los siste-

mas pueden ser de reparto o de capitalización. En el primero el elemento rector es el consumo inmediato de los recursos en un ejercicio de equilibrio anual donde se entrega lo que se recibe (en teoría) y en los segundo su elemento distintivo es el ahorro y la inversión de los mismos que debiese traducirse en rentabilidad un claro ejemplo de este último tipo es el sistema de AFP

Según el conocimiento de las cotizaciones o beneficios, pueden ser sistemas de contribución definida o de beneficios definidos. En el primero se conoce cuanto se cotiza, pero no cuanto se recibirá al momento de solicitar los beneficios. En el segundo, en cambio, se conoce cuanto se recibirá de beneficio, pero las cotizaciones varían para ajustarse al gasto de los beneficios.

ADMINISTRACIÓN EN LA SEGURIDAD SOCIAL.

Para analizar correcta y profundamente los distintos niveles que inciden en la administración de la Seguridad Social, los subclasificaremos en 3 niveles: regulación, gestión y fiscalización.

La regulación de cualquier sistema de Seguridad Social se produce siempre por el Estado, ya sea a través de leyes, dictadas por el Congreso; por medio de decretos, dictados por el ministerio respectivo (Trabajo y Salud, generalmente); o por instrucciones entregadas por los Fiscalizadores (Superintendencias).

En cuanto a la gestión de la Seguridad Social está es realizada por entidades que pueden ser privadas o públicas, con o sin fines de lucro. Por lo general, cada sistema de Seguridad Social tiene varios tipos de administradores tanto públicos como privados. Así, el sistema de Pensiones tiene administradores privados con fines de lucro y un administrador público para los sistemas de Cajas y las pensiones solidarias; en el sistema de salud hay un gran administrador público (FONASA) y varios privados con fines de lucro (ISAPRE); en accidentes del trabajo, en cambio, el administrador público es pequeño (ISL), mientras que los privados no tienen fines de lucro (Mutuales).

Y por último en cuanto a la fiscalización está es totalmente estatal, encontrándose entregada principalmente a las Superintendencias (de Seguridad Social, de Pensiones y de Salud). A ellas se agregan la Dirección del Trabajo y varias otras instituciones en diferentes áreas, generalmente en relación con la seguridad, tales como DIRECTEMAR o SERNAGEOMIN.

3. ANÁLISIS DE ALGUNOS REGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL

1. EL SISTEMA DE PENSIONES. ASPECTOS GENERALES

El sistema de pensiones en Chile se sustenta en 3 pilares. En primer lugar tenemos el pilar contributivo que se manifiesta en el sistema de capitalización individual, por el que cada afiliado cotiza una parte de su remuneración en una cuenta personal. Los dineros así acumulados son invertidos por una institución de su elección y, al llegar la edad para jubilarse, son utilizados para otorgarle una pensión. De disponer de fondos suficientes puede incluso adelantar su jubilación. El segundo pilar es el llamado pilar solidario, agregado con la reforma previsional 2008 que se materializa a través de las Pensiones Básicas Solidarias (para las personas que No hayan cotizado y cumpliendo otros requisitos legales) y los Aportes Previsionales Solidarios que buscan aumentar las pensiones de las personas que ya estén percibiendo una cumpliendo determinados requisitos. Y

el tercer Pilar es el pilar voluntario en el cual cada afiliado libre y voluntariamente puede cotizar con el objeto de mejorar su pensión futura.

1.1 COBERTURA DEL SISTEMA DE PENSIONES.

- a) A todos los trabajadores dependientes del sector público y privado.
- b) Y los trabajadores independientes que se afilien al sistema. La ley 20255 estableció la obligatoriedad de cotizar para las pensiones, a las personas independientes que otorguen boletas de honorarios, estableciendo un sistema gradual de incorporación al sistema.

* los trabajadores de las Fuerzas Armadas y de Orden, tienen un sistema propio, así como los trabajadores que aún pertenecen a las antiguas Cajas de Previsión que administra el IPS.

* La nacionalidad no es excusa para no cotizar en el sistema de manera obligatoria. Sin embargo, el personal técnico extranjero de una empresa puede optar por no cotizar para pensiones, si cumple ciertos requisitos.

1.2 FINANCIAMIENTO

El sistema se financia con pagos de los trabajadores, los empleadores y el Estado, de diferente envergadura y según los casos. Los principales son:

- a) La cotización obligatoria, del 10% de la remuneración del trabajador.
- b) La prima del Seguro de Invalidez y Supervivencia, que paga el empleador, equivalente al 1,15% de las remuneraciones del trabajador. (el monto a cotizar es variable según una licitación que se haga)
- c) La comisión de la AFP que es del cargo del trabajador cuyo monto varía de Administradora en administradora
- d) Adicionalmente pueden existir cotizaciones por trabajos pesados (1 a 2%) y
- e) El Estado financia el sistema de pensiones solidarias.

1.3) PRESTACIONES

Otorga pensiones que pueden ser de tres tipos por

- 1) Pensión por vejez,
- 2) por invalidez
- 3) y por supervivencia. También existe una cuota mortuoria.

1) PENSION DE VEJEZ

Existen tres tipos de pensiones por vejez, dependiendo de cuando uno se pensiones:

- 1) Normal: A los 65 años de edad si son hombres, o 60 años si se trata de mujeres.
- 2) Vejez anticipada común: Se permite a los afiliados que han acumulado suficientes fondos entrar en goce de pensión antes de las edades previamente señaladas.
- 3) Vejez anticipada por desempeño de trabajos pesados: Aquella que incluye una cotización especial adicional, para incrementar el saldo en un menor tiempo, en razón del mayor desgaste provocado por ciertos tipos de trabajo

2) PENSIÓN DE INVALIDEZ

Se trata de una pensión para los afiliados no pensionados que sufran un menoscabo permanente en su capacidad de trabajo, a consecuencia de una enfermedad o accidente común (no laboral) y que les produzca un debilitamiento en sus fuerzas físicas o intelectuales. Estos afiliados no deben haber llegado a la edad de pensionarse por vejez.

La Invalidez se clasifica dependiendo del grado de pérdida de capacidad de trabajo. Con un 50% o más, será invalidez parcial. Si se supera el 66%, será invalidez total.

Requisitos Pensión de Invalidez:

- 1.- Edad inferior a la edad legal
- 2.- No estar pensionado anticipadamente
- 3.- Invalidez Total: pérdida de capacidad de trabajo igual o superior a 2/3
- 4.- Invalidez Parcial: pérdida de capacidad de trabajo igual o superior al 50% e inferior a 2/3
- 5.- La invalidez no puede provenir de una enfermedad profesional o accidente del trabajo

PROCEDIMIENTO PARA SER DECLARADO INVÁLIDO

La calificación la hace una comisión médica autorizada por la Superintendencia de Pensiones, las cuales pueden emitir un dictamen único de invalidez parcial transitorio que será reevaluado en 3 años más (pudiendo pasar a definitivo) o bien un dictamen único definitivo. Las AFP son responsables del pago de las pensiones transitorias parciales originadas por el primer dictamen y durante tres años, pero se debe distinguir si el afiliado estaba cubierto o no por el Seguro de invalidez y sobrevivencia, ya que si lo estaba el cargo de esa pensión será de cargo de la compañía de seguro (no de su cuenta de capitalización individual), en caso contrario de no estar cubierto por dicho seguro, los fondos serán sacados de su cuenta de capitalización individual.

Si se declara la invalidez total o parcial se emite un certificado de saldo al beneficiario para que este escoja su modalidad de pensión la cual será de cargo de su cuenta de capitalización individual, más bonos de reconoci-

miento y los aportes de la compañía de seguro si procediese.

3) PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA

Es un tipo de pensión que se entrega al grupo familiar del afiliado que ha fallecido. Y por grupo familiar debemos entender El o la cónyuge sobreviviente, los hijos, los padres y la madre o el padre de los hijos de filiación no matrimonial del causante.

LAS MODALIDADES DE RETIRO (aplicables a pensión de vejez, invalidez y sobrevivencia)

Los afiliados que cumplan los requisitos para pensionarse por vejez, los declarados Inválidos por un 2 dictamen y los beneficiarios de pensión de sobrevivencia, podrán disponer del saldo de su cuenta de capitalización individual, con el objeto de constituir una pensión. La AFP verificará el cumplimiento de dichos requisitos y emitirá el respectivo certificado; Cada afiliado para hacer efectiva su pensión podrá acceder a alguna de estas modalidades:

1. Renta vitalicia Inmediata en la cual el afiliado o sus beneficiarios en caso de fallecimiento de este, contrata con una compañía de seguros de vida de su elección, para al cual dicha compañía se obliga a pagar una renta vitalicia al afiliado y pagar pensiones de sobrevivencia a sus beneficiarios según corresponda.

Características:

- a) Se expresa en Unidades de Fomento
- b) El un contrato irrevocable, vale decir elegida esta modalidad no se puede cambiar después
- c) El monto de la renta mensual podrá ser constante o variable en el tiempo.
- d.) Se pierde el derecho de propiedad sobre los fondos cuando son transferidos a la compañía de seguros.

2. Renta Temporal Con renta Vitalicia diferida en la cual el afiliado contrata con una compañía de seguros de vida, para el pago de rentas mensuales con fechas futuras, reteniendo en su cuenta de capitalización individual el saldo necesario para obtener de la AFP una renta temporal durante el periodo que medie entre la fecha que ejerce la opción, y la fecha en que la renta vitalicia diferida comience a ser pagada por la compañía de seguros.

Características:

- a) Se expresa en Unidades de Fomento.
- b) El contrato es irrevocable
- c) Características del Retiro Programado durante Renta Temporal

d) Características de Renta Vitalicia al comenzar la diferida

3. Retiro Programado es una modalidad de pensión que obtiene el afiliado con cargo al saldo que mantiene en su cuenta de capitalización individual, como resultado de retirar anualmente la cantidad expresada en UF, que resulta de dividir cada año, el saldo efectivo de la cuenta por el capital necesario, para pagar una pensión al afiliado, y fallecido este a sus beneficiarios.

Características:

- a) Expresada en Unidad de Fomento
- b) El capital queda en la AFP
- c) Retiro mensual de la cuenta, aunque su cálculo es anual.
- d) El afiliado conserva el dominio de propiedad
- e) El contrato es revocable, vale decir puedo elegir una nueva modalidad en el futuro
- f) Paga pensión de sobrevivencia
- h) Si no hay beneficiarios, hay herencia

4. Renta Vitalicia Inmediata Con Retiro Programado en la cual el afiliado contrata con una compañía de Seguros de vida una renta vitalicia inmediata con una parte del saldo de la cuenta de capitalización individual, acogiéndose con la parte restante a la modalidad de retiro programado

Características:

- a) Sólo podrán optar por esta modalidad aquellos afiliados que puedan obtener una Renta Vitalicia Inmediata que sea igual o mayor que la pensión mínima de vejez garantizada por el Estado
- b) Tratándose de afiliados declarados inválidos se considerará el 70% del ingreso base.

1.4) ADMINISTRACIÓN Y FISCALIZACIÓN.

Acá se hace indispensable distinguir si estamos frente al pilar contributivo obligatorio o al pilar solidario, en el primero las administradoras son sociedades anónimas llamadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y en el segundo el Instituto de Previsión Social (IPS), antiguamente conocido como INP.

Huelga decir que las AFP son fiscalizadas por la Superintendencia de Pensiones, organismo autónomo del Estado, que cuenta con las atribuciones para controlar el surgimiento, la gestión de los recursos y otorgamiento de los beneficios.

2) EL SISTEMA DE SALUD. ASPECTOS GENERALES.

El régimen de protección a la salud se encarga de las contingencias derivadas de la enfermedad, así como de la prevención de las mismas, cuando su fuente no es el trabajo.

2.1) COBERTURA.

- a) Trabajadores dependientes e independientes afiliados.
- b) Jubilados.
- c) Beneficiarios del seguro y subsidios de cesantía.
- d) Trabajadores con subsidio de incapacidad temporal.
- e) Carentes de recursos e indigentes.
- f) La familia de todos los anteriores.

2.2) FINANCIAMIENTO

El régimen de salud sea público o privado se financia con cotizaciones de los beneficiarios, en el caso de sistema público está asciende al 7% de las remuneraciones imponibles más copagos, sin perjuicio de que algunos grupos se encuentran excluidos o imposibilitados de realizar dichos aportes y en ese caso es de cargo del Estado. Y en el caso del sistema privado de salud este se financia exclusivamente con el aporte de sus beneficiarios que asciende al 7% de la remuneración imponible más el valor adicional que contraten con la ISAPRE prestadora del seguro.

2.3) PRESTACIONES.

2.3.1) PRESTACIONES MÉDICAS

Van desde la entrega de exámenes de medicina preventiva, asistencia médica curativa y odontológica. Las prestaciones de carácter curativo incluyen consultas, exámenes, procedimientos, diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, hospitalización, atención obstétrica, tratamiento y demás atenciones que aseguren la recuperación del enfermo.

Estas prestaciones pueden otorgarse a través de diversas modalidades. En el sistema público hay dos modalidades. La libre elección que permite a cada afiliado elegir con quién atenderse entre los profesionales e instituciones que tengan un convenio con FONASA. En este caso, FONASA pagará una parte del costo a través de los bonos de atención. La otra modalidad es la Institucional, donde las prestaciones las entregan los diferentes Servicios de Salud de la zona geográfica del beneficiario. En este caso, el valor a pagar depende del nivel de los ingresos del afiliado.

En el sistema privado de salud, pueden tener planes que permitan atenderse con cualquier médico, pero limitando el pago que harán (plan abierto), o sólo aceptar que las atenciones se realicen en una lista de clínicas y profesionales (planes cerrados).

2.3.2) PRESTACIONES ECONÓMICAS

Que consiste en el subsidio por incapacidad laboral temporal para los trabajadores afiliados cotizantes, sean estos dependientes o independientes, que hagan uso de LICENCIA MÉDICA y que cumplan ciertos requisitos mínimos.

LICENCIAS MÉDICAS.

Son certificaciones realizadas por ciertos profesionales de la salud (médico cirujano, cirujano dentista o matrona) que dan derecho a un trabajador a ausentarse de sus labores o a reducir su jornada. Se encuentran insertas en el régimen de salud común, como en el laboral, generando por si mismas un conjunto de obligaciones y derechos para los empleadores y, de cumplirse los requisitos de afiliación y cotización, dan derecho a subsidios, como ejemplo para los trabajadores dependientes del sector privado se exige a lo menos 6 meses de cotizaciones, y copulativamente 3 meses de cotizaciones (90 días) dentro de los últimos 6 meses a la incapacidad. En el caso de los trabajadores independientes dichos plazos se duplican, ya que se exigen 12 meses de afiliación previsional y 6 meses de cotizaciones continuas o discontinuas antes de la incapacidad

Finalmente en cuanto a las prestaciones que otorga el régimen de salud hacemos mención al PLAN AUGE. El AUGE o Acceso Universal con Garantías Explícitas (también conocido como GES) es un conjunto de enfermedades o condiciones de salud a las cuales se atiende de forma preferente, asegurando el acceso, calidad, protección financiera y oportunidad de su cobertura, tanto en FONASA como en las ISAPRE, estableciendo plazos de atención y medios para exigirla.

2.4) ADMINISTRACIÓN Y FISCALIZACIÓN.

El sistema público es administrado por un organismo público el Fondo Nacional de Salud, llamado FONASA y es fiscalizado por la Ministerio de Salud y por la Superintendencia de salud, en tanto que el sistema privado es administrado por las ISAPRES que son fiscalizadas por la Superintendencia de Salud.

2.5) LEY DE URGENCIAS.

Cuando una persona se ve enfrentada a una condición de salud o algún cuadro clínico que implique un evidente riesgo vital y/o secuela funcional grave de no mediar una atención médica urgente, opera la llamada ley de urgencias.

Una vez ingresado un paciente al servicio de urgencias con una trastorno clínico grave, será el médico cirujano quien certifique dicha gravedad.

Si el paciente ingresado se encuentra en un evidente riesgo vital o secuela funcional grave de no ser atendido, el centro asistencial se ve en la obligación de prestar la debida atención médica hasta la completa estabilización del paciente, y recién producida esa estabilización se le puede derivar (al paciente) a su servicio de salud correspondiente o clínica con la cual este tenga convenio, sin perjuicio de poder optar el paciente o su familia, por ser atendido en dicha institución bajo la modalidad de Libre Elección que fue explicada más arriba.

Es importante destacar que NO se puede producir dicha derivación mientras sus signos vitales que dieron origen a su situación de emergencia no se encuentren plenamente estabilizados. Si bien los costos iniciales son asumidos por el prestador de salud respectivo, en ningún caso esta ley garantiza gratuidad, ya que dichos costos serán cobrados al paciente después dependiendo de su afiliación a FONASA o ISAPRE.

6. PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD, LA PATERNIDAD Y LA VIDA FAMILIAR EN LA ACTIVIDAD MÉDICA

El Código del Trabajo, en su Libro II, de la protección de los trabajadores, Título II, trata de la protección a la maternidad, la paternidad y la vida familiar.

El deber de protección de la maternidad, la paternidad y la vida familiar consiste en un conjunto de normas que buscan compatibilizar el trabajo con la vida personal del trabajador.

Con las modificaciones introducidas a la legislación laboral por la Ley N° 20.545, el Código del Trabajo contempla además de la maternidad, como deber de protección del empleador, la paternidad y la vida familiar.

El objeto de este conjunto de nuevas normas introducidas es entregar mayor participación en la función parental al padre trabajador y también, fortalecer y promover la vida familiar a través del otorgamiento de nuevos permisos.

En cuanto a su ámbito de aplicación el Código Trabajo en su artículo 194, establece que **todos los empleadores** deben cumplir con el deber de protección de la maternidad, la paternidad y la vida familiar, bien sean éstos, servicios de la administración pública, servicios semifiscales, de administración autónoma, de las municipalidades y todos las entidades y establecimientos, cooperativas o empresas industriales, extractivas, agrícolas o comerciales, sean de propiedad fiscal, semifiscal, de administración autónoma o independiente, municipal o particular o perteneciente a una corporación de derecho público o privado.

Dichas normas, en consecuencia, a diferencia de otras reglas del Código del Trabajo, se aplican a los organismos estatales.

En este informe abordaremos, en primer término, las reglas generales establecidas en el Código del Trabajo, para abocarnos con posterioridad a las problemáticas que atañen directamente a los profesionales que se desempeñan en el área de la salud.

NORMAS SOBRE PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD

Tal como se ha señalado previamente, la protección a la maternidad beneficia a todas las trabajadoras, resultando indiferente si prestan sus servicios en el sector público o privado, abarcando incluso a aquellas que se desempeñan en forma independiente, ya que el único requisito es que se encuentren acogidas a algún sistema previsional.

Cabe agregar en este punto que, la protección de la maternidad, con sus derechos, permisos y subsidios, también se aplica a los casos de adopción, tuición o cuidado personal de menores.

A) DESCANSO MATERNAL (ARTÍCULO 195 DEL CÓDIGO DEL TRABAJO): La madre tiene descansos antes y después del parto.

- **Descanso prenatal (Artículo 195 del Código del Trabajo):** El descanso prenatal es de seis semanas antes del parto. Para determinar el día en que se inicia el período de prenatal se toma en cuenta la fecha estimada para el parto, según lo señalado por el certificado médico.

Para acreditar la fecha de inicio del prenatal, la trabajadora debe comunicar su embarazo al empleador a través de un certificado de un médico o matrona, que dé cuenta del estado de embarazo y la fecha posible de parto.

- **Descanso postnatal (Artículo 195 del Código del Trabajo):** Después del parto la madre trabajadora tiene derecho a un descanso de doce semanas.
- **Permiso postnatal parental (Artículo 197 bis del Código del Trabajo):** Luego de las doce semanas del descanso postnatal, la madre trabajadora tiene derecho al permiso postnatal parental, cuya duración depende de la decisión de la trabajadora. Las opciones son las siguientes:
 - Doce semanas sin reincorporación a sus labores
 - Dieciocho semanas reincorporándose a sus labores medio tiempo.

En caso que la trabajadora elija ejercer esta opción, deberá informar a su empleador con un plazo de, al menos, treinta días de anticipación al término del descanso postnatal. La comunicación debe hacerse por carta certificada enviada al empleador con copia a la Inspección del Trabajo.

Si la trabajadora no da aviso acerca de la modalidad de permiso postnatal parental que tomará, se entiende que ha optado por el permiso postnatal parental de doce semanas adicionales a las doce semanas de descanso postnatal.

El empleador no puede negarse a la reincorporación de la trabajadora a media jornada, salvo que la negativa se funde en que las labores que ejercía sólo pueden desarrollarse en una jornada igual a la que ella cumplía antes del descanso prenatal.

Recibida la carta de la trabajadora por el empleador, éste tiene un plazo de tres días para comunicar su negativa.

En caso de existir controversia, la Inspección del Trabajo se encargará de resolverla.

Existen ciertos casos que permiten ampliar los permisos de pre y postnatal. Esta extensión del descanso debe ser acreditada siempre a través del certificado médico correspondiente. Los casos son los siguientes:

1. Descanso prenatal suplementario (Artículo 196 del Código del Trabajo): Se otorga en caso de enfermedad de la madre durante el embarazo.
2. Descanso prenatal prorrogado (Artículo 196 del Código del Trabajo): Procede cuando el parto se produce después de la fecha probable de parto, es decir, después de terminado el descanso de prenatal y su duración se extiende hasta la fecha del parto. Luego del parto, recién comienza el descanso postnatal.
3. Descanso postnatal suplementario (Artículo 196 del Código del Trabajo): Procede cuando la mujer sufre una enfermedad producto del parto.
4. Descanso postnatal de dieciocho semanas (Artículo 196 del Código del Trabajo): Procede en el caso que el niño nazca antes de la semana treinta y tres de gestación o si al nacer pesare menos de 1.500 gramos.
5. Descanso postnatal extendido en siete días corridos (Artículo 196 del Código del Trabajo): Procede en el caso de partos múltiples. El aumento de los siete días es por cada niño nacido a partir del segundo.

B) FUERO MATERNAL (ARTÍCULO 201 DEL CÓDIGO DEL TRABAJO): El fuero maternal es una protección a la mujer embarazada, consistente en la imposibilidad del empleador de poner término a su contrato de trabajo por un período determinado, sin autorización judicial previa.

El fuero se inicia cuando empieza el embarazo y se extiende hasta un año expirado el descanso postnatal, sin contar el permiso postnatal parental. En términos prácticos, el fuero se extiende aproximadamente un año y doce semanas después del parto, salvo que existan extensiones de permiso por enfermedad u otras situaciones específicas.

El empleador no puede poner término al contrato de trabajo de la trabajadora con fuero, si no es con autorización previa de un juez competente, quien solo puede concederla bajo las siguientes causales de despido:

- Vencimiento del plazo del contrato.
- Conclusión del trabajo o servicio contratado.
- Cualquiera de las causales legales que habilitan al despido sin indemnización por conducta indebida de carácter grave del trabajador, del artículo 160 del Código del Trabajo.

Por su parte, la trabajadora puede, voluntariamente y con pleno conocimiento de sus derechos, renunciar al contrato de trabajo. Para ello, es recomendable que la trabajadora con fuero deje constancia que se encuentra en conocimiento de sus derechos, específicamente de su fuero maternal.

Si el empleador pone término al contrato de trabajo sin saber del estado de embarazo —o del cuidado personal o tuición de un menor—, el despido queda sin efecto y la trabajadora debe volver a su trabajo, es decir, debe ser reincorporada en sus funciones y además tiene derecho a que se le pague la remuneración por el tiempo en que no trabajó a causa de su despido.

Para ello basta con la sola presentación del certificado médico o de matrona corroborando el embarazo, o una copia autorizada de la resolución del tribunal que haya otorgado la tuición o cuidado personal del menor.

La mujer tiene un plazo de sesenta días hábiles desde el despido para comunicar que estaba embarazada al momento de terminar el contrato de trabajo o de la resolución que otorga el cuidado personal o tuición del menor.

C) DERECHO DE ALIMENTACIÓN (ARTÍCULO 206 DEL CÓDIGO DEL TRABAJO): El derecho de alimentación o amamantamiento, es el derecho que tienen todas las madres trabajadoras para ir a alimentar a sus hijos durante sus dos primeros años de vida. Este derecho puede ser ejercido también por los padres, en lugar de las primeras.

En virtud de este derecho, las trabajadoras tienen derecho a salir de la jornada y disponer de, al menos, una hora al día para dar alimento a sus hijos menores de dos años. Este tiempo se considera trabajado para el cómputo de la jornada de trabajo.

Cuando ambos padres sean trabajadores pueden acordar que el padre salga dentro de la jornada para alimentar a su hijo. Para ejercer este derecho se debe notificar a ambos empleadores con, a lo menos, treinta días de anticipación del inicio de uso de esta modalidad, mediante un documento que contenga la firma de ambos padres, con copia a la Inspección del Trabajo.

La madre trabajadora o el padre trabajador, en su caso, tienen las siguientes alternativas para hacer efectivo este derecho:

- En cualquier momento durante la jornada.
- Dividiéndola en dos partes.
- Postergando o adelantando la entrada o salida en, al menos, una hora.

D) DERECHO A SALA CUNA (ARTÍCULO 203 DEL CÓDIGO DEL TRABAJO): El derecho a sala cuna es aquel derecho que garantiza a las madres trabajadoras de aquellas empresas con veinte o más mujeres, de cualquier edad o estado civil, para llevar a sus hijos a una sala cuna durante el tiempo que éstas prestan servicios en la empresa. El empleador debe costear este beneficio.

El empleador puede cumplir con la obligación de contar con sala cuna de tres formas:

- Mantener o construir salas anexas e independientes del local de trabajo, que sea de propiedad de la empresa.
- Mantener con otros empleadores una sala cuna conjunta.
- Pagar una sala cuna externa donde la trabajadora deje a sus hijos. Esta sala cuna debe contar con la autorización de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI). En este caso el empleador debe pagar también los pasajes de traslado hacia la sala cuna y de regreso a la empresa.

E) LIMITACIONES Y PROHIBICIONES PARA EL TRABAJO DE LA MUJER EN ESTADO DE EMBARAZO (ARTÍCULO 202 DEL CÓDIGO DEL TRABAJO): La trabajadora embarazada no puede ni debe ser obligada a realizar trabajos que la autoridad competente estime perjudiciales para su salud, en cuyo caso debe ser trasladada a cumplir labores compatibles con su estado de gravidez y sin disminución de remuneraciones.

Los trabajos que legalmente y sin declaración previa alguna se consideran perjudiciales para la mujer embarazada son:

- Levantar, arrastrar o empujar grandes pesos.
- Exigir un esfuerzo físico, incluido el hecho de permanecer largo tiempo de pie.
- Laborar en horario nocturno.
- Laborar en horas extraordinarias.
- Todo trabajo que la autoridad competente declare como inconveniente.

El empleador debería tomar las medidas necesarias para trasladarla a otro trabajo que sea compatible con su estado de gravidez.

La autoridad competente, que puede ser, entre otros, la matrona y el médico tratante, pueden determinar si el trabajo que desempeña la trabajadora embarazada puede ser causa o contribuyente perjudicial para su salud, pudiendo solicitar una evaluación del puesto de trabajo al Organismo Administrador del Seguro de Accidentes del Trabajo o Enfermedades Profesionales o a la Unidad de Salud Ocupacional del Servicio de Salud correspondiente al domicilio de la empresa.

NORMAS SOBRE PROTECCIÓN DE LA PATERNIDAD

El derecho a la paternidad consiste en una serie de facultades que tienen los padres respecto de sus hijos recién nacidos, que les permiten participar de una forma más activa en su desarrollo.

Así, la ley contempla permisos por nacimiento, permiso de cuidado, previamente acordado con la madre, permiso de alimentos, entre otros.

1. Permiso por nacimiento de un hijo (Artículo 195 del Código del Trabajo): El padre tiene permiso para ausentarse de su trabajo por cinco días, los que son remunerados por el empleador como si hubiera trabajado.

El trabajador puede hacer valer este permiso desde el momento del parto, en forma continua o discontinua, pero debe tomarse los cinco días durante el primer mes. De no hacerlo, pierde los días que no se haya tomado.

Este permiso opera también en el caso de adopción.

2. Permiso postnatal parental (Artículo 197 bis del Código del Trabajo): El padre puede gozar del permiso parental postnatal, siempre que la mujer le ceda parte de este, pero sólo a partir de la séptima semana.

Para hacer uso de este permiso, el padre debe avisar a su empleador que la madre le ha cedido parte de su permiso postnatal parental, por medio de carta certificada, con a lo menos diez días de anticipación a la fecha en que hará uso del permiso, enviando una copia de dicha carta a la Inspección del Trabajo. Copia de esta comunicación debe ser enviada al empleador de la madre trabajadora.

3. Permiso para alimentar al hijo (Artículo 206 del Código del Trabajo): Cuando ambos padres sean trabajadores, pueden acordar que el padre salga dentro de la jornada para alimentar a su hijo. Para ejercer este derecho se debe notificar a ambos empleadores con, a lo menos, treinta días de anticipación desde que empiecen a utilizar esta modalidad, mediante un documento firmado por ambos padres, con copia a la Inspección del Trabajo.

3. NORMAS SOBRE PROTECCIÓN DE LA VIDA FAMILIAR

Existen otros permisos establecidos por la ley que protegen a la familia y que el empleador debe otorgar a sus trabajadores, atendidas ciertas situaciones especiales que justificarían las ausencias.

Estos permisos están establecidos por la ley, no pudiendo el empleador negarse a otorgarlos.

A. PERMISO POR HIJO MENOR DE UN AÑO GRAVEMENTE ENFERMO O POR HIJO MENOR DE DIECIOCHO AÑOS QUE HAYA SUFRIDO UN ACCIDENTE GRAVE O ENFERMEDAD TERMINAL (ARTÍCULO 199 Y 199 BIS DEL CÓDIGO DEL TRABAJO): Cuando ambos padres son trabajadores, la madre o el padre, a elección de la madre, pueden ausentarse de sus labores si su hijo está enfermo.

La enfermedad del hijo se acredita a través de certificado emitido por el médico que está a cargo de la atención del menor.

Si el hijo es menor de un año, el padre o madre trabajadora que haga uso del permiso tiene derecho a recibir su remuneración, a través de un subsidio pagado por la institución de salud a la que se encuentra afiliada, ya sea Isapre o Fonasa.

En este caso, las horas no trabajadas no se recuperan.

Si el hijo es menor de dieciocho años, el padre o madre trabajadora tiene derecho a ausentarse por el número de horas equivalentes a diez jornadas de trabajo al año.

El tiempo no trabajado debe ser recuperado, ya sea imputándolo a su próximo feriado anual, trabajando horas extraordinarias u otra modalidad que convengan libremente las partes. De no ser posible lo anterior, se puede descontar de las remuneraciones el tiempo equivalente al permiso, en un día por mes, pero si el contrato termina por cualquier causa, se puede descontar el monto total.

B. PERMISO PAGADO PARA LOS TRABAJADORES QUE CONTRAIGAN MATRIMONIO (ARTÍCULO 207 BIS DEL CÓDIGO DEL TRABAJO): En este caso, el trabajador o la trabajadora tiene derecho a cinco días hábiles continuos, adicionales al feriado anual o vacaciones e independientemente del tiempo que lleve prestando servicios. Este permiso puede tomarse los días inmediatamente anteriores o posteriores al día del matrimonio. El empleador debe pagar tales días como si hubieran sido trabajados.

Los trabajadores que hagan uso de este permiso deben dar aviso a su empleador con treinta días de anticipación y presentar dentro de los treinta días siguientes a la celebración el respectivo certificado de matrimonio del Servicio de Registro Civil e Identificación.

4. PROBLEMAS QUE ATAÑEN A LAS PROFESIONALES DE LA SALUD

El ejercicio de la actividad médica ha suscitado diversas disyuntivas en cuanto a la aplicación de las normas generales sobre la protección a la maternidad, la paternidad y la vida familiar. Estos problemas son los siguientes:

A) BENEFICIO DE SALA CUNA EN HORARIO NOCTURNO: La jurisprudencia administrativa de la Dirección del Trabajo ha zanjado este tema puesto que se ha declarado por parte del organismo que la obligación de proporcionar el beneficio recae exclusivamente en el empleador y debe abarcar toda la jornada laboral de la dependiente, toda vez que lo que persigue el legislador al establecer tal derecho es que la mujer trabajadora pueda dejar a su hijo en un lugar mientras trabaja para el empleador.

De manera tal que, si la profesional de la salud debe laborar en día sábado, domingo, festivo o en horario nocturno, el empleador está obligado a proporcionar sala cuna en dichos días o noches.

Hay que aclarar que es responsabilidad del empleador dar cumplimiento al artículo 203 del Código del Trabajo, por ende, es el quien debe solucionar el problema de falta de sala cuna en horarios nocturnos o en los días sábado, domingo y festivos, pudiendo, por ejemplo, proponer a la trabajadora modificar el contrato de trabajo para que preste servicios en horario y días en que el empleador esté en condiciones de dar el beneficio de sala cuna, pero en ningún caso el problema es de la trabajadora y, por tanto, no es ella quien debe resolverlo sino el empleador.

Expuesto lo anterior, cabe hacer presente que la jurisprudencia de la Dirección del Trabajo, pese a haber expresamente establecido que la obligación del beneficio de sala cuna no puede ser cumplida mediante la entrega de una suma de dinero equivalente o compensatoria de los gastos que irrogaría la atención del menor en una sala cuna, ha emitido pronunciamientos que aceptan, en determinados casos, la compensación monetaria del beneficio, teniendo presente para ello diversos factores, entre ellos, las condiciones y características de la prestación de servicios de las madres trabajadoras, como ocurre, con aquellas que laboran en turnos nocturnos.

Esta jurisprudencia se fundamenta principalmente en el interés superior del niño, que justifica que, en situaciones excepcionales, debidamente ponderadas, la madre trabajadora pueda pactar con su empleador el otorgamiento de un bono compensatorio por tal concepto, por un monto que resulte apropiado para financiar el servicio de sala cuna, cuando no está haciendo uso del beneficio a través de alguna de las alternativas previstas en el artículo 203 del Código del Trabajo, anteriormente indicadas.

En cuanto al monto de dicho bono, la Dirección del Trabajo ha resuelto que éste debe ser equivalente o compensatorio de los gastos que irrogaría la atención del menor en una sala cuna o permitir solventar los gastos de atención y cuidado en su propio domicilio o en el de la persona que preste los servicios respectivos.

En este punto, vale hacer mención al Proyecto de Ley que modifica las leyes N° 15.076 y N° 19.664, ingresado al Congreso de la República el viernes 19 de mayo pasado, en su artículo 1, letra c), que establece *“Las becarias, cuando corresponda, gozarán del beneficio establecido en el artículo 203 del Código del Trabajo, siempre que las becas sean financiadas por el Ministerio de Salud o por los Servicios de Salud.”*

En consecuencia, no cabe duda de que este beneficio asiste a las madres profesionales de la salud para el caso que desempeñen sus labores en horario nocturno.

B) LIMITACIONES Y PROHIBICIONES PARA EL TRABAJO DE LAS MÉDICAS EN ESTADO DE EM-

BARAZO: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 202 del Código del Trabajo, durante el período de embarazo, cualquier trabajadora, incluidas las profesionales que desarrollan la actividad médica, que estén ocupadas habitualmente en trabajos considerados por la autoridad perjudiciales para su salud, debe ser trasladada por el empleador a otro trabajo, sin reducción de sus remuneraciones.

Entre las labores consideradas nocivas para la salud durante el período de gravidez se encuentra la ejecución de turnos nocturnos.

La Dirección del Trabajo, ha establecido que se entiende por trabajo nocturno aquel que se realiza entre las veintidós y las siete horas.

De esta manera, si una trabajadora encontrándose embarazada realiza alguno de los trabajos señalados por la norma legal, entre ellos los turnos nocturnos, por el solo hecho de realizarlos debe entenderse que es perjudicial para su salud, por lo cual el empleador debería tomar las medidas necesarias para trasladarla a otro trabajo que sea compatible con su estado de embarazo.

C) LICENCIA DE MATERNIDAD DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE UN PROGRAMA DE PERFECCIONAMIENTO O ESPECIALIZACIÓN:

Al respecto el artículo 15 del Decreto N° 507, que aprueba el reglamento de becarios de la Ley N° 15.076, establece que la becaria debe comunicar esta circunstancia a la Facultad de Medicina u órgano formador respectivo, en su caso, y al Director del establecimiento asistencial en el que se desempeñe.

La Facultad de Medicina o el órgano formador respectivo, en su caso, podrá fijar los plazos de recuperación del programa en acuerdo con el Subsecretario de Salud o con el Director del Servicio de Salud correspondiente, autoridad que dispondrá la prórroga del periodo de beca por el tiempo así fijado.

Cabe señalar que, durante el período de licencia por maternidad, las becarias percibirán el subsidio que corresponda, en los mismos términos que los profesionales funcionarios regidos por la ley N° 15.076.

D) CÁLCULO DEL POST NATAL, EN CASO DE TENER DOS O MÁS NIÑOS.

El artículo 195 del Código del Trabajo señala: “Las trabajadoras tendrán derecho a un descanso de maternidad de seis semanas antes del parto y doce semanas después de él” Ahora bien, en su caso particular, y con las modificaciones legales pertinentes, se ha determinado por el Legislador que, en caso de partos de dos o más niños, el periodo de descanso postnatal establecido en el inciso primero del artículo 195 se incrementará en siete días corridos a partir del segundo.

Por lo tanto, hasta el momento, tenemos que su descanso post natal durará 12 semanas, esto es, 84 días. Por su parte, como en estos casos, se tuvo un alumbramiento múltiple (dos o más niños), se entiende por la ley, que el descanso post natal se extiende siete días más, a saber, entonces, el post natal efectivamente debe ser de 91 días, por ejemplo, en caso de tener gemelos. Esta situación debe ser resuelta en el Departamento de Recursos humanos.

Ahora bien, Recordar que existe el denominado post natal parental: de acuerdo con lo establecido en el artículo 197 bis del Código del Trabajo, incorporado por la ley N° 20.545, las trabajadoras tienen derecho a un permiso postnatal parental de doce semanas a continuación del periodo postnatal, durante el cual tienen derecho a percibir un subsidio, cuya base de cálculo será la misma del subsidio por descanso de maternidad a que se refiere el inciso primero del artículo 195.

Es decir, en estos caso, como ya vimos, se tiene derecho desde la fecha del alumbramiento de los hijos, a 84 días de descanso post natal, lo cual, se extiende 7 días más, razón por la cual, desde la fecha de nacimiento de los niños.

a) Fecha de nacimiento de los niños= DESCANSO POST NATAL DE 84 DÍAS (3 MESES)+ 7 DÍAS POR EL SEGUNDO NIÑO NACIDO.

b) + 3 MESES DEL DESCANSO POST NATAL PARENTAL DEL ART. 197 DEL CÓDIGO DEL TRABAJO: 84 días.

Corolario:

1°.- Que estos casos presentan la particularidad de que han nacido dos o más niños de un mismo embarazo.

2°.- Que, en ese sentido, se tienen seis semanas de descanso pre natal.

3°.- Que, atendida la circunstancia especial, y teniendo en consideración las modificaciones introducidas en el artículo 196 del Código del Trabajo, al haber nacido dos o más niños, el descanso postnatal es de 84 días más, descanso post natal suplementario de 7 días, por lo tanto, sólo después del descanso post natal normal, tenía 91 días.

4°.- Que, la ley confiere el derecho a un post natal parental, que son 84 días después de los 91 días de los que ya habría gozado anteriormente.

5°.- Por tal razón, se tiene un descanso maternal, después del parto de 175 días en total.

7. INFORME SOBRE LA LEY N° 20.880 SOBRE PROBIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA Y PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE INTERESES

Por el presente informe, analizaremos las disposiciones de la Ley N° 20.880 sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, poniendo énfasis en su ámbito de aplicación, con el objeto de dilucidar su injerencia en la actividad de los profesionales de salud.

Cabe hacer presente, que el cuerpo normativo en comento tiene por objeto materializar uno de los compromisos del Programa de Gobierno de la presidenta Michelle Bachelet Jeria, esto es, elevar los estándares de transparencia y probidad en el sector público.

Con eso en tabla, la ley fue publicada el día 05 de enero de 2016. Por su parte, el reglamento que la complementa, el Decreto Ley N° 2, fue publicado el día 05 de abril de 2016. Esto es de suma relevancia, atendido que el inciso quinto del artículo primero transitorio de la nueva legislación establece una regla para su entrada en vigencia en atención al sujeto que se encuentra obligado por la ley a prestar declaración de patrimonio e intereses.

1. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA LEY N° 20.880.

La normativa en comento define el principio de probidad en la función pública como aquel que *“consiste en observar una conducta funcionaria intachable, un desempeño honesto y leal de la función o cargo con preeminencia del interés general sobre el particular.”*

Por su parte, establece que existe conflicto de intereses en el ejercicio de la función pública *“cuando concurren a la vez el interés general propio del ejercicio de las funciones con un interés particular, sea o no de carácter económico, de quien ejerce dichas funciones o de los terceros vinculados a él determinados por la ley, o cuando concurren circunstancias que le restan imparcialidad en el ejercicio de sus competencias.”*

La propia ley es la que vehementemente expresa que, todo aquel que desempeñe funciones públicas, cualquiera sea la calidad jurídica en que lo haga, deberá ejercerlas en conformidad con lo dispuesto en la Constitución y las leyes, con estricto apego al principio de probidad.

En ese sentido, para el debido cumplimiento del principio de probidad, es que se exige a las autoridades y funcionarios señalados en la ley, declarar sus intereses y patrimonio en forma pública.

2. SUJETOS OBLIGADOS A LA DECLARACIÓN DE INTERESES Y PATRIMONIO.

Tal como expresa el artículo 4 de la ley referida, *“se encontrarán obligados a realizar una declaración de intereses y patrimonio, en los términos que indica esta ley, las siguientes personas:*

- *El Presidente de la República, los ministros de Estado, los subsecretarios, los intendentes, los gobernadores, los secretarios regionales ministeriales, los jefes superiores de servicio, los embajadores, los ministros consejeros y los cónsules.*
- *Los consejeros del Consejo de Defensa del Estado, del Consejo Directivo del Servicio Electoral, del Consejo para la Transparencia, del Consejo de Alta Dirección Pública, del Instituto Nacional de Derechos Humanos y del Consejo Nacional de Televisión.*

- Los integrantes de los Paneles de Expertos o Técnicos creados por las leyes N°19.940, N°20.378 y N°20.410.
- Los alcaldes, concejales y consejeros regionales.
- Los oficiales generales y oficiales superiores de las Fuerzas Armadas y niveles jerárquicos equivalentes de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública.
- Los defensores locales de la Defensoría Penal Pública.
- Los directores o las personas a que se refieren los incisos tercero, cuarto y quinto del artículo 37 de la ley N°18.046, sobre Sociedades Anónimas, y los directores y gerentes de las empresas públicas creadas por ley y de las sociedades en que el Estado tenga participación accionaria, aun cuando la ley señale que es necesario mencionarlas expresamente para quedar sujetas a la regulación de otras leyes, tales como Televisión Nacional de Chile, la Empresa Nacional de Minería, la Empresa de los Ferrocarriles del Estado, la Corporación Nacional del Cobre de Chile o el Banco del Estado de Chile.
- Los presidentes y directores de corporaciones y fundaciones que presten servicios o tengan contratos vigentes con la Dirección Administrativa de la Presidencia de la República, sea que perciban o no una remuneración, y los directores y secretarios ejecutivos de fundaciones, corporaciones o asociaciones reguladas en el decreto con fuerza de ley N°1, del año 2006, del Ministerio del Interior, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N°18.695, orgánica constitucional de Municipalidades.
- Los funcionarios que cumplan funciones directas de fiscalización.
- Las demás autoridades y personal de planta y a contrata, que sean directivos, profesionales y técnicos de la Administración del Estado que se desempeñen hasta el tercer nivel jerárquico de la respectiva planta de la entidad o su equivalente. Para establecer la referida equivalencia deberá estarse al grado remuneratorio asignado a los empleos de que se trate y, en caso de no tener asignado un grado, al monto de las respectivas remuneraciones de carácter permanente.
- Las personas contratadas a honorarios que presten servicios en la Administración del Estado, cuando perciban regularmente una remuneración igual o superior al promedio mensual de la recibida anualmente por un funcionario que se desempeñe en el tercer nivel jerárquico, incluidas las asignaciones que correspondan.
- Los rectores y miembros de las juntas directivas de las universidades del Estado.”

Por su parte, el artículo 14 extiende esta obligación a los diputados, senadores, funcionarios de ambas corporaciones o de la planta de la Biblioteca del Congreso Nacional, abogados secretarios de comisiones y quienes integren el Consejo Resolutivo de Asignaciones Parlamentarias o el Comité de Auditoría Parlamentaria.

3. CONTENIDO DE LA DECLARACIÓN DE INTERESES Y PATRIMONIO.

La declaración de intereses deberá hacerse dentro de los treinta días siguientes a la fecha de asunción del cargo. Además el declarante deberá actualizarla en el mes de marzo y dentro de los treinta días posteriores a la conclusión de su cargo.

La declaración de intereses y patrimonio y sus actualizaciones, deberá hacerse a través de un formulario electrónico disponible para todos los obligados por la ley en la página web <http://dpi.minsegres.gob.cl/>, plataforma a la cual se podrá acceder ingresando con su run y clave única.

De conformidad con lo establecido en el artículo 7 de la Ley N° 20.880, la declaración de intereses y patrimonio deberá contener:

- El nombre completo del declarante y de su cónyuge o conviviente civil;
- La fecha y lugar en que se presenta;
- Las actividades profesionales, laborales, económicas, gremiales o de beneficencia, sean o no remuneradas, que realice o en que participe el declarante;
- Bienes inmuebles situados en el país o en el extranjero;
- Derechos de aprovechamiento de aguas y concesiones de que sea titular el declarante;
- Bienes muebles registrables, tales como vehículos motorizados;
- Toda clase de derechos o acciones, de cualquier naturaleza, que tenga el declarante en comunidades, sociedades o empresas constituidas en Chile;
- Valores, distintos de aquellos señalados en la letra anterior, sea que se transen o no en bolsa, tanto en Chile como en el extranjero;
- Contratos de mandato especial de administración de cartera de valores;
- La enunciación del pasivo, siempre que en su conjunto ascienda a un monto superior a cien unidades tributarias mensuales;

Además, la declaración de intereses y patrimonio deberá comprender los bienes del cónyuge siempre que estén casados bajo el régimen de sociedad conyugal, y los del conviviente civil del declarante, siempre que hayan pactado régimen de comunidad de bienes. La declaración de intereses y patrimonio también comprenderá los bienes de los hijos sujetos a la patria potestad del declarante y los de las personas que éste tenga bajo tutela o curatela.

4. ENTRADA EN VIGENCIA.

El inciso quinto del artículo primero transitorio de la ley sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, establece lo siguiente:

“Esta ley comenzará a regir tres meses después de la publicación del reglamento señalado en el inciso primero respecto de los sujetos que se individualizan en el Capítulo 1º del Título II, y cinco meses después de la referida publicación, respecto de los sujetos individualizados en el Capítulo 3º del mencionado Título II.”

Por ende, respecto de las autoridades y funcionarios consignados en el artículo 4 del mismo cuerpo normativo, la obligación de declarar su patrimonio e intereses comenzó a regir el día 05 de julio del corriente. Por su parte, a los funcionarios recogidos en el artículo 14 se les exigirá tal declaración a contar del día 05 de septiembre próximo.

5. DATOS CONSIDERADOS PERSONALES PARA EFECTOS DE DECLARACIÓN DE INTERESES Y PATRIMONIO.

Los datos declarados por las personas obligadas por la ley vigente a realizar una declaración de intereses y patrimonio, son públicos, por regla general, por existir una ley que habilita a su tratamiento. Por su parte, no son públicos aquellos datos considerados personales según la Ley N°19.628, sobre Protección a la Vida Privada.

En esos términos, son considerados personales para los efectos de la declaración de patrimonio e intereses, los siguientes:

- RUT.
- Estado civil
- Domicilio
- Datos sobre participación política o entidades religiosas
- Ubicación de los inmuebles
- Datos del registro conservatorio de los inmuebles.
- Placa patente
- Número de motor vehículo
- Número de chasis vehículo
- Fecha de inscripción vehículo

6. INJERENCIA DE LA LEY EN EL ÁMBITO DE LA ACTIVIDAD MÉDICA.

A nuestro parecer, los profesionales médicos pueden verse obligados a presentar las declaraciones de patrimonio e intereses, a instancias de la ley vigente, en el caso de que cumplan las condiciones establecidas en la misma.

Esto porque, en primer lugar, la ley establece su ámbito de aplicación en el artículo 2, el cual es bastante amplio ya que se refiere a “todo aquel que desempeñe funciones públicas”, por ende los profesionales que efectivamente ocupen un cargo público en los términos del artículo 3 letra a) del Decreto con Fuerza de Ley N° 29, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, están obligados a la declaración que impone la Ley N° 20.880.

En segundo lugar, el numeral 10 del artículo 4 establece que deben presentar su declaración de intereses y patrimonio todas las autoridades y funcionarios, ya sean directivos, profesionales o técnicos de la Administración del Estado, que se desempeñen hasta el nivel de jefe de departamento o su equivalente.

La ley habla del tercer nivel jerárquico de la respectiva planta de la entidad, lo que en términos prácticos, significa que es aquél que se ubica dos niveles más abajo del jefe de servicio, o su equivalente, y para establecer la equivalencia deberá estarse al grado remuneratorio asignado al empleo, o bien, al monto permanente de las remuneraciones, cuando no se tiene asignado un grado.

En consecuencia, los profesionales que sean funcionarios públicos y que se desempeñen hasta el tercer nivel jerárquico de la respectiva planta de la entidad o su equivalente, o bien, estén subsumidos en alguno de los otros numerales del artículo 4 del cuerpo legal, estarán obligados a declarar su patrimonio e intereses, en los términos señalados por la Ley N° 20.880 y su reglamento.

8. DECLARACIÓN DE INICIACIÓN DE ACTIVIDADES Y PATENTES

Fuente: Fundación de Asistencia Tributaria, FATMED.

INICIACIÓN DE ACTIVIDADES

En Chile, toda persona natural o jurídica que inicie negocios o labores susceptibles de producir rentas o puedan causar impuesto, deben presentar en conformidad a los artículos N° 66-67-68 del Código Tributario su declaración de Iniciación de Actividades a través del sitio web www.sii.cl en la sección registro de contribuyentes o ante la dirección Regional del Servicio de Impuestos Internos por medio del Formulario N° 4415. El trámite administrativo legal, es relativamente simple y rápido.

Este formulario debe ser usado por todas las personas naturales, jurídicas y otros entes sin personalidad jurídica que soliciten RUT y/o declaren su Inicio de Actividades.

SII online **INSCRIPCIÓN AL ROL ÚNICO TRIBUTARIO Y/O DECLARACIÓN DE INICIO DE ACTIVIDADES** F 4415
(Llenar a máquina o con letra impresa) - Use calco -

TIPO DE SOLICITUD (MARQUE CON "X")		FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES		ROL ÚNICO TRIBUTARIO	
SOLICITUD DE RUT		DÍA MES AÑO			
INICIO DE ACTIVIDADES		NÚMERO DE DUPLICADOS RUT			
SOLICITUD DUPLICADOS RUT		Rutina en la Unidad		Escriba por control el domicilio	
ART. 14 TER LIR					
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRIBUYENTE					
RAZÓN SOCIAL O APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
NOMBRE FANTASIA (SOLO PERSONA JURÍDICA)					
SOLO PARA PERSONA JURÍDICA					
N° ESCRITURA / DECRETO	FECHA	NOTARÍA / MINISTERIO	CÉDULA DE IDENTIDAD	PASAPORTE	PAÍS DE ORIGEN
FECHA DE NACIMIENTO		DÍA MES AÑO			
INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE COMERCIO					
N° DE INSCRIPCIÓN		FECHA			
SOLO PARA Sociedad Anónima, EIRL y LTDA.					
FECHA DE PUBLICACIÓN DIARIO OFICIAL		NÚMERO DE FOLIO DIARIO OFICIAL			
DOMICILIO O CASA MATRIZ					
CALLE		NÚMERO		OF/DEPTO/LOCAL	BLOCK
POBLACIÓN / VILLA		ROL AVALÚO PROPIEDAD			
COMUNA		CIUDAD		REGIÓN	TELÉFONO
FAX		SOLO PARA CONTRIBUYENTES AFECTOS A IMPUESTOS DE PRIMERA CATEGORÍA			
ROL AVALÚO PROPIEDAD		RUT PROPIETARIO		EN QUÉ CALIDAD SE OCUPA EL DOMICILIO	
Propieto del Contribuyente o Socio		Creador o Contribuyente o Socio		Arrendatario por Contribuyente o Socio	
Domicilio Postal		ROL AVALÚO PROPIEDAD		CALLE O CASILLA	
Domicilio Urbano para Notificaciones		NÚMERO		OF/DEPTO/LOCAL	BLOCK
DIRECCIÓN E-MAIL		POBLACIÓN, VILLA O CORREO POSTAL		COMUNA	
CIUDAD		CIUDAD			
CÍRCULOS, ACTIVIDADES O PROFESIÓN A DESARROLLAR (P: Actividad Principal, S: Actividad Secundaria)					
DESCRIPCIÓN					
CÓDIGOS DE ACTIVIDADES					
SUCURSAL (en caso de más sucursales, adjuntar formulario 4415)					
CALLE		NÚMERO		OF/DEPTO/LOCAL	BLOCK
POBLACIÓN / VILLA		COMUNA			
CIUDAD		REGIÓN		TELÉFONO	FAX
ROL AVALÚO PROPIEDAD		RUT PROPIETARIO		EN QUÉ CALIDAD SE OCUPA LA SUCURSAL	
Propieto del Contribuyente o Socio		Creador o Contribuyente o Socio		Arrendatario por Contribuyente o Socio	
IDENTIFICACIÓN DE SOCIOS Y DECLARACIÓN DE CAPITAL					
CAPITAL INICIAL DECLARADO POR EL CONTRIBUYENTE (mínimo \$)		ENTERADO		POR ENTERAR	
TOTAL		FECHA PREVISTA ENTERAR			
RAZÓN SOCIAL / AP. PATERNO		AP. MATERNO		NOMBRES	
RUT O CÉDULA NACIONAL DE IDENTIDAD		PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN (%)		CAPITAL	
		UTILIDADES			
REPRESENTANTES (en caso de más de dos, adjuntar formulario 4415)					
RUT / CÉD. NACIONAL DE IDENTIDAD		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
		NOMBRES			
RUT / CÉD. NACIONAL DE IDENTIDAD		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
		NOMBRES			
PERSONA QUE EFECTÚA EL TRÁMITE					
RUT / CÉD. NACIONAL DE IDENTIDAD		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
		NOMBRES			
USO S.I.I.					
FECHA		CAT. TRIBUTARIA		I 3	
INAF. AFECTA		NO AFECTA			
ANEXO		SI		NO	
ACTUACIÓN REPRESENTANTES		CUALQUIERA		EN CONJUNTO	
MÍNIMO 2		OTROS			
FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO					
FIRMA CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE (S) O MANDATARIO					
SOLICITARE TIMBRE DE FACTURAS					
SI NO					

PATENTE PROFESIONAL

Entre las actividades previas al ejercicio profesional, está la de solicitar la Patente Profesional a la I. Municipalidad, donde ejercerá su actividad, ya sea como persona natural o jurídica.

En caso en que ejerza como personal natural el profesional deberá acudir personalmente a la Sección Patentes y Rentas de la Municipalidad, para solicitar y llenar el formulario, llevando:

- Fotocopia protocolizada (ante notario) de su título profesional
- RUT
- Recibo de contribuciones de Bienes Raíces, si es propietario del local en donde tendrá su estudio.

En el momento que sea arrendatario del local, deberá pagar además del valor de la Patente Profesional, los derechos de aseo correspondiente.

Si se trata de una sociedad (persona jurídica) deberá acreditar la constitución de la sociedad (Repertorio de su escritura o documento de constitución, fecha, Notaría en que se realizó, identificación de los socios, dirección de la sociedad, Rut de la Sociedad, nombre, dirección y RUT de su Representante Legal)

Si la sociedad ha debido introducir modificaciones estructurales o de sus instalaciones deberá acreditar haber cumplido con las disposiciones municipales en relación a construcciones con la autorización del Servicio de Salud correspondiente, si se maneja elementos radioactivos o emiten cualquier tipo de radiaciones ionizantes.

¿POR QUÉ ES NECESARIO AHORRAR PARA LA PENSIÓN?

En estos tiempos de crisis, no todos pueden ahorrar y destinar algo de dinero para la futura pensión. Pero los que sí tienen ingresos suficientes para ello, deberían planificarla cuanto antes. A veces se contrata un plan de APV buscando las ventajas tributarias, pero no hay que pensar solo en eso sino, sobre todo, en el futuro. ¿Por qué?

Pues porque **el sistema de pensiones será cada vez menos generoso**, debido al envejecimiento de la población y el aumento en la proyección de vida

LO QUE DEBES SABER...

- Las pensiones siempre serán menor que tu último sueldo.
- El envejecimiento de la población y la reforma de las pensiones mermarán la cuantía de las pensiones.
- Planifica con tiempo tu jubilación: calcula cuáles serán tus ingresos y gastos.

Debes tener en cuenta que la pensión siempre supone menos dinero que tu último sueldo. Irremediablemente, **baja tu poder adquisitivo, a veces bastante, llegando a ser menos del 50% de tus ingresos como activo.**

Quizá cuando te pensiones probablemente hayas terminado de pagar tu casa y tus hijos ya no dependerán de ti económicamente. Pero es una etapa de la vida para disfrutar de todo el tiempo libre que por fin tienes, como viajar y realizar mil y una actividades para divertirse y envejecer de forma activa. De ahí la necesidad de tener la capacidad económica suficiente para tu ocio y también para tu salud.

Calcula qué gastos fijos tendrás y cuál será tu monto de pensión requerida, para saber **cuánto necesitarás ahorrar para tu retiro.**

Nos encontramos con un abanico de inversiones para llevar una vejez digna, lo importante es COMENZAR AHORA.

El siguiente, es un cuadro en el cual se aprecia claramente la diferencia en una pensión de vejez con inversión y otra sin inversión, comenzando a cotizar a los 25 años de edad hasta la edad de pensión de 65 años.

Señor(a):	JUAN PEREZ
Rut:	9.999.999-9
Perfil:	25 AÑOS, VARÓN

SITUACIÓN ACTUAL

1. INGRESOS	ACTUAL
SUELDOS TRIBUTABLE	\$ 1. 900.000
TOTAL INGRESOS	\$ 1. 900.000
2. ANTECEDENTES AFP	ACTUAL
TOTAL ANTECEDENTES PREVISIONALES	\$ -

PROYECCIÓN

INVERSIÓN SUGERIDA	\$ 400.000
--------------------	------------

	MESES	MONTO
Meses por cotizar AFP a los 65 años	480	90.000.000
Meses por cotizar inver. a los 65 años	480	282.000.000
TOTAL ANTECEDENTES PREVISIONALES		372.000.000

	PENSIÓN SIN INVERSIÓN	PENSIÓN CON INVERSIÓN
PENSIÓN PROYECTADA EN UF	16	51
PENSIÓN PROYECTADA EN PESOS	580.000	1.800.000

El siguiente cuadro, es una proyección de pensión en mujer comenzando a cotizar a los 25 años, llegando a la edad de pensión de 60 años.

Las mujeres, reciben menos monto de pensión y tienen una proyección de vida mas larga

Señor(a):	JUANA PEREZ
Rut:	9.999.999-9
Perfil:	25 AÑOS, MUJER

SITUACIÓN ACTUAL

1. INGRESOS	ACTUAL
SUELDOS TRIBUTABLE	\$ 1. 900.000
TOTAL INGRESOS	\$ 1. 900.000
2. ANTECEDENTES AFP	ACTUAL
TOTAL ANTECEDENTES PREVISIONALES	\$ -

PROYECCIÓN

INVERSIÓN SUGERIDA	\$ 400.000
--------------------	------------

	MESES	MONTO
Meses por cotizar AFP a los 60 años	420	79.000.000
Meses por cotizar inver. a los 65 años	420	168.000.000
TOTAL ANTECEDENTES PREVISIONALES		247.000.000

	PENSIÓN SIN INVERSIÓN	PENSIÓN CON INVERSIÓN
PENSIÓN PROYECTADA EN UF	14	45
PENSIÓN PROYECTADA EN PESOS	500.848	1.569.939

En cuanto a los retiros

Los trabajadores o pensionados pueden solicitar, en cualquier momento, el retiro de todo o parte de los recursos que llevan ahorrados en los planes de APV.

Pero ten presente que:

- Los retiros realizados por personas que no cumplan los requisitos para pensionarse están afectos a un impuesto único, que se paga en la misma forma y oportunidad que el global complementario. El impuesto único grava el retiro con una tasa incrementada respecto a la tasa de impuesto a la renta a la que está afecta.

Al momento de liquidar cualquier retiro, la institución autorizada realizará una retención correspondiente al 15% del monto de retiro en concepto de pago provisional del impuesto único.

- Los retiros efectuados al momento de pensionarse, podrán ser retirados libres de impuesto, bajo dos modalidades:

a) Retiro cada año por una cantidad inferior o igual a 200 Unidades Tributarias Mensuales (UTM), hasta completar la suma máxima total de 1.200 UTM, bajo esta modalidad, se completará en 6 años consecutivos.

b) Retiro libre de impuesto y por una sola vez, la suma máxima de 800 UTM.

No solo los planes de APV (Ahorro Previsional Voluntario), son a los que puedes acceder para el mejoramiento de tu jubilación, también puedes optar:

- Rentabilizar a través de la inversión en propiedades, que te permitirán generar ingresos complementarios a la jubilación, además de ser una renta heredable.
- La situación tributaria de las viviendas DFL-2, en caso de arriendo, es la siguiente:

a.- disposiciones hasta el 31 de Octubre de 2010

Las Personas Naturales, Sociedades Limitadas y Sociedades Anónimas no deben tributar por el arrendamiento de un DFL-2, destinado a la habitación, puesto que los ingresos que produzcan este tipo de bienes raíces son “no constitutivos de renta”, independiente del tipo jurídico de la persona que los explota.

b.- disposiciones a contar del 01 de Noviembre de 2010

Las Personas Naturales, no deben tributar por el arrendamiento de un DFL-2, destinado a la habitación, puesto que los ingresos que produzcan este tipo de bienes raíces son “no constitutivos de renta”, hasta por un máximo de dos viviendas adquiridas nuevas o usadas.

- Una alternativa interesante de evaluar, es la doble jubilación, mediante el trabajo que se ejecute en forma paralela tanto en el sistema privado (AFP) y en alguna de las ramas de las FF.AA., considerando en este caso derecho a pensión de retiro cuando acredite 20 o más años de servicio efectivo, con la consideración de que los dos últimos años de estudios profesionales (internos) son también computables para el retiro, obteniendo una pensión por el retiro sobre la base de la última remuneración imponible.
- Instrumentos de inversión de libre acceso en el Mercado de Valores, tanto a nivel local como a nivel internacional, entre otros:

Acciones de S. A. abiertas: Representan una parte del patrimonio de una sociedad anónima abierta. Su posesión refleja un derecho de propiedad y el control de un determinado porcentaje del total de la empresa. El total de acciones de una sociedad constituye el total del patrimonio de la misma.

Cuotas de Fondos Mutuos: Títulos que representan la inversión de una persona natural o jurídica en un Fondo Mutuo. Las cuotas pueden estar expresadas en pesos (moneda corriente nacional) y otra moneda extranjera.

REMUNERACIONES DE BECADOS O BECARIOS

Situación tributaria de las remuneraciones de los profesionales médicos que realizan programas de especialización y formación profesional.

LO QUE DEBE SABER:

En primer lugar debe saber que la Ley 15.076 en su artículo 43°, es la que contempla el perfeccionamiento de los médicos a través del otorgamiento de una beca, caso en el cual el profesional adquiere la calidad de becario, mediante concurso público.

En segundo lugar que percibirán un estipendio mensual equivalente a un sueldo de 44 horas semanales de trabajo, el que estará sujeto a lo dispuesto en el numeral 18 del artículo 17° de la ley de Impuesto a la Renta, es decir, es considerado un ingreso no renta liberado del pago del Impuesto Único de Segunda Categoría.

Y, en tercer lugar, debe tener presente en virtud de que los servicios de salud igualmente pagan el impuesto único, son los profesionales médicos, quienes deberán solicitar su devolución al Servicio de Impuesto Internos, mediante una petición administrativa.

CAPÍTULO III

DE LA REGULACIÓN ATINGENTE AL TRABAJO MÉDICO

1. LEY 20.584 QUE REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º.- Esta ley tiene por objeto regular los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

Sus disposiciones se aplicarán a cualquier tipo de prestador de acciones de salud, sea público o privado. Asimismo, y en lo que corresponda, se aplicarán a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud.

Artículo 2º.- Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes. La atención que se proporcione a las personas con discapacidad física o mental y a aquellas que se encuentren privadas de libertad, deberá regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, para asegurar que aquella sea oportuna y de igual calidad.

Artículo 3º.- Se entiende por prestador de salud, en adelante el prestador, toda persona, natural o jurídica, pública o privada, cuya actividad sea el otorgamiento de atenciones de salud. Los prestadores son de dos categorías: institucionales e individuales.

Prestadores institucionales son aquellos que organizan en establecimientos asistenciales medios personales, materiales e inmateriales destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, dotados de una individualidad determinada y ordenados bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad. Corresponde a sus órganos la misión de velar porque en los establecimientos indicados se respeten los contenidos de esta ley.

Prestadores individuales son las personas naturales que, de manera independiente, dependiente de un prestador institucional o por medio de un convenio con éste, otorgan directamente prestaciones de salud a las personas o colaboran directa o indirectamente en la ejecución de éstas. Se consideran prestadores individuales los profesionales de la salud a que se refiere el Libro Quinto del Código Sanitario.

Para el otorgamiento de prestaciones de salud todo prestador deberá haber cumplido las disposiciones legales y reglamentarias relativas a los procesos de certificación y acreditación, cuando correspondan.

TÍTULO II

DERECHOS DE LAS PERSONAS EN SU ATENCIÓN DE SALUD

Párrafo 1º: De la seguridad en la atención de salud

Artículo 4º.- Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado.

Las normas y protocolos a que se refiere el inciso primero serán aprobados por resolución del Ministro de Salud, publicada en el Diario Oficial, y deberán ser permanentemente revisados y actualizados de acuerdo a la evidencia científica disponible.

Párrafo 2º: Del derecho a un trato digno

Artículo 5º.- En su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia.

En consecuencia, los prestadores deberán:

- a) Velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención; cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad, no tengan dominio del idioma castellano o sólo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento, si existiere, o con apoyo de un tercero que sea designado por la persona atendida.
- b) Velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre.
- c) Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud. En especial, se deberá asegurar estos derechos en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso. En todo caso, para la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones para usos o fines periodísticos o publicitarios se requerirá autorización escrita del paciente o de su representante legal.

La atención otorgada por alumnos en establecimientos de carácter docente asistencial, como también en las entidades que han suscrito acuerdos de colaboración con universidades o institutos reconocidos, deberá contar con la supervisión de un médico u otro profesional de la salud que trabaje en dicho establecimiento y que corresponda según el tipo de prestación.

Un reglamento expedido por el Ministerio de Salud establecerá las normas para dar cumplimiento a lo dispuesto en el literal c) y en el inciso precedente.

Párrafo 3º Del derecho a tener compañía y asistencia espiritual

Artículo 6º.- Toda persona tiene derecho a que los prestadores le faciliten la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias, de acuerdo con la reglamentación interna de cada establecimiento, la que en ningún caso podrá restringir este derecho de la persona más allá de lo que requiera su beneficio clínico.

Asimismo, toda persona que lo solicite tiene derecho a recibir, oportunamente y en conformidad a la ley, consejería y asistencia religiosa o espiritual.

Artículo 7º.- En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.

Párrafo 4º Del derecho de información

Artículo 8º.- Toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito, respecto de los siguientes elementos:

- a) Las atenciones de salud o tipos de acciones de salud que el prestador respectivo ofrece o tiene disponibles y los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones, así como el valor de las mismas.
- b) Las condiciones previsionales de salud requeridas para su atención, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites necesarios para obtener la atención de salud.
- c) Las condiciones y obligaciones contempladas en sus reglamentos internos que las personas deberán cumplir mientras se encuentren al interior de los establecimientos asistenciales.
- d) Las instancias y formas de efectuar comentarios, agradecimientos, reclamos y sugerencias. Los prestadores deberán colocar y mantener en un lugar público y visible, una carta de derechos y deberes de las personas en relación con la atención de salud, cuyo contenido será determinado mediante resolución del Ministro de Salud.

Los prestadores individuales estarán obligados a proporcionar la información señalada en las letras a) y b) y en el inciso precedente.

Artículo 9º.- Toda persona tiene derecho a que todos y cada uno de los miembros del equipo de salud que la atiendan tengan algún sistema visible de identificación personal, incluyendo la función que desempeñan, así como a saber quien autoriza y efectúa sus diagnósticos y tratamientos.

Se entenderá que el equipo de salud comprende todo individuo que actúe como miembro de un equipo de personas, que tiene la función de realizar algún tipo de atención o prestación de salud. Lo anterior incluye a profesionales y no profesionales, tanto del área de la salud como de otras que tengan participación en el quehacer de salud.

Artículo 10.- Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional.

Cuando la condición de la persona, a juicio de su médico tratante, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información a que se refiere el inciso anterior será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. Sin perjuicio de lo anterior, una vez que haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, deberá ser informada en los términos indicados en el inciso precedente.

Tratándose de atenciones médicas de emergencia o urgencia, es decir, de aquellas en que la falta de intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital o secuela funcional grave para la persona y ella no esté en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, velando porque se limite a la situación descrita. Sin perjuicio de lo anterior, la persona deberá ser informada, de acuerdo con lo indicado en los incisos precedentes, cuando a juicio del médico tratante las condiciones en que se encuentre lo permitan, siempre que ello no ponga en riesgo su vida. La imposibilidad de entregar la información no podrá, en ningún caso, dilatar o posponer la atención de salud de emergencia o urgencia.

Los prestadores deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar la adecuada confidencialidad durante la entrega de esta información, así como la existencia de lugares apropiados para ello.

Artículo 11.- Toda persona tendrá derecho a recibir, por parte del médico tratante, una vez finalizada su hospitalización, un informe legible que, a lo menos, deberá contener:

- a) La identificación de la persona y del profesional que actuó como tratante principal;
- b) El período de tratamiento;
- c) Una información comprensible acerca del diagnóstico de ingreso y de alta, con sus respectivas fechas, y los resultados más relevantes de exámenes y procedimientos efectuados que sean pertinentes al diagnóstico e indicaciones a seguir, y
- d) Una lista de los medicamentos y dosis suministrados durante el tratamiento y de aquellos prescritos en la receta médica.

El prestador deberá entregar por escrito la información sobre los aranceles y procedimientos de cobro de las prestaciones de salud que le fueron aplicadas, incluyendo pormenorizadamente, cuando corresponda, los insumos, medicamentos, exámenes, derechos de pabellón, días-cama y honorarios de quienes le atendieron, antes del pago, si éste correspondiere.

Toda persona podrá solicitar, en cualquier momento de su tratamiento, un informe que señale la duración de éste, el diagnóstico y los procedimientos aplicados.

Asimismo, toda persona tendrá derecho a que se le extienda un certificado que acredite su estado de salud y licencia médica si corresponde, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria, o cuando lo solicite para fines particulares. El referido certificado será emitido, de preferencia, por el profesional que trató al paciente que lo solicita.

Párrafo 5º: De la reserva de la información contenida en la ficha clínica

Artículo 12.- La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella.

Toda la información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2º de la ley Nº 19.628.

Artículo 13.- La ficha clínica permanecerá por un período de al menos quince años en poder del prestador, quien será responsable de la reserva de su contenido. Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud establecerá la forma y las condiciones bajo las cuales los prestadores almacenarán las fichas, así como las normas necesarias para su administración, adecuada protección y eliminación.

Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la persona no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica. Ello incluye al personal de salud y administrativo del mismo prestador, no vinculado a la atención de la persona.

Sin perjuicio de lo anterior, la información contenida en la ficha, copia de la misma o parte de ella, será entregada, total o parcialmente, a solicitud expresa de las personas y organismos que se indican a continuación, en los casos, forma y condiciones que se señalan:

- a) Al titular de la ficha clínica, a su representante legal o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos.
- b) A un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario.
- c) A los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo.
- d) A los fiscales del Ministerio Público y a los abogados, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.
- e) Al Instituto de Salud Pública, en el ejercicio de sus facultades.

Las instituciones y personas indicadas precedentemente adoptarán las providencias necesarias para asegurar la reserva de la identidad del titular las fichas clínicas a las que accedan, de los datos médicos, genéticos u otros de carácter sensible contenidos en ellas y para que toda esta información sea utilizada exclusivamente para los fines para los cuales fue requerida.

Párrafo 6º : De la autonomía de las personas en su atención de salud**Del consentimiento informado**

Artículo 14.- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16.

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10.

En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.

Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo deberán constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 10. Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse.

Artículo 15.- No obstante lo establecido en el artículo anterior, no se requerirá la manifestación de voluntad en las siguientes situaciones:

- a) En el caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones señalados en el artículo anterior supongan un riesgo para la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en la ley, debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona.
- b) En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda.
- c) Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido.

En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.

Del estado de salud terminal y la voluntad manifestada previamente

Artículo 16.- La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.

Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de esta intervención, procedimiento o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario. De esta circunstancia deberá dejarse constancia por el profesional tratante en la ficha clínica de la persona. Para el correcto ejercicio del derecho establecido en el inciso primero, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar información completa y comprensible.

Las personas que se encuentren en este estado tendrán derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte. En consecuencia, tienen derecho a los cuidados paliativos que les permitan hacer más soportables los efectos de la enfermedad, a la compañía de sus familiares y personas a cuyo cuidado estén y a recibir, cuando lo requieran, asistencia espiritual.

Siempre podrá solicitar el alta voluntaria la misma persona, el apoderado que ella haya designado o los parientes señalados en el artículo 42 del Código Civil, en orden preferente y excluyente conforme a dicha enunciación.

De los comités de ética

Artículo 17.- En el caso de que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona, o estime que la decisión manifestada por ésta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados, deberá solicitar la opinión del comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 20 le corresponda.

Asimismo, si la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico son rechazadas por la persona o por sus representantes legales, se podrá solicitar la opinión de dicho comité.

En ambos casos, el pronunciamiento del comité tendrá sólo el carácter de recomendación y sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal respecto de lo que ocurra en definitiva. En el caso de que la consulta diga relación con la atención a menores de edad, el comité deberá tener en cuenta especialmente el interés superior de estos últimos.

Tanto la persona como cualquiera a su nombre podrán, si no se conformaren con la opinión del comité, solicitar a la Corte de Apelaciones del domicilio del actor la revisión del caso y la adopción de las medidas que estime necesarias. Esta acción se tramitará de acuerdo con las normas del recurso establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.

Si el profesional tratante difiere de la decisión manifestada por la persona o su representante, podrá declarar su voluntad de no continuar como responsable del tratamiento, siempre y cuando asegure que esta responsabilidad será asumida por otro profesional de la salud técnicamente calificado, de acuerdo al caso clínico específico.

Artículo 18.- En el caso de que la persona, en virtud de los artículos anteriores, exprese su voluntad de no ser tratada, quisiere interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, podrá solicitar el alta voluntaria. Asimismo, en estos casos, la Dirección del correspondiente establecimiento de salud, a propuesta del profesional tratante y previa consulta al comité de ética, podrá decretar el alta forzosa.

Artículo 19.- Tratándose de personas en estado de muerte cerebral, la defunción se certificará una vez que ésta se haya acreditado de acuerdo con las prescripciones que al respecto contiene el artículo 11 de la ley N°19.451, con prescindencia de la calidad de donante de órganos que pueda tener la persona.

Artículo 20.- Mediante un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud se establecerán las normas necesarias para la creación, funcionamiento periódico y control de los comités de ética, y los mecanismos que permitirán a los establecimientos acceder a comités de ética de su elección, en caso de que no posean o no estén en condiciones de constituir uno. Además, se fijarán mediante instrucciones y resoluciones las normas técnicas y administrativas necesarias para la estandarización de los procesos y documentos vinculados al ejercicio de los derechos regulados en este párrafo.

Dichos comités deberán existir al menos en los siguientes establecimientos, siempre que presten atención cerrada: autogestionados en red, experimentales, de alta complejidad e institutos de especialidad.

Párrafo 7º De la protección de la autonomía de las personas que participan en una investigación científica

Artículo 21.- Toda persona deberá ser informada y tendrá derecho a elegir su incorporación en cualquier tipo de investigación científica biomédica, en los términos de la ley N°20.120. Su expresión de voluntad deberá ser previa, expresa, libre, informada, personal y constar por escrito. En ningún caso esta decisión podrá significar menoscabo en su atención ni menos sanción alguna.

Artículo 22.- Mediante un reglamento expedido por el Ministerio de Salud, en los términos de la ley N°20.120, se establecerán las normas necesarias para regular los requisitos de los protocolos de investigación y los procedimientos administrativos y normas sobre constitución, funcionamiento y financiamiento de comités para la evaluación ético-científica; para la aprobación de protocolos y para la acreditación de los comités por parte de la Autoridad Sanitaria; la declaración y efectos sobre conflictos de interés de investigadores, autoridades y miembros de comités y, en general, las demás normas necesarias para la adecuada protección de los derechos de las personas respecto de la investigación científica biomédica.

Párrafo 8º De los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual

Artículo 23.- La reserva de la información que el profesional tratante debe mantener frente al paciente o la restricción al acceso por parte del titular a los contenidos de su ficha clínica, en razón de los efectos negativos que esa información pudiera tener en su estado mental, obliga al profesional a informar al representante legal del paciente o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, las razones médicas que justifican tal reserva o restricción.

Artículo 24.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 15 de esta ley, si la persona no se encuentra en condiciones de manifestar su voluntad, las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles, tales como esterilización con fines contraceptivos, psicocirugía u otro de carácter irreversible, deberán contar siempre con el informe favorable del comité de ética del establecimiento.

Artículo 25.- Una persona puede ser objeto de hospitalización involuntaria siempre que se reúnan todas las condiciones siguientes:

- a) Certificación de un médico cirujano que indique fundadamente la necesidad de proceder al ingreso de una persona para llevar a cabo la evaluación de su estado de salud mental;
- b) Que el estado de la misma comporte un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros;
- c) Que la hospitalización tenga exclusivamente una finalidad terapéutica;
- d) Que no exista otro medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados, y
- e) Que el parecer de la persona atendida haya sido tenido en consideración. De no ser posible esto último, se tendrá en cuenta la opinión de su representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y, en ausencia de ambos, de la persona más vinculada a él por razón familiar o de hecho.

Toda hospitalización involuntaria deberá ser comunicada a la Secretaría Regional Ministerial de Salud y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental indicada en el artículo 29 que correspondan.

La Autoridad Sanitaria Regional velará por el respeto de los derechos de las personas ingresadas en instituciones de salud mental, y autorizará el ingreso de todas las hospitalizaciones involuntarias que excedan de setenta y dos horas, de acuerdo a lo establecido en los artículos 130 y 131 del Código Sanitario.

Las Comisiones Regionales indicadas informarán de su revisión, conclusiones y recomendaciones al Secretario Regional Ministerial de Salud para que éste, si correspondiere, ejerza la facultad indicada en el artículo 132 del Código Sanitario. En el evento que dicha autoridad decida no ejercer esta facultad, la Comisión respectiva podrá presentar los antecedentes a la Corte de Apelaciones del lugar en que esté hospitalizado el paciente, para que ésta resuelva en definitiva, conforme al procedimiento aplicable a la acción constitucional de protección establecida en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, sin perjuicio de las demás acciones que correspondan.

Artículo 26.- El empleo extraordinario de las medidas de aislamiento o contención física y farmacológica deberá llevarse a cabo con pleno respeto a la dignidad de la persona objeto de tales medidas, las cuales sólo podrán aplicarse en los casos en que concorra indicación terapéutica acreditada por un médico, que no exista otra alternativa menos restrictiva y que la necesidad de su aplicación fuere proporcional en relación a la conducta gravemente perturbadora o agresiva.

Estas excepcionales medidas se aplicarán exclusivamente por el tiempo estrictamente necesario para conseguir el objetivo terapéutico, debiendo utilizarse los medios humanos suficientes y los medios materiales que eviten cualquier tipo de daño. Durante el empleo de las mismas, la persona con discapacidad psíquica o intelectual tendrá garantizada la supervisión médica permanente.

Todo lo actuado con motivo del empleo del aislamiento o la sujeción deberá constar por escrito en la ficha clínica. Además de lo anterior, se comunicará el empleo de estos medios a la Autoridad Sanitaria Regional, a cuya disposición estará toda la documentación respectiva.

Se podrá reclamar a la Comisión Regional que corresponda la revisión de las medidas de aislamiento y contención o aquellas que restrinjan temporalmente la comunicación o contacto con las visitas.

Mediante un reglamento expedido por el Ministerio de Salud se establecerán las normas adecuadas para el manejo de las conductas perturbadoras o agresivas que las personas con discapacidad psíquica o intelectual pudieran tener en establecimientos de salud y el respeto por sus derechos en la atención de salud.

Artículo 27.- Sin perjuicio del derecho de la persona con discapacidad psíquica o intelectual a otorgar su autorización o denegarla para ser sometida a tratamientos, excepcionalmente y sólo cuando su estado lo impida, podrá ser tratada involuntariamente siempre que:

- a) Esté certificado por un médico psiquiatra que la persona padece una enfermedad o trastorno mental grave, suponiendo su estado un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros, y que suspender o no tener tratamiento significa un empeoramiento de su condición de salud. En todo caso, este tratamiento no se deberá aplicar más allá del período estrictamente necesario a tal propósito;
- b) El tratamiento responda a un plan prescrito individualmente, que atienda las necesidades de salud de la persona, esté indicado por un médico psiquiatra y sea la alternativa terapéutica menos restrictiva de entre las disponibles;
- c) Se tenga en cuenta, siempre que ello sea posible, la opinión de la misma persona; se revise el plan periódicamente y se modifique en caso de ser necesario, y
- d) Se registre en la ficha clínica de la persona.

Artículo 28.- Ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica.

En los casos en que se realice investigación científica con participación de personas con discapacidad psíquica o intelectual que tengan la capacidad de manifestar su voluntad y que hayan dado consentimiento informado, además de la evaluación ética científica que corresponda, será necesaria la autorización de la Autoridad Sanitaria competente, además de la manifestación de voluntad expresa de participar tanto de parte del paciente como de su representante legal.

En contra de las actuaciones de los prestadores y la Autoridad Sanitaria en relación a investigación científica, podrá presentarse un reclamo a la Comisión Regional indicada en el artículo siguiente que corresponda, a fin de que ésta revise los procedimientos en cuestión.

Artículo 29.- Sin perjuicio de las facultades de los tribunales ordinarios de justicia, el Ministerio de Salud deberá asegurar la existencia y funcionamiento de una Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y de Comisiones Regionales de Protección, una en cada región del país, cuya función principal será velar por la protección de derechos y defensoría de las personas con discapacidad psíquica o intelectual en la atención de salud entregada por los prestadores públicos o privados, sea en las modalidades de atención comunitaria, ambulatoria, hospitalaria o de urgencia. Serán atribuciones de la Comisión Nacional:

- a) Promover, proteger y defender los derechos humanos de las personas con discapacidad psíquica e intelectual cuando éstos sean o puedan ser vulnerados.
- b) Proponer al Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, directrices técnicas y normativas complementarias con el fin de garantizar la aplicación de la presente ley para promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad psíquica e intelectual.
- c) Coordinar y velar por el buen funcionamiento de las Comisiones Regionales.
- d) Proponer a la Subsecretaría de Salud Pública la vinculación y coordinación de la Comisión con otros organismos públicos y privados de derechos humanos.
- e) Revisar los reclamos contra lo obrado por las Comisiones Regionales.
- f) Revisar las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles.
- g) Revisar hechos que involucren vulneración de derechos de las personas y muertes ocurridas durante la hospitalización psiquiátrica.

Serán funciones de las Comisiones Regionales:

- a) Efectuar visitas y supervisar las instalaciones y procedimientos relacionados con la hospitalización y aplicación de tratamientos a personas con discapacidad psíquica o intelectual.
- b) Revisar las actuaciones de los prestadores públicos y privados en relación a las hospitalizaciones involuntarias y a las medidas o tratamientos que priven a la persona de desplazamiento o restrinjan temporalmente su contacto con otras personas, y controlar dichas actuaciones, medidas y tratamientos periódicamente.
- c) Revisar los reclamos que los usuarios y cualquier otra persona en su nombre realicen sobre vulneración de derechos vinculados a la atención en salud.
- d) Emitir recomendaciones a la Autoridad Sanitaria sobre los casos y situaciones sometidos a su conocimiento o revisión.
- e) Recomendar a los prestadores institucionales e individuales la adopción de las medidas adecuadas para evitar, impedir o poner término a la vulneración de los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual.
- f) Cumplir y ejecutar las directrices técnicas emitidas por el Ministerio de Salud.

La Comisión Nacional estará conformada por las siguientes personas, quienes se desempeñarán ad honorem:

- a) Dos miembros de asociaciones gremiales de profesionales del área de la salud, que sean representativos del área de la salud mental.
- b) Un miembro de la asociación gremial de abogados que cuente con el mayor número de adherentes.
- c) Dos miembros de sociedades científicas del área de la salud mental.
- d) Dos representantes de asociaciones de usuarios de la salud mental.

e) Dos representantes de asociaciones de familiares de personas con discapacidad psíquica o intelectual.

f) Un representante de la Autoridad Sanitaria.

La Comisión tendrá una Secretaría Ejecutiva, que coordinará su funcionamiento y cumplirá los acuerdos que aquella adopte y estará conformada por el personal que al efecto asigne el Ministerio de Salud.

En la conformación de las Comisiones Regionales el Ministerio de Salud procurará una integración con similares características, de acuerdo a la realidad local de la respectiva Región.

Un reglamento señalará la manera en que se designarán dichas personas y las normas necesarias para el adecuado funcionamiento de las Comisiones indicadas en este artículo.

En contra de las acciones efectuadas por los prestadores institucionales e individuales, o por la autoridad sanitaria, las personas con discapacidad psíquica o intelectual afectadas, sus representantes y cualquiera a su nombre podrán recurrir directamente a la Corte de Apelaciones del domicilio del afectado para el resguardo de sus derechos. La Comisión Nacional o las Comisiones Regionales podrán informar a la Corte de Apelaciones del lugar en que tengan su asiento, de los casos de que tomen conocimiento en el ejercicio de sus funciones, y entregarle todos los antecedentes para que ésta restablezca el imperio del derecho.

Las acciones ante las Cortes de Apelaciones se tramitarán de acuerdo a las normas del recurso establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.

Párrafo 9º: De la participación de las personas usuarias

Artículo 30.- Sin perjuicio de los mecanismos e instancias de participación creados por ley, por reglamento o por resolución, toda persona tiene derecho a efectuar las consultas y los reclamos que estime pertinentes, respecto de la atención de salud recibida. Asimismo, los usuarios podrán manifestar por escrito sus sugerencias y opiniones respecto de dicha atención.

Por medio del Ministerio de Salud, con consulta a las instancias de participación creadas por ley, se reglamentarán los procedimientos para que los usuarios ejerzan estos derechos, y el plazo y la forma en que los prestadores deberán responder o resolver, según el caso.

Al reglamentar la existencia de comités de ética que atiendan las consultas de las personas que consideren necesaria la evaluación de un caso desde el punto de vista ético clínico, se deberá asegurar la participación de los usuarios en dichos comités.

En el caso de los prestadores institucionales, serán éstos los que provean los medios para que sus usuarios accedan a un comité de ética, si así lo requirieren. Los prestadores individuales darán a conocer a las personas el comité de ética al cual estuvieren adscritos. Los Servicios de Salud deberán disponer de, al menos, un comité de ética, al cual se entenderán adscritos los prestadores privados individuales de su territorio, en caso de no estarlo a algún otro.

Párrafo 10º : De los medicamentos e insumos

Artículo 31.- Los prestadores institucionales, públicos y privados, mantendrán una base de datos actualizada y otros registros de libre acceso, con información que contenga los precios de las prestaciones, de los insumos y de los medicamentos que cobren en la atención de personas.

Asimismo, al momento de ingresar, se informará por escrito, a la persona o a su representante, de los posibles plazos para el pago de las prestaciones, medicamentos e insumos utilizados, así como de los cargos por intereses u otros conceptos.

En los casos en que la persona deba concurrir al pago de las atenciones que recibe, ya sea total o parcialmente, podrá solicitar, en cualquier oportunidad, una cuenta actualizada y detallada de los gastos en que se haya incurrido en su atención de salud.

Artículo 32.- Si las dosis de medicamentos o insumos fueren unitarias, en el caso de que la persona deba concurrir al pago de ellas, sólo estará obligada al pago de aquellas unidades efectivamente usadas en el tratamiento correspondiente.

TÍTULO III: DE LOS DEBERES DE LAS PERSONAS EN SU ATENCIÓN DE SALUD

Artículo 33.- Para el debido respeto de la normativa vigente en materia de salud, la autoridad competente implementará las medidas que aseguren una amplia difusión de ella.

Tanto las personas que soliciten o reciban atención de salud por parte de un prestador institucional, como sus familiares, representantes o quienes los visiten, tendrán el deber de respetar el reglamento interno de dicho establecimiento.

Artículo 34.- Sin perjuicio del deber preferente del prestador de informar de acuerdo a lo indicado en el Párrafo 4º del Título II de esta ley, la persona que solicita una atención de salud procurará informarse acerca del funcionamiento del establecimiento que la recibe para los fines de la prestación que requiere, especialmente, respecto de los horarios y modalidades de atención, así como sobre los mecanismos de financiamiento existentes, sin perjuicio de la obligación del prestador de otorgar esta información.

Asimismo, deberá informarse acerca de los procedimientos de consulta y reclamo establecidos.

Artículo 35.- Todas las personas que ingresen a los establecimientos de salud deberán cuidar las instalaciones y equipamiento que el prestador mantiene a disposición para los fines de atención, respondiendo de los perjuicios según las reglas generales.

Las personas deberán tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean éstos profesionales, técnicos o administrativos. Igual obligación corresponde a los familiares, representantes legales y otras personas que los acompañen o visiten.

El trato irrespetuoso o los actos de violencia verbal o física en contra de los integrantes del equipo de salud, de las demás personas atendidas o de otras personas, dará derecho a la autoridad del establecimiento para requerir, cuando la situación lo amerite, la presencia de la fuerza pública para restringir el acceso al establecimiento de quienes afecten el normal desenvolvimiento de las actividades en él desarrolladas, sin perjuicio del derecho a perseguir las responsabilidades civiles o penales que correspondan. También podrá ordenar el alta disciplinaria del paciente que incurra en maltrato o en actos de violencia, siempre que ello no ponga en riesgo su vida o su salud.

Artículo 36.- Tanto la persona que solicita la atención de salud, como sus familiares o representantes legales, deberán colaborar con los miembros del equipo de salud que la atiende, informando de manera veraz acerca de sus necesidades y problemas de salud y de todos los antecedentes que conozcan o les sean solicitados para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

TÍTULO IV: DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Artículo 37.- Sin perjuicio del derecho de las personas a reclamar ante las diferentes instancias o entidades que determina la normativa vigente, toda persona podrá reclamar el cumplimiento de los derechos que esta ley le confiere ante el prestador institucional, el que deberá contar con personal especialmente habilitado para este efecto y con un sistema de registro y respuesta escrita de los reclamos planteados.

El prestador deberá adoptar las medidas que procedan para la acertada solución de las irregularidades detectadas.

Si la persona estimare que la respuesta no es satisfactoria o que no se han solucionado las irregularidades, podrá recurrir ante la Superintendencia de Salud.

Un reglamento regulará el procedimiento a que se sujetarán los reclamos, el plazo en que el prestador deberá comunicar una respuesta a la persona que haya efectuado el reclamo por escrito, el registro que se llevará para dejar constancia de los reclamos y las demás normas que permitan un efectivo ejercicio del derecho a que se refiere este artículo.

Asimismo, las personas tendrán derecho a requerir, alternativamente, la iniciación de un procedimiento de mediación, en los términos de la ley N°19.966 y sus normas complementarias.

Artículo 38.- Corresponderá a los prestadores públicos y privados dar cumplimiento a los derechos que esta ley consagra a todas las personas. En el caso de los prestadores institucionales públicos, deberán, además, adoptar las medidas que sean necesarias para hacer efectiva la responsabilidad administrativa de los funcionarios, mediante los procedimientos administrativos o procesos de calificación correspondientes.

La Superintendencia de Salud, a través de su Intendencia de Prestadores, controlará el cumplimiento de esta ley por los prestadores de salud públicos y privados, recomendando la adopción de medidas necesarias para corregir las irregularidades que se detecten.

En el caso de que ellas no sean corregidas dentro de los plazos fijados para este efecto por el Intendente de Prestadores, éste ordenará dejar constancia de ello al prestador en un lugar visible, para conocimiento público, dentro del establecimiento de que se trate.

Si transcurrido el plazo que fijare el Intendente de Prestadores para la solución de las irregularidades, el que no excederá de dos meses, el prestador no cumpliera la orden, será sancionado de acuerdo con las normas establecidas en los Títulos IV y V del Capítulo VII, del Libro I del decreto con fuerza de ley N°1, de 2006, del Ministerio de Salud.

En contra de las sanciones aplicadas el prestador podrá interponer los recursos de reposición y jerárquico, en los términos del Párrafo 2º del Capítulo IV de la ley N° 19.880.

2. NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Fuente: Decreto 158 – 24 de Enero de 2015, disponible en www.leychile.cl – “APRUEBA REGLAMENTO SOBRE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA”.

INTRODUCCIÓN

El presente documento contempla algunas de las consideraciones fundamentales sobre el Decreto 158 que regula la notificación obligatoria de determinadas enfermedades. El reglamento fue publicado en mayo de 2005 y ha recibido varias actualizaciones, siendo la fuente del presente documento la actualización efectuada por la autoridad respectiva el 24 de enero de 2015.

SÍNTESIS DEL REGLAMENTO

Será obligación de todos los médicos cirujanos, que atienden enfermos en establecimientos asistenciales, sean públicos o privados, en que se proporcione atención ambulatoria notificar las enfermedades de declaración obligatoria en la forma que se establece en el presente reglamento.

Si el enfermo fuese atendido por médicos particulares en su domicilio o consulta, la notificación se efectuará a través de los formularios que para estos efectos proporcionará la autoridad sanitaria. El profesional médico deberá despachar la notificación a la autoridad sanitaria dentro de cuya jurisdicción se encuentra ubicada su consulta particular.

1. NOTIFICACIÓN INMEDIATA.

Frente a la sospecha de las enfermedades de notificación obligatoria se deberá comunicar en forma inmediata por cualquier medio a la autoridad sanitaria correspondiente, desde el lugar en que fue diagnosticada, sin perjuicio de que con posterioridad, dentro del plazo de 24 horas, se proceda a llenar el formulario respectivo. La autoridad sanitaria deberá, a su vez, comunicar al Minsal por la vía más expedita.

Las enfermedades consideradas en esta categoría son:

- Botulismo
- Brucelosis
- Carbunco
- Cólera
- Dengue
- Difteria
- Enfermedad Invasora por *Haemophilus Influenzae*
- Enfermedad Meningocócica
- Fiebre Amarilla
- Fiebre del Nilo Occidental
- Infecciones Respiratorias Agudas Graves (incluidas las neumonías que requieren hospitalización)
- Leptospirosis

- Malaria
- Meningitis Bacteriana (incluida enfermedad Meningocócica)
- Peste
- Poliomiелitis
- Rabia humana
- Sarampión
- SARS
- Síndrome Pulmonar por Hantavirus
- Triquinosis
- Rubéola
- La ocurrencia de toda agrupación de casos relacionados en el tiempo y en el espacio, donde se sospeche de una causa infecciosa transmisible, incluidos los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos.

La notificación inmediata se debe efectuar “por escrito en un formulario que contendrá la siguiente información”:

- Identificación del establecimiento y del Servicio de Salud al que corresponde notificar.
- Apellidos, nombre, RUT, ficha clínica, domicilio, teléfono, edad, sexo del enfermo.
- Diagnóstico de la enfermedad objeto de la denuncia, su confirmación, fecha de inicio de los síntomas, lugar de aislamiento, exámenes practicados, antecedentes epidemiológicos y de vacunación.
- En caso de TBC, indicar si se trata de un caso nuevo o recaída, y localización.
- Identificación del profesional que notifica, RUT y su firma.

Tratándose de enfermedades de transmisión sexual, podrá omitirse el nombre y apellidos del paciente, indicándose en su reemplazo el RUT, así como su domicilio, consignándose en este caso sólo la comuna que corresponda.

2. NOTIFICACIÓN DIARIA.

Las enfermedades de declaración diaria, deberán ser notificadas, una vez confirmado el diagnóstico, por el respectivo establecimiento asistencial, enviándose el formulario correspondiente el mismo día de la confirmación a la autoridad sanitaria competente, desde donde se remitirá al Ministerio de Salud una vez por semana.

- Coqueluche
- Enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis Americana)
- Enfermedad de Creutzfeld-Jakob (EJC)
- Fiebre Tifoidea y Paratifoidea
- Gonorrea
- Hepatitis viral A, B, C, E
- Hidatidosis
- Lepra
- Parotiditis
- Psitacosis
- Rubéola Congénita

- Sífilis en todas sus formas y localizaciones
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA)
- Tétanos
- Tuberculosis.
- Tifus.

La notificación diaria se debe efectuar “por escrito en un formulario que contendrá la siguiente información”:

- Identificación del establecimiento y del Servicio de Salud al que corresponde notificar.
- Apellidos, nombre, RUT, ficha clínica, domicilio, teléfono, edad, sexo del enfermo.
- Diagnóstico de la enfermedad objeto de la denuncia, su confirmación, fecha de inicio de los síntomas, lugar de aislamiento, exámenes practicados, antecedentes epidemiológicos y de vacunación.
- En caso de TBC, indicar si se trata de un caso nuevo o recaída, y localización.
- Identificación del profesional que notifica, RUT y su firma.

Tratándose de enfermedades de transmisión sexual, podrá omitirse el nombre y apellidos del paciente, indicándose en su reemplazo el RUT, así como su domicilio, consignándose en este caso sólo la comuna que corresponda.

3. NOTIFICACIÓN A TRAVÉS DE CENTROS CENTINELAS.

- Influenza
- Infecciones Respiratorias Agudas
- Diarreas
- Enfermedades de Transmisión Sexual (excepto Gonorrea, Sífilis y VIH/SIDA)
- Varicela

Las enfermedades de declaración a través de establecimientos centinelas, contempladas en la letra c) del artículo 1º deberán ser notificadas en cuanto al número de casos semanales, según sexo y grupos de edad, una vez confirmado el diagnóstico en el respectivo establecimiento centinela, enviándose el o (los) formulario(s) correspondiente(s) semanalmente, incluyendo los datos de laboratorio, a la autoridad sanitaria competente, desde donde se remitirán al Ministerio de Salud con igual periodicidad.

3. CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

Fuente: División de Gestión de la Red Asistencial – Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

INTRODUCCIÓN

Ante el diagnóstico de una enfermedad contemplada en las Garantías Explícitas en Salud, el médico tiene obligación de informar al paciente de las garantías que el Estado entrega para la atención de dicha enfermedad en cuatro dimensiones: garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. En el presente documento, la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud informa respecto de la obligación de dichas notificaciones. Además se adjunta formulario realizado por la Superintendencia de Salud para tales efectos y un listado actualizado de Patologías GES.



Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Gestión de la Red Asistencial

“CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES”

Las Garantías Explícitas en Salud (GES), constituyen un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al Fonasa y a las Isapres.

En el ámbito de la “Constancia de Información al paciente GES”, el artículo 24 de la Ley 19.966, señala “*los prestadores de salud deberán informar, a los beneficiarios, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen*”. Por otra parte el artículo 25 de la misma ley especifica que “*la constancia debe ser por escrito de acuerdo a las instrucciones de la Superintendencia de salud*”.

La Superintendencia de Salud ha emitido una serie de circulares (IF nº 57/2007; IF nº 142/2011; IF nº 181/2012; IF nº 186, 194, y 195 del 2013) con instrucciones en relación al uso del “**Formulario de Constancia de Información al paciente GES**”.

En estas circulares se especifica que la Obligación de Notificar se debe realizar al momento de la confirmación diagnóstica (sólo realizable por Médico u Odontólogo) o de la confirmación de problema GES (realizable por otros profesionales: analgesia del parto; salud oral de la embarazada, etc...). Es en ese momento que se le debe entregar al usuario información sobre garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección Financiera, y el momento a partir del cual tiene derecho a tales garantías. Otro antecedente a entregar es información sobre la red de prestadores correspondiente.

El formulario de constancia de entrega de esta información deberá ser extendido en 2 ejemplares, uno para el prestador y otro para el usuario, y debe contener al menos la siguiente información:

- La constancia del Diagnóstico GES (debe decir “AUGE” o “GES”), especificando cual es la condición
- Nombre, RUN y firma de la persona que notifica
- Nombre, RUN y firma de la persona notificada
- Fecha y hora de la notificación
- Datos de contacto (Nº telefónico, dirección, dirección electrónica)

Se debe entregar una copia al beneficiario y la otra debe quedar archivada en la ficha clínica.

Se entiende por prestador responsable de este acto, el establecimiento que otorga la prestación y no los profesionales, por lo que parte de esta información puede ser entregada por un funcionario diferente del profesional Médico. Sin embargo, la responsabilidad del diagnóstico sigue siendo del profesional competente médico o dentista tal como lo señala el código sanitario, por lo que en la mayoría de los problemas GES, en los cuales se requiere confirmar el Diagnóstico, le corresponderá al profesional Médico o Odontólogo iniciar el proceso, informándole al usuario de que tiene una condición GES, y derivándolo al funcionario que le complementará la información correspondiente, si así fuera implementado en el establecimiento.

PATOLOGÍAS GES

Fuente: *Superintendencia de Salud*

De acuerdo a sistema (manual o electrónica) del centro de salud correspondiente, el médico debe notificar al paciente sobre las siguientes patologías GES.

01. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5
02. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
03. Cáncer cérvico-uterino
04. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado
05. Infarto agudo del miocardio
06. Diabetes Mellitus tipo I
07. Diabetes Mellitus tipo II
08. Cáncer de mama en personas de 15 años y más
09. Disrafias espinales
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa
13. Fisura Labiopalatina
14. Cáncer en personas menores de 15 años
15. Esquizofrenia
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
17. Linfomas en personas de 15 años y más
18. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA
19. Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años
20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más

21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
23. Salud oral integral para niños y niñas de 6 años
24. Prevención de parto prematuro
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marca-paso
26. Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
27. Cáncer gástrico
28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más
30. Estrabismo en personas menores de 9 años
31. Retinopatía diabética
32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático
33. Hemofilia
34. Depresión en personas de 15 años y más
35. Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas
36. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
37. Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
39. Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años
40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
43. Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
45. Leucemia en personas de 15 años y más
46. Urgencia odontológica ambulatoria
47. Salud oral integral del adulto de 60 años
48. Politraumatizado grave
49. Traumatismo craneo encefálico moderado o grave
50. Trauma ocular grave
51. Fibrosis quística
52. Artritis reumatoidea
53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
54. Analgesia del parto
55. Gran quemado
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
57. Retinopatía del prematuro
58. Displasia broncopulmonar del prematuro
59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
61. Asma bronquial en personas de 15 años y más
62. Enfermedad de parkinson
63. Artritis idiopática juvenil
64. Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal

65. Displasia luxante de caderas
66. Salud oral integral de la embarazada
67. Esclerosis múltiple remitente recurrente
68. Hepatitis crónica por virus hepatitis B
69. Hepatitis C
70. Cáncer colorectal en personas de 15 años y más
71. Cáncer de ovario epitelial
72. Cáncer vesical en personas de 15 años y más
73. Osteosarcoma en personas de 15 años y más
74. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más
75. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
76. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
77. Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años
78. Lupus eritematoso sistémico
79. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricuspide en personas de 15 años y más
80. Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

- 1. Garantía de Acceso:** Recibir las atenciones definidas para cada enfermedad.
- 2. Garantía de Oportunidad:** Las prestaciones garantizadas en el AUGE/GES deben ser entregadas de acuerdo a los plazos establecidos.
- 3. Garantía de Protección Financiera:** Cancelar sólo el copago: 0% Afiliados del Fonasa A y B; 10% grupo C y 20% grupo D y afiliados a Isapres.
- 4. Garantía de Calidad:** Las prestaciones garantizadas en el AUGE/GES deben ser entregadas por un prestador de salud registrado y acreditado en la Superintendencia de Salud

ACCESO

La ley otorga el derecho de acceso al AUGE-GES a toda persona beneficiaria del Fonasa o de una Isapre que:

- Presente una enfermedad que esté incluida entre los 80 problemas de salud o patologías AUGE-GES.
- Cumpla las condiciones especiales de edad, estado de salud u otras definidas para cada uno de los problemas de salud.

FONASA

- Las personas beneficiarias del Fonasa deben atenderse en los establecimientos de la red asistencial pública, siendo en general el Consultorio de atención primaria donde estén inscritos, la puerta de entrada al AUGE-GES.

- En el caso del Fonasa, la Red AUGE-GES está conformada principalmente por establecimiento de salud pública, Centros de Atención Primaria (Consultorios, CESFAM), Atención Secundaria (CRS-CDT) y Hospitales.

ISAPRE

- Las personas afiliadas a Isapres que le diagnostiquen un problema AUGE-GES, deben dirigirse a una sucursal de su Isapre, con la notificación de su médico, que padece una patología garantizada, completar el formulario respectivo.
- La ISAPRE le designará un prestador que se encuentre dentro de su Red de prestadores establecida para este efecto.
- El prestador de la red verificará o descartará el diagnóstico y la ISAPRE lo derivará al establecimiento de la Red que proporcionará el tratamiento.

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

Datos del prestador

Nombre de la Institución (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.)

Dirección

Ciudad

Nombre persona que notifica

RUT persona que notifica en representación del Prestador de Salud

Antecedentes del paciente

Nombre completo

RUT

Aseguradora (Seleccione una opción):

☐

FONASA

☐

ISAPRE

Dirección

Comuna / Región

Teléfono de contacto:

Fijo:

Celular:

Correo electrónico (E-mail)

Información médica

Confirmación diagnóstica GES (Problema de Salud - Patología)

☐

Confirmación diagnóstica

☐

Paciente en tratamiento

Notificación

Fecha:

Hora:

Constancia

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las "Garantías Explícitas en Salud", GES, siempre que la atención sea otorgada en la "Red de Prestadores" que me corresponde según Fonasa o la Isapre, a la que me encuentro adscrito.

Informé diagnóstico GES

Firma de la persona
que notifica

Tomé conocimiento

Firma o huella digital del paciente
o representante

IMPORTANTE : El paciente debe tener presente que si no se cumplen las garantías, puede reclamar ante el Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

En caso que la persona que "tomó conocimiento" no sea el paciente, identificar los siguientes datos:

Antecedentes del representante

Nombre completo

RUT

Teléfono de contacto:

Fijo:

Celular:

Correo electrónico (E-mail)

4. OBLIGACIONES A LOS MÉDICOS QUE EMANAN DE LA LEY N° 20.850, “LEY RICARTE SOTO”

Fuente: División de Gestión de la Red Asistencial – Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2015 empezó a operar la Ley N° 20.850, también conocida como “Ley Ricarte Soto”, legislación que entrega cobertura y garantía de acceso a los pacientes que padecen de enfermedades calificadas como “de alto costo”. Esta nueva pieza legal asigna una serie de obligaciones a los médicos que el Ministerio de Salud explica en el presente documento.



Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Gestión de la Red Asistencial

LEY 20.850, LEY RICARTE SOTO

“LEY QUE RECIBE EL NOMBRE COMO UN HOMENAJE PÓSTUMO A DON RICARTE SOTO”

I. ANTECEDENTES:

La Ley nace como respuesta a grupo de la población que debido al tipo de patología que les afectaba debían incurrir en gastos en tratamientos de alto costo provocando un descalabro en la economía del grupo familiar.

La Ley 20.850 se promulga el 1° de junio 2015 y entra en vigencia el 04 de diciembre del mismo año.

Es un sistema de protección se considera **Universal**, porque da garantías explícitas en el acceso, calidad y protección financiera a todas las personas beneficiarias de los sistemas previsionales de salud en Chile.

La cobertura de esta ley está orientada a diagnósticos, medicamentos, dispositivos de uso médico y alimentos de alto costo.

Se define de alto costo a través de un Umbral único nacional de costo anual: cifra monetaria que define universalmente el monto sobre el que se considera que un diagnóstico o tratamiento es de alto costo, que se fijará por decreto cada 3 años.

La Ley considera **garantías** de acceso donde fija plazos por garantía en cada problema de salud, equidad, calidad que se traduce en asegurar prestadores aprobados bajo ciertos requisitos y la satisfacción usuaria.

El beneficiario, para recibir las garantías debe ser atendido dentro de la **Red Única Aprobada** para tal efecto.

La administración del fondo de recursos asignados para el financiamiento de los grupos de tratamientos, está mandatado a FONASA, así como el Sistema informatizado de Seguimiento clínico asistencia, seguimiento de fármacos y garantías, Seguimiento del Fondo y de Información para el usuario.

Es una Ley Progresiva que incorporará nuevas patologías y garantías en cada decreto.

El Primer decreto que entró en vigencia de 04 de diciembre de 2015 incorpora los siguientes problemas de salud y garantías:

Problema de Salud	Examen Gold Standard	Principio Activo
Mucopolisacaridosis I	Actividad Enzimática en Leucocitos	Larodinas
Mucopolisacaridosis II	Actividad Enzimática en Leucocitos	Idursulfasa
Mucopolisacaridosis VI	Actividad Enzimática en Leucocitos	Galsulfasa
Gaucher	Actividad Enzimática en Leucocitos	Taliglucerasa o Imiglucerasa
Fabry	Act. Enz. Leucocitos en Varones Estudio molecular en Mujeres	Agalsidasa
Tirosinemia Tipo I	Succinilacetona por espectrometría de masa en Tandem	Nitisinona
Artritis Reumatoide R		Abatacept o Rituximab
Esclerosis Múltiple RR		Fingolimod o Natalizumab
HTAP grupo 1	Cateterismo cardiaco	Iloprost Inhalatorio Ambrisentan, Bosentan
Cáncer Mama		Trastuzumab
Prematuro Extremo con DBP		Palivizumab

II. DE LA APROBACIÓN DE PRESTADORES

El Reglamento N° 54 del 31 de agosto del 2015, establece las Normas para el otorgamiento y cobertura financiera de los diagnósticos y tratamientos incorporados al sistema establecido en la Ley 20.850.

Establece en el Título III de la Aprobación de Prestadores, en artículo 11 los requisitos para conformar la Red de Prestadores y en el artículo 12, los estándares que deben cumplir los prestadores para ser aprobados, requisitos generales, de Probidad y específicos por problema de salud.

Todo lo anterior con la finalidad de resguardar la calidad técnica de atención de los pacientes beneficiarios de la Ley, generando una Red Única Público - Privada Aprobada. Esta aprobación es dinámica realizará a través de un proceso de Postulación a través de un Link “Aprobación de Prestadores” Ley Ricarte Soto donde los establecimientos realizan el proceso e ingresan los medios verificables solicitados para cada Etapa y Problema de salud que posteriormente, serán evaluados por una comisión asesora de la Ministra de Salud, quien finalmente dará su aprobación mediante un Decreto.

Los establecimientos aprobados deberán suscribir un convenio con FONASA.

Las etapas definidas en este mismo reglamento son:

- I Etapa de Confirmación
- II Etapa de Tratamiento
- III Etapa de Seguimiento

En la Norma técnica N° 181 del 20 de noviembre 2015 se describen los requisitos técnicos y verificables para cada etapa y problema de salud.

III. DEL PROCESO CLÍNICO

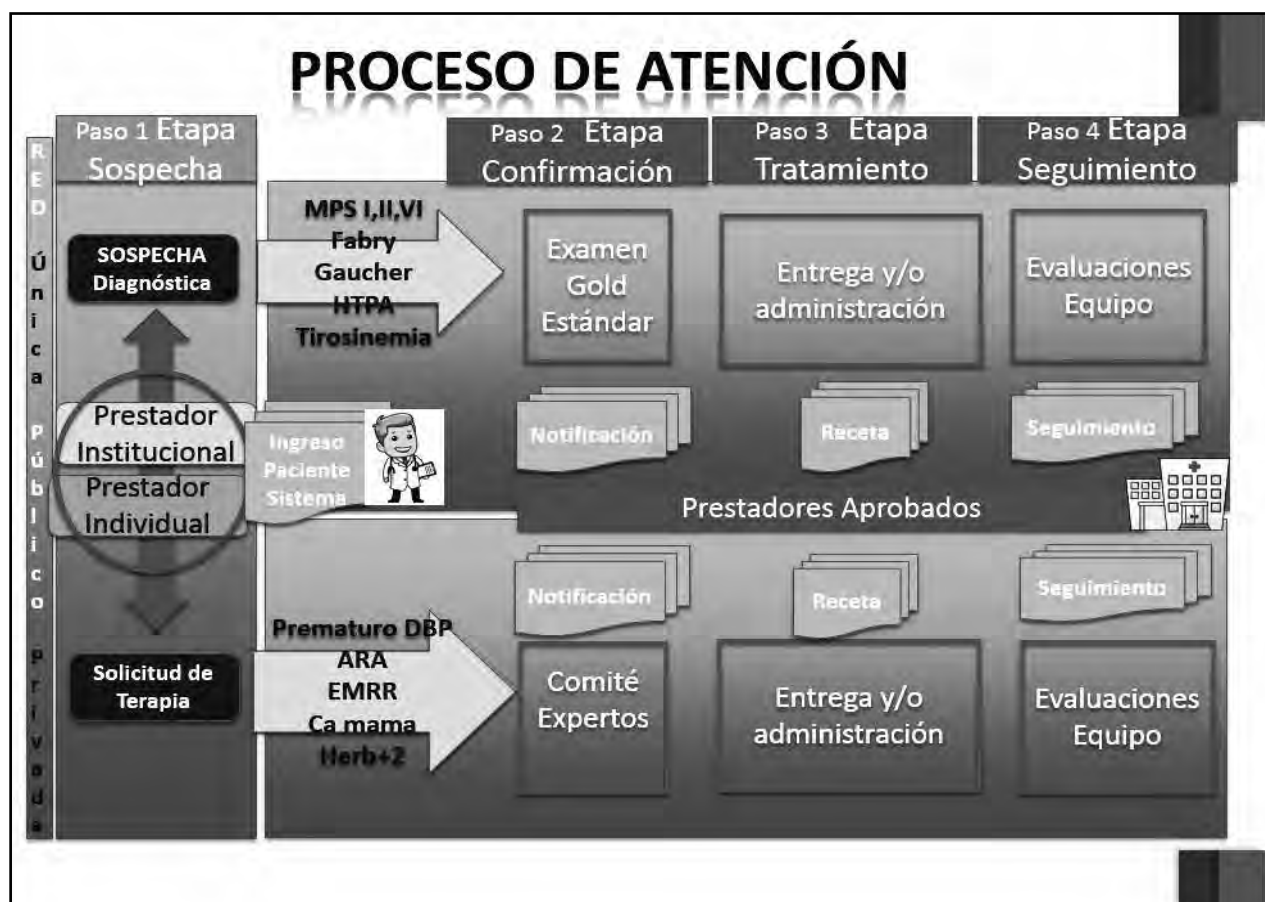
El proceso clínico considerado para los problemas de salud es el mismo que para cualquier patología y se ha resguardado este proceso en las Orientaciones Técnicas, Protocolos, flujos de atención y documentos asociados desarrollados para la implementación de la Ley.

Este proceso considera las distintas etapas clínicas que fueron relevadas en el Reglamento y se resumen en la siguiente imagen:



Los problemas de salud Ingresados en este primer decreto pueden agruparse en dos grupos o flujos diferentes de acuerdo a la naturaleza de la garantía.

El grupo de patologías que requieren ser confirmadas por algún método diagnóstico el cual también puede estar garantizado y el otro grupo que ya cuenta con un diagnóstico están postulando a una terapia de segunda línea y para ello debe pasar por un Comité Técnico de expertos que aprobará o no esta solicitud de acuerdo a criterios establecidos en las orientaciones y protocolos.



Es así que un paciente que es portador de un Problema de salud con garantías en la Ley debe ser ingresado al Sistema Informático de FONASA, con todos los antecedentes solicitados en el Formulario por su médico tratante, lo cual generará una Etapa inicial de **Sospecha fundada** que si bien no tiene garantía es fundamental para dar inicio al proceso.

Para que el médico pueda ingresar a sus pacientes debe primero obtener su clave en la página de FONASA en el link para tal efecto.

Una vez ingresado el paciente en el sistema pasa a la **Etapas de Confirmación** donde el paciente será confirmado a través del examen considerado como Gold estándar o en caso de pacientes confirmados y ya en terapia donde la garantía es una terapia de segunda línea, pasarán a la aprobación de un Comité de expertos.

Una vez confirmado por el examen Gold estándar realizado por un prestador aprobado o aprobado por el comité de expertos esta información vuelve al tratante, quien deberá notificar al paciente de su calidad de Beneficiario de la Ley.

La **Etapas de tratamiento**, que consiste en la entrega o administración del fármaco o dispositivo o alimento por un prestador aprobado lo más cercano posible al domicilio del paciente.

La **Etapas de seguimiento**, consiste el seguimiento del paciente por un equipo multidisciplinario experto en la patología.

Todas las etapas con seguimiento y formularios deben encontrarse en el sistema informático.

IV. DE LA OBLIGACIÓN MÉDICA

Las obligaciones del Médico en relación a la Ley

1. Los Médicos ya sean prestadores institucionales o independientes de una institución, deberán **Obtener su clave en la página de FONASA** para el ingreso, tratamiento y/o seguimiento de su pacientes.
2. Deberán **Ingresar a sus pacientes al Sistema** Informatizado, para que sus pacientes puedan iniciar el proceso de confirmación o validación para que puedan optar a la garantía.
3. Según el reglamento N° 54 artículo 4 de la obligación de informar, **Notificar al paciente**, que es beneficiario de la LRS, cuando le llegue la confirmación clínica o la aprobación del Comité de expertos, en el formulario dispuesto en el sistema para tal efecto, deberá imprimir dos copias una para el paciente y la otra para la ficha clínica del mismo.
4. **Realizar el seguimiento** del paciente en el Sistema, cuando le corresponda.

5. ASPECTOS MÉDICO LEGALES DE LAS LESIONES CORPORALES

Por: Dra. Paulina Troncoso

En el ejercicio de la práctica clínica asistencial es posible que el o la paciente que requiere o solicita la atención médica también lo haga en calidad de víctima, como en el caso del o la paciente con lesiones. Corresponde, entonces, además de la realización del acto médico (anamnesis, examen físico, formulación diagnóstica y tratamiento), efectuar el adecuado registro de las características de las lesiones que permita inferir el mecanismo de acción y formular el pronóstico médico legal. Este informe será insumo fundamental para la evaluación judicial del daño corporal.

Dado el carácter evolutivo de las lesiones, es de la mayor importancia la descripción de éstas según la nomenclatura y estándares definidos, puesto que en una posterior evaluación las lesiones se habrán modificado o desaparecido. En este contexto el médico, según lo señalado en el Código Procesal Penal (artículo 198), puede ser citado como testigo a declarar en juicio oral para dar cuenta de lo registrado en el informe realizado.

El informe de lesiones, a su vez, será considerado junto a la evaluación del perito, en la lógica de mostrar consistencia entre ambas evaluaciones.

Se define como lesión a toda daño o alteración anatómica y funcional, temporal o permanente, ocasionada por agentes externos o internos. Corresponde a un fenómeno vital. Representa una consulta con alta frecuencia en la solicitud de atención en las unidades de Urgencia en casos de agresión de terceros, accidentes, violencia de género, violencia sexual y autoagresión, correspondiendo realizar la denuncia en todos los casos que se sospeche delito.

PRONÓSTICO MÉDICO LEGAL DE LAS LESIONES

El Código Penal chileno, que data de 1874, se refiere a las lesiones corporales en los artículos 395-403. A diferencia del pronóstico médico, que depende del riesgo vital, el pronóstico médico legal de las lesiones se determina según la recuperabilidad para el trabajo (recuperable, irrecuperable, parcial o total) y la incapacidad laboral que ocasiona.

La calificación médico legal de las lesiones o gravedad está determinada por el tiempo que demorará en sanar, de no mediar complicaciones, definiendo como gravísima aquella lesión que ocasiona castración, mutilación de un miembro importante que produzca incapacidad para realizar actividades cotidianas. La lesión es grave si “queda el ofendido demente, inútil para el trabajo, impotente, impedido de algún miembro o notablemente deforme” o si produce incapacidad para el trabajo mayor de 30 días, las lesiones menos graves son aquellas que demoran en sanar o producen incapacidad laboral entre 15 y 30 días y las leves entre 0 y 14 días.

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES

1.- Las lesiones se pueden clasificar según el agente que las produce. Los agentes externos se clasifican en mecánicos, físicos o químicos.

1.a Agentes mecánicos: por efecto de un cuerpo en movimiento que golpea al sujeto o porque el sujeto se golpea contra un cuerpo inmóvil. El objeto que golpea y lesiona los tejidos puede ser un proyectil de arma de fuego, objetos cortantes, punzantes, contusos.

Las contusiones son producidas por cuerpos duros de superficie roma, dando origen a distintos tipos de lesiones según el objeto usado, la fuerza del contacto y la forma de contacto (presión, roce, tracción). Son contusiones superficiales las equimosis y hematomas. Son contusiones profundas las que comprometen vísceras (bazo, hígado, cerebro), articulaciones (esguinces), derrames cavitarios.

1.b Agentes físicos: calor, frío, electricidad, radiación

1.c Agentes químicos: ácidos, álcalis

1.d Agentes biológicos: toxinas, mordeduras, picaduras.

LESIONES POR AGENTES MECÁNICOS

Según la continuidad de la piel, las lesiones se clasifican en:

1 Sin solución de continuidad: edema, eritema, equimosis y hematoma

Equimosis: laceración del tejido celular subcutáneo, al inicio presenta contornos bien definidos y a las horas más difusos, es posible estimar la data de lesión según color característico (rojo oscuro: reciente; negruzco 2-3 días; azul: 3-6 días; verdoso: 7-12 días; amarillo más de 10 – 12 días).

Es importante reparar en ciertas localizaciones que pueden tener importancia médico legal: equimosis palpebrales pueden ser producidas por golpe de puño, fractura órbita; en el cuello asociada a marca de uñas (estigmas ungueales) puede ser producida por estrangulación manual, en el borde cubital del antebrazo pueden ser lesiones de defensa; en muslos, genitales y ano por violencia sexual.

Sugilación: equimosis por succión, forma ovalada, puede producirse en cuello y mamas en contexto de violencia sexual.

Petequias: pequeñas equimosis agrupadas en forma de punteado hemorrágico.

Hematoma: colección de sangre que diseca la piel de los planos profundos, frecuente en traumatismo tangencial que produce desgarros de vasos y aumento de volumen, coloración variable según antigüedad. Los hematomas profundos no se observan externamente. Deben sospecharse y realizar procedimientos auxiliares para su diagnóstico (hematoma en espesor de músculo, cavidades, órganos). Especial importancia la sospecha de hematomas extradurales, subdurales e intracerebrales.

2 Con solución de continuidad parcial: Erosión, escoriación, se ubican topográficamente en partes salientes, bajo las cuales existe plano óseo que genera resistencia.

Erosión (rasmilladura): compromiso sólo de epidermis, no sangra, no produce costra, desaparece a los 4 días y no deja cicatriz. Son características las lineales múltiples por arrastre, las semilunares por acción de las uñas, en anillo contuso erosivo por heridas de bala.

Escoriación: compromiso epidermis y dermis, producen exudado y costra. A los pocos minutos coagula y forma costra, la costra se desprende desde la periferia al centro a los 7 días y desaparece a los 20 días, dejando una zona central con halo rojizo.

Tienen características específicas en:

Atropellos: indican posición de la persona al momento del hecho y la dirección del vehículo

Arrastramiento: señalan la dirección del arrastre y la naturaleza del suelo

Sofocación: alrededor de nariz y boca, producidas por las uñas

Estrangulación: erosiones en el cuello, estigmas ungüeaes con concavidad lateral

Riña: excoriaciones y erosiones distribuidas en forma irregular por defensa y lucha

3 Con solución de continuidad total: **HERIDAS**

3.1 Herida contusa: objeto contundente de superficie roma produce solución de continuidad de la piel, es una lesión irregular, las lesiones “figuradas” permiten definir el objeto utilizado. La profundidad de la lesión es variable, con puentes de tejido (diagnóstico diferencial con heridas cortantes), bordes anfractuosos que presentan escoriaciones o equimosis.

Heridas contusas complejas: provocadas por más de 1 mecanismo de lesión (presión, percusión, fricción, tracción). Incluye arrancamientos, aplastamientos, mordeduras, caída y precipitación.

Arrancamiento: producido por compresión y tracción violenta de la piel y tejidos subyacentes, con desprendimiento de 1 segmento, superficies irregulares y bordes deshilachados. Incluye el scalp de cuero cabelludo con tracción de éste desde el cabello, observado principalmente en accidentes laborales. Generan graves secuelas, el pronóstico médico legal es grave.

Aplastamiento: producido por compresión de 2 superficies opuestas sobre uno o más segmentos corporales, observado en derrumbes y accidentes laborales. Al quedar comprimido el o los segmentos corporales entre las 2 superficies se produce daño de tejidos profundo como el óseo (esquirlas) y compromiso de partes blandas, siendo el tejido más resistente la piel. El pronóstico es grave.

Mordedura: producto de la penetración en el tejido y tracción de los dientes, presentan la forma de la arcada dentaria (semilunar) rodeada de una zona con erosiones, equimosis, escoriaciones que en casos graves puede acompañarse de arrancamiento.

Caída: desplome de un sujeto en el mismo plano de sustentación.

Precipitación: desplome en un plano con un importante desnivel más bajo que el plano de sustentación (caída de altura). La energía del impacto se transmite a todo el cuerpo, con fuerte desaceleración, produciendo lesiones óseas y viscerales.

3.2 Heridas por arma blanca: producidas por instrumentos punzantes o cortantes con el fin de provocar daño, pueden comprometer planos más profundos o varios segmentos corporales. Se clasifican en heridas cortantes, punzantes, cortopunzantes y contuso-cortantes.

Herida punzante: producida por instrumentos alargados que terminan en una punta aguzada que penetra por presión y rechaza lateralmente los tejidos, observándose un agujero pequeño en la superficie, sin conocer su profundidad.

Presenta un orificio de entrada en la piel o mucosa que puede ser puntiforme, ovalado (en forma de ojal) que tiene la dirección de las fibras elásticas, si existen fibras de dirección divergente, el orificio tiene forma triangular. La dirección del trayecto de la herida depende de la elasticidad de las fibras de cada plano, si compromete cavidades corporales es punzante penetrante. Puede o no existir orificio de salida más pequeño e irregular.

Herida cortante: producida por instrumentos con una hoja de poco espesor que actúa sólo por el filo, produ-

ciendo solución separación limpia de los tejidos por presión con o sin deslizamiento. Presenta bordes netos e invertidos, paredes y lecho regulares, sin puentes de tejido, en sus extremos una cola de entrada corta y profunda y una de salida superficial y larga. Cuando se corta en el mismo sentido de las líneas de tensión se forma una línea, si se incide en forma perpendicular a las fibras se retraen los bordes, formándose un óvalo alargado. Existen heridas cortantes en forma de colgajo, cuando el corte es oblicuo o biselado, mutilantes cuando se produce pérdida de una parte saliente del cuerpo, atípicas e irregulares.

Las heridas cortantes pueden ser autoinferidas por simulación (superficiales, sangran poco y respetan el rostro), autoinferidas por autoagresión: pliegues de codos, muñecas, tobillos. Las heridas heteroinferidas de defensa se ubican predominantemente en borde cubital y cara posterior de antebrazos y manos, palma, pliegues interfalángicos de manos.

Herida cortopunzante: producida por instrumentos terminados en punta que presentan aristas cortantes (cortaplumas), actuando por mecanismo de presión y corte perpendicular a la piel en forma simultánea. Cuando el instrumento tiene doble filo, la lesión presenta ambos ángulos agudos (similar a la cortante, pero más profunda), si tiene sólo un extremo cortante se observa un ángulo romo y otro agudo.

Herida contuso-cortante: producida por objetos con capacidad de corte irregular usado de modo contuso, por presión contra el área de contacto, separación irregular de tejidos, características de heridas contusas y cortantes a la vez.

3.3 Heridas por arma de fuego: se produce por perforación de la superficie corporal por el proyectil a alta velocidad, por acción contusa y punzante que produce cavitación virtual a través del movimiento giroscópico. Presentan características específicas:

- Herida- orificio de entrada, con elementos constantes: orificio rodeado de un anillo contuso-erosivo circular (dirección del disparo perpendicular), oval (dirección tangencial) o irregular, de espesor variable. Por dentro del anillo erosivo se observa un anillo de limpieza que consiste en los elementos agregados que deja el proyectil en la piel o ropa, “limpiándose” de los productos de la combustión de la pólvora y grasa del cañón. Los elementos inconstantes se observan en disparos a corta distancia: halo carbonoso (impregnación de residuos de carbón- pólvora), el que se ubica alrededor del orificio de entrada y puede ser borrado con el lavado del área, a diferencia del tatuaje que está determinado por escoriaciones e incrustación de partículas (puntos negros) y es indeleble. Pueden observarse en la ropa, por lo que es importante no olvidar enviar esta evidencia a través de la cadena de custodia.
- Trayectoria: túnel anfractuoso definido por los cambios de densidad de los distintos tejidos comprometidos, si se impacta el plano óseo las esquirlas pueden actuar como proyectiles secundarios que amplifican el daño.
- Orificio de salida: no presenta los elementos del orificio de entrada y suele tener mayor tamaño que éste, bordes evertidos, puede no estar presente.

LESIONES POR AGENTES FÍSICOS Y QUÍMICOS

Quemaduras: sin solución de continuidad de la piel (eritema), produce descamación epidérmica a los 7 días, sin secuela; con solución de continuidad parcial (flictena), sana a los 14 días sin secuela; con solución de continuidad total (escara), se resuelve en semanas o meses, deja cicatrices, según si hay deformidad o incapacidad para el trabajo pueden ser menos graves, graves o gravísimas.

1. Quemaduras por calor: producidas por fuego, gases de ignición, vapores – líquidos calientes, sólidos al rojo. Se clasifican en 4 grados según su profundidad: Grado I: eritema, producido por vasodilatación; Grado II: flic-

tena, producida por aumento de permeabilidad; Grado III: escara, producida por trombosis y necrosis y Grado IV: carbonización, por necrosis.

La extensión de las quemaduras se calcula como porcentaje de superficie corporal comprometida, usando la “regla de los 9” (cabeza y cuello 9%, cada extremidad superior 9%, cara anterior tórax 9%, cara anterior o posterior abdomen 9%, cada extremidad inferior 18%, área genital 1%.

2. Quemaduras por frío: se produce vasoconstricción con anoxia tisular secundaria, vasodilatación, edema, trombosis y necrosis. Se clasifican en 4 grados, heladura grado I (hiperemia y edema), cura en 3-4 días sin secuelas; grado II (hiperemia y vesículas con líquido claro, escara negruzca), cura en 10-15 días; grado III (necrosis piel y tejido subcutáneo, ampollas violáceas y hemorrágicas), cura con secuelas a los 21 días; grado IV (necrosis completa y pérdida de tejido que puede comprometer tejido óseo, aspecto moteado rojo o cianótico que evoluciona a la momificación), curación larga con secuelas (amputación).

Lesiones por agente eléctrico

En la electrocución es importante buscar la lesión cutánea en el punto de contacto directo o quemadura que puede reproducir la forma del conductor o como una escara negra, apergaminada. Si la chispa salta a la piel (arco voltaico), se produce una lesión pequeña con una depresión central y bordes solevantados que no sangra. La marca eléctrica de salida es inconstante, de mayor tamaño que la de entrada, semejando una herida contusa o quemadura.

Lesiones por agentes químicos: producidas por ácidos y álcalis fuertes que producen lesiones similares a las que produce el calor, presentan áreas de necrosis (escara), límites netos, no sangra. Los álcalis producen escara húmeda y blanca y los ácidos escara seca, acartonada.

OBLIGACIONES LEGALES EN RELACIÓN A LAS LESIONES

Denuncia: El artículo 175 del Código Procesal Penal establece la denuncia obligatoria entre otros a “jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y otras rama relacionadas con la conservación o restablecimiento de la salud, y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito...” El artículo 176 establece como plazo para efectuar la denuncia dentro de las 24 horas siguientes al momento en que toman conocimiento del delito. Si no se cumple la obligación de denunciar se incurre en una falta, según lo estipulado en el artículo 494 del Código Penal.

Denuncia de lesiones: el Código Procesal Penal establece, en su artículo 200, la obligación de toda persona a cargo de hospital o establecimiento de salud público o privado de dar cuenta al fiscal de la “entrada de cualquier individuo que tuviere lesiones corporales de significación”, indicando el estado del paciente y lo expuesto por los acompañantes en relación al origen de las lesiones, lugar y estado en que se le hubiere encontrado y signos externos. En ausencia del jefe del establecimiento corresponde realizar la denuncia a su subrogante.

Realización de exámenes corporales: el artículo 197 del Código Procesal Penal establece que pueden efectuarse “exámenes corporales” al imputado o a la víctima, si fuese necesario para constatar circunstancias relevantes para la investigación, es decir, pruebas de carácter biológico, extracción de sangre u otros. Esto debe ser ordenado por el fiscal, con el consentimiento de la persona, si la persona se niega, se solicitará la autorización judicial para que el juez de garantía autorice la diligencia. El artículo 198 señala, en relación a exámenes médicos y pruebas relacionadas con delitos sexuales, que los establecimientos de salud públicos o privados deberán “practicar los reconocimientos, exámenes médicos y pruebas biológicas para acreditar el hecho punible” e identificar a los implicados, conservando antecedentes y muestras que se mantendrán en custodia en la dirección del establecimiento por 1 año. Se desprende de este articulado que la ley dispone la obligación de los médicos de realizar el informe de lesiones, documento médico legal, sobre el cual puede el

médico ser requerido como testigo experto en el evento que se realice el juicio oral, debiendo dar testimonio de lo que registró en su informe.

Registro de la información en el caso de lesiones: en la atención de un paciente lesionado en el Servicio de Urgencia se debe siempre llenar el Dato de Atención de Urgencias, además del informe de lesiones que será remitido a la policía o Fiscalía.

INFORME DE LESIONES

1.- Debe consignar la identificación de la persona lesionada y de acompañantes si los hubiera, fecha, hora y lugar de la constatación de lesiones, identificación del profesional que realiza el examen.

2.- Relato: Junto con la anamnesis clínica, en relación a las lesiones se debe preguntar por las circunstancias en que se produjeron, lugar, tiempo, objeto y mecanismo de producción de éstas. En el contexto médico legal es posible que el relato no de cuenta de toda la información requerida para ocultar o falsear el contexto. En este caso se recomienda escribir textual, entre comillas el relato para su posterior validación. Al profesional médico le corresponde solicitar un relato abreviado que le sirva para contrastarlo con las lesiones existentes, no le corresponde emitir juicios u opiniones respecto a la información obtenida.

3.- Descripción de la lesión: consignar los siguientes elementos: tipo de lesión (diagnóstico de lesión : erosión, herida contusa, herida contuso-cortante, etc.), número, forma de lesión (lineal, semilunar, ovalada, estrellada, irregular, figurada), tamaño y profundidad (medir una a una o agrupar si son muchas y similares, utilizar testigo métrico en fotografías), dirección y sentido (cola de entrada y salida en heridas cortantes), color (escala cromática en equimosis), bordes cutáneos (anfractuosos en heridas contusas, regulares en heridas cortantes), fondo (puentes de tejido).

4.- Fijación de lesiones: describir en forma prolija las lesiones encontradas en el examen físico, en caso de ser necesario estudio adicional al examen físico (laboratorio, imágenes) consignar su solicitud y resultado. Es útil ayudarse de esquemas del cuerpo humano para marcar las lesiones, así como fotografías en que aparezcan los datos del paciente, fecha y puntos de reparo.

El examen de las lesiones debe seguir un orden de cefálico a caudal, ubicando cada lesión en la región anatómica correspondiente y describiendo sus características, de manera que al leer el informe se pueda dibujar la lesión original.

Ubicación topográfica: identificar segmento corporal, lado, superficie anterior o posterior, precisar con 2 puntos de referencia del lado de la lesión: distancia en cm desde la lesión a línea media anterior o posterior y distancia en cm hasta reparo óseo.

Además consignar si la lesión presenta hemorragia, infección, cicatrización, elementos agregados como tierra, pasto, vidrio y relación espacial y según mecanismo causal con otras lesiones y si son contemporáneas o no.

5.- En relación a los hallazgos encontrados, si hubiese que realizar exámenes o recolectar evidencia, debe realizarse el procedimiento según estándares de toma de muestra, rotulado y llene de la cadena de custodia.

6.- Diagnóstico de la lesión: De acuerdo a las características de la lesión corresponde catalogarla según la nomenclatura revisada, el tipo de lesión (ej: herida contusa) responde a un mecanismo de acción que debe contrastarse con lo expuesto en el relato del paciente o sus acompañantes. Asimismo deberá informar si la lesión descrita es o no compatible con el mecanismo expuesto por el paciente.

6.- Incapacidad para el trabajo: precisar si es recuperable o no, si la recuperación es parcial o total y estimar tiempo de incapacidad laboral.

7.- Calificación médico legal de las lesiones: estimación de gravedad según el tiempo que demora en recuperarse: leve, menos grave, grave, gravísima.



INFORME MEDICO DE LESIONES		N°
En Santiago, a _____ del mes de _____ del año _____ siendo las _____ hrs. y de conformidad con lo señalado en los artículos 341, 315, 322 del Código Procesal Penal, se procede a emitir el siguiente informe de lesiones:		
Nombre Completo Examinado: _____ Rut: _____ Edad: _____ Sexo: ☐ M ☐ F		
1.- Diagnóstico clínico de las lesiones y breve descripción del examen físico relevante: Erosiones, cicatrices, heridas contusas, heridas cortantes, heridas punzantes, equimosis, hematomas, etc. Describir hallazgo positivo, motivo del diagnóstico, con ubicación topográfica _____ _____		
2.- Método de Diagnóstico ☐ Exámen Físico ☐ Imagenología ☐ Exámenes de Laboratorio ☐ Otros		
3.- Describir brevemente origen de la lesión: Según relato lesionado: _____ _____ Según Apreciación Clínica: _____ _____ Ej: Caída de Altura, Objeto Contundente, etc. No puede el médico certificar la intencionalidad de la caída ni diferenciar entre objetos contundentes causantes: palo, piedra, manopla, etc.		
4.- Lesiones que ocasionarán al lesionado enfermedad y/o incapacidad para el trabajo por _____ días. Si el examinado es un niño, o una persona que no trabaja, se considera el tiempo que tarda en poder realizar una actividad normal para su edad o para su condición previa al momento de ser lesionado.		
5.- Diagnóstico Médico Legal de las lesiones: ☐ Leves (0 a 14 días) ☐ Menos Graves (16 a 29 días) ☐ Graves (más de 30 días)		
6.- Identificación persona que acompaña al lesionado (Nombre y Calidad) Acompañado ☐ Si ☐ No Parentesco, Funcionario de Carabineros, ambulancia, Vecino, Etc.		
7. Evidencia Recogida ☐ Si ☐ No _____ Prendas de vestir u objetos relacionados con lesiones encontradas. Describir y mantener con cadena de custodia.		
MÉDICO	NOMBRES _____ APELLIDOS _____ R.U.T. _____ FIRMA _____	CENTRO ASISTENCIAL _____ DAU N° _____ TIMBRE

LESIONES EN VIOLENCIA SEXUAL.

El cuidado de las víctimas de violencia sexual debe enfocarse siempre al bienestar y salud de la persona. La provisión de servicios médico legales no debe dejar de lado los cuidados generales, tratamiento de las lesiones, prevención y manejo de ITS y embarazo.

Las personas agredidas sexualmente deben poder consultar en servicios disponibles las 24 horas del día. En Chile, sólo las dependencias del SML de la Región Metropolitana funcionan con turnos 24 horas, en el resto del país, el horario es diurno de lunes a viernes. Por esta razón, deben desarrollarse competencias en los servicios de urgencia, de manera de atender oportunamente a las víctimas que no tienen acceso al SML (Servicio Médico Legal).

La ley 19617 (de delitos sexuales, 1999) establece que en cualquier establecimiento de salud se pueden y deben realizar peritajes en caso de delitos sexuales, de manera de facilitar la persecución penal en las localidades que no cuentan con médicos del SML. De esta manera se modificó el Código de Procedimiento Penal con el artículo 145 bis que obliga a que cualquier profesional médico, de cualquier establecimiento de salud, pueda emitir un informe pericial, en contraposición a lo que ocurría anteriormente cuando era atribución exclusiva del SML.

Con la Reforma Procesal Penal, el Código de Procedimiento Legal se reemplaza por el Código Procesal Penal, el cual establece en su artículo 198 que, tratándose de delitos sexuales, los hospitales, clínicas y establecimientos de salud semejantes, públicos o privados, deberán practicar los reconocimientos, exámenes médicos y pruebas biológicas conducentes a acreditar el delito e identificar a los partícipes en su comisión, debiendo conservar los antecedentes y muestras correspondientes en la dirección del establecimiento por un periodo no menor de 1 año, para ser remitidos al Ministerio Público.

La atención temprana es relevante para no perder oportunidades de tratamiento como la anticoncepción de emergencia, constatar y fijar lesiones y obtener muestras forenses que pueden constituir evidencia.

ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN AGRESIÓN RECIENTE.

A continuación se resume parte de lo publicado en la Norma General Técnica para la atención de víctimas de violencia sexual, elaborada por el Ministerio de Salud junto al Servicio Médico Legal, con la cooperación del Consejo de Infancia, Ministerio Público y Unicef. Está disponible en los sitios de MINSAL y SML. Las ilustraciones corresponden a este documento.

En términos generales, el plazo óptimo para realizar peritaje en agresión sexual es dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho. Puede ocurrir también que en casos de violencia sexual no reciente puedan consultar las víctimas por daño físico como síntomas o signos de infecciones de transmisión sexual, daño psicológico o para certificar la agresión.

En casos de abuso sexual crónico en contexto familiar o cercano, éste se ejerce habitualmente sin violencia física y suelen consultar o ser sospechadas en el escenario de atención primaria.

Cuando existe sospecha de delito sexual, dependiendo de si la víctima es mayor o menor de edad se determina la obligación de denuncia. Los delitos cometidos contra menores de edad son de acción penal pública y en el caso de los profesionales de salud existe la obligación de denuncia. Si al momento de atender al menor de edad no se ha hecho la denuncia, ésta debe ser realizada, preferentemente vía carabineros del centro asistencial al Fiscal que corresponde, el cual recaba antecedentes e indica realizar el peritaje.

En el caso que la víctima sea mayor de edad, corresponde a delito de acción pública previa instancia particular y es la víctima quien debe realizar la denuncia. En este caso, si corresponde por los plazos realizar el peritaje, éste se realizará y las muestras se conservarán por si se realiza la denuncia después y se solicitan los registros y muestras.

ETAPAS DE LA ATENCIÓN

1.- Acogida: como en una atención clínica, corresponde realizar anamnesis y examen físico, pero en este contexto, el primer paso lo constituye la Acogida, que enfatiza la necesidad de empatizar con la víctima, con un trato digno y respetuoso. Es clave que los profesionales de salud entiendan que la responsabilidad de lo ocurrido no es de la víctima sino del agresor, centrándose en el cuidado y protección de la víctima. Como es esperable, en un contexto de agresión y sentimiento de vulnerabilidad al afectarse su esfera íntima, la víctima puede acudir por atención en un estado emocional inestable que requerirá mayor esfuerzo y empatía por parte del equipo de salud para lograr la contención emocional.

Es especialmente relevante la primera respuesta del sector salud cuando las víctimas de violencia son niños, niñas y adolescentes (NNA), debiendo velar por la seguridad de ellos, evaluando las redes de apoyo, considerando incluso hospitalizar cuando se sospeche agresión dentro del hogar sin garantía de seguridad. Es importante identificarse, informar las etapas de la atención y la importancia de éstas.

2.- Exploración Clínico – Forense

En todo momento de la atención debe procurar evitar revictimizar, es decir, con nuestra anamnesis y examen hacer que la víctima recuerde lo ocurrido y vuelva a sufrir por ello. Por ello, debe obtenerse un relato acotado a lo estrictamente necesario para realizar la exploración, pues no se trata de una entrevista investigativa.

Registre los datos de la víctima y su acompañante cuando es menor de edad, identificando al médico que realiza el examen y su acompañante, recabando antecedentes médicos, anamnesis breve, no inducida y relato abreviado del hecho.

INFORME DE VIOLENCIA SEXUAL									
A. INFORMACIÓN GENERAL									
Institución en la que se realiza el examen						Ciudad del examen			
Fecha del examen			Horas del examen		AM ☐ PM ☐	Nº Documento de Identidad:			Nº de Informe
						R.U.T. ☐ Pasaporte ☐ Otro ☐			
Nombre del examinado						Edad referida: años/ meses/días			
Fecha de nacimiento			Sexo		Dirección			Teléfono contacto	
			M ☐ F ☐						
Estado civil		Nivel educacional			Actividad				
B. CONSENTIMIENTO INFORMADO MÉDICO FORENSE									
Explique brevemente en que consiste la anamnesis, el examen médico-forense, recolección de muestras y su importancia dentro de la investigación del delito sexual. Complete el formato de consentimiento informado (anexo).									
C. ABORDAJE DEL CASO									
1. Información Adicional al Peritaje Hacer una breve referencia de los documentos aportados con el caso y extraer de los mismos lo pertinente (interconsultas, datos de atención en centro de salud, informe psicosocial, informe de Fiscalía, etc.):									
2. Examen Médico Forense 2.1 Anamnesis: (Breve relato/estado emocional)									
Información suministrada por:			Nombre de acompañante que entrega datos			Relación con el paciente			
Paciente ☐ Otro ☐									
Lugar de los hechos					Fecha de los hechos (D/M/A)		Hora de los hechos		
							H ☐ M ☐		

2.2 Presunto agresor			
Sexo	Nº de agresores	Relación con la víctima	Violencia sexual anterior
M ☐ F ☐ Desconocido ☐	☐		
Métodos empleados por el agresor		Tipos de armas	
Amenazas ☐	Ataduras ☐	Armas ☐	Arma de fuego ☐ Cortante ☐ Punzante ☐
Golpes físicos ☐	Quemaduras ☐	Otras ☐	Cortopunzante ☐ Otras _____
El agresor se encontraba bajo el efecto del alcohol/otras drogas		El agresor resultó lesionado en los hechos	
Si ☐ No ☐ No sabe ☐		Si ☐ No ☐ No sabe ☐	
		Si resultó lesionado, describa el área del cuerpo afectada	
2.3 Actos descritos por el paciente			
Penetración del pene en:		Penetración de objeto diferente al pene en:	
Cavidad oral ☐ Vaginal ☐ Anal ☐ No sabe ☐ No aplica ☐		Vagina ☐ Ano ☐ Cavidad oral ☐ No sabe ☐	
		Eyaculación	
		Si ☐ No ☐ No sabe ☐	
Sitio de eyaculación		¿Utilizó condón?	
		Si ☐ No ☐ No sabe ☐	
		Uso de lubricantes	
		Si ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica ☐	
Otras maniobras		Utilización de alcohol o drogas	
Besos ☐ Succiones ☐ Mordeduras ☐ Tocaciones ☐		Si ☐ No ☐ No sabe ☐ Describa _____	
Otros (describa) _____			
Durante los hechos resultó lesionada/o la víctima			
Si ☐ No ☐ Si presenta lesiones describalas en el examen físico por área corporal (puede ayudarse de los esquemas adjuntos)			
Recibió atención médica previa a este examen			
Si ☐ Dónde? Cuál? _____			
No ☐ _____			

EXAMEN FÍSICO

El examen es siempre voluntario y requiere consentimiento escrito, debe ofrecerse el acompañamiento de la víctima por la persona que escoja durante el examen, el rechazo por parte de la víctima se debe informar a la Fiscalía.

El examen físico sigue las mismas normas que en la atención clínica, primero un examen general, incluyendo los signos vitales. Consignar el estado emocional y hallazgos como estar bajo el efecto de drogas, en cuyo caso es importante tomar examen toxicológico – alcoholemia.

5. Examen Médico Forense

Peso: _____ Talla: _____ Signos vitales: P/A: _____ FC: _____ FR: _____ Temp: _____

5.1 Aspecto general

Describe el aspecto general, estado emocional del examinado, cooperación y su evolución durante el examen

Recolecte la ropa de la víctima, haciendo que se desvista (privadamente) sobre un papel doble hoja, para enviar ropa y residuos, que deben estar secos, en una bolsa de papel debidamente rotulada y con la cadena de custodia correspondiente.

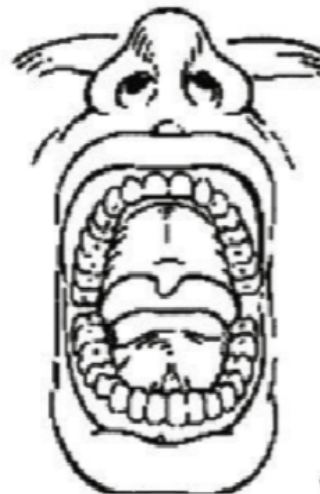
Examen segmentario: de cefálico a caudal, describiendo hallazgos y lesiones. Considerar zonas importantes como cara, incluir boca, revisando paladar y mucosa bucal, si corresponde por el relato, tomar muestra con tórula estéril delante y detrás de incisivos superiores para búsqueda de semen y espermios y ADN.

Cavidad oral: Examine la cavidad oral en busca de lesiones y material extraño (si lo indica el recuento de los hechos)		
Presenta Lesiones:	Si ☐	No ☐ N/A ☐
En caso afirmativo describa _____		

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____		

En niños y niñas describa tipo de dentición _____		

fase inicial _____ media _____ completa _____		



El cuello es una zona de interés forense, buscar equimosis, lesiones de succión (sugilación) o mordidas, las que deben describirse y fijarse, en lo posible fotografiando la lesión con un testigo métrico, a la vez que tomar muestra con tórula de algodón para DNA, la que debe rotularse adecuadamente y llenar la cadena de custodia.

5.2 Descripción de hallazgos y recolección de evidencia física

Describe lesiones si las presenta o condiciones físicas que puedan alterar la interpretación de los hallazgos.

Puede ayudarse de los dibujos para ilustrar los hallazgos.

Valoración de la zona subungueal:

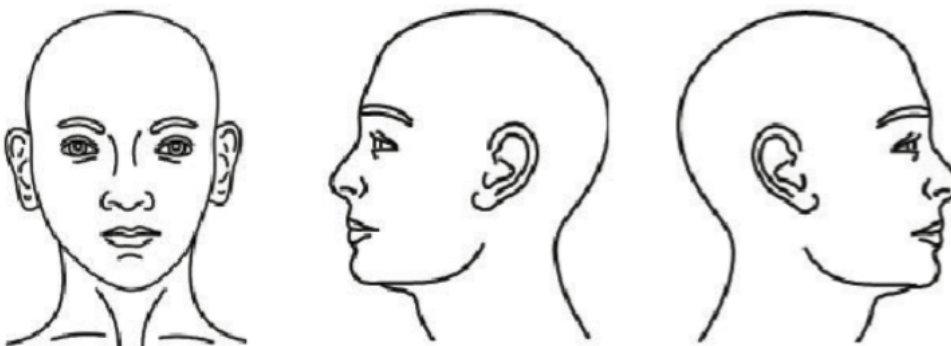
Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐ En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? Frotis subungueal ☐ Cuerpo extraño ☐ Frotis ADN del agresor ☐

Cara, cabeza (cuero cabelludo, pelo), cuello:

Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐ En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____



Ilustraciones de la zona subungueal, cara, cabeza y cuello. Fuente: Adaptado de la Guía de Práctica Clínica para la Atención de las Mujeres Víctimas de Violencia Sexual y Sexual Intimidación.

En los brazos buscar equimosis en cara interna y en antebrazos lesiones de defensa, observar manos y tomar muestras subungueales.

Explorar el tronco, comenzando por la espalda y luego las mamas que son una zona más íntima y que en agresiones sexuales pueden presentar lesiones como mordidas y equimosis por succión.

Tórax

Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐ En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____

Mamas

Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐ En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____

En niñas y niños describa caracteres sexuales secundarios (Tanner) _____

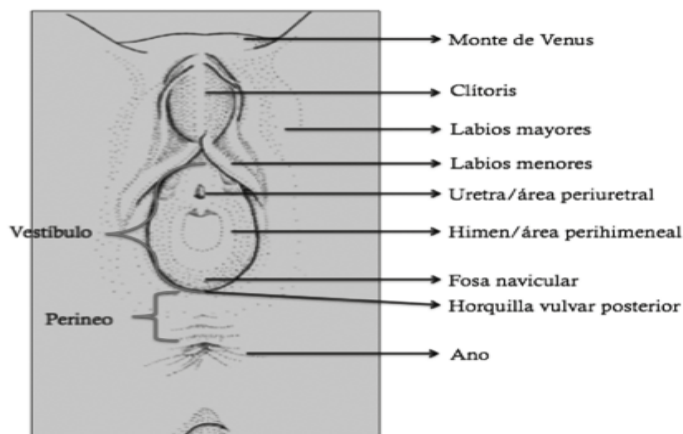
El examen abdominal inspeccionar por lesiones o aumentos de volumen sugerente de embarazo.

Los muslos deben revisarse por todas sus caras en búsqueda de lesiones, inspeccionar rodillas y tobillos.

Abdomen	
Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐	En caso afirmativo describa _____
Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____	
Signos de embarazo: Si ☐ No ☐	Describe _____
Espalda	
Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐	En caso afirmativo describa _____
Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____	
Región Glútea	
Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐	En caso afirmativo describa _____
Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____	
Extremidades	
Axilas: Presenta lesiones Si ☐ No ☐ N/A ☐	En caso afirmativo describa _____
Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____	
Miembros superiores: Presenta lesiones Si ☐ No ☐ N/A ☐	En caso afirmativo describa _____
Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____	
Miembros inferiores: Presenta lesiones Si ☐ No ☐ N/A ☐	En caso afirmativo describa _____
Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____	

EXAMEN GENITO – ANAL:

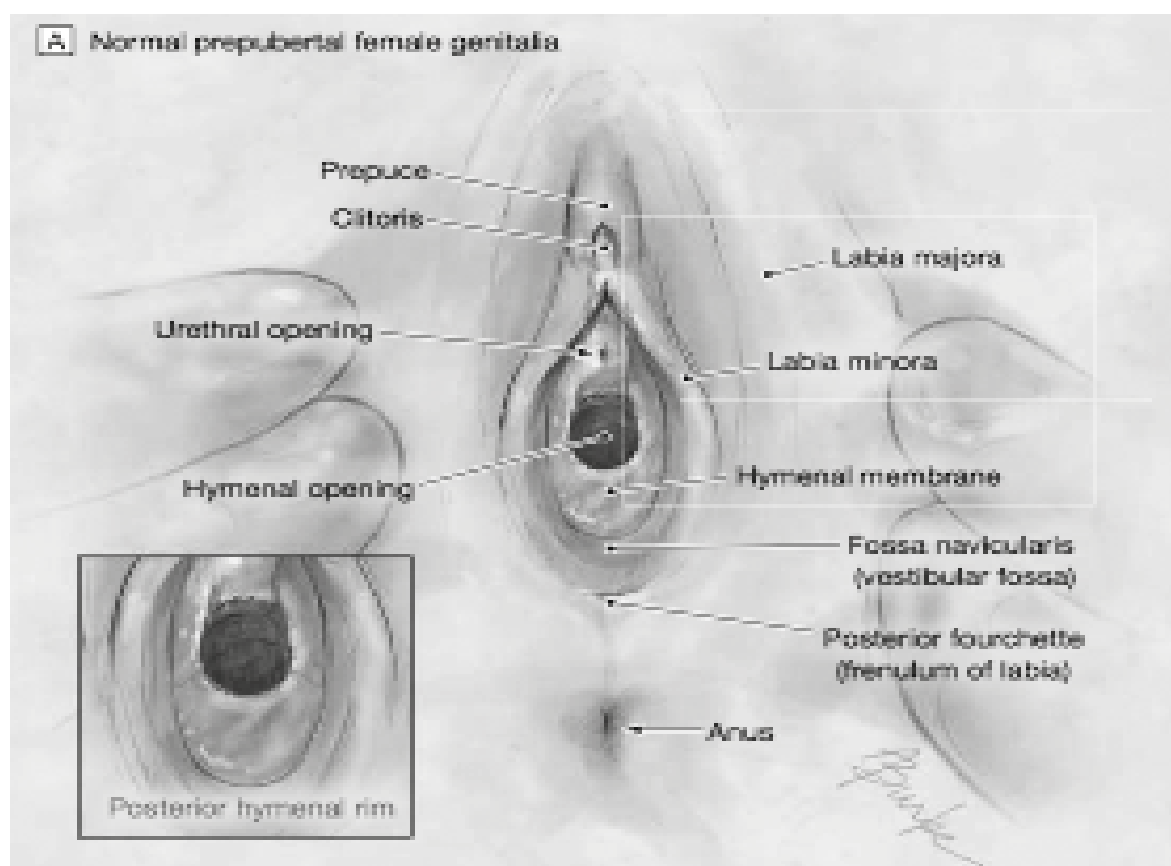
Puede realizarse bajo visión directa, lupa o, idealmente, con colposcopio que es un microscopio binocular con fuente de luz, lo que permite maximizar la posibilidad de hallazgos de microtraumas. La mayoría de los colposcopios tienen una cámara incorporada que permite fotografiar los hallazgos.



En posición inicial de litotomía examine las zonas externas de la región genital y ano. Inspeccione el monte de Venus. En relación al vestíbulo, observe labios mayores y menores, clítoris, himen o remanentes himeneales, fosa navicular y periné.

Las agresiones sexuales se concentran en niñas y adolescentes, por lo que es importante diferenciar la anatomía de los genitales prepuberales y postpuberales.

En el esquema se observan genitales femeninos normales prepuberales:



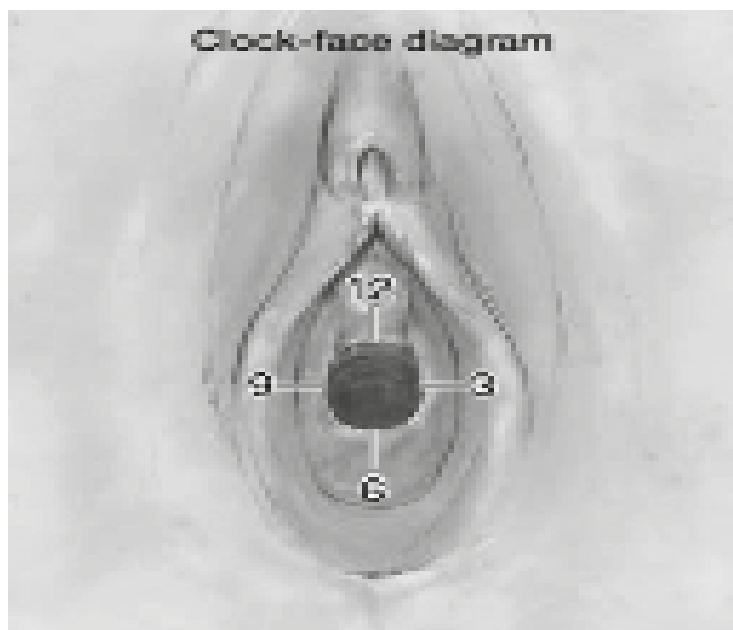
En pre púberes el examen debiera ser sólo externo. Para visualizar el área primero se debe separar los labios mayores y luego traccionarlos suavemente para visibilizar mejor el vestíbulo y el himen. Si existen dudas se puede mejora la visualización en posición genupectoral.

El examen con espéculo no debe realizarse en niñas, a menos que se requiera por sangrado, sospecha de desgarramiento vaginal o cuerpo extraño, en cuyo caso debe considerarse sedación.

La penetración produce que los tejidos circundantes se distiendan, por lo que la forma y extensión de las lesiones dependen de la elasticidad de los tejidos, tamaño del objeto que penetra, fuerza usada, grado de relajación del piso pélvico y posición del agresor. La horquilla posterior (posterior fourchette en el esquema), los labios menores y mayores, el himen y los pliegues perianales son los sitios más frecuentes de lesiones.

Pueden observarse laceraciones (desgarros) que presentan bordes irregulares y equimóticos en himen, horquilla posterior, periné y región perianal.

Las lesiones se deben describir y fijar fotografiando con el colposcopio si está disponible. En caso de lesiones en himen, identificarlas según los punteros del reloj, describiendo profundidad.



No todos los desgarros del himen constituyen evidencia de penetración. Se considera indicador si se produce un desgarro profundo del himen en el anillo posterior. Cuando la lesión se observa en la etapa crónica, es decir, el desgarro cicatrizó sin unión de los bordes (hasta la base del himen) se denomina transección y es también un indicador de penetración. Sin embargo, la mayoría de las lesiones cicatrizan antes de 1 semana sin dejar lesiones residuales.

Además, producto de una agresión sexual puede no haber lesiones visibles, por lo que el no encontrar lesiones no descalifica la ocurrencia del hecho.

La ausencia de lesiones recientes o antiguas no permite descartar una agresión sexual y puede ser concordante con el relato de la víctima.

Examen genital: establecer la presencia (o ausencia) de lesiones; recuperar evidencia traza a este nivel, evaluar caracteres sexuales secundarios en caso de niños y niñas según Tanner; valorar signos clínicos de embarazo y/o infección de transmisión sexual.

Genitales externos femeninos: Desarrollo: Tanner _____

Posición para el examen: Supina ☐ Prona ☐ Lateral ☐ Otra ☐ Cuál? ☐

Región púbica (vello púbico según Tanner): _____

Labios mayores: _____

Horquilla vulvar: _____

Clítoris: _____

Meato urinario: _____



Vagina: _____

Periné: _____

Región inguinal: _____

Himen (forma, integridad, elasticidad):

Forma del himen:

Anular ☐ Labiado ☐ Semilunar ☐ Fimbriado ☐

Imperforado ☐ Cribiforme ☐ Tabicado ☐ Carúnculas Mirtiformes ☐

Estado del himen:

Íntegro no elástico ☐ Íntegro elástico ☐

Escotaduras ☐ Desgarro reciente ☐ Desgarro antiguo ☐

Descripción bordes y desgarros himeneales (utilizar nomenclatura manecillas del reloj):

Toma de muestras: Sí ☐ No ☐ Describa _____

Examen genitourrológico: Describir anatómicamente pene, prepucio, escroto y testículos, consignando lesiones traumáticas., observar lesiones dérmicas sugerentes de ITS (sífilis, condilomas, herpes). Si existe flujo uretral: sospechar gonorrea, tomar examen directo y cultivo TM. Realizar peneocopia con colposcopio y tomar fotografías y/o videos.

Registrar lesiones en esquema anatómico.

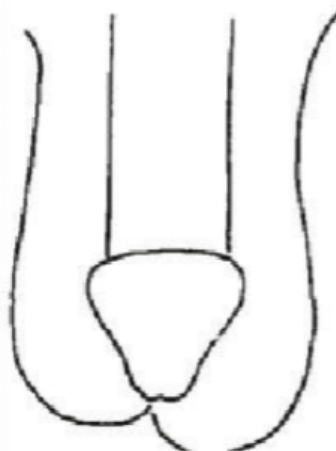
Genitales externos masculinos: Desarrollo: Tanner _____
Bolsa escrotal (bilateralmente): _____
Testículos según Tanner: _____
Pene y prepucio: _____

Frenillo: _____

Surco balanoprepucial: _____

Glande: _____

Meato urinario: _____

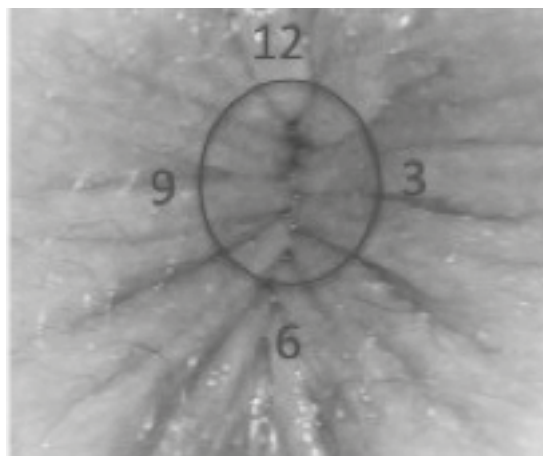


Toma de muestras: Si ☐ No ☐	Describe _____

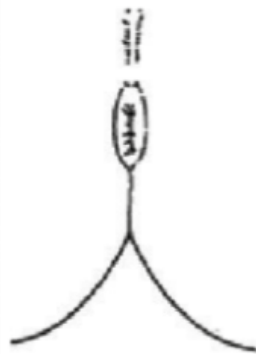
EXAMEN PROCTOLÓGICO:

Realizar inspección, en lo posible con colposcopio, de la región perianal, buscando erosiones, excoriaciones, fisuras, desgarros, equimosis, hematomas, petequias, cicatrices antiguas, que deben ubicarse según los punteros del reloj.

Consignar tonicidad del esfínter anal. Tomar muestra contenido ano-rectal, con tórula estéril humedecida para búsqueda de semen y espermios (24- 48 hrs).



Examen anal y perianal	
Posición para el examen:	Genupectoral ☐ Supina ☐ Lateral ☐ Otra ☐ Cuál?
Forma:	Oval ☐ Circular ☐ Tono: Normal ☐ Hipotónico ☐
Descripción de fisuras, edema, borramiento de pliegues, desgarros, lesiones:	
Toma de muestras: Si ☐ No ☐ En caso afirmativo describa _____	



La utilidad real del examen físico es baja: 25-30% hallazgos positivos: mayor en extra genitales por sobre genitales. En lesiones genitales se observa con mayor frecuencia erosiones, laceraciones, en edades extremas de la víctima, mayor posibilidad de encontrar lesiones.

3. TOMA DE MUESTRAS

La toma de muestra forense permite probar la conexión física entre personas, objetos y lugares. Las muestras biológicas (pelo, sangre, semen, fragmentos cutáneos) pueden encontrarse en la víctima como en el agresor (por ejemplo contenido subungueal). Siempre tomar con guantes para evitar la contaminación con el propio DNA y considerar que sólo rinden si se toman en las primeras horas (en términos generales 72 horas). Deben rotularse adecuadamente y enviar con la correspondiente cadena de custodia.

Deben tomarse muestras con tórculas de algodón estériles húmedas para DNA si la superficie está seca en zona vulvar y perivulvar (niñas), en adolescentes puede tomarse una muestra de contenido vaginal sin necesidad de colocar espéculo.

Genitales internos: en la mujer con vida sexual activa, deberá realizarse especuloscopia, describiendo lesiones en vagina y cérvix, tomar muestra de contenido vaginal con tórcula estéril, rotular y derivar con cadena de custodia. En el fondo de saco posterior se puede pesquisar espermios hasta 5-7 días post evento, por lo que en este caso cabría ampliar el plazo para la toma de muestra. Realizar colposcopia y fotografía o videos.

Además de las muestras de DNA, existen otros exámenes que pueden solicitarse, con consentimiento de la víctima: muestras para búsqueda VIH/SIDA, muestra para búsqueda de hepatitis B, VDRL.

Alcoholemia, muestra para búsqueda de drogas de abuso en orina y sangre, evaluar según el relato y condición física.

Todas las muestras deben ser derivadas donde el fiscal señale, debidamente rotuladas, selladas, adjuntando el informe ML y la orden judicial, conservar cadena de custodia. Las prendas húmedas o con manchas deben ser secadas al aire antes de ponerlas en su contenedor de papel. Las muestras de contenido rectal y vaginal para estudio de semen o DNA se recolectan en forma separada.

Estudios solicitados:			
Alcoholemia	Si ____	No ____	
Toxicológico en sangre	Si ____	No ____	Toxicológico en Orina Si ____ No ____
Contenido gástrico	Si ____	No ____	
Contenido vaginal, vulvar y perivulvar	Si ____	No ____	NUE: _____ Destino: _____
Contenido rectal	Si ____	No ____	NUE: _____ Destino: _____
Contenido bucal	Si ____	No ____	NUE: _____ Destino: _____
Contenido genital masculino	Si ____	No ____	NUE: _____ Destino: _____
Estudio de ITS por PCR	Si ____	No ____	NUE: _____ Destino: _____
BHCG para diagnóstico de embarazo	Si ____	No ____	NUE: _____ Destino: _____
Estudio de manchas en ropas	Si ____	No ____	NUE: _____ Destino: _____
Muestra lecho ungueal	Si ____	No ____	NUE: _____ Destino: _____
Recolección de vello púbico	Si ____	No ____	NUE: _____ Destino: _____
Recolección de material extraño	Si ____	No ____	NUE: _____ Destino: _____

4. PROFILAXIS ITS Y EMBARAZO

En caso de sospecha de infección de transmisión sexual (ITS), debe considerarse tomar muestras para chlamydia y gonococo, según el riesgo de exposición evaluar profilaxis VIH, realizando la toma basal del examen. En caso que no esté vacunado por hepatitis B, debe tomarse antígeno de superficie y derivar para seguimiento.

Si existe riesgo de embarazo, otorgar anticoncepción de emergencia. Si existe sospecha de embarazo solicitar exámenes para el diagnóstico

Toma muestra basal VIH	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____
Muestra basal VDRL	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____
Muestra basal antígeno de superficie Hepatitis B	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____
Profilaxis ITS (Esquema indicado): _____				
Profilaxis VIH (Esquema indicado): _____				
Derivación para profilaxis (inmunización)				
Cuál? Vacuna VPH ____				
Vacuna Hepatitis B ____				
Anticoncepción de emergencia	Si ____	No ____		

5. CONCLUSIÓN DEL EXAMEN MÉDICO LEGAL

Resumen de lesiones: consignar la presencia o no de lesiones y la forma de documentación de los hallazgos (dibujos, fotografías, exámenes adicionales).

Consignar si se tomaron muestras para estudio forense y la cadena de custodia.

Pronóstico médico legal de las lesiones (estimación en término de tiempo/días de curación de las lesiones).

Apreciación de concordancia entre relato aportado por la víctima y/o su cuidador/a y el mecanismo de acción de las lesiones examinadas. El médico no afirma el delito ni lo califica; pero su descripción forense deberá dar una orientación al respecto.

Dado que la ley describe aquellas conductas que han vulnerado la libertad o indemnidad sexual, es importante que la conclusión del peritaje dé cuenta de manera precisa de los hallazgos.

D. DOCUMENTACIÓN DE HALLAZGOS Fotografías: _____ Diagramas: _____ Radiografías: _____ Ecografías: _____ Otros: _____	E. MUESTRAS Y ELEMENTOS PARA ESTUDIO Diligenciar adecuadamente de la cadena en custodia de las evidencias y muestras recolectadas. F. INTERCONSULTAS _____ _____
G. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES: _____ _____ _____ _____ _____ _____	
H. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES 1. Interconsulta: _____ 2. Solicitud de medida cautelar: _____ 3. Otras recomendaciones: _____	

I. NOMBRE, FIRMA, RUT Y CÓDIGO DEL MEDICO QUE REALIZA EL EXAMEN		
Nombre: _____	RUT: _____	Firma: _____
J. INFORME (Denuncia)		
1. Informe a Fiscalía Si ☐ No ☐		
Nombre de quien recibe la información: _____		Nº Identificación: _____
Reportado por (Nombre): _____		Teléfono: _____
Fecha: _____ Hora: _____		
2. Policía o autoridad que solicita el examen médico forense Si ☐ No ☐		
Nombre del funcionario: _____		Nº Identificación: _____
Institución: _____	Teléfono contacto: _____	Fecha: _____ Hora: _____
Número de parte (si se cuenta con el): _____		
3. Otro Cuál? Describa _____		

6. INSTRUCCIONES PARA REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE ALCOHOLEMIA

Fuente: Resolución 8833 EXENTA - Santiago, 3 de septiembre de 2010. – Servicio Médico Legal.

INTRODUCCIÓN

La toma de exámenes de alcoholemia es un procedimiento que se encuentra regulado por la autoridad y en el que es preciso seguir un debido protocolo de acción. El presente documento recoge una síntesis del protocolo establecido, el que se puede consultar a mayor abundamiento en la Resolución 8833 EXENTA y disponible en el sitio web del Servicio Médico Legal, www.sml.cl

La extracción de la muestra se realizará en cualquier establecimiento de salud habilitado por el Servicio Médico Legal.

La extracción será ejecutada a solicitud de funcionarios de Carabineros de Chile o de la Policía de Investigaciones, o de particulares, en caso de exámenes de alcoholemia voluntarios.

La extracción debe ser efectuada por un médico cirujano, quien será responsable de comprobar la identidad de la persona con su respectiva cédula de identidad en presencia del funcionario policial.

El profesional médico podrá delegar el acto mismo de la extracción, en personal calificado de su dependencia, manteniendo su responsabilidad en cuanto a fiscalizar adecuadamente el cumplimiento de las normas técnicas que se imparten en el presente instructivo.

PROCEDIMIENTO:

1. Se deben usar jeringas desechables.
2. Aseptización de la piel en zona de punción utilizando algodón o equivalente con jabón desinfectante del tipo triclosan 1% o equivalente, o solución de mercurio o solución de lugol. No usar alcohol, solución alcohólica de yodo ni otros desinfectantes que contengan alcohol.
3. Recibir la sangre en frascos con anticoagulante y agente preservante, los que serán proporcionados por los laboratorios de análisis del Servicio Médico Legal.
4. El frasco se debe llenar completamente, para evitar la volatilización del alcohol que pudiese contener.
5. Junto con extraer las muestras, se extenderá una boleta de atención en el establecimiento habilitado por el SML, en duplicado, la cual debe contener la misma numeración que el frasco que contenga la muestra evitando registrar en el frasco datos personales (nombre y RUT).

En caso de personas no identificadas, o que no porten cédula de identidad, debe agregarse a la boleta la ficha dactiloscópica. Para tal efecto, el médico o el funcionario del establecimiento en quien éste delegue dicha facultad debe tomar las impresiones de las huellas dactilares de los diez (10) dedos de la persona que se le toma la muestra, llenando la totalidad de los datos requeridos en los formularios de ficha dactiloscópica que proporciona el Servicio de Registro Civil e Identificación

Una vez completado el registro de datos en la Boleta de Alcoholemia, el frasco se envuelve en el original de la Boleta, mientras la copia se reserva para la elaboración de la nómina.

El frasco rotulado sólo con el número de la boleta y envuelto en el original de su boleta, debe ser depositado

por el médico en la caja de seguridad.

El frasco se depositará a través del orificio de la caja, en presencia del funcionario policial que condujo al afectado y del afectado mismo, si la condición de salud lo permite

En caso que el afectado se niegue a la extracción de la muestra, se confeccionará igualmente la Boleta de Alcoholemia, con todos sus datos y muy especialmente con el registro de la apreciación clínica, efectuada por el médico, y que según su análisis, presentaba el usuario/a. En el espacio dispuesto para registrar otras observaciones, el médico dejará constancia de la negativa, anotando “Rechaza toma de muestra”, o “Se niega a la toma de muestra”. El centro asistencial deberá consignar claramente en la nómina al igual que en la boleta, en forma clara, las razones por las cuales se ha rechazado por parte del usuario/a la toma de muestra sanguínea.

APRECIACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO DE EBRIEDAD

Según juicio del médico, con base en anamnesis de ingesta alcohólica (si es posible) y detección de síntomas y signos de la misma en el examen físico. El resumen de esta apreciación clínica será expresado mediante la siguiente escala de grados de ebriedad:

Grado de Ebriedad

1. Sobrio o sin signos de ingesta alcohólica 0
2. Con signos de ingesta alcohólica o con hálito alcohólico 1
3. Ebriedad manifiesta 2
4. Estado de coma 3

7. LICENCIAS MÉDICAS

Por: *Unidad de Defensa Laboral del Médico, UDELAM.*

Por el presente informe, analizaremos los procedimientos establecidos por la Ley N° 20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas y en especial las facultades que se ha concedido tanto a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) como a la Superintendencia de Seguridad Social, para asegurar el correcto uso del derecho al reposo.

1. MARCO LEGAL DE LA LEY N° 20.585.

La Ley N° 20.585 viene a perfeccionar la normativa ya existente en materia de regulación del derecho a reposo, al que se accede a través del uso de licencias médicas, contemplado en el artículo 149 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del año 2005, del Ministerio de Salud y la contenida en el Decreto Supremo N° 3 de 1984, del Ministerio de Salud, que estableció el procedimiento de autorización de licencias médicas.

Es así que las normas de la ley en comento vienen a complementar lo dispuesto en los artículos 48 y siguientes del Decreto Supremo N° 3, ya citado. En efecto, dicho artículo establece que corresponde a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez e ISAPRES, fiscalizar el ejercicio legítimo del derecho a licencia médica.

Para tal finalidad se contemplan dos procedimientos dentro de los cuales se pueden ejercer estas medidas de control y fiscalización. El primero de ellos radicado en la COMPIN, de acuerdo con el artículo 2 de la ley en comento. El segundo procedimiento, a cargo de la Superintendencia de Seguridad Social, según lo prescrito en el artículo 5 del mismo cuerpo legal.

2. PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 2 DE LA LEY N° 20.585.

En cuanto al procedimiento establecido en el artículo 2 de la Ley N° 20.585, el legislador otorgó a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) una serie de facultades tendientes a asegurar el correcto uso de este derecho de seguridad social, como solicitar a los médicos autorizados para emitir licencias médicas la entrega o remisión de antecedentes o informes y en casos excepcionales y por razones fundadas, citar a entrevistas a los médicos que por ley están autorizados para emitir licencias médicas. Lo anterior, respecto de las licencias médicas otorgadas y que se encuentran sometidas al conocimiento de dichas entidades.

La negativa reiterada a la entrega o la no remisión de los antecedentes, así como la inasistencia injustificada y repetida a las citaciones, en los plazos fijados al efecto, los cuales no podrán exceder de 7 días corridos, habilitarán a la COMPIN para que, mediante resolución fundada sancione al profesional con multas a beneficio fiscal de hasta 10 unidades tributarias mensuales. En casos calificados, además, podrá suspenderse tanto la venta de formularios de licencias médicas como la facultad para emitir las hasta por 15 días, renovables mientras persista la conducta del profesional.

En contra de lo resuelto por la COMPIN respectiva podrá reclamarse ante la Superintendencia de Seguridad Social, dentro de 5 días hábiles contados desde la respectiva notificación.

Una vez que el profesional proporcione los antecedentes requeridos o acuda a la citación, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez respectiva, de oficio o a petición de parte, dictará una resolución que ponga término a la suspensión indicada. Si, por otro lado, la Superintendencia de Seguridad Social resuelve favorablemente el reclamo del profesional, se dejarán sin efecto las multas cursadas y cesará la suspensión aplicada.

3.PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY N° 20.585.

De acuerdo con esta norma legal, la Superintendencia de Seguridad Social, en aquellos casos en que un profesional de salud habilitado para extender licencias médicas, las emita con evidente ausencia de fundamento médico, de oficio o a petición de la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI de Salud), de la COMPIN respectiva, del Fondo Nacional de Salud (FONASA), de una ISAPRE o de cualquier particular, puede, si existe mérito para ello, iniciar una investigación.

Es la propia ley la que se encarga de definir lo que se entiende por “evidente falta de fundamento médico”, señalando que se configura cuando un profesional de la salud emite una licencia médica “en ausencia de una patología que cause incapacidad laboral temporal por el período y la extensión del reposo prescrito”.

La Superintendencia de Seguridad Social, iniciada que sea la investigación, puede solicitar informe al profesional de la salud, al empleador o al trabajador, según corresponda.

De acuerdo con el procedimiento, el profesional, una vez notificado contará con un plazo de 10 días hábiles para emitir su informe y además, podrá solicitar una audiencia para realizar sus descargos frente a la comisión de expertos de la Unidad de Control de Licencias Médicas, dependiente de la Superintendencia de Seguridad Social.

Transcurrido el plazo de 10 días o realizada la audiencia referida, la Superintendencia de Seguridad Social debe resolver de plano y fundadamente. Si se dan por acreditados los hechos investigados puede aplicar alguna de las sanciones previstas y detalladas en la misma norma referida.

Dichas sanciones consisten en:

“1) Multa a beneficio fiscal de hasta 7,5 unidades tributarias mensuales. La multa podrá elevarse al doble en caso de constatarse que la emisión de licencias sin fundamento médico ha sido reiterada.

2) Suspensión hasta por treinta días de la facultad para otorgar licencias médicas y una multa a beneficio fiscal de hasta 15 unidades tributarias mensuales, en caso de reincidencia dentro del período de tres años contados desde la fecha de la notificación de la resolución que impuso la primera sanción.

3) Suspensión hasta por noventa días de la facultad para otorgar licencias médicas y una multa a beneficio fiscal de hasta 30 unidades tributarias mensuales, en caso de segunda reincidencia dentro del período de tres años contados desde la fecha de la notificación de la resolución que impuso la primera sanción.

4) Suspensión hasta por un año de la facultad para otorgar licencias médicas y una multa a beneficio fiscal de hasta 60 unidades tributarias mensuales, en caso de tercera reincidencia dentro del período de tres años contados desde la fecha de la notificación de la resolución que impuso la primera sanción.”

El profesional de la salud habilitado para emitir licencias médicas, podrá recurrir de reposición de las sanciones aplicadas conforme al artículo 5 de la Ley N° 20.585, en un plazo de 5 días hábiles contados desde su notificación, debiendo acompañar el facultativo los antecedentes en que se funde el recurso.

Con la finalidad de resolver este recurso, la Superintendencia de Seguridad Social puede pedir informe al respectivo organismo administrador.

En contra de la resolución de la Superintendencia de Seguridad Social que deniegue la reposición, el profesional afectado puede reclamar ante la Corte de Apelaciones correspondiente al territorio jurisdiccional de su domicilio, en los términos señalados en los incisos primero y tercero del artículo 58 de la Ley N° 19.635, que fija el texto refundido de la Ley de Organización y Atribuciones de la Superintendencia de Seguridad Social, esto es, debe ser interpuesto en el plazo de 15 días hábiles contados desde la notificación y se tramitará en cuenta y con preferencia, previo informe de la Superintendencia de Seguridad Social, que deberá remitirse en un plazo de 6 días hábiles.

En contra de la resolución que dicte la Corte de Apelaciones respectiva, no procederá recurso alguno.

¿QUÉ ES UNA LICENCIA MÉDICA?

Es el reposo con fines terapéuticos, que se prescribe como parte del tratamiento de alguna enfermedad. Si usted es un trabajador activo dependiente o independiente y se enferma, tiene derecho a ausentarse de su trabajo, de manera parcial o total, si así lo ha indicado un médico cirujano, un cirujano dentista o una matrona (ésta última sólo para permisos o licencias pre y post natales).

La Licencia Médica se certifica a través de un formulario que constituye un justificativo para ausentarse del trabajo de manera total o parcial según indique el profesional que la extiende.

¿QUÉ ES EL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL?

Es un subsidio especial cuya finalidad es que usted mantenga sus ingresos por aquellos días que no los va a generar por encontrarse con reposo terapéutico por la prescripción de una Licencia Médica. Para gozar de este subsidio, debe cumplir ciertos requisitos y con la correcta tramitación de la licencia médica.

Las licencias médicas solamente pueden ser prescritas por:

- Un médico cirujano (incluidos los psiquiatras).
- Un cirujano dentista.
- Un matróon o matrona.

¿Qué tipos de licencia existen?

1. Enfermedad o accidente común.
2. Prórroga medicina preventiva.
3. Licencia maternal pre y posnatal.
4. Enfermedad grave del hijo menor de un año.
5. Accidente del trabajo o trayecto.
6. Enfermedad profesional.
7. Patología del embarazo.

TRAMITE PARA ADQUISICIÓN DE TALONARIO DE LICENCIAS MÉDICAS.

1. El prestador Independiente debe presentar en la COMPIN o Subcomisión fotocopia de Cédula de Identidad vigente, por ambos lados y en el caso de que sea la primera vez que se realiza la compra, debe presentar además el Certificado de título profesional y de especialidad, si corresponde, autenticadas ante notario. Para el caso de profesionales extranjeros deberá presentar además la validación de su título en Chile.
2. El profesional debe estar inscrito en el Registro Nacional de Profesionales de FONASA, el cual autorizada a dichos profesionales para extender licencias médicas
3. Para adquirir un talonario de licencias médicas en la COMPIN o Subcomisión para uso privado (color verde), el profesional debe completar la “Solicitud Talonario de Licencias” que se encuentra en la tapa del talonario usado, sin desprenderla de su ubicación original. Además el talonario debe estar completamente vacío, es decir, no debe quedar ninguna licencia médica disponible. Lo anterior no es requisito para el profesional que realiza la compra por primera vez.
4. Se podrá realizar la venta de dos (2) talonarios de licencias médicas, sólo cuando el prestador es nuevo en la adquisición y no haya adquirido nunca un talonario de licencias médicas anteriormente en ninguna COMPIN o Subcomisión. posteriormente la siguientes ventas serán de sólo un (1) talonario de licencias médicas a la vez.
5. El talonario puede ser adquirido por un tercero, por encargo del profesional previamente registrado en el sistema informático FONASA, para lo cual el profesional deberá tramitar un poder notarial que deberá ser entregado por el representante en la COMPIN o Subcomisión. La persona autorizada por el prestador deberá acudir a la COMPIN o Subcomisión haciendo uso de la “Solicitud Talonario de Licencias” firmada por el profesional sin desprenderla del talonario vacío y acompañando por su propia cédula de identidad. En el caso de que sea la primera compra que realiza el prestador, ésta no puede ser realizada

8. RECETAS MÉDICAS

Fuente: Departamento Jurídico de Falmed

INTRODUCCIÓN

Un aspecto altamente regulado del ejercicio profesional de la medicina es la emisión de recetas médicas. En el presente documento, el Departamento Jurídico de Falmed realiza una síntesis de todos los aspectos legalmente regulados de la emisión de recetas y sistematiza lo más relevante. Así mismo, introduce los criterios y la normativa vinculada a los bioequivalentes, en el contexto de la nueva ley de fármacos.

TIPOS DE RECETA

Conforme a la Ley, la receta es “el instrumento privado mediante el cual el profesional habilitado para prescribir indica a una persona identificada y previamente evaluada, como parte integrante del acto médico y por consiguiente de la relación clínica, el uso y las condiciones de empleo de un producto farmacéutico individualizado por su denominación de fantasía, debiendo agregar, a modo de información, la denominación común internacional que autorizará su intercambio, en caso de existir medicamentos bioequivalentes certificados, en los términos del inciso siguiente.”

Existen diversas clases de recetas médicas, a saber:

RECETA MÉDICA RETENIDA

Se caracteriza por el hecho de que, en ella se prescriben productos sujetos a control de venta y ella deberá archiversse en el establecimiento una vez que se adquieran los medicamentos respectivos.

Conforme a la Resolución Exenta N° 42/85, este es el Formato de una receta retenida.

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 23 del decreto supremo N° 405, y en el artículo 23 del decreto supremo N° 404, ambos de 1983, de esta Secretaría de Estado, el formato de la receta médica retenida y receta cheque, se ajustarán a las siguientes normas:

1.A. Receta médica retenida:

- a) En la parte superior izquierda de la receta, deberá contener impreso los nombres y apellidos del médico cirujano, cédula de identidad, ubicación de la consulta, teléfono y ciudad.
- b) A continuación se dejará un espacio para identificar al paciente: nombres y apellidos, edad, número de carnet, domicilio, ciudad y fecha de emisión.
- c) Cuerpo de la receta donde aparece la prescripción.
- d) Espacio para la firma del médico cirujano.
- e) Toda receta deberá contener, en forma clara y visible a continuación de la firma del médico cirujano, la identificación de la imprenta donde se confeccionaron dichas recetas, indicándose su nombre, RUT, domicilio, teléfono y ciudad.

1.B.- Receta médica retenida extendida por profesionales habilitados en establecimientos asistenciales públicos y privados, para ser despachada en farmacias comerciales.

a) En la parte superior izquierda de la receta, deberá contener impreso el nombre del establecimiento, Municipalidad a la que pertenece, en el caso de establecimientos municipalizados, y Servicio de Salud en cuyo territorio esté ubicado.

b) A continuación se dejará un espacio para identificar al paciente:

- nombres y apellidos.
- edad.
- número de cédula de identidad; si es menor de edad deberá consignarse dicho antecedente de su representante legal.
- domicilio y ciudad

c) Cuerpo de la receta donde aparece la prescripción que señalará:

- nombre genérico de la benzodiazepina.
- forma farmacéutica y dosis de presentación.
- período que comprende el tratamiento.
- total de unidades a despachar.
- fecha de emisión.

d) Nombres y apellidos del médico cirujano que suscribe la receta y cédula de identidad consignados manual y personalmente.

e) Espacio para la firma del médico cirujano que suscribe la receta.

RECETA CHEQUE

Es un formulario oficial que forma parte de talonarios que los servicios de salud proporcionan a los Médicos Cirujanos y a las Farmacias para la prescripción de productos estupefacientes y productos psicotrópicos.

a) La Receta Cheque se imprimirá en papel químico autocopiativo, en la Casa de Moneda de Chile.

b) Su tamaño será de 135 x 280 mm.

c) Contará de 3 cuerpos:

- c) 1. Talón.
- c) 2. Uso exclusivo del médico cirujano, y
- c) 3. Uso exclusivo del Director Técnico de la farmacia.

d) Se emitirá en original y copia.

e) El talón contendrá la siguiente información:

- Serie y número de la receta cheque.
- Nombre y apellidos de la persona a la cual se prescribe.
- Su Cédula Nacional de Identidad.
- Prescripción.
- Su fecha.

f) El cuerpo de uso exclusivo del médico cirujano contendrá los siguientes datos:

- Nombre y apellidos del paciente.
- Su domicilio con indicación además de la ciudad.
- Su Cédula Nacional de Identidad.
- Prescripción.
- Espacios para codificar el producto o las drogas prescritas, en forma individual, o las drogas en el caso de recetas magistrales.
- Nombre y apellidos del médico cirujano.
- Ubicación de la consulta, o en su defecto del domicilio del profesional, con indicación de la ciudad.
- Su Cédula Nacional de Identidad.
- Fecha de la emisión.
- Firma.
- Sexo del paciente.
- Fecha de nacimiento.
- Código del producto conforme al N° de Registro Sanitario y la letra que le adiciona el Instituto de Salud Pública para su identificación.

g) El cuerpo de uso exclusivo del Director Técnico contendrá la siguiente información:

- Serie y número de la receta cheque.
- Nombre y apellidos del adquirente.
- Su domicilio con indicación de la ciudad.
- Su Cédula Nacional de Identidad.
- Nombre del establecimiento.
- Su Rol Único Tributario.
- El número del local si varios comparten el mismo R.U.T.
- Cantidad despachada expresada en cajas, frascos o gramos en el caso de las Recetas magistrales.
- Nombre y apellidos del Director Técnico.
- Su Cédula Nacional de Identidad.
- Fecha de despacho.
- Firma del Director Técnico.
- Número de local del establecimiento en los casos en que la Farmacia tenga más de uno.
- Cantidad despachada expresada en cajas, frascos o miligramos.

Cómo adquirir la receta cheque

Conforme a las instrucciones de las SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL, se debe seguir el siguiente procedimiento, para compraventa de talonario de receta cheque a médicos cirujanos que requieren prescribir medicamentos psicotrópicos o estupefacientes, con condición de venta receta cheque.

a) Requisitos:

Los establecidos en el D.S. 466/1984 Aprueba Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuti-

cos, Botiquines y Depósitos Autorizados, D.S. 404/1984 Reglamento de Estupefacientes y D.S. 405/1984 Reglamento de Productos Psicotrópicos.

b) Documentos requeridos:

Primera adquisición de talonario:

1. Dirigir carta dirigida al SEREMI de Salud Coquimbo, solicitando la adquisición de talonario de receta cheque, conteniendo la siguiente información:

- a. Nombre completo
- b. RUN
- c. Nacionalidad
- d. Dirección particular (calle, N° dpto., pobl. y comuna)
- e. Teléfono particular
- f. Correo electrónico
- g. Dirección consulta particular

2. Documentos para acreditar la profesión (según situación):

- a) Cédula de Identidad + Certificado de Título otorgado por Universidad Chilena.
- b) Cédula de Identidad Nacional + Certificado de Título obtenido en Universidad extranjera + Certificado de Reconocimiento de Título otorgado en Chile o Certificado de EUNACOM Aprobado.

3. Documento para acreditar residencia:

- a) Copia de Boleta del SII o Contrato de trabajo.

4. Comprobante de depósito original o comprobante de transferencia electrónica.

5. Todas las Fotocopias de Documentos deben estar Protocolizados ante Notario con Timbre Original.

A partir de la segunda adquisición de talonario:

- 1. Presentar cédula de identidad
- 2. Comprobante de depósito original o comprobante de transferencia electrónica.
- 3. En el caso de tener recetas nulas, están deben ser entregadas a la SEREMI de Salud.

Trámites a realizar y/o etapas

- 1. Recepción de documentación solicitada (primera adquisición).
- 2. Recepción de comprobante de pago y entrega de formulario de ingreso de depósito.
- 3. Recepción de recetas nulas (si las tuviese).
- 4. Venta de talonario de receta cheque a través de plataforma FARMANET.

RECETA MÉDICA SIMPLE

Es la orden extendida por un profesional médico que prescribe que una cantidad de cualquier medicamento o mezcla de ellos sea dispensada conforme a lo señalado por el médico que la suscribe.

Componentes.

1. **Nombre con los 2 apellidos, edad, RUT y dirección del paciente.** En el caso de que el paciente no disponga de esa documentación se consignará en el caso de menores de edad el RUT de alguno de sus padres o, en su caso, del tutor, y para ciudadanos extranjeros el número de pasaporte.
2. **Superinscripción.** La súper inscripción consiste en el símbolo Rp (récipe)
3. **Inscripción.** La inscripción es el cuerpo de la receta. Contiene el nombre y la dosis de la droga deseada.
Datos:
 - Denominación del **principio/s activo/s** o denominación del medicamento.
 - **Dosificación.**
 - **Vía o forma de administración.**
 - **Posología:** número de unidades de administración por toma, frecuencia de las tomas (por día, semana, mes) y duración total del tratamiento
4. **Identificación del médico.** La receta debiese incluir: nombre del médico, RUT y Registro del Colegio Médico.
5. **Firma del médico.**

RECETA MÉDICA MAGISTRAL:

Enseña el doctor Franco Utili que, es aquella en la que se prescribe una fórmula especial para un determinado paciente, la que debe elaborarse en el momento de su presentación.

BIOEQUIVALENCIA Y RECETA MÉDICA

La receta es el instrumento privado mediante el cual el profesional habilitado para prescribir indica a una persona identificada y previamente evaluada, como parte integrante del acto médico y por consiguiente de la relación clínica, el uso y las condiciones de empleo de un producto farmacéutico individualizado por su denominación de fantasía, debiendo agregar, a modo de información, la denominación común internacional que autorizará su intercambio, en caso de existir medicamentos bioequivalentes certificados, en los términos del inciso siguiente.

a) Si el medicamento prescrito es de aquellos que deben demostrar bioequivalencia según decreto supremo fundado, el químico farmacéutico, a solicitud del paciente, dispensará alguno de los productos que, siendo bioequivalentes del prescrito, hayan demostrado tal exigencia en conformidad a los requisitos contenidos en el respectivo decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud, los que deberán ajustarse a la normativa de la Organización Mundial de la Salud.

b) Si el medicamento prescrito es de aquellos que no requieren demostrar bioequivalencia, el químico farmacéutico lo dispensará conforme a la receta médica.

- c) Será obligación de los establecimientos de expendio poner a disposición de quien requiera la dispensación de un medicamento, un listado de los productos que deben demostrar bioequivalencia de acuerdo al decreto señalado precedentemente.
- d) Asimismo, será obligación de los referidos establecimientos de expendio contar con un petitorio farmacéutico, en los términos indicados en el artículo 94 del Código Sanitario, el cual será aprobado mediante resolución del Ministro de Salud, indicando los medicamentos que deban obligatoriamente ponerse a disposición del público. Esta exigencia incluirá todos los medicamentos que, conteniendo el mismo principio activo y dosis por forma farmacéutica, hayan demostrado su bioequivalencia, todo ello conforme a las normas reglamentarias establecidas a través del Ministerio de Salud.
- e) La prescripción indicará asimismo el período de tiempo determinado para el tratamiento total, o a repetir periódicamente, según lo indicado por el profesional que la emitió.
- f) La receta profesional deberá ser extendida en documento gráfico o electrónico cumpliendo con los requisitos y resguardos que determine la reglamentación pertinente y será entregada a la persona que la requirió o a un tercero cuando aquella lo autorice. El reglamento establecerá al menos los elementos técnicos que impidan o dificulten la falsificación o la sustitución de la receta, tales como el uso de formularios impresos y foliados, código de barras u otros. Si es manuscrita deberá extenderse con letra imprenta legible. En caso alguno la utilización de receta electrónica podrá impedir que el paciente pueda utilizar este instrumento en el establecimiento farmacéutico que libremente prefiera, pudiendo siempre exigir la receta en documento gráfico.
- g) La prescripción de los productos a que se refiere el artículo 98 se regirá por las regulaciones contenidas en la reglamentación específica que sea aplicable a los mismos.
- h) La receta y su contenido, los análisis y exámenes de laboratorios clínicos y los servicios prestados relacionados con la salud serán reservados y considerados datos sensibles sujetándose a lo establecido en la ley N° 19.628.
- i) Lo dispuesto en este artículo no obsta a que las farmacias puedan dar a conocer, para fines estadísticos, las ventas de productos farmacéuticos de cualquier naturaleza, incluyendo la denominación y cantidad de ellos. En ningún caso la información que proporcionen las farmacias consignará el nombre de las personas destinatarias de las recetas, ni el de los médicos que las expidieron, ni datos que sirvan para identificarlos.
- j) El propietario, el director técnico y el auxiliar de la farmacia en que se expendan un medicamento diferente del indicado en la receta, contraviniendo lo dispuesto en el presente artículo, serán sancionados conforme a lo dispuesto en el Libro Décimo.
- k) En los casos en que se emita receta electrónica, ésta deberá constar en un documento electrónico suscrito por parte del facultativo autorizado en esta ley mediante firma electrónica avanzada conforme lo dispuesto en la ley N° 19.799.
- l) El reglamento establecerá las situaciones y casos en que se podrá exceptuar la aplicación de lo dispuesto en el inciso primero, tales como ruralidad, ubicación geográfica, disponibilidad tecnológica u otras situaciones de similar naturaleza.

9. EL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN: ¿CÓMO Y POR QUÉ DEBEMOS LLENARLO?

PROPÓSITO DEL CERTIFICADO

El certificado médico de defunción tiene dos propósitos:

- Inscripción de la defunción en la oficina del Servicio de Registro Civil e Identificación con fines legales, entre ellos, obtener el pase de sepultación. Por tanto es muy importante el correcto registro de los datos de identificación del fallecido.
- Estadístico, al proporcionar los datos para conocer las características de las defunciones y las causas de muerte.

QUIEN DEBE CERTIFICAR

El MÉDICO TRATANTE del fallecido, vale decir, el que lo atendía habitualmente o el que lo atendió durante el cuadro mórbido que provocó la defunción. Este es quien puede proporcionar la mejor información sobre la causa de muerte. Es él quien está obligado a extender el certificado médico de defunción.

El MÉDICO LEGISTA, o el que cumple las funciones de tal por disposición de la autoridad judicial, certificará las muertes en que se presume que la causa no fue natural y para las que se requirió autopsia.

El MÉDICO PATÓLOGO, o el médico que el director del establecimiento designe, extenderá el certificado de defunción cuando se practica la autopsia en un establecimiento hospitalario.

OTRO MÉDICO puede extender el certificado cuando no es posible obtener la certificación del médico tratante, o cuando el fallecido no recibió atención médica antes de morir, basándose en antecedentes clínicos o de testigos.

La MATRONA está autorizada para llenar los certificados correspondientes a defunciones fetales.

COMO OBTENER EL FORMULARIO DEL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Para defunciones que ocurren en hospitales y clínicas de atención cerrada, el establecimiento dispone de certificados médicos de defunción. Hay casos en que los hospitales tienen suboficinas del Servicio de Registro Civil e Identificación que tienen existencia de formularios.

Para defunciones ocurridas en la casa habitación, tanto los médicos como los parientes del fallecido pueden solicitar el certificado médico de defunción en una oficina del Registro Civil. Cada médico puede solicitar un número limitado de certificados identificándose con los datos que aparecen en su recetario: Nombre, RUT y domicilio, para mantener una existencia propia con folios controlados.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Los datos de mortalidad constituyen una valiosa fuente de información de los problemas de salud y son usados para asignar prioridad a los problemas y a los esfuerzos destinados a solucionarlos. Como se comprende, la mejor información respecto a la mortalidad es la proveniente de los certificados extendidos por los médicos. De ahí que el llenar y registrar en forma adecuada el certificado de defunción es una positiva contribución que el médico puede hacer al conocimiento de los problemas médicos nacionales y a los programas destinados a resolverlos.

El certificado médico de defunción consta de dos partes: individualización del fallecido y certificación de la causa de muerte. La individualización comprende nombre; sexo; estado civil; edad; nivel de instrucción; características del trabajo; incluyendo ocupación habitual y categoría ocupacional; fecha y lugar del fallecimiento; residencia habitual y comprobación de la identidad a través de la cédula respectiva, el conocimiento personal del médico o la declaración firmada por dos testigos. Este conjunto de antecedentes identifica al fallecido, define variables de importancia ligadas al estado de salud (edad, sexo, instrucción, ocupación) y permite señalar tanto el sitio de ocurrencia como el de residencia habitual. Si se trata de un niño menor de un año o de una defunción fetal tardía (28 semanas o más de gestación) se requiere informar la edad en forma detallada junto a atributos del padre (nombre, edad, ocupación y nivel de instrucción) y la madre, (nombre, edad, estado civil, número de hijos habidos y nivel de instrucción) dada la relación de estas características con el deceso precoz del niño. En estos casos, hay que precisar igualmente el peso al nacer, el mes de gestación y el estado nutritivo previo a la enfermedad que llevó a la muerte por la estrecha asociación entre muerte infantil, prematuridad y desnutrición.

La segunda parte incluye la certificación de la causa de muerte. Lo que fundamentalmente importa en la certificación de defunción es definir la causa originaria o causa básica que inicia la cadena de acontecimientos que llevan a la muerte. Esta causa será la tabulada como “causa de muerte”. Los ejemplos siguientes clarifican el concepto anterior: en un fallecimiento por bronconeumonía consecutiva a mastectomía por cáncer de mama, la causa de muerte es cáncer de mama; en la muerte de un insuficiente cardíaco por valvulopatía mitro-aórtica de origen reumático, la causa de muerte es enfermedad reumática; en una defunción por traumatismo craneo-encefálico producido en una colisión de automóviles, la causa de muerte es colisión de automóviles.

Para poder registrar razonablemente el encadenamiento de patologías que llevan finalmente al deceso, en el certificado de defunción se consideran la causa inmediata, las causas originarias o básicas y los estados morbosos concomitantes de significación.

Se entiende por “causa inmediata” la condición, complicación o enfermedad terminal que produjo directamente la muerte. No quiere decir la forma de muerte (paro respiratorio, falla cardíaca, coma, etc.) puesto que ello es equivalente a señalar que la muerte se produjo y no proporciona información útil. La causa inmediata puede ser la única anotación si la causa de muerte fue única o bien si no existieron o se desconocen antecedentes patológicos como puede ocurrir en peritonitis, septicemia, metástasis cancerosas de origen no precisado. En estos casos, se funden en una sola las causas inmediata y originaria.

Con mucha frecuencia, la muerte es la consecuencia de una cadena de eventos en los que la “causa inmediata” es sólo una complicación o resultado tardío de una enfermedad original que es la que interesa conocer. Para definir esa sucesión de acontecimientos aparecen en el certificado los espacios suficientes para determinar causa o “causas originarias” entendiéndose por tal las que provocaron la causa inmediata.

En los ejemplos siguientes, se destacan con mayúscula las causas básicas u originarias de muerte, tanto si constituyen el único episodio coincidiendo con la causa inmediata o fueron el factor inicial de una cadena de patologías.

Los “estados morbosos concomitantes” corresponden a condiciones de significación que, aunque no forman parte de la cadena o sucesión causal, contribuyen al resultado fatal como embarazo, desnutrición, diabetes y otras.

Una adecuada certificación de defunción requiere exactitud y precisión. No basta, por ejemplo, señalar como encefalitis, reumatismo, bocio, neumonía y otras sin precisar la etiología correspondiente de esos cuadros. En igual forma, se necesita indicar la localización de un proceso en problemas tales como tuberculosis, cáncer, aneurismas, várices, etc.

CAUSA INMEDIATA	CAUSA ORIGINARIA	CAUSA ORIGINARIA
Debida a	Debida a	
TUBERCULOSIS PULMONAR CÁNCER CERVICOUTERINO HEMOFILIA INTOXICACIÓN ACCIDENTAL POR ATROPINA		
Hemorragia digestiva Accidente vascular Cerebral Insuficiencia renal Fracturas múltiples Heridas múltiples	FIEBRE TIFOIDEA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA GLOMERULONEFRITIS CRÓNICA ATROPELLAMIENTO POR AUTOMÓVIL HOMICIDIO	
Septicemia estafilocócica Insuficiencia cardíaca Shock postoperatorio Neumonía postoperatoria Asfixia	Anemia aplástica por Cloranfenicol Valvopatía mitroaórtica Colecistitis aguda Gangrena del pie Ahorcamiento	INFECCIÓN URINARIA ENFERMEDAD REUMÁTICA COLELITIASIS DIABETES MELLITUS SUICIDIO

Junto con definir las causas y estados morbosos concomitantes, si los hay, se necesita precisar el intervalo entre la iniciación de la enfermedad y la muerte.

CAUSA DE MUERTE

Anote sólo un diagnóstico en cada línea Intervalo entre la iniciación de la enfermedad y la muerte

a) Causa inmediata

Enfermedad terminal, complicación o
Condición que produjo directamente la muerte

.....
"Debida a" o "como consecuencia de"

b) Causas originarias o básicas

Enfermedades que provocaron la causa
Inmediata o tipo de accidente, suicidios
u homicidio.

.....
"Debida a" o "como consecuencia de"

c)

II Estados morbosos concomitantes.

Estados morbosos o condiciones de importancia
(ej, embarazo)

.....

El certificado de defunción solicita información respecto al fundamento de la causa de muerte (autopsia, biopsia, operación, exámenes de laboratorio, cuadro clínico, información de testigos) y la calidad del médico que certifica (tratante, legista o patólogo u otro). Antecedentes que tienen importancia para evaluar la precisión de los diagnósticos. Finalmente, interroga sobre la existencia o no de atención médica del fallecido en su última enfermedad y la duración de esta atención.

En caso de muerte violenta o accidente, se requiere señalar el lugar de ocurrencia (casa, vía pública, trabajo, otro) y las circunstancias (accidente, suicidio, homicidio).

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

EL MÉDICO SÓLO DEBE LLENAR LA PARTE “A” DEL CERTIFICADO: USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO (O MATRONA EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL) CUYA COPIA ESTÁ EN EL ANEXO.

Esta parte debe ser llenada en duplicado, utilizando papel calco de buena calidad o vienen llenando la copia con la misma letra del original. Es de suma importancia que las anotaciones se hagan con letra claramente legible.

1. INDIVIDUALIZACIÓN DEL FALLECIDO

Nombre y apellidos del fallecido: Debe registrarse con letra de imprenta el primer nombre, el segundo nombre, el primer apellido y el segundo apellido del fallecido.

En los nombres no deben usarse abreviaturas, como por ejemplo 2° del C. González H, en lugar de Segundo del Carmen González Hernández.

Cédula de identidad: Se anota el número de la cédula y el dígito verificador.

Sexo: En el casillero correspondiente se debe anotar el código **M** (masculino) ó **F** (femenino) y **9** si es ignorado.

Fecha de nacimiento: Debe anotarse el día, mes y año en los casilleros correspondientes a esa información. Por ejemplo, si la persona nació el 18 de febrero de 1930 se anotará: 17 bajo día, 02 bajo mes y 1930 bajo año.

Edad: Si el fallecido tenía UN AÑO CUMPLIDO O MÁS, la información debe anotarse en años cumplidos. Si la edad era MENOR DE UN AÑO, se registrará en meses cumplidos entre 1 y 11. Si era MENOR DE UN MES, en días cumplidos; si era MENOR DE UN DÍA, en horas; y si alcanzó a vivir MENOS DE UNA HORA, en minutos. La anotación debe hacerse en los casilleros correspondientes, dejando en blanco los que no corresponden al caso. En el caso de las DEFUNCIONES FETALES no debe aparecer anotación en los casilleros correspondientes a edad (Ver definiciones de nacimiento vivo y defunción fetal en 1. Del Anexo).

Testigos que certifican la identidad del difunto: Cuando no se dispone de la cédula de identidad del fallecido, su identidad puede ser certificada por dos testigos. Para estos efectos debe registrarse el nombre y el número de la cédula de identidad y el dígito verificador de cada testigo y ellos deberán firmar en el lugar correspondiente.

2. DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Fecha y hora: Debe anotarse el día, mes, año y hora (entre 0 y 24) y los minutos (entre 1-59) en que ocurrió la defunción, en los casilleros correspondientes.

SÓLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL

Peso al nacer: Se anotará en gramos, en casillero correspondiente.

Semanas de gestación: La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad de gestación se expresa en semanas completas. Por ejemplo, nacimientos ocurridos entre 280 y 286 días se considerarán como ocurridos a las 40 semanas de gestación. Este valor se anota en casillero correspondiente.

Estado nutricional previo a la enfermedad: Si se dispone de información sobre el estado nutricional del niño al inicio de la enfermedad que lo condujo a la muerte, se anotará en el casillero el código que corresponde. Si no

se dispone de la información necesaria, se anotará el código de ignorado.

Local: Se refiere al lugar de ocurrencia de la muerte. Debe anotarse en el casillero el código que corresponde.

Establecimiento o dirección: Si la muerte ocurrió en un hospital o clínica (código 1 del rubro anterior), se anota el nombre del establecimiento. Si fue en casa habitación (código 2), se anota la dirección. Para defunciones en otro lugar, por ejemplo vía pública, río, mar, etc., se anota lo que corresponde.

Comuna: Para todos los casos anteriores se anotará la comuna en que se encuentra el establecimiento, la casa y otro lugar en que ocurrió el deceso.

3. CAUSA DE LA MUERTE

LA ANOTACIÓN DE LA CAUSA DE MUERTE ES DE RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL MÉDICO QUE EXTIENDE Y FIRMA EL CERTIFICADO. POR NINGÚN MOTIVO PUEDE DELEGAR ESA ANOTACIÓN EN OTRA PERSONA.

El registro debe hacerse escrito a mano con letra claramente legible.

La estructura de esta parte del certificado se ciñe a las recomendaciones de la Asamblea Mundial de la Salud y consta las partes I y II.

PARTE I

Está destinada al registro de las “causas básicas” u “originarias”.

Se entiende por **causa básica u originaria**.

- La enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o
- Las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

Ejemplos: en una muerte por peritonitis difusa debido a perforación de úlcera gástrica, la causa básica es la úlcera gástrica perforada; en una muerte por traumatismo encefalocraneano por colisión de automóviles en accidente de tránsito, la causa básica es colisión de automóviles en accidente de tránsito, dado que ella produjo el traumatismo encefalocraneano que fue la lesión fatal.

En la línea a) **causa inmediata**, se inscribe la causa que condujo directamente a la muerte, por ejemplo, bronconeumonía, hemorragia cerebral, insuficiencia cardíaca, anemia aguda, etc.

En las líneas b) y c) **causa originaria**, se inscriben los estados patológicos que ocasionaron la causa registrada en a), anotándose la **causa básica en la última línea** de la secuencia de los estados patológicos de la sección I.

NO ES NECESARIO USAR LAS LÍNEAS b) y c) SI LA ENFERMEDAD O PROCESO PATOLÓGICO ANOTADO EN a) DESCRIBIERA POR COMPLETO EL CURSO DE LOS ACONTECIMIENTOS.

Es correcto anotar:

- I a) Bronconeumonía
- b)
- c)

Si la bronconeumonía no se debió a una condición patológica previa.

En cambio si la bronconeumonía fue la consecuencia de otra enfermedad, por ejemplo, sarampión, deberá anotarse:

- I a) Bronconeumonía
- b) Sarampión
- c)

En este caso, cuando se codifiquen las causas y se elaboren las estadísticas de defunción, esta muerte quedará clasificada como “sarampión”.

Si la bronconeumonía fue consecuencia de un estado morbozo debido a un accidente, por ejemplo, cuadriplejía por fractura de columna cervical como consecuencia de un atropello accidente por automóvil se anotará:

- I a) Bronconeumonía
- b) Fractura de columna cervical con cuadriplejía
- c) Atropello accidental por automóvil

Quedará seleccionada como causa básica el atropello por automóvil en accidente de tránsito. Además se clasificará la defunción respecto a la naturaleza de la lesión, en fractura de columna cervical con lesión de la médula espinal. Ante la importancia del accidente, y de la lesión recibida, la bronconeumonía no será considerada en las estadísticas, tal como se la ignoró cuando era consecuencia del sarampión. Como regla general, el estado morbozo que el médico considera causa básica debe anotarse en último lugar en la parte I del certificado. Se le anotará en a) cuando es causa única, en b) si la cadena comprende dos estados patológicos y en c) si comprende tres.

En caso de traumatismo o envenenamiento, siempre debe hacerse el registro en al menos dos líneas de la sección I. Primero se anotará la naturaleza de la lesión, por ejemplo, anemia aguda por herida de bazo, asfixia por inmersión, etc. Luego, en la última parte de la sección I se anota la causa externa, por ejemplo colisión de vehículos en accidente de tránsito, volcamiento accidental de lancha pesquera, etc. Cuando es evidente que se trata de un accidente, como sucede por ejemplo, en accidente de tránsito con colisión de vehículos o en choque de trenes, debe dejarse consignada la naturaleza accidental de la muerte, anotando el código 1 en el casillero respectivo.

Cuando consta que fue suicidio u homicidio, se anotará el código 2 ó 3 respectivamente.

En aquellos casos en que no hay pruebas suficientes para determinar si la lesión fue producto de accidente, de suicidio o de homicidio, se dejará constancia escrita en el certificado, de que se ignora si la lesión fue accidental o intencionalmente infligida. Esto se hace anotando el código 9 en el casillero respectivo.

PARTE II

Está destinada a anotar cualquiera otra entidad morboza significativa que hubiera influido desfavorablemente en el curso del proceso patológico, sin pertenecer a la cadena de acontecimientos que llevaron a la muerte. Así, en el ejemplo del sarampión, la desnutrición de grado 2, puede haber sido una condición contribuyente al desenlace fatal de la enfermedad. Sin embargo, el sarampión no se debe directamente a la desnutrición. Por lo tanto el registro correcto será:

- I a) Bronconeumonía
- b) Sarampión
- c)

II Desnutrición grado 2.

Si bien habitualmente no se publican los estados morbosos concomitantes en las estadísticas de defunción, se utilizan en estudios especiales de causas asociadas. Por ejemplo es de interés conocer la frecuencia de desnutrición en muertes infantiles. Sin embargo, los niños desnutridos suelen morir por otras enfermedades que son las que quedan registradas como causa básica y la única manera de obtener la información deseada es a través de la anotación en la parte II del certificado. También es importante disponer de la información sobre estados morbosos concomitantes para la auditoría de muertes maternas e infantiles que realiza el Ministerio de Salud.

Duración de la enfermedad: Corresponde al intervalo transcurrido entre la iniciación de la enfermedad y la muerte. Este dato sirve para complementar la información sobre la secuencia en que ocurrió la cadena de estados morbosos que llevaron a la muerte.

Dado que en la Parte I. la causa inmediata a) es debida a la causa anotada en b) y ésta a su vez es debida a la anotada en c), el intervalo entre la iniciación de esas enfermedades o condiciones y la muerte, debe decrecer en longitud desde c) hasta a).

4. FUNDAMENTO DE LA CAUSA DE MUERTE

Las opciones sobre la forma en que se llegó a establecer la causa de muerte, están ordenadas en orden decreciente de validez de la información, para que se anote en el casillero, el código de la primera que aparece en la lista, cuando el diagnóstico se basa en más de una fuente.

Por ejemplo, si en una muerte por cirrosis hepática, el diagnóstico se hizo por el cuadro clínico, los exámenes de laboratorio y además por una biopsia hepática, lo que corresponde es el código 2: biopsia. Sin embargo, el médico está facultado para anotar aquí el antecedente que según su opinión fue el más importante para establecer la causa de la muerte.

El hecho de anotar como fundamento de la causa de muerte el código correspondiente a “información de testigos” permite al médico que no conocía al fallecido, llenar el certificado, deslindando su responsabilidad respecto a la causa anotada. También puede pedir a dos testigos que firmen el certificado junto a él.

EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE

Lugar de ocurrencia: se anotará en el casillero el código que corresponde a casa, vía pública, trabajo u otro.

Circunstancias y Tipo: La información en estos rubros complementa a la que debe aparecer en la última línea, la b) o la c) llenada en la Parte I. del registro de la Cusa de Muerte, en que se especifica la causa externa de la muerte: colisión de trenes, ahogamiento por inmersión, envenenamiento u otro. Cuando los antecedentes lo permiten, debe anotarse si el traumatismo o el envenenamiento fue consecuencia de accidente, suicidio u homicidio. En caso contrario se anotará el código de ignorado.

ANOTACIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD

Debe anotarse en el casillero el código 1 en caso de Sí, 2 en caso de No y 9 si es Ignorado.

CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA

Se anota el código en casillero correspondiente.

FECHA CERTIFICADO

Anotar en casilleros de día, mes, año, la fecha en que se otorga certificado.

DATOS DEL MÉDICO

Anotar en recuadros nombre, RUT y domicilio del médico.

CERTIFICACIÓN DE LOS HECHOS CONSIGNADOS

Usar sólo el recuadro del casillero y sin invadir otros casilleros, poniendo la firma del médico y, cuando la defunción ha ocurrido en hospital, el sello del establecimiento.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA CERTIFICACIÓN DE CAUSAS

Evitar los síntomas o signos como causas únicas de defunción: Paro cardíaco, anemia aguda, senilidad, shock, hipertermia u otros, pueden ser consecuencia de diferentes enfermedades y por lo tanto no permiten clasificar a la defunción en una causa precisa. Cuando se las anota como causa inmediata, debe anotarse en las causas originarias la enfermedad que provocó el síntoma.

En lo posible especificar la etiología: En cuadros que pueden deberse a diferentes causas, por ejemplo, la meningitis, será importante saber si fue meningocócica, viral, tuberculosa, etc. O se causa no especificada, cuando se desconoce su origen. En el aborto es importante saber si fue espontáneo o provocado.

Especificar localización: Cuando una misma enfermedad puede provocar lesiones en diferentes órganos, debe especificarse en lo posible su localización primaria así como los órganos afectados secundariamente. Por ejemplo en tuberculosos, adenocarcinomas, lifangiomas, quiste hidatídico, etc.

Efectos tardíos: Si la muerte de un adulto, por insuficiencia cardíaca debida a enfermedad mitral tuvo su origen en una enfermedad reumática en la niñez, ésta será la causa básica y debe quedar anotada al último en la Parte I. de la sección sobre causa de muerte.

Intervenciones quirúrgicas: Si la defunción fue consecuencia de una operación, ésta debe quedar incorporada a la cadena de acontecimientos, pero se considerará la causa básica la patología que motivó la intervención.

ANEXO

1. DEFUNCIONES PERINATALES

Es importante distinguir la muerte fetal de la defunción de un nacido vivo.

Se define como NACIMIENTO VIVO la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, tal como palpitaciones del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera nacido vivo.

Aunque la defunción de un nacido vivo se produzca inmediatamente después del nacimiento, deberá inscribirse tanto el nacimiento como la defunción.

DEFUNCIÓN FETAL es la muerte de un producto de la concepción antes de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. La defunción indica la circunstancia de que después de la separación, el feto no respira ni da otra señal de vida como palpitaciones del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Las definiciones de nacimiento vivo y de defunción fetal, adoptadas por la Organización Mundial de la Salud, son coherentes con su concepción básica, con las que contiene nuestro Código Civil en su Artículo 74, vigente desde 1855.

No es obligatoria la inscripción de las defunciones fetales. Sin embargo, si se desea sepultar el feto es necesario tener un certificado de defunción debidamente llenado y presentado en la oficina de Registro Civil para obtener el pase de sepultación.

2. DÓNDE Y CÓMO INSCRIBIR LA DEFUNCIÓN

Toda defunción debe inscribirse en la Oficina del Servicio de Registro Civil e Identificación de la comuna o en la suboficina de ese Servicio del hospital en que ocurrió la muerte, dentro del plazo de tres días a contar de la fecha del fallecimiento.

La inscripción es necesaria para obtener el pase de sepultación, sin el cual no puede sepultarse el cadáver.

Para requerir la inscripción debe presentarse el Certificado Médico de Defunción llenado en su Sección "A" y la cédula de identidad de la persona fallecida. Si el fallecido era casado, se presentará además la libreta de familia o el certificado de matrimonio. Para fallecidos menores, sin cédula de identidad, además del certificado médico se presentará la libreta de familia de los padres o el certificado de nacimiento.

La inscripción en la Oficina del Registro Civil e Identificación puede ser solicitada por cualquier persona que pueda proporcionar los datos del fallecido que permitan al oficial civil llenar la Sección "B" (Información Estadística) del Certificado Médico de Defunción y los del reverso del Certificado.

3. PROBLEMAS EN LA CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN

La legislación chilena exige para la sepultación de los cadáveres, la certificación del deceso y la inscripción del fallecimiento en el Registro Civil. La importancia de contar con un certificado de defunción que llenara, tanto las necesidades jurídicas como las de información respecto a los problemas de salud, llevó hace algunos años al diseño del actual certificado, resultado del trabajo conjunto del Registro Civil, el Colegio Médico y el Servicio Nacional de Salud.

Es importante señalar que las orientaciones de la política de salud chilena se basan en la idea de dar una atención preferente a los problemas prioritarios de acuerdo a los datos existentes. Como ocurre que la información relativa; a enfermedades es sólo parcial al no existir un sistema de registro completo que incluya las atenciones funcionarias y privadas, las muertes han ido adquiriendo, progresivamente, el carácter de indicadores de situación de salud. Por el volumen de decesos que determinan es que se da en Chile énfasis y recursos especiales al control del riesgo de los menores de un año (mortalidad infantil), a las diarreas o la tuberculosis. En períodos más recientes ha surgido la preocupación por las enfermedades cardiovascular y por el cáncer.

El conocimiento de la mortalidad chilena corresponde a la suma de todos los certificados de defunción extendidos en el país. Sólo en la medida que la información proporcionada por ellos sea correcta, la programación y orientación de los recursos y programas de acción será adecuada. Si la información es incorrecta caemos en la paranoia de elaborar todo un sistema lógico de acción basado en premisas falsas, con el grave precio de distraer hacia problemas irrelevantes los recursos siempre escasos de que dispone el sector salud.

Los principales errores en la extensión del certificado de defunción suelen derivar del desconocimiento de un hecho básico lo que se pretende precisar es la causa originaria o básica de la muerte y no la causa directa o final del deceso. Y ello porque la causa final (un paro cardíaco o una bronconeumonía terminal) son sólo el último eslabón de una cadena de eventos que no se hubieran producido si no hubiere ocurrido la causa básica: lo que importa identificar con precisión es la entidad patológica que llamamos causa básica u originaria y que es la que interesa controlar. Por esta razón, cabe formular 6 buenos consejos a los médicos:

El certificado de defunción desea precisar orígenes o etiologías y no condiciones fisiopatológicas o episodios finales. En esencia bastaría con colocar sólo la causa básica.

Si existe una cadena de situaciones construya la cadena causal desde la causa directa o final a la causa básica u originaria, pero no omita por ningún motivo la causa básica.

La cadena causal puede ser tan corta que un solo diagnóstico baste. Ejemplo: Bronconeumonía – Pancreatitis aguda – Infarto de miocardio.

Si ha habido más de un problema que contribuyó a la muerte, haga un esfuerzo para identificar el más importante y anote sólo una condición como causa básica.

Cuando un cuadro patológico pueda tener diversas etiologías, coloque la correspondiente. Ejemplo: No basta poner meningitis, agregue si es meningocócica, estafilocócica, etc.

Si un problema patológico puede tener diversas localizaciones anatómicas, precise dicha localización. Ej: no basta colocar tuberculosos: agregue pulmonar, meníngea, generalizada, etc. No basta colocar cáncer, precise el sitio de origen probable: gástrico, cuello uterino, mama, etc.

10. ORIENTACIONES SOBRE BIOEQUIVALENCIA

Por: Departamento Jurídico de Falmed

¿A QUÉ SE REFIERE EL CONCEPTO DE BIOEQUIVALENCIA?

Es preciso indicar que la bioequivalencia, conforme a los términos y conceptos trazados por el Instituto de Salud Pública es **“un atributo de un medicamento respecto de un referente, en donde ambos poseen diferentes orígenes de fabricación, contienen igual principio activo y cantidad y son similares en cantidad y velocidad de fármaco absorbido, al ser administrados por la vía oral, dentro de límites razonables, establecidos por procedimientos estadísticos.”** Se ha señalado que, el propósito de la bioequivalencia es demostrar que dos medicamentos que contengan el mismo fármaco en la misma dosis, son equivalentes en términos de calidad, eficacia y seguridad en el paciente receptor.

Pero, ¿Qué debe entenderse por medicamento?

Conforme a la ley, se entiende por medicamento o producto farmacéutico, cualquier sustancia natural, biológica, sintética o las mezclas de ellas, originada mediante síntesis o procesos químicos, biológicos o biotecnológicos, que se destine a las personas con fines de prevención, diagnóstico, atenuación, tratamiento o curación de las enfermedades o sus síntomas o de regulación de sus sistemas o estados fisiológicos particulares, incluyéndose en este concepto los elementos que acompañan su presentación y que se destinan a su administración.

Ahora bien, ¿Cuáles son los criterios para establecer equivalencia terapéutica de Productos Farmacéuticos en Chile?

En nuestro país, los titulares de registros sanitarios de productos farmacéuticos que deben realizar estudios comparativos de biodisponibilidad in vivo para demostrar la equivalencia terapéutica, podrán hacerlo mediante estudios “in vitro”, previa solicitud al Instituto de Salud Pública, adjuntando los antecedentes científico—técnicos que permitan respaldar su ejecución y a validez de sus resultados. Todo ello, conforme a la Norma Técnica N° 0136 contenida en Decreto Exento N° 500 de 01 de junio de 2012.

De acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 727/05, del año 2005, de la Subsecretaría de Salud Pública, se establecen los siguientes criterios generales para establecer la equivalencia terapéutica de los productos farmacéuticos en Chile:

1. CRITERIOS GENERALES:

1.1. La presente Norma es de cumplimiento obligatorio en el territorio nacional respecto de los estudios in vivo o in vitro para demostrar, cuando corresponda, la equivalencia terapéutica de los productos de múltiples fuentes que estén formulados con alguno de los principios activos de las listas aprobadas por Resolución del Ministerio de Salud.

1.2. Cuando sea pertinente, y de acuerdo al avance científico en la materia se elaborarán otros documentos técnicos específicos.

1.3. Los productos farmacéuticos de múltiples fuentes, deben cumplir con los mismos estándares de calidad, eficacia y seguridad que el producto de referencia. Por lo tanto, se debe entregar evidencia razonable que permita establecer que el producto en estudio, es terapéuticamente equivalente e intercambiable con el producto de referencia.

1.4. Para asegurar la intercambiabilidad de los productos farmacéuticos de múltiples fuentes, la autoridad sanitaria exigirá la documentación pertinente que avale el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura, de las Especificaciones de Calidad y de la Equivalencia Terapéutica.

1.5. Los productos de múltiples fuentes, registrados o al momento de solicitar registro en el país, deben presentar, cuando corresponda, estudios que permitan establecer equivalencia Terapéutica ya sea “in vivo” o “in vitro”, de acuerdo a los criterios que se definen en esta Norma.

1.6. Para algunos tipos de medicamentos, entre los cuáles se incluyen los productos parenterales formulados con principios activos muy solubles en agua, la intercambiabilidad se considera adecuadamente asegurada mediante la implementación de Buenas Prácticas de Manufactura, la evidencia de conformidad con sus especificaciones de calidad y su rotulación en conformidad a lo dispuesto en el registro.

1.7. Para otros productos farmacéuticos, entre los que se incluyen los de origen biológico, tales como vacunas, hemoderivados y otros obtenidos por biotecnología, el concepto de intercambiabilidad implica consideraciones complejas que no son abordadas en este documento y, en consecuencia, quedan excluidos de la presente norma.

1.8. La presente Norma acepta como científicamente válidos los conceptos del “Sistema de Clasificación Biofarmacéutico” desarrollado por el profesor Dr. Gordon Amidon.

1.9. Para productos farmacéuticos formulados con pro-drogas, que deban demostrar equivalencia terapéutica, se deberá evaluar caso a caso si podrán optar a presentar estudios comparativos de cinética de disolución in vitro, teniendo en consideración que la permeabilidad corresponde a la pro-droga cuando la conversión a la molécula activa se produce después de la absorción, y corresponde al principio activo, cuando la conversión ocurre antes de la absorción.

1.10. Los productos en formas farmacéuticas sólidas, para administración por vía oral, de liberación inmediata podrán optar a la bioexención para demostrar su equivalencia terapéutica, solo si están formulados con el tipo de principio activo que reúna las características establecidas por el Sistema de Clasificación Biofarmacéutico y se encuentren en las listas que elabore la autoridad sanitaria competente.

1.11. No podrán optar a la bioexención señalada en el punto anterior los productos farmacéuticos, “diseñados para ser disueltos en la cavidad bucal” y los productos “en asociación en dosis fija de acción sistémica”.

1.12. Los estudios para establecer equivalencia terapéutica, tanto “in vivo” como “in vitro”, serán presentados al ISP para su aprobación. En caso de rechazo deberá hacerlo por resolución fundada.

1.13. El ISP será el encargado de determinar los productos de referencia que se usarán como comparadores para realizar los estudios que permitan establecer equivalencia terapéutica.

1.14. Los titulares de los respectivos registros sanitarios podrán determinar donde realizar los estudios de equivalencia terapéutica, previa autorización por parte del ISP del diseño del estudio y de las Unidades Clínicas y Analíticas en el caso de realizarse en Chile.

1.15. Los estudios para establecer equivalencia terapéutica tanto “in vivo” como “in vitro” deben realizarse en Chile en laboratorios autorizados por el Instituto de Salud Pública o en centros reconocidos por la OMS, la Agencia Europea de Medicamentos (The European Agency, EMEA), la

Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA), la Dirección General de Medicamentos del Ministerio de Salud de Canadá, la Agencia Española de Medicamentos del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Instituto Nacional Japonés de Ciencias de la Salud, la Agencia para el Control de Medicamentos del Reino Unido (MCA), la Agencia de Productos Medicamentosos de Suecia (MPA), la Agencia de Productos Medicamentosos de Suiza (Swiss Medic)

1.16. Los productos con registros vigentes que al ser evaluados no demuestren equivalencia terapéutica deberán dejar de distribuirse, para lo cual el ISP notificará a través de una Resolución al titular del registro; no obstante lo anterior, podrán reformularse y presentar un nuevo estudio que permita establecer su equivalencia terapéutica con el producto de referencia. En caso de no cumplir este requerimiento deben retirarse del mercado conforme a lo dispuesto en el Art. 115 del D.S. 1876/95.

1.17. Los productos que soliciten registro sanitario y estén formulados con alguno de los principios activos de las listas aprobadas por Resolución del Ministerio de Salud, deben presentar, además de los antecedentes que demuestren calidad, seguridad y eficacia, los estudios para demostrar equivalencia terapéutica con el producto de referencia.

1.18. En el caso de productos que estén reconocidos como equivalentes terapéuticos y que posteriormente se elaboren en otra planta farmacéutica, deberán presentar nuevos estudios para validar su equivalencia terapéutica. Las muestras para realizar los estudios de equivalencia terapéutica deben provenir de lotes de producción, conforme a las buenas prácticas de manufactura.

1.19. La condición de equivalencia terapéutica será suspendida o cancelada si se generan una o más alertas, debidamente documentadas, que indiquen inequivalencia del producto, entre ellos:

- Incumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura
- Rotulación incorrecta
- Especificaciones de productos terminados fuera de límites
- Reclasificación del riesgo sanitario del principio activo

1.20. Se priorizará la inclusión de principios activos a las listas que apruebe la autoridad competente de acuerdo a su riesgo sanitario

2. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DE MÚLTIPLES FUENTES.

Los productos farmacéuticos que tengan que demostrar equivalencia terapéutica deberán hacerlo a través de estudios comparativos in vivo, o de acuerdo al estado de la técnica, podrán optar por hacerlo a través de estudios comparativos de cinética de disolución, farmacodinámicos o clínicos.

Algunos productos farmacéuticos no requieren demostrar equivalencia terapéutica, aceptándose esta condición si cumplen las características que se definen en esta norma.

TIPOS DE ESTUDIOS RECOMENDADOS

Para establecer equivalencia terapéutica, previo cumplimiento de los requisitos pertinentes de BPM y rotulado, se recomiendan los siguientes procedimientos:

Un estudio de biodisponibilidad comparativa en seres humanos in vivo, en el cual se determine la concentración del principio activo o de la fracción terapéuticamente activa, y cuando corresponda de los metabolitos activos, en función del tiempo, en la sangre, el plasma, el suero, la orina u en otro fluido biológico apropiado.

Este procedimiento es particularmente aplicable a formas farmacéuticas destinadas a liberar el principio activo al torrente circulatorio para su distribución sistémica en el cuerpo.

Un estudio in vitro, que haya sido correlacionado cuantitativamente y sea predictivo de la biodisponibilidad en humanos.

Un estudio in vivo en seres humanos en el cual se mida un efecto farmacológico agudo apropiado, ya sea de la fracción terapéuticamente activa o, cuando corresponda, de sus metabolitos activos, en función del tiempo, cuando tal efecto pueda medirse con suficiente exactitud, sensibilidad y reproducibilidad. Este método se podrá aplicar para fármacos de acción sistémica, sólo cuando no se puedan aplicar procedimientos adecuados que permitan cuantificar el medicamento en la sangre o en la orina. Este procedimiento puede ser particularmente aplicable a formas farmacéuticas no diseñadas para que el principio activo se libere al torrente sanguíneo, y cuando la concentración sanguínea no se pueda utilizar como punto final de demostración de eficacia y seguridad.

Estudios clínicos bien controlados en seres humanos, que establezcan la seguridad y efectividad de los productos farmacéuticos, diseñados apropiadamente para determinar biodisponibilidad o establecer bioequivalencia.

Este procedimiento es el menos exacto, sensible y reproducible, y se puede considerar aceptable para formas farmacéuticas que liberan el principio activo al torrente circulatorio, cuando no se pueden desarrollar métodos analíticos que permitan el uso de los procedimientos señalados anteriormente. También aplica cuando los parámetros farmacodinámicos no se relacionan con la eficacia del producto o no son cuantificables, y cuando el perfil de las concentraciones plasmáticas o de excreción urinaria no son adecuadas para establecer equivalencia terapéutica entre dos formulaciones. Si el inicio y duración del efecto farmacológico está definido previamente, este método también se puede considerar suficientemente exacto para determinar la biodisponibilidad o bioequivalencia de formas farmacéuticas diseñadas para liberar el principio activo localmente, (por ejemplo, preparaciones tópicas para la piel, ojos y membranas mucosas), formas farmacéuticas diseñadas para que el principio activo no se absorba (por ejemplo, antiácidos o medios radio opacos) y broncodilatadores administrados por inhalación.

Un ensayo de disolución in vitro que asegure la biodisponibilidad in vivo (generalmente un perfil de disolución, calculando el factor de similitud, f_2 : bioexención)

Cualquier otro procedimiento, que sea considerado técnicamente adecuado por el ISP.

-

3. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS PARA LOS CUÁLES NO SON NECESARIOS LOS ESTUDIOS DE EQUIVALENCIA

Son equivalentes terapéuticos los siguientes tipos de productos si cumplen con las Normas de Buenas Prácticas de Manufactura, Especificaciones de Calidad aprobadas en el registro sanitario, poseen una rotulación apropiada y además cumplen uno o más de los siguientes criterios:

a) Los productos están formulados como “soluciones acuosas” para ser administrados por “vía parenteral”, por ejemplo, intravenosa, intramuscular, subcutánea, intratecal u otros, y contienen el mismo principio activo en igual dosis,

b) Los productos están formulados como “soluciones acuosas” para ser administrados por “vía oral” y contienen el mismo principio activo en igual dosis y que no contenga un excipiente respecto del cual exista evidencia de que modifica el tránsito gastrointestinal o la absorción del principio activo,

c) Los productos son gases medicinales de igual composición,

d) Los productos están formulados como “polvos para reconstituir como solución acuosa”, y la solución resultante cumple con el criterio a) antes señalado,

e) Los productos están formulados como “soluciones acuosas” para ser administrados por vía “ótica” u “oftálmica”, y contienen el mismo principio activo en igual concentración,

f) Los productos están formulados como “soluciones acuosas” para ser administrados por “vía tópica”, sin efecto sistémico y contienen el mismo principio activo en igual concentración,

g) Los productos están formulados como “soluciones acuosas” para ser administrados como “inhaladores o aerosoles nasales” y contienen el mismo principio activo en la misma dosis,

h) Los productos que puedan optar a demostrar equivalencia terapéutica a través de estudios comparativos de cinética de disolución, siempre que los productos en estudio y de referencia se disuelvan 85% o más, respecto de la cantidad declarada, en 15 minutos o menos, en los tres medios de disolución recomendados por el SCB.

4. BIOEQUIVALENCIA Y RECETA MÉDICA

La receta es el instrumento privado mediante el cual el profesional habilitado para prescribir indica a una persona identificada y previamente evaluada, como parte integrante del acto médico y por consiguiente de la relación clínica, el uso y las condiciones de empleo de un producto farmacéutico individualizado por su denominación de fantasía, debiendo agregar, a modo de información, la denominación común internacional que autorizará su intercambio, en caso de existir medicamentos bioequivalentes certificados, en los términos del inciso siguiente.

a) Si el medicamento prescrito es de aquellos que deben demostrar bioequivalencia según decreto supremo fundado, el químico farmacéutico, a solicitud del paciente, dispensará alguno de los productos que, siendo bioequivalentes del prescrito, hayan demostrado tal exigencia en conformidad a los requisitos contenidos en el respectivo decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud, los que deberán ajustarse a la normativa de la Organización Mundial de la Salud.

b) Si el medicamento prescrito es de aquellos que no requieren demostrar bioequivalencia, el químico farmacéutico lo dispensará conforme a la receta médica.

c) Será obligación de los establecimientos de expendio poner a disposición de quien requiera la dispensación de un medicamento, un listado de los productos que deben demostrar bioequivalencia de acuerdo al decreto señalado precedentemente.

d) Asimismo, será obligación de los referidos establecimientos de expendio contar con un petitorio farmacéutico, en los términos indicados en el artículo 94 del Código Sanitario, el cual será aprobado mediante resolución del Ministro de Salud, indicando los medicamentos que deban obligatoriamente ponerse a disposición del público. Esta exigencia incluirá todos los medicamentos que, conteniendo el mismo principio activo y dosis por forma farmacéutica, hayan demostrado su bioequivalencia, todo ello conforme a las normas reglamentarias establecidas a través del Ministerio de Salud.

e) La prescripción indicará asimismo el período de tiempo determinado para el tratamiento total, o a repetir periódicamente, según lo indicado por el profesional que la emitió.

f) La receta profesional deberá ser extendida en documento gráfico o electrónico cumpliendo con los requisitos y resguardos que determine la reglamentación pertinente y será entregada a la persona que la requirió o a un tercero cuando aquella lo autorice. El reglamento establecerá al menos los elementos técnicos que impidan o dificulten la falsificación o la sustitución de la receta, tales como el uso de formularios impresos y foliados, código de barras u otros. Si es manuscrita deberá extenderse con letra imprenta legible. En caso alguno la utilización de receta electrónica podrá impedir que el paciente pueda utilizar este instrumento en el establecimiento farmacéutico que libremente prefiera, pudiendo siempre exigir la receta en documento gráfico.

g) La prescripción de los productos a que se refiere el artículo 98 se registrará por las regulaciones contenidas en la reglamentación específica que sea aplicable a los mismos.

h) La receta y su contenido, los análisis y exámenes de laboratorios clínicos y los servicios prestados relacionados con la salud serán reservados y considerados datos sensibles sujetándose a lo establecido en la ley N° 19.628.

i) Lo dispuesto en este artículo no obsta a que las farmacias puedan dar a conocer, para fines estadísticos, las ventas de productos farmacéuticos de cualquier naturaleza, incluyendo la denominación y cantidad de ellos. En ningún caso la información que proporcionen las farmacias consignará el nombre de las personas destinatarias de las recetas, ni el de los médicos que las expidieron, ni datos que sirvan para identificarlos.

j) El propietario, el director técnico y el auxiliar de la farmacia en que se expendan medicamentos diferentes del indicado en la receta, contraviniendo lo dispuesto en el presente artículo, serán sancionados conforme a lo dispuesto en el Libro Décimo.

k) En los casos en que se emita receta electrónica, ésta deberá constar en un documento electrónico suscrito por parte del facultativo autorizado en esta ley mediante firma electrónica avanzada conforme lo dispuesto en la ley N° 19.799.

l) El reglamento establecerá las situaciones y casos en que se podrá exceptuar la aplicación de lo dispuesto en el inciso primero, tales como ruralidad, ubicación geográfica, disponibilidad tecnológica u otras situaciones de similar naturaleza.

992345

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD
DIVISIÓN JURÍDICA

AG / NSV / ILH / INH / INCH / ANSCH / BCL

RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACION

Ref. por \$.....

Imputación.....

Anot. por.....

Imputación.....

Deduc. Dcto.....

APRUEBA NORMA TÉCNICA N° 0136
NOMINADA "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS".-

EXENTO N° 500 /

SANTIAGO, 01 JUN. 2012

VISTO: Lo dispuesto en el artículo 4° del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto con fuerza de ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; las disposiciones del inciso 1° del artículo 221°, del decreto supremo N° 3 de 2010, también del Ministerio de Salud y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; lo solicitado mediante el Oficio Ordinario N° 1286 de fecha 08 de mayo de 2012, por el Instituto de Salud Pública de Chile y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo N° 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente,

DECRETO:

ARTÍCULO PRIMERO.- Ratifiquense y ténganse por aprobadas las "LISTAS DE PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN ESTABLECER EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA MEDIANTE ESTUDIOS IN VIVO O IN VITRO", aprobadas previamente mediante la resolución exenta N° 726, de 14 de noviembre de 2005, del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial de fecha 29 de noviembre de 2005 y sus modificaciones posteriores.

ARTÍCULO SEGUNDO: Ténganse por aprobadas las listas de productos de referencia para los estudios de equivalencia terapéutica contenidas en las Resoluciones Exentas N° 244 de 2011; N° 728 y 2920, ambas de 2009; y N° 3225 de 2008, todas del Instituto de Salud Pública de Chile, así como la Resolución Exenta N° 5555 de 2009, de la misma entidad, todas publicadas en el diario oficial.

ARTÍCULO TERCERO: Entiéndase incorporado al presente decreto y constituyente de esta norma técnica, un anexo que contiene las listas consolidadas de principios activos contenidos en productos farmacéuticos que deben establecer su equivalencia terapéutica mediante estudios in vivo o in vitro y las listas de productos farmacéuticos que servirán se referencia para los mismos.

ARTICULO CUARTO: Los titulares de registros sanitarios de productos farmacéuticos que deberán realizar estudios comparativos de biodisponibilidad in vivo para demostrar su equivalencia terapéutica, podrán hacerlo mediante estudios "in vitro", previa solicitud al Instituto de Salud Pública, adjuntando los antecedentes científico-técnicos que permitan respaldar su ejecución y la validez de sus resultados.

ARTICULO CUARTO.- Una copia debidamente visada de esta norma técnica que se aprueba, se mantendrá en el Departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesiones Médicas de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto original aprobado.

La norma técnica que se aprueba por este acto administrativo se expresa en un documento que consta de 7 páginas, incluyendo este decreto.

ARTICULO QUINTO.- La Norma Técnica que se aprueba a través del presente Decreto, comenzará a regir desde la publicación del mismo en el Diario Oficial.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.-
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA**



3.- cont.

**LISTA DE PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
QUE DEBERÁN REALIZAR ESTUDIOS COMPARATIVOS DE BIODISPONIBILIDAD
IN VIVO PARA DEMOSTRAR EQUIVALENCIA TERAPEUTICA ***

Nº	PRINCIPIO ACTIVO
1	Carbamazepina
2	Fenitoína
3	Nifedipino
4	Tolbutamida
5	Acido Valproico
6	Litio Carbonato
7	Teofilina
8	Glibenclamida
9	Tamoxifeno
10	Metotrexato
11	Digoxina
12	Ciclosporina
13	Verapamilo
14	Espironolactona
15	Dinitrato de Isosorbide
16	Etinilestradiol
17	Abacavir
18	Acenocumarol
19	Alprazolam
20	Atazanavir
21	Atenolol
22	Atorvastatina
23	Cefadroxilo
24	Ciprofloxacino
25	Clonazepam
26	Darunavir
27	Diclofenaco
28	Didanosina
29	Efavirenz
30	Enalapril
31	Estavudina
32	Fluoxetina
33	Fosamprenavir
34	Furosemida
35	Hidroclorotiazida
36	Ibuprofeno
37	Imatinib
38	Indinavir
39	Ketoprofeno
40	Lamivudina
41	Losartán
42	Metformina
43	Micofenolato
44	Nelfinavir
45	Nevirapina
46	Omeprazol
47	Prednisona
48	Ritonavir
49	Saquinavir
50	Tacrolimus
51	Tenofovir
52	Zidovudina



**LISTA DE PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE PODRAN OPTAR A BIOEXENCION
DE ESTUDIOS "IN VIVO" PARA DEMOSTRAR EQUIVALENCIA TERAPEUTICA**

Nº	PRINCIPIO ACTIVO
1	Amilorida
2	Amoxicilina
3	Biperiden
4	Ciclofosfamida
5	Clomifeno
6	Clomipramina
7	Cloxacilina Sódica
8	Dexametasona
9	Diazepam
10	Dietilcarbamazina
11	Doxiciclina
12	Eritromicina
13	Fenoximetilpenicilina
14	Isoniazida
15	Levamisol
16	Levodopa
17	Levonorgestrel
18	Levotiroxina
19	Metoclopramida
20	Noretisterona
21	Pirazinamida
22	Prometazina
23	Propranolol
24	Quinina
25	Salbutamol
26	Benznidazol
27	Clorfenamina



D.- CONT.

**LISTA DE PRODUCTOS DE REFERENCIA
PARA LOS ESTUDIOS DE EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA.**



RES EXENTA ISP	PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	DOSIS	Nº REGISTRO (ANTECEDENTE)	TITULAR / ANTECEDENTE
	ACENOCUMAROL	NEO-SINTROM COMPRIMIDOS	4 MG	F-1098/08	NOVARTIS CHILE S.A.
	ÁCIDO VALPROICO	VALCOTE SPRINKLE CÁPSULAS	125 MG	F-9216/06	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.
		DEPAKENE CÁPSULAS BLANDAS	250 MG	F-9184/06	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.
	ATAZANAVIR (SULFATO)	REYATAZ CÁPSULAS	150 MG	F-13690/09	BRISTOL MYERS SQUIBB DE CHILE
		REYATAZ CÁPSULAS	200 MG	F-13691/09	BRISTOL MYERS SQUIBB DE CHILE
		REYATAZ CÁPSULAS	300 MG	F-17039/08	BRISTOL MYERS SQUIBB DE CHILE
	ATORVASTATINA (CÁLCICA TRIHIDRATO)	LIPITOR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	10 MG	F-71/07	PFIZER CHILE S.A.
		LIPITOR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	20 MG	F-72/07	PFIZER CHILE S.A.
		LIPITOR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	40 MG	F-73/07	PFIZER CHILE S.A.
		LIPITOR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	80 MG	F-12779/08	PFIZER CHILE S.A.
	CEFADROXILO (MONOHIDRATO)	CEFAMOX CÁPSULAS	500 MG	F-18261/10	BRISTOL MYERS SQUIBB DE CHILE
	CIPROFLOXACINO (CLORHIDRATO MONOHIDRATO)	BAYCIP COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	500 MG	F-6220/10	BAYER S.A.
	CLONAZEPAM	RAVOTRIL COMPRIMIDOS	0,25 MG	F-1998/09	ROCHE CHILE LTDA.
		RAVOTRIL COMPRIMIDOS	0,5 MG	F-7824/06	ROCHE CHILE LTDA.
		RAVOTRIL COMPRIMIDOS	1 MG	F-13350/08	ROCHE CHILE LTDA.
		RAVOTRIL COMPRIMIDOS	2 MG	F-2584/09	ROCHE CHILE LTDA.
	CLOMIFENO	SEROPHENE COMPRIMIDOS	50 MG	F-4570/10	MERCK S.A.
	CLOMIPRAMINA CLORHIDRATO	ANAFRANIL GRAGEAS	10 MG	F-9597/06	NOVARTIS CHILE S.A.
		ANAFRANIL GRAGEAS	25 MG	F-1024/08	NOVARTIS CHILE S.A.
	DIGOXINA	DIGOXINA COMPRIMIDOS	0,25 MG	F-3927/10	LABORATORIO CHILE S.A.
	ESTAVUDINA	ZERIT CÁPSULAS	40 MG	F-8837/06	BRISTOL MYERS SQUIBB DE CHILE
	FUROSEMIDA	LASIX COMPRIMIDOS	40 MG	F-1332/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	GLIBENCLAMIDA	DAONIL COMPRIMIDOS	5 MG	F-1326/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	INDINAVIR (SULFATO)	CRIXIVAN CÁPSULAS	400 MG	F-8234/06	MERCK SHARP & DOHME (I.A.) CORP.
	ISOSORBIDA DINITRATO	ISMO COMPRIMIDOS	20 MG	F-4162/10	ROCHE CHILE LTDA.
	KETOPROFENO	PROFENID CÁPSULAS	50 MG	F-644/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	LAMIVUDINA	EPIVIR 3TC COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	150 MG	F-14797/10	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	LOSARTÁN (POTÁSICO)	COZAAR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	50 MG	F-8232/06	MERCK SHARP & DOHME (I.A.) CORP.
		COZAAR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	100 MG	F-12460/07	MERCK SHARP & DOHME (I.A.) CORP.
	METFORMINA CLORHIDRATO	GLUCOPHAGE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	500 MG	F-8128/06	ROCHE CHILE LTDA.
		GLAFORNIL 500 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 500 MG		F- 122/07	MERCK S.A.
		GLUCOPHAGE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	850 MG	F-343/08	ROCHE CHILE LTDA.
		GLAFORNIL 850 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 850 MG		F- 10495/06	MERCK S.A.
	METOCLOPRAMIDA	HEMIBE COMPRIMIDOS	10 MG	F-4185/10	LABORATORIOS RIDER LTDA.
	METOTREXATO	METOTREXATO COMPRIMIDOS	2,5 MG	F-6313/10	PFIZER CHILE S.A.
	MICOFENOLATO	CELLCEPT CÁPSULAS	250 MG	F-8122/06	ROCHE CHILE LTDA.

244/2011
(Publicada
en Diario
Oficial de
fecha
16.02.11)

RES EXENTA ISP	PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	DOSIS	Nº REGISTRO /ANTECEDENTE	TITULAR ANTECEDENTE
	MOFETILO	CELLCEPT COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	500 MG	F-357/08	ROCHE CHILE LTDA.
	NEVIRAPINA	VIRAMUNE COMPRIMIDOS	200 MG	F-499/08	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA.
	RITONAVIR	NORVIR CÁPSULAS BLANDAS	100 MG	F-3457/10	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.
	SAQUINAVIR (MESILATO)	INVIRASE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	500 MG	F-15344/05	ROCHE CHILE LTDA.
	TACROLIMÚS	PROGRAF CÁPSULAS	0,5 MG	F-12549/07	PHARMA INVESTI DE CHILE S.A.
		PROGRAF CÁPSULAS	1 MG	F-12550/07	PHARMA INVESTI DE CHILE S.A.
		PROGRAF CÁPSULAS	5 MG	F-12551/07	PHARMA INVESTI DE CHILE S.A.
	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO	VIREAD COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	300 MG	F-15675/06	PHARMA INVESTI DE CHILE S.A.
2920/09 (Publicada en Diario Oficial de fecha 18.06.09) y 5555/09 (publicada en Diario Oficial de fecha 09.12.09)	VERAPAMILLO	ISOPTINA COMPRIMIDOS	80 MG	F-6064/10	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.
	IMATINIB MESILATO	GLIVEC CÁPSULAS	100 MG	F-8669/06	NOVARTIS CHILE S.A.
		GLIVEC CÁPSULAS	50 MG	F-8668/06	NOVARTIS CHILE S.A.
		GLIVEC COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	400 MG	F-13497/09	NOVARTIS CHILE S.A.
		GLIVEC COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	100 MG	F-13686/09	NOVARTIS CHILE S.A.
	FENITOÍNA SÓDICA	HIDANTAL COMPRIMIDOS	100 MG	REFERENCIA ANVISA	SANOFI AVENTIS; BRASIL
	BIPERIDENO CLORHIDRATO	AKINETON COMPRIMIDOS 2 MG	2 MG	F-1318/09	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
	LEVOTIROXINA SÓDICA	SYNTHROID COMPRIMIDOS	25 MCG	F- 17363/09	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS	50 MCG	F-17234/08	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	75 MCG	F- 17282/08	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	88 MCG	F- 17394/08	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	100 MCG	F- 17280/08	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	112 MCG	F- 17395/09	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	125 MCG	F- 17281/08	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	150 MCG	F- 17283/08	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	175 MCG	F- 17284/09	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
		SYNTHROID COMPRIMIDOS.	200 MCG	F- 17285/08	ABBOTT LABORATORIES CHILE LTDA.
	DOXICICLINA HICLATO	VIBRAMICINA CÁPSULAS	100 MG	F-10568/06	PFIZER CHILE S.A.
		VIBRA TABS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	100 MG	REFERENCIA FDA	PFIZER U.S.
	DOXICICLINA MONOHIDRATO	VIBRAMICINA COMPRIMIDOS	200 MG	F-10569/07	PFIZER CHILE S.A.
	DOXICICLINA CLORHIDRATO	VIBRAMICINA CÁPSULAS	50 MG	F-10567/06	PFIZER CHILE S.A.
	ABACAVIR SULFATO	ZIAGEN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	300 MG	F-1974/04	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	EFAVIRENZ	STOCRIN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	600 MG	F-13175/08	MERCK SHARP & DOHME I.A. CORP.
	FOSAMPRENAVIR CALCICO	TELZIR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	700 MG	F-15353/05	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	PREDNISONA	METICORTEN COMPRIMIDOS	1 MG	F-4254/05	SCHERING PLOUGH CIA. LTDA.
		METICORTEN COMPRIMIDOS	5 MG	F-1134/08	SCHERING PLOUGH CIA. LTDA.
		METICORTEN COMPRIMIDOS	20 MG	F-770/08	SCHERING PLOUGH CIA. LTDA.
		METICORTEN COMPRIMIDOS	50 MG	F-3754/05	SCHERING PLOUGH CIA. LTDA.



/.- CONT.

RES EXENTA ISP.	PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	DOSIS	Nº REGISTRO /ANTECEDENTE	TITULAR / ANTECEDENTE
728/09 (Publicada en Diario Oficial de fecha 19.02.09) y 5555/09 (publicada en Diario Oficial de fecha 09.12.09)	CICLOSPORINA	SANDIMMUN NEORAL CÁPSULAS BLANDAS	10 MG	F-13141/03	NOVARTIS CHILE S.A.
		SANDIMMUN NEORAL CÁPSULAS BLANDAS	25 MG	F-9627/06	NOVARTIS CHILE S.A.
		SANDIMMUN NEORAL CÁPSULAS BLANDAS	50 MG	F-9628/06	NOVARTIS CHILE S.A.
		SANDIMMUN NEORAL CÁPSULAS BLANDAS	100 MG	F-9626/06	NOVARTIS CHILE S.A.
	DICLOFENACO POTÁSICO	CATAFLAM GRAGEAS	50 MG	F-9605/06	NOVARTIS CHILE S.A.
	CLOXACILINA SÓDICA	PENSTAPHON CÁPSULAS	500 MG	REFERENCIA OMS	BRYSTOL MYERS SQUIBB, BÉLGICA
	ZIDOVUDINA	RETROVIR AZT CÁPSULAS	100 MG	F-4118/05	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA
		RETROVIR AZT COMPRIMIDOS	300 MG	F-586/08	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA
3225/08 (Publicada en Diario Oficial de fecha 30.05.08)	CARBAMAZAPINA	TEGRETAL COMPRIMIDOS	200 MG	F-1105/03	NOVARTIS CHILE SA
		TEGRETAL COMPRIMIDOS	400 MG	F-4375/05	NOVARTIS CHILE SA
	CLORFENAMINA MALEATO	CLORPRIMETON COMPRIMIDOS	4 MG	F-619/03	SCHERING PLOUGH CIA. LTDA



 MINISTERIO DE SALUD GABINETE SR. MINISTRO DIVISIÓN JURÍDICA AZJ / ANSC / DOJ		
CONTRALORIA GENERAL TOMA DE RAZON RECEPCION		
Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoria		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		
REFRENDACION		
Ref. por \$..... Imputación..... Anot. por..... Imputación..... Deduc.Dcto.....		

MODIFICA DECRETO EXENTO Nº 500 DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE APROBÓ LA NORMA TÉCNICA Nº 136, NOMINADA "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS"

EXENTO Nº 864,

SANTIAGO, 24 OCT. 2012

VISTO: Lo dispuesto en el artículo 4º del Libro I del decreto con fuerza de ley Nº 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; las disposiciones del artículo 52º y aquellas del inciso 1º del artículo 221º, contenidas en el decreto supremo Nº 3 de 2010, también del Ministerio de Salud y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; lo solicitado mediante el Oficio Ordinario Nº 1872 de fecha 13 de julio de 2012, por el Instituto de Salud Pública de Chile y el informe técnico contenido en el Memo B35 Nº 862, de fecha 05 de septiembre de 2012, de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública; y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo Nº 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente,

DECRETO:

ARTÍCULO PRIMERO.- Modifícase el Decreto Exento Nº 500, de fecha 01 de junio de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 06 de junio de 2012, mediante el cual se aprobó la Norma Técnica Nº 136, nominada "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS" en la forma que a continuación se indica:

2.- cont.

a) Incorpórense a la "Lista de Productos de Referencia para los Estudios de Equivalencia Terapéutica" los siguientes:

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	DOSIS	Nº REGISTRO / ANTECEDENTE	TITULAR / ANTECEDENTE
ALPRAZOLAM	ZOTRAN COMPRIMIDOS	0,25 MG	F-6341/10	PFIZER
	ZOTRAN COMPRIMIDOS	0,50 MG	F-6342/10	PFIZER
	ZOTRAN COMPRIMIDOS	1 MG	F-6343/10	PFIZER
ATENOLOL	BETACAR COMPRIMIDOS	50 MG	F-5814/10	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	BETACAR COMPRIMIDOS	100 MG	F-5815/10	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
DARUNAVIR ETANOLATO	PREZISTA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	300 MG	F-16170-12	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
DIAZEPAM	VALIUM COMPRIMIDOS	5 MG	ANVISA*	ROCHE - BRASIL
	VALIUM COMPRIMIDOS	5 MG	ANVISA*	ROCHE - BRASIL
ESPIRONOLACTONA	ALDACTONE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	25 MG	ANVISA*	PFIZER, BRASIL
	ALDACTONE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	50 MG	ANVISA*	PFIZER, BRASIL
	ALDACTONE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	100 MG	ANVISA*	PFIZER, BRASIL
ENALAPRIL MALEATO	RENITEC COMPRIMIDOS	5 MG	ANVISA*	MERCK SHAP & DOHME, BRASIL
	RENITEC COMPRIMIDOS	10 MG	ANVISA*	MERCK SHAP & DOHME, BRASIL
	RENITEC COMPRIMIDOS	20 MG	ANVISA*	MERCK SHAP & DOHME, BRASIL
FLUOXETINA CLORHIDRATO	LIVERTOX COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	20 MG	F-9657/11	LABORATORIO BAGO DE CHILE S.A.
IBUPROFENO	ACTRON 200 CÁPSULAS BLANDAS	200 MG	F-18002/12	BAYER S.A.
	ACTRON 200 CÁPSULAS BLANDAS	400 MG	F-14035/09	BAYER S.A.
	ACTRON 200 CÁPSULAS BLANDAS	600 MG	F-14758/10	BAYER S.A.
	NUROFEN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	200 MG	F-17526/09	RECKITT BENCKISER CHILE S.A.
	MOTRIN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	400 MG	F-10705/11	PFIZER CHILE S.A.
HIDROCLOROTIAZIDA	HIDRORONOL COMPRIMIDOS	50 MG	F-1491/08	ITF-LABOMED FARMACÉUTICA LIMITADA
PROPRANOLOL	INDERAL COMPRIMIDOS	10 MG	ANVISA*	ASTRAZENECA, BRASIL
	INDERAL COMPRIMIDOS	40 MG	ANVISA*	ASTRAZENECA, BRASIL
	INDERAL COMPRIMIDOS	80 MG	ANVISA*	ASTRAZENECA, BRASIL
SALBUTAMOL	AEROLIN COMPRIMIDOS	2 MG	ANVISA*	GLAXOSMITHKLINE, BRASIL
	AEROLIN COMPRIMIDOS	4 MG	ANVISA*	GLAXOSMITHKLINE, BRASIL
TAMOXIFENO CITRATO	NOLVADEX - D COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	20 MG	F-4071/10	ASTRAZENECA S.A.

* = Producto designado como referente para estudios de Equivalencia Terapéutica, por la autoridad reguladora de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria del Brasil.

3.- cont.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Un texto actualizado de la norma, conteniendo la modificación que se aprueba en este decreto y las anteriores modificaciones realizadas, se mantendrá en el Departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesiones Médicas de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto aprobado.

ARTÍCULO TERCERO: Las disposiciones de este Decreto regirán desde su publicación en el Diario Oficial.

ARTÍCULO CUARTO: Otórguese el plazo de un año para cumplir con la exigencia de presentación de estudios de equivalencia terapéutica señalada en los artículos precedentes, en el caso de los productos farmacéuticos ya registrados que contengan, como monodrogas de liberación convencional, los principios activos señalados en la letra a) del artículo primero, los que deberán realizarse respecto de los productos referentes establecidos en el mismo artículo.

**ANOTESE Y PUBLIQUESE.-
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA**



[Signature]
DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD
GABINETE SR. MINISTRO
DIVISIÓN JURÍDICA

AZ/INSV/PNG/ANON/1002

CONTRALORIA GENERAL

TOMA DE RAZON

RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoria		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACION

Ref. por \$.....
Imputación.....
Anot. por Imputación.....
Deduc. Deto.....

MODIFICA DECRETO EXENTO N° 500 DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE APROBÓ LA NORMA TÉCNICA N° 136, NOMINADA "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS"

EXENTO N° 981 /

SANTIAGO, 24 DIC. 2011

VISTO: Lo dispuesto en el artículo 4° del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; las disposiciones del artículo 52° y aquellas del inciso 1° del artículo 221°, contenidas en el decreto supremo N° 3 de 2010, también del Ministerio de Salud y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; lo solicitado mediante el Oficio Ordinario N° 02902 de fecha 13 de diciembre de 2012, por el Instituto de Salud Pública de Chile, que comunica propuesta de listado de principios activos contenidos en formas farmacéuticas sólidas que deben demostrar equivalencia terapéutica en Chile, nómina elaborada con la asistencia y participación de un grupo técnico especializado conformado por profesionales de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y Salud Pública; así como representantes de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de los Servicios de Salud (CENABAST); y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo N° 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente,

DECRETO:

ARTICULO PRIMERO.- Modifícase el Decreto Exento N° 500, de fecha 01 de junio de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 06 de junio de 2012, mediante el cual se aprobó la Norma Técnica N° 136, nominada "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS" en la forma que a continuación se indica:

2.- cont.

- a) Incorpórense a la "LISTA DE PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE DEBERAN REALIZAR ESTUDIOS COMPARATIVOS DE BIODISPONIBILIDAD *IN VIVO* PARA DEMOSTRAR EQUIVALENCIA TERAPEUTICA" los siguientes:

Nº	PRINCIPIO ACTIVO	GRUPO
53	AMITRIPTILINA	A
54	CETIRIZINA	A
55	CITALOPRAM	A
56	DESLORATADINA	A
57	DILTIAZEM	A
58	DOMPERIDONA	A
59	DONEPECILO	A
60	DOXAZOCINA	A
61	ESCITALOPRAM	A
62	FEXOFENADINA	A
63	FINASTERIDA	A
64	LORATADINA	A
65	MIRTAZAPINA	A
66	PAROXETINA	A
67	RIVASTIGMINA	A
68	SERTRALINA	A
69	SILDENAFIL	A
70	TERBINAFINA	A
71	TRIMEBUTINO	A
72	VALACICLOVIR	A
73	ZOLPIDEM	A
74	ACICLOVIR	B
75	ACIDO ACETILSALICÍLICO	B
76	ACIDO MEFENÁMICO	B
77	AMIODARONA	B
78	AMOXICILINA+AC. CLAVULANICO	B
79	AZITROMICINA	B
80	CEFUROXIMA	B
81	CELECOXIB	B
82	CICLOBENZAPRINA	B
83	CLARITROMICINA	B
84	CLORPROMAZINA	B
85	CLOZAPINA	B
86	ESTRADIOL	B
87	FAMOTIDINA	B
88	GEMFIBROZIL	B
89	FLUCONAZOL	B
90	LORAZEPAM	B
91	METAMIZOL SODICO	B
92	METILFENIDATO	B
93	METRONIDAZOL	B
94	MIDAZOLAM	B
95	MONTELUKAST	B
96	NAPROXENO	B
97	NITROFURANTOINA	B

3.- cont.

Nº	PRINCIPIO ACTIVO	GRUPO
98	OLANZAPINA	B
99	ONDANSETRON	B
100	PARACETAMOL	B
101	RANITIDINA	B
102	ZIDOVUDINA+LAMIVUDINA	B
103	ZOPICLONA	B
104	ACIDO IBANDRÓNICO	C
105	ALENDRONATO	C
106	ALOPURINOL	C
107	ARIPIRAZOL	C
108	ATOMOXETINA	C
109	BETAHISTINA	C
110	BROMAZEPAM	C
111	BROMOCRIPTINA	C
112	CANDESARTAN	C
113	CARVEDILOL	C
114	CILOSTAZOL	C
115	CINARIZINA	C
116	CLOPIDOGREL	C
117	DEFLAZACORT	C
118	FLUNARIZINA	C
119	GABAPENTINA	C
120	HALOPERIDOL	C
121	HIDROXICLOROQUINA	C
122	HIDROXIUREA	C
123	ISOTRETINOINA	C
124	KETOCONAZOL	C
125	LAMOTRIGINA	C
126	LEFLUNOMIDA	C
127	LEVETIRACETAM	C
128	LEVOCETIRIZINA	C
129	LEVOFLOXACINO	C
130	LOVASTATINA	C
131	MEDROXIPROGESTERONA	C
132	MELOXICAM	C
133	MOXIFLOXACINO	C
134	NARATRIPTAM	C
135	NEBIVOLOL	C
136	NIMODIPINO	C
137	NITRENDIPINO	C
138	OLMESARTAN	C
139	PIOGLITAZONA	C
140	PIROXICAM	C
141	PRAMIPEXOL	C
142	PREGABALINA	C
143	QUETIAPINA	C
144	RISPERIDONA	C
145	SIMVASTATINA	C
146	SULPIRIDA	C

4.- cont.

Nº	PRINCIPIO ACTIVO	GRUPO
147	TELMISARTÁN	C
148	TIBOLONA	C
149	TOPIRAMATO	C
150	VALSARTAN	C

b) Incorpórense a la "LISTA DE PRODUCTOS DE REFERENCIA PARA LOS ESTUDIOS DE EQUIVALENCIA TERAPEUTICA", los siguientes:

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	LABORATORIO TITULAR/ ANTECEDENTE
ACIDO ACETILSALICILICO	ASPIRINA 100 COMPRIMIDOS 100 MG	F-1480/08	BAYER S.A.
	ASPIRINA COMPRIMIDOS 500 MG	F-1481/08	BAYER S.A.
ACICLOVIR	ZOVIRAX CÁPSULA 200 MG	F-4136/10	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	ZOVIRAX COMPRIMIDO 200 MG	F-4137/10	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	ZOVIRAX COMPRIMIDO 400 MG	F-4132/10	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
ALENDRONATO	FOSAMAX COMPRIMIDOS 70 MG	F-7285/10	MERCK SHARP & DOHME CORP.
ALOPURINOL	ZYLORIC 300 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	GLAXOSMITHKLINE
	ZYLORIC 100 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	GLAXOSMITHKLINE
AMIODARONA	CORDARONE COMPRIMIDOS 200 MG	F-4498/10	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
AMITRIPTILINA	TRYPTANOL 25 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	MERCK SHARP & DOHME CORP
	TRYPTANOL 75 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	MERCK SHARP & DOHME CORP
AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÁNICO	AUGMENTIN BID 875/125 COMP. REC.	F-10751/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
ARIPIRAZOL	ABILIFY COMPRIMIDOS 5 MG	F-14392/09	BRISTOL- MYERS SQUIBB DE CHILE
	ABILIFY COMPRIMIDOS 10 MG	F-14393/09	BRISTOL- MYERS SQUIBB DE CHILE
	ABILIFY COMPRIMIDOS 15 MG	F-14394/09	BRISTOL- MYERS SQUIBB DE CHILE
ATOMOXETINA	STRATTERA CAP. 10 MG	F-13830/09	ELI LILLY DE CHILE LTDA.
	STRATTERA CAP. 18 MG	F-13831/09	ELI LILLY DE CHILE LTDA.
	STRATTERA CAP. 25 MG	F-13832/09	ELI LILLY DE CHILE LTDA.
	STRATTERA CAP. 40 MG	F-13833/09	ELI LILLY DE CHILE LTDA.
	STRATTERA CAP. 60 MG	F-13834/09	ELI LILLY DE CHILE LTDA.
AZITROMICINA	ZITHROMAX COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 500 MG	F-10580/11	PFIZER CHILE S.A.
BETAHISTINA	VASOMOTAL COMP. 16 MG	14811/10	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE
	VASOMOTAL COMP. 24 MG	17677/09	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE
BROMAZEPAM	LEXOTANIL COMP. 3 MG	F-2580/09	ROCHE CHILE LTDA.
	LEXOTANIL COMP. 6 MG	F-2581/09	ROCHE CHILE LTDA.

5.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	LABORATORIO TITULAR/ ANTECEDENTE
BROMOCRIPTINA	PARLODEL COMPRIMIDOS 2,5 MG	F-15220/10	NOVARTIS CHILE S.A.
	PARLODEL CÁPSULAS 5 MG	F-4360/10	NOVARTIS CHILE S.A.
	PARLODEL CÁPSULAS 10 MG	F-4359/10	NOVARTIS CHILE S.A.
CANDESATAN	ATACAND COMPRIMIDOS 4 MG	F-715/08	ASTRAZENECA S.A.
	ATACAND COMPRIMIDOS 8 MG	F-714/08	ASTRAZENECA S.A.
	ATACAND COMPRIMIDOS 16 MG	F-713/08	ASTRAZENECA S.A.
	ATACAND COMPRIMIDOS 32 MG	F-17743/09	ASTRAZENECA S.A.
CARVEDILOL	DILATREND COMPRIMIDOS 6,25 MG	F-374/08	ROCHE CHILE LTDA.
	DILATREND COMPRIMIDOS 12,5 MG	F-375/08	ROCHE CHILE LTDA.
	DILATREND COMPRIMIDOS 25 MG	F-8125/11	ROCHE CHILE LTDA.
CEFUROXIMA	CUROCEF COMP. REC. 250 MG	F-4105/10	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA
	CUROCEF COMP. REC. 500 MG	F-4106/10	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA
CELECOXIB	CELEBRA CÁPSULAS 100 MG	F-2080/09	PFIZER CHILE S.A.
	CELEBRA CÁPSULAS 200 MG	F-2079/09	PFIZER CHILE S.A.
CICLOBENZAPRINA	FLEXERIL 10 MG	COMPARADOR DE FDA*	JANSSEN R & D
CILOSTAZOL	PLEETAAL COMP. 50 MG	F-16488/07	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	PLEETAAL COMP. 100 MG	F-16489/07	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
CINARIZINA	STUGENON COMP. 25 MG	F-2540/09	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	STUGENON FORTE COMP. 75 MG	F-5033/10	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
CETIRIZINA	ZYRTEC COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 10 MG	F-10690/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
CITALOPRAM	CIPRAMIL COMPRIMIDOS 20 MG	F-11465/11	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	CIPRAMIL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 20 MG	F-15347/10	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	CIPRAMIL COMPRIMIDOS 40 MG	F-11466/11	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	CIPRAMIL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 40 MG	F-15348/10	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
CLARITROMICINA	KLARICID COMPRIMIDOS RECUBIERTOS FILMTAB 500 MG	F-15781/11	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.
CLOPIDOGREL	PLAVIX COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 75 MG	F-520/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	PLAVIX COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 300 MG	F-17127/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
CLORPROMAZINA	LARGACTIL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 100 MG	F-6089/10	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
CLOZAPINA	LEPONEX COMPRIMIDOS 25 MG	F-9616/11	NOVARTIS CHILE S.A.
	LEPONEX COMPRIMIDOS 100 MG	F-9615/11	NOVARTIS CHILE S.A.
DEFLAZACORT	AZACORTID COMP. 6 MG	F-9728/11	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	AZACORTID COMP. 30 MG	F-9729/11	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.

6.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	N° REGISTRO O ANTECEDENTE*	LABORATORIO TITULAR/ ANTECEDENTE
DESLOMATADINA	AERIUS COMP. REC. 5 MG	F-7109/10	SCHERING-PLOUGH CIA. LTDA.
DILTIAZEM	TILAZEM COMP. 60 MG	F-12776/08	PFIZER CHILE S.A.
DOMPERIDONA	MOTILUM COMP. 10 MG	F-5024/10	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
DONEPECILO	ERANZ COMP. REC. 5 MG	F-859/08	LABORATORIOS WYETH INC.
	ERANZ COMP. REC. 10 MG	F-860/08	LABORATORIOS WYETH INC.
DOXAZOSINA	CARDURA COMP. 1 MG	F-10589/11	ROERING S.A.
	CARDURA COMP. 2 MG	F-10590/11	ROERING S.A.
	CARDURA COMP. 4 MG	F-10587/11	ROERING S.A.
ESCITALOPRAM	LEXAPRO COMP. REC. 5 MG	F-12836/08	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	LEXAPRO COMP. REC. 15 MG	F-12838/08	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	LEXAPRO COMP. REC. 10 MG	F-12837/08	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	LEXAPRO COMP. REC. 20 MG	F-12839/08	LUNDBECK CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
ESTRADIOL	MIRION 2 MG	F-10703/11	PFIZER CHILE S.A.
FAMOTIDINA	FAMOX 20 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	ACHÉ
FEXOFENADINA	ALLEGRA 30 MG	F-7483/11	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	ALLEGRA 60 MG	F-503/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	ALLEGRA 120 MG	F-777/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
FINASTERIDA	PROHAIR COMP. REC. 1 MG	F-1856/09	MERCK SHARP & DOHME CORP.
FLUCONAZOL	DIFLUCAN CAP. 50 MG	F-10556/11	PFIZER CHILE S.A.
	DIFLUCAN CAP. 150 MG	F-10557/11	PFIZER CHILE S.A.
	DIFLUCAN CAP. 200 MG	F-10558/11	PFIZER CHILE S.A.
FLUNARIZINA	SIBELIUM COMP. 5 MG	F-16667/08	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
GABAPENTINA	NORMATOL CAP. 300 MG	F-10928/11	PFIZER CHILE S.A.
	NORMATOL CAP. 400 MG	F-10929/11	PFIZER CHILE S.A.
	NORMATOL COMP. 600 MG	F-4288/10	PFIZER CHILE S.A.
	NORMATOL COMP. 800 MG	F-4289/10	PFIZER CHILE S.A.
GEMFIBROZIL	LOPID CAP. 300MG	F-2018/09	PFIZER CHILE S.A.
	LOPID COMP. REC. 600MG	F-2017/09	PFIZER CHILE S.A.
	LOPID COMP. REC. 900MG	F-2016/09	PFIZER CHILE S.A.
HALOPERIDOL	HALDOL COMP. 1 MG	F-5011/10	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	HALDOL COMP. 5 MG	F-2534/09	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	HALDOL COMP. 10 MG	F-2533/09	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
HIDROXICLOROQUINA	PLAQUINOL COMP. REC. 200 MG	F-2542/09	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.

7.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	LABORATORIO TITULAR/ ANTECEDENTE
HIDROXIUREA (HIDROXICARBAMIDA)	HYDREA CAP. 500 MG	F-2257/09	BRISTOL-MYERS SQUIBB DE CHILE
IBANDRONICO ACIDO	BONVIVA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 150 MG	F-15366/10	ROCHE CHILE LTDA.
ISOTRETINOINA	ROACNETAN CAP. BLANDAS 2,5 MG	F-5914/10	ROCHE CHILE LTDA.
	ROACNETAN CAP. BLANDAS 5 MG	F-5915/10	ROCHE CHILE LTDA.
	ROACNETAN CAP. BLANDAS 10 MG	F-4171/10	ROCHE CHILE LTDA.
	ROACNETAN CAP. BLANDAS 20 MG	F-4172/10	ROCHE CHILE LTDA.
KETOCONAZOL	FUNGAREST COMP. 200 MG	F-5005/10	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
LAMOTRIGINA	LAMICTAL COMP. 25 MG	F-10677/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	LAMICTAL COMP. 50 MG	F-10678/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	LAMICTAL COMP. 100 MG	F-10676/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
LEFLUNOMIDA	ARAVA COMP. REC. 10 MG	F-2096/09	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	ARAVA COMP. REC. 20 MG	F-2097/09	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	ARAVA COMP. REC. 100 MG	F-2098/09	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
LEVETIRACETAM	KEPPRA COMP. REC. 500 MG	F-17208/08	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	KEPPRA COMP. REC. 1000 MG	F-17209/08	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
LEVOCETIRIZINA	XUZAL COMP. REC. 5 MG	F-14169/09	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA
LEVOFLOXACINO	TAVANIC COMP. REC. 250MG	F-547/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	TAVANIC COMP. REC. 500MG	F-548/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	TAVANIC COMP. REC. 750MG	F-18020/10	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
LEVONORGESTREL	MICROVAL GRAGEAS 0,03 MG	F-3859/09	LABORATORIOS WYETH LIC.
	POSTINOR 0,75 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	ACHÉ
	POSTINOR UNO 1,5 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	ACHÉ
LORATADINA	CLARITYNE COPM. 10 MG	F-791/08	SCHERING-PLOUGH CIA. LTDA.
LORAZEPAM	AMPARAX COMP. 1 MG	F-2773/09	LABORATORIOS WYETH INC.
	AMPARAX COMP. 2 MG	F-2774/09	LABORATORIOS WYETH INC.
LOVASTATINA	MEVACOR COMP. 10 MG	F-8236/10	MERCK SHARP & DOHME CORP.
	MEVACOR COMP. 20 MG	F-8237/10	MERCK SHARP & DOHME CORP.
	MEVACOR COMP. 40 MG	F-8238/10	MERCK SHARP & DOHME CORP.
MEDROXIPROGESTERONA	PRODASONE COMP. 5 MG	F-12789/08	PFIZER CHILE S.A.
	PRODASONE COMP. 10 MG	F-7187/10	PFIZER CHILE S.A.
MEFENAMICO ACIDO	TANSTON COMP. 250 MG	F-1130/08	PFIZER CHILE S.A.
	TANSTON COMP. 500 MG	F-1130/09	PFIZER CHILE S.A.

8.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	LABORATORIO TITULAR/ ANTECEDENTE
MELOXICAM	MOBEX COMP. 7,5 MG	F-9/12	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA.
	MOBEX COMP. 15 MG	F-10/12	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA.
METAMIZOL SÓDICO	NOVALGINA COMP. 500 MG	F-6068/10	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
METILFENIDATO	RITALIN COMP. 10 MG	F-1102/08	NOVARTIS CHILE S.A.
METRONIDAZOL	FLAGYL COMP. REC. 250 MG	F-481/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	FLAGYL COMP. REC. 250 MG	F-480/08	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
MIDAZOLAM	DORMONID COMP. REC. 7,5 MG	F-4157/10	ROCHE CHILE LTDA.
	DORMONID COMP. REC. 15 MG	F-4157/11	ROCHE CHILE LTDA.
MIRTAZAPINA	PROMYRTILCOMP. REC. 30 MG	F-10553/11	SCHERING-PLOUGH CIA. LTDA.
MONTELUKAST	SINGULAIR COMP. REC. 10 MG	F-611/08	MERCK SHARP & DOHME CORP.
MOXIFLOXACINO	AVELOX COMP. REC. 400 MG	F-4654/10	BAYER S.A.
NAPROXENO	FLANAX COMP. REC. 275 MG	F-4177/10	BAYER S.A.
	FLANAX COMP. REC. 550 MG	F-9398/11	BAYER S.A.
NARATRIPTAN	NARAMIG COMP. REC. 2,5 MG	F-598/08	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA
NEBIVOLOL	NEBILET COMP. 5 MG	F-12573/12	ITF LABOMED FARMACEUTICA LTDA
NIFEDIPINO	ADALAT COMP. REC. 10 MG	F-6212/10	BAYER S.A.
NIMODIPINO	NIMOTOP COMP. REC. 30 MG	F-6245/10	BAYER S.A.
NITRENDIPINO	NITRENCORD 10 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	BIOSINTÉTICA
	NITRENCORD 20 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	BIOSINTÉTICA
NITROFURANTOÍNA	MACRODANTINA CAP. 50 MG	F-1472/08	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA
	MACRODANTINA CAP. 1000 MG	F-1471/08	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA
OLANZAPINA	ZYPREXA COMP. REC. 5 MG	F-226/12	ELI LILLY DE CHILE LTDA
	ZYPREXA COMP. REC. 10 MG	F-228/12	ELI LILLY DE CHILE LTDA
	ZYPREXA COMP. REC. 20 MG	F-13599/09	ELI LILLY DE CHILE LTDA
OLMESARTAN MEDOXOMIL	OLMETEC COMP. REC. 40 MG	F-15826/11	SCHERING-PLOUGH CIA. LTDA.
ONDANSETRÓN	IZOFRAN COMP. REC. 4 MG	F-10669/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	IZOFRAN COMP. REC. 8 MG	F-10670/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
PARACETAMOL	ZOLBEN COMP. 500 MG	F-4390/10	NOVARTIS CHILE S.A.
PAROXETINA	AROXYAT COMP. REC. 20 MG	F-10474/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA

9.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	LABORATORIO TITULAR/ ANTECEDENTE
PIOGLITAZONA	ACTOS COMP. 15 MG	F-7485/11	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.
	ACTOS COMP. 30 MG	F-7484/11	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA.
PIROXICAM	FELDENE CAP. GELAT. 20 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	PFIZER
PRAMIPEXOL	SIFROL COMP. 0,25 MG	F-1783/09	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA
	SIFROL COMP. 1 MG	F-1782/09	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA
PREGABALINA	LYRICA CAP. 25 MG	F-14400/09	PFIZER CHILE S.A.
	LYRICA CAP. 50 MG	F-14399/09	PFIZER CHILE S.A.
	LYRICA CAP. 75 MG	F-14401/09	PFIZER CHILE S.A.
	LYRICA CAP. 150 MG	F-14398/09	PFIZER CHILE S.A.
QUETIAPINA	SEROQUEL COMP. REC. 100 MG	F-7201/10	AZTRAZENEC S.A.
	SEROQUEL COMP. REC. 200 MG	F-7202/10	AZTRAZENEC S.A.
	SEROQUEL COMP. REC. 300 MG	F-14540/10	AZTRAZENEC S.A.
RANITIDINA	ANTAC 150 MG	COMPARADOR DE ANVISA*	GLAXOSMITHKLINE
RISPERIDONA	RISPERDAL COMP. REC. 1 MG	F-9458/11	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	RISPERDAL COMP. REC. 2 MG	F-9460/11	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	RISPERDAL COMP. REC. 3 MG	F-9459/11	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	RISPERDAL COMP. REC. 4 MG	F-9461/11	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
RIVASTIGMINA	EXELON CAP. 0,5 MG	F-830/08	NOVARTIS CHILE S.A.
	EXELON CAP. 1 MG	F-831/08	NOVARTIS CHILE S.A.
	EXELON CAP. 1,5 MG	F-832/08	NOVARTIS CHILE S.A.
	EXELON CAP. 3 MG	F-833/08	NOVARTIS CHILE S.A.
	EXELON CAP. 4,5 MG	F-834/08	NOVARTIS CHILE S.A.
	EXELON CAP. 6 MG	F-835/08	NOVARTIS CHILE S.A.
SERTRALINA	ALTRULINE COMP. REC. 50 MG	F-10592/11	ROERING S.A.
SILDENAFIL	VIAGRA COMP. REC. 50 MG	F-806/08	PFIZER CHILE S.A.
	VIAGRA COMP. REC. 100 MG	F-807/08	PFIZER CHILE S.A.
SIMVASTATINA	ZOCOR COMP. REC 10 MG	F-8244/11	MERCK SHARP & DHOME
	ZOCOR COMP. REC 20 MG	F-8245/11	MERCK SHARP & DHOME
	ZOCOR COMP. REC 80 MG	F-5649/10	MERCK SHARP & DHOME
SULPIRIDA	EQUILID 200MG	COMPARADOR DE ANVISA*	SANOFI AVENTIS
TELMISARTAN	MICARDIS COPM. 40 MG	F-1952/09	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA
	MICARDIS COMP. 80 MG	F-1953/09	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA
TERBINAFINA	LAMISIL COMP. 250 MG	F-9614/11	NOVARTIS CHILE S.A.

10.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	LABORATORIO TITULAR/ ANTECEDENTE
TIBOLONA	LIVIAL COMP. 2,5 MG	F-10550/11	SCHERING-PLOUGH CIA. LTDA.
TOPIRAMATO	TOPAMAX COMP. REC. 25 MG	F-914/09	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	TOPAMAX COMP. REC. 50 MG	F-915/09	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
	TOPAMAX COMP. REC. 100 MG	F-916/09	JOHNSON & JOHNSON DE CHILE S.A.
TRIMEBUTINA	DEBRIDAT COMP. REC. 100 MG	F-2363/09	PFIZER CHILE S.A.
	DEBRIDAT FORTE COMP. REC. 200 MG	F-5529/10	PFIZER CHILE S.A.
VALACICLOVIR	VALTREX COMP. 500 MG	F-10685/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
VALSARTAN	TAREG COMP. REC. 80 MG	F-77/12	NOVARTIS CHILE S.A.
	TAREG COMP. REC. 160 MG	F-78/12	NOVARTIS CHILE S.A.
	TAREG COMP. REC. 320 MG	F-14205/09	NOVARTIS CHILE S.A.
ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA	COMBIVIR COMP. REC. 300/150	F-758/08	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
ZOLPIDEM	STILNOX COMP. REC. 10 MG	F-9536/11	SANOPI-AVENTIS DE CHILE S.A.
ZOPICLONA	IMOVANE COMP. REC. 7,5 MG	F-517/08	SANOPI-AVENTIS DE CHILE S.A.

* = Producto designado como referente para estudios de Equivalencia Terapéutica, por la autoridad reguladora que se indica.

ARTICULO SEGUNDO.- Un texto actualizado de la norma, conteniendo la modificación que se aprueba en este decreto y las anteriores realizadas, se mantendrá en el Departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesiones Médicas de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto aprobado.

ARTICULO TERCERO: Las disposiciones de este Decreto regirán desde su publicación en el Diario Oficial.

ARTICULO CUARTO: Otórguese como plazo, el período entre la publicación de este Decreto en el Diario Oficial y las fechas que a continuación se indican, para cumplir con la exigencia de presentación de estudios de equivalencia terapéutica señalada en los artículos precedentes, en el caso de los productos farmacéuticos ya registrados que contengan, como monodrogas de liberación convencional, los principios activos señalados en la letra a) del artículo primero, los que deberán realizarse respecto de los productos referentes establecidos en el mismo artículo:

Grupo*	Fecha para cumplir con la presentación de estudios de equivalencia terapéutica.
--------	---

Grupo A:	31 de Julio de 2013
----------	---------------------

Grupo B:	31 de Diciembre de 2013
----------	-------------------------

Grupo C:	31 de Diciembre de 2014
----------	-------------------------

* = Grupo indicado en la tabla contenida en la letra a) de este Decreto

11.- cont.

Asimismo, otórguese el plazo estipulado para el Grupo C, en la misma forma y condiciones, a los productos farmacéuticos registrados que contengan como monodrogas los principios activos Levonorgestrel y Nifedipino, cuyos comparadores o productos de referencia han sido determinados en la letra b) del artículo 1º de este Decreto.

**ANOTESE Y PUBLIQUESE.-
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA**



Jaime Mañalich Muxi
DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD
DIVISIÓN JURÍDICA

AL: JDN / JHG / NSV / PHG / AMSCH / CO



CONTRALORÍA GENERAL		
TOMA DE RAZÓN		
RECEPCIÓN		
Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		
REFRENDACIÓN		
Ref. por S.		
Imputación.....		
Anot. por		
Imputación.....		
.....		
Deduc. Deto.....		

MODIFICA DECRETO EXENTO N° 500 DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE APROBÓ LA NORMA TÉCNICA N° 136, NOMINADA "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS" Y FIJA SU TEXTO REFUNDIDO.-

EXENTO N° 633 /

SANTIAGO, 07 JUN. 2013

VISTO:

Lo dispuesto en el artículo 4° del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; las disposiciones del artículo 221°, del decreto supremo N° 3 de 2010, también del Ministerio de Salud y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; el dictamen N° 31.464 de 22 de mayo de 2013, de la Contraloría General de la República; y las disposiciones de su Resolución N° 1600 de 2008.

CONSIDERANDO:

1. Lo señalado por la Contraloría General de la República, mediante su dictamen N° 31.464 de fecha 22 de mayo de 2013, en relación a los Decretos Exentos N°s 500 y 904, ambos de 2012 y evacuados por este Ministerio de Salud.
2. La necesidad de impetrar medidas que promuevan la demostración de equivalencia terapéutica de productos farmacéuticos en Chile, actualizando las disposiciones relacionadas con las metodologías exigidas para su realización.
3. El Oficio Ordinario N°1255 de fecha 30 de mayo de 2013, del Instituto de Salud Pública.

TENIENDO PRESENTE las facultades concedidas en el decreto supremo N° 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente,

DECRETO:

ARTÍCULO PRIMERO.- MODIFÍQUENSE las condiciones y los plazos otorgados por los Decretos Exentos N° 904 de 13 de noviembre de 2012, publicado en el Diario Oficial de 20 de noviembre del mismo año, y N° 981 de 24 de diciembre de 2012, publicado en el Diario Oficial de 28 de diciembre de la misma anualidad, respecto de la exigencia de presentación de estudios de equivalencia terapéutica a productos que contengan los principios activos contenidos en el Decreto Exento N° 500 de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 06 de junio de 2012 y que aprobó la Norma Técnica N° 136, nominada "Norma que determina los principios activos contenidos en productos farmacéuticos que deben demostrar su equivalencia terapéutica y lista de productos farmacéuticos que sirven de referencia de los mismos".

2.- cont.

Déjese establecido que el cronograma de exigencia, que a continuación se indica, para la demostración de equivalencia terapéutica, aplicable a los productos farmacéuticos con registro vigente a la fecha de dictación de este Decreto, que contengan, como monodrogas, los principios activos cuyos productos de referencia fueron establecidos en el Decreto Exento N° 500 de 2012, ya indicado, y cuyo plazo de presentación fue dispuesto por el Decreto Exento N° 904 de 2012, es el siguiente:

Plazo	Exigencia que se debe cumplir
31 de Julio de 2013	Presentación ante el Instituto de Salud Pública del Protocolo de Estudio de Equivalencia Terapéutica In Vivo, incluyendo copia de la carta de requerimiento de autorización del Comité Ético Científico respectivo, en los casos que corresponda.
31 de Diciembre de 2013	Presentación ante el Instituto de Salud Pública del Estudio Terminado de Equivalencia Terapéutica, In Vivo o In Vitro, según proceda.

De la misma forma, el cronograma señalado será aplicable para la exigencia de demostración de equivalencia terapéutica a aquellos productos farmacéuticos con registro vigente a la fecha de dictación de este Decreto, que contengan como monodrogas los principios activos pertenecientes al Grupo "A", indicado en la tabla contenida en la letra a) del Decreto Exento N° 981 de 24 de diciembre de 2012 y que fue incorporada al Decreto Exento N° 500 de 2012.

ARTICULO SEGUNDO: ESTABLEZCASE la siguiente modificación al texto de la Norma Técnica N° 136, denominada "Norma que determina los principios activos contenidos en productos farmacéuticos que deben demostrar su equivalencia terapéutica y lista de productos farmacéuticos que sirven de referencia de los mismos", aprobada mediante el Decreto Exento N° 500 de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 06 de junio de 2012:

- **DETERMÍNESE** que los productos que contengan, como monodrogas, alguno de los principios activos que a continuación se indican, entre varios, podrán optar a la bioexención de estudios "in vivo" para demostrar su equivalencia terapéutica:

N°	PRINCIPIO ACTIVO
1	ACICLOVIR
2	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO
3	ALPRAZOLAM
4	AMITRIPTILINA
5	ATENOLOL
6	ATOMOXETINA
7	BROMAZEPAM
8	BROMOCRIPTINA
9	CICLOBENZAPRINA
10	CINARIZINA
11	CITALOPRAM
12	DARUNAVIR
13	DESLORATADINA
14	DOXAZOSINA

3.- cont.

Nº	PRINCIPIO ACTIVO
15	ESCITALOPRAM
16	ESPIRONOLACTONA
17	ESTRADIOL
18	FINASTERIDA
19	FLUOXETINA
20	IBUPROFENO
21	LAMOTRIGINA
22	LEVETIRACETAM
23	LORATADINA
24	LORAZEPAM
25	METILFENIDATO
26	METRONIDAZOL
27	MIDAZOLAM
28	MIRTAZAPINA
29	ONDASETRÓN
30	PARACETAMOL
31	PAROXETINA
32	PREGABALINA
33	QUETIAPINA
34	RISPERIDONA
35	RIVASTIGMINA
36	SERTRALINA
37	VALACICLOVIR
38	ZOLPIDEM
39	ZOPICLONA

ARTICULO TERCERO.- Un texto actualizado de la Norma Técnica N° 136, incluyendo las modificaciones que se establecen en este Decreto, se mantendrá en el Departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesiones Médicas de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto aprobado.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.-
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA**



Jaime Mañalich Muxi
JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

Gobierno de Chile

Jeff Anzamed

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE
SUBDEPTO. GESTIÓN DE CLIENTES
SECCIÓN GESTIÓN DE TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD
GABINETE SR. MINISTRO
DIVISIÓN JURÍDICA

19 MAR 2014

1832/14

CONTRALORIA GENERAL

TOMA DE RAZON

RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoria		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACION

Ref. por \$.....

Imputación.....

Anot. por.....

Imputación.....

Deduc. Dcto.....

MODIFICA DECRETO EXENTO N° 500 DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE APROBÓ LA NORMA TÉCNICA N° 136, NOMINADA "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS"

EXENTO N° 123 /

SANTIAGO, 24 FEB. 2014

VISTO: Lo dispuesto en el artículo 4° del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; la ley N° 20.724; las disposiciones del artículo 52° y aquellas del inciso 1° del artículo 221°, contenidas en el decreto supremo N° 3 de 2010, también del Ministerio de Salud y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; lo solicitado por el Instituto de Salud Pública de Chile, mediante los Oficios Ordinarios N° 349 y N° 350, ambos de fecha 06 de febrero de 2014, que comunican propuesta de listado de principios activos contenidos en formas farmacéuticas sólidas que deben demostrar equivalencia terapéutica en Chile, así como listado de referentes de dichos principios activos y de otros ya contenidos en el Decreto Exento N° 500, de fecha 01 de junio de 2012, y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo N° 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente,

DECRETO:

ARTICULO PRIMERO.-Modifícase el Decreto Exento N° 500, de fecha 01 de junio de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 06 de junio de 2012, mediante el cual se aprobó la Norma Técnica N° 136, nominada "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS" en la forma que a continuación se indica:

2.- cont.

- a) Incorpórense a la "LISTA DE PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE DEBERAN REALIZAR ESTUDIOS COMPARATIVOS DE BIODISPONIBILIDAD *IN VIVO* PARA DEMOSTRAR EQUIVALENCIA TERAPEUTICA" los siguientes:

Nº	PRINCIPIO ACTIVO
1	ACETAZOLAMIDA
2	CAPTOPRIL
3	COLCHICINA
4	ESOMEPRAZOL
5	GRISOFULVINA
6	IMIPRAMINA
7	METILDOPA
8	NISTATINA
9	PROPILOTIURACILO
10	TETRACICLINA
11	TINIDAZOL
12	TIORIDAZINA
13	TRAMADOL
14	VENLAFAXINA

- b) Incorpórense a la "LISTA DE PRODUCTOS DE REFERENCIA PARA LOS ESTUDIOS DE EQUIVALENCIA TERAPEUTICA", los siguientes:

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	Nº REGISTRO O ANTECEDENTE*	TITULAR/ ANTECEDENTE
ACETAZOLAMIDA	DIAMOX - ACETAZOLAMIDA 250 MG	ANVISA	UNIÃO QUÍMICA
CAPTOPRIL	CAPTOSÉN - CAPTOPRIL 25 MG	ANVISA	PHARLAB
CLORPROMAZINA	AMPLICTIL - CLORPROMAZINA 25 MG	ANVISA	SANOFI-AVENTIS
COLCHICINA	COLCHIS - COLCHICINA 0,5 MG	ANVISA	APSEN
GRISOFULVINA	FULCIN - GRISOFULVINA 500 MG	ANVISA	ASTRAZENECA
IMIPRAMINA	TOFRANIL - IMIPRAMINA 25 MG	ANVISA	NOVARTIS BIOCIÊNCIAS
LITIO CARBONATO	CARBOLITUM - LITIO CARBONATO 300 MG	ANVISA	EUROFARMA
METILDOPA	ALDOMET- METILDOPA 250 MG	ANVISA	ASPEN PHARMA
NISTATINA	MICOSTATIN - NISTATINA 100.000 U.I.	ANVISA	BRISTOL MYERS SQUIBB
PROPILOTIURACILO	PROPILO - PROPILOTIURACILO 50 MG	ANVISA	PFIZER
TETRACICLINA	TETREX - TETRACICLINA 250 MG	COFEPRIS	GLAXOSMITHKLINE MÉXICO, S. A. DE C. V.
TINIDAZOL	PLETIL - TINIDAZOL 500 MG	ANVISA	PFIZER
TIORIDAZINA	MELLERIL - TIORIDAZINA 25 MG	ANVISA	VALEANT

* = Producto designado como referente para estudios de Equivalencia Terapéutica, por la autoridad reguladora que se indica.

3.- cont.

- c) Incorpórense a continuación de la "LISTA DE PRODUCTOS DE REFERENCIA PARA LOS ESTUDIOS DE EQUIVALENCIA TERAPEUTICA", lo siguiente:

**"LISTA DE PRODUCTOS DE REFERENCIA
PARA LOS ESTUDIOS DE EQUIVALENCIA TERAPEUTICA DE MEDICAMENTOS
MONODROGAS DE LIBERACIÓN MODIFICADA**

PRINCIPIO ACTIVO	LIBERACIÓN Y DOSIS	COMPARADOR	REGISTRO SANITARIO / ANTECEDENTE	TITULAR
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	ENTÉRICO 100 MG	CARDIOASPIRINA 100 EC COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 100 MG	F-17269/13	BAYER S.A.
	ENTÉRICO 325 MG	CARDIOASPIRINA 325 EC COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 325 MG	F-18948/11	BAYER S.A.
ALPRAZOLAM	PROLONGADA 0,5 MG	ZOTRAN XR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 0,50 MG	F-454/13	PFIZER CHILE S.A.
	PROLONGADA 1 MG	ZOTRAN XR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 1 MG	F-451/13	PFIZER CHILE S.A.
CARBAMAZEPINA	PROLONGADA 200 MG	EPOSAL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 200 MG	F-9529/11	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	PROLONGADA 400 MG	EPOSAL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 400 MG	F-9530/11	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
CIPROFLOXACINO	PROLONGADA 1 G	BAYCIP XR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 1 G	F-13521/09	BAYER S.A.
CLARITROMICINA	PROLONGADA 500 MG	KLARICID UD COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 500 MG	F-9198/11	ABBOTT LABORATORIES DE CHILE S.A.
DILTIAZEM	PROLONGADA 90 MG	TILAZEM COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 90 MG	F-5970/10	PFIZER CHILE S.A.
	PROLONGADA 180 MG	TILAZEM COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 180 MG	F-10925/11	PFIZER CHILE S.A.
FENITOÍNA	PROLONGADA 100 MG	EPAMIN CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 100 MG	F-14285/09	PFIZER CHILE S.A.
ESOMEPRAZOL	ENTÉRICO 40 MG	NEXIUM COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 40 MG	F-12371/12	ASTRAZENECA S.A.
	ENTÉRICO 20 MG	NEXIUM COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 20 MG	F-12370/12	ASTRAZENECA S.A.
KETOPROFENO	ENTÉRICO 100 MG	PROFENID COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 100 MG	F-9748/11	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.
	ENTÉRICO 200 MG	PROFENID COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 200 MG	F-507/13	SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A.

4.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	LIBERACION Y DOSIS	COMPARADOR	REGISTRO SANITARIO / ANTECEDENTE	TITULAR
LAMOTRIGINA	PROLONGADA 25 MG	LAMICTAL XR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 25 MG	F-19093/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	PROLONGADA 50 MG	LAMICTAL XR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 50 MG	F-19094/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	PROLONGADA 100 MG	LAMICTAL XR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 100 MG	F-19095/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	PROLONGADA 200 MG	LAMICTAL XR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 200 MG	F-19096/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	PROLONGADA 300 MG	LAMICTAL XR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 300 MG	F-19097/11	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
METFORMINA	PROLONGADA 750 MG	GLAFORNIL 750 XR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 750 MG	F-20429/13	MERCK S.A.
	PROLONGADA 500 MG	GLAFORNIL 500 XR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 500 MG	F-12755/13	MERCK S.A.
	PROLONGADA 1000 MG	GLAFORNIL 1000 XR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 1000 MG	F-20428/13	MERCK S.A.
	PROLONGADA 750 MG	GLUCOPHAGE 750 XR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 750 MG	F-18347/10	ROCHE CHILE LTDA.
	PROLONGADA 500 MG	GLUCOPHAGE 500 XR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 500 MG	F-18346/10	ROCHE CHILE LTDA.
METILFENIDATO	PROLONGADA 20 MG	RITALIN SR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 20 MG	F-2693/10	NOVARTIS CHILE S.A.
	REPETIDA 10 MG	RITALIN LA CÁPSULAS CON GRÁNULOS DE LIBERACIÓN REPETIDA 10 MG	F-17680/09	NOVARTIS CHILE S.A.
	REPETIDA 20 MG	RITALIN LA CÁPSULAS CON GRÁNULOS DE LIBERACIÓN REPETIDA 20 MG	F-12456/12	NOVARTIS CHILE S.A.
	REPETIDA 30 MG	RITALIN LA CÁPSULAS CON GRÁNULOS DE LIBERACIÓN REPETIDA 30 MG	F-12457/12	NOVARTIS CHILE S.A.
	REPETIDA 40 MG	RITALIN LA CÁPSULAS CON GRÁNULOS DE LIBERACIÓN REPETIDA 40 MG	F-12458/12	NOVARTIS CHILE S.A.
NIFEDIPINO	OSMÓTICA 20	ADALAT OROS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN OSMÓTICA PROGRAMADA 20 MG	F-1738/09	BAYER S.A.
	OSMÓTICA 30	ADALAT OROS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN OSMÓTICA PROGRAMADA 30 MG	F-11015/11	BAYER S.A.

5.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	LIBERACION Y DOSIS	COMPARADOR	REGISTRO SANITARIO / ANTECEDENTE	TITULAR
OMEPRAZOL	OSMÓTICA 60	ADALAT OROS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN OSMÓTICA PROGRAMADA 60 MG	F-11016/11	BAYER S.A.
	RETARDADA	LOSEC MUPS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN RETARDADA 10 MG	F-7548/11	MERCK S.A.
	RETARDADA	LOSEC MUPS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN RETARDADA 20 MG	F-7547/11	MERCK S.A.
	RETARDADA	LOSEC MUPS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN RETARDADA 40 MG	F-7546/11	MERCK S.A.
	ENTÉRICA 20 mg	ZOCAP CÁPSULAS CON GRÁNULOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 20 MG	F-19017/11	NOVARTIS CHILE S.A.
	ENTÉRICA 40 mg	ZOCAP CÁPSULAS CON GRÁNULOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 40 MG	F-19018/11	NOVARTIS CHILE S.A.
PARACETAMOL	PROLONGADA 665 MG	PANADOL EXTEND COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 665 MG	F-13758/	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
PAROXETINA	ENTÉRICA PROLONGADA	AROXAT CR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12,5 MG	F-13403/09	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	ENTÉRICA PROLONGADA	AROXAT CR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 25 MG	F-13404/08	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
	ENTÉRICA PROLONGADA	AROXAT CR COMPRIMIDOS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 37,5 MG	F-20206/13	GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACÉUTICA LTDA.
PRAMIPEXOL	PROLONGADA 0,375 MG	SIFROL ER COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 0,375 MG	F-17962/10	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA.
	PROLONGADA 1,5 MG	SIFROL ER COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 1,5 MG	F-17968/10	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA.
	PROLONGADA 0,75 MG	SIFROL ER COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 0,75 MG	F-17969/10	BOEHRINGER INGELHEIM LTDA.
QUETIAPINA	PROLONGADA 50 MG	SEROQUEL XR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 50 MG	F-17368/09	ASTRAZENECA S.A.
	PROLONGADA 150 MG	SEROQUEL XR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 150 MG	F-18686/11	ASTRAZENECA S.A.
	PROLONGADA 200 MG	SEROQUEL XR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 200 MG	F-17369/09	ASTRAZENECA S.A.
	PROLONGADA 300 MG	SEROQUEL XR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 300 MG	F-17370/09	ASTRAZENECA S.A.
	PROLONGADA 400 MG	SEROQUEL XR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 400 MG	F-17371/09	ASTRAZENECA S.A.

6.- cont.

PRINCIPIO ACTIVO	LIBERACION Y DOSIS	COMPARADOR	REGISTRO SANITARIO / ANTECEDENTE	TITULAR
TACROLIMÚS	PROLONGADA 1 MG	PROGRAF XL CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 1 MG	F-17477/09	GADOR LTDA.
	PROLONGADA 0,5 MG	PROGRAF XL CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 0,50 MG	F-17476/09	GADOR LTDA.
	PROLONGADA 5 MG	PROGRAF XL CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 5 MG	F-17478/09	GADOR LTDA.
TRAMADOL	PROLONGADA 50 MG	TRAMAL LONG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 50 MG	F-15065/10	GRÜNENTHAL CHILENA LTDA.
	PROLONGADA 100 MG	TRAMAL LONG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 100 MG	F-8609/11	GRÜNENTHAL CHILENA LTDA.
	PROLONGADA 150 MG	TRAMAL LONG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 150 MG	F-8604/11	GRÜNENTHAL CHILENA LTDA.
TRIMEBUTINA	PROLONGADA 300 MG	DEBRIDAT AP COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 300 MG	F-9570/11	PFIZER CHILE S.A.
VENLAFAXINA	PROLONGADA 75 MG	EFEXOR XR CÁPSULAS CON GRÁNULOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 75 MG	F-1864/09	LABORATORIOS WYETH LLC.
	PROLONGADA 150 MG	EFEXOR XR CÁPSULAS CON GRÁNULOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 150 MG	F-1862/09	LABORATORIOS WYETH LLC.
	PROLONGADA 37,5 MG	EFEXOR XR CÁPSULAS CON GRÁNULOS RECUBIERTOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 37,5 MG	F-1863/09	LABORATORIOS WYETH LLC.

ARTICULO SEGUNDO.- Un texto actualizado de la norma, conteniendo la modificación que se aprueba en este decreto y las anteriores realizadas, se mantendrá en el Departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesiones Médicas de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto aprobado.

ARTICULO TERCERO: Las disposiciones de este Decreto regirán desde su publicación en el Diario Oficial.

ARTICULO CUARTO: Otórguese como plazo, el período entre la publicación de este Decreto en el Diario Oficial y el día 31 de diciembre de 2015, para cumplir con la exigencia de presentación de estudios de equivalencia terapéutica en el caso de los productos farmacéuticos ya registrados que contengan, como monodrogas de liberación convencional o modificada, según corresponda, los principios activos señalados en el artículo primero, los que deberán realizarse respecto de los productos referentes establecidos en el mismo artículo.

ANOTESE Y PUBLIQUESE.-
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA


DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD
DIVISIÓN JURÍDICA

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
GABINETE

CONTROLORIA GENERAL

TOMA DE RAZÓN

RECEPCIÓN

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACIÓN

Ref. por \$.....

Imputación.....

Anot. por.....

Imputación.....

Deduc. Deto.....

MODIFICA DECRETO EXENTO N° 500 DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE APROBÓ LA NORMA TÉCNICA N° 136, NOMINADA "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS"

EXENTO N° 773

SANTIAGO, 06 SET. 2012

VISTO: Lo dispuesto en el artículo 4° del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; las disposiciones del inciso 1° del artículo 221°, del decreto supremo N° 3 de 2010, también del Ministerio de Salud y mediante el cual se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; lo solicitado mediante el Oficio Ordinario N° 761 de fecha 07 de marzo de 2012, por el Instituto de Salud Pública de Chile y el Memo B35 N° 758 de fecha 06 de agosto de 2012, de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción; y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo N° 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente,

DECRETO:

ARTÍCULO PRIMERO.- Modifícase el Decreto Exento N° 500, de fecha 01 de junio de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 06 de junio de 2012, mediante el cual se aprobó la Norma Técnica N° 136, nominada "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS" en la forma que a continuación se indica:

4.- CONT.

Incorpórense a la "Lista de Productos de Referencia para los Estudios de Equivalencia Terapéutica" los siguientes:

PRINCIPIO ACTIVO	COMPARADOR	DOSIS	Nº REGISTRO / ANTECEDENTE	TITULAR / ANTECEDENTE
LEVOTIROXINA SÓDICA	EUTIROX COMPRIMIDOS.	25 MCG	F- 3383/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	25 MCG	F-14997/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	50 MCG	F-10490/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	50 MCG	F-14998/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	75 MCG	F-14999/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	75 MCG	F-10491/11	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	88 MCG	F-16892/08	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	100 MCG	F-10492/11	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	100 MCG	F-15000/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	112 MCG	F-16893/08	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	125 MCG	F-10493/11	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	125 MCG	F-15001/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	137 MCG	F-16894/08	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	150 MCG	F-10494/11	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	150 MCG	F-15002/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	175 MCG	F-15003/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	175 MCG	F-12863/08	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	200 MCG	F-15004/10	MERCK S.A
	EUTIROX COMPRIMIDOS.	200 MCG	F-12864/08	MERCK S.A

ARTÍCULO SEGUNDO.- Un texto actualizado de la norma, conteniendo la modificación que se aprueba, se mantendrá en el Departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesiones Médicas de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto aprobado.

ARTÍCULO TERCERO.- Las disposiciones de este Decreto regirán desde la publicación del mismo en el Diario Oficial.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.-
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA



[Firma]
DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

GABINETE MINISTRO DE SALUD
DIVISION JURIDICA
AZJ/PHG/AMSC

MINISTERIO DE HACIENDA
OFICINA DE PARTES

RECIBIDO

CONTRALORIA GENERAL
TOMA DE RAZON

NUEVA RECEPCION

DEPART.
JURIDICO

DEPART. T. R.
Y REGISTRO

DEPART.
CONTABIL.

SUB. DEP.
C. CENTRAL

SUB. DEP.
E. CUENTAS

SUB. DEPTO.
C. P. Y
BIENES NAC.

DEPART.
AUDITORIA

DEPART.
V. O. R. U. y T.

SUB. DEPTO.
MUNICIP.

REFRENDACION

REF. POR \$

IMPUTAC.

ANOT. POR \$

IMPUTAC.

DEDUC. DTO

MODIFICA Y ACLARA DECRETO EXENTO N° 500 DE 2012, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE APROBO LA NORMA TECNICA N° 136, NOMINADA "NORMA QUE DETERMINA LOS PRINCIPIOS ACTIVOS CONTENIDOS EN PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE DEBEN DEMOSTRAR SU EQUIVALENCIA TERAPEUTICA Y LISTA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE SIRVEN DE REFERENCIA DE LOS MISMOS".

EXENTO N° 904 /

SANTIAGO, 13 NOV. 2012

VISTOS: Lo dispuesto en el artículo 4° del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2763 de 1979 y de las leyes N° 18.469 y 18.933; las disposiciones del artículo 52 y 221 del decreto supremo N° 3 de 2010 del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano; el dictamen N° 67.366 de 29 de octubre de 2012 de Contraloría General de la República y, teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo N° 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente

DECRETO:

ARTICULO PRIMERO.- MODIFICASE el decreto exento N° 500 de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 06 de junio de 2012, mediante el cual se aprobó la Norma Técnica N° 136, nominada "Norma que determina los principios activos contenidos en productos farmacéuticos que deben demostrar su Equivalencia Terapéutica y lista de productos farmacéuticos que sirven de referencia de los mismos", en la forma que a continuación se indica:

- Reemplázase la numeración de su segundo artículo cuarto por "ARTICULO CUARTO BIS".
- Incorpórase en su actual artículo cuarto, el siguiente inciso segundo :

"Otórgase el plazo de un mes, contado desde la publicación en el Diario Oficial del presente decreto, a los titulares de registros sanitarios de productos farmacéuticos cuyos principios activos y respectivos productos de referencia han sido aludidos en el artículo tercero, para presentar ante el Instituto de Salud Pública de Chile, los resultados de estudios de equivalencia terapéutica."

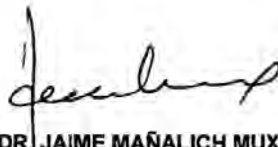
ARTICULO SEGUNDO.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, dicho plazo no será aplicable a los productos farmacéuticos que contengan los principios activos listados en el artículo 1° letra a) del decreto exento N° 864, de 24 de octubre de 2012, del Ministerio de Salud, los cuales se registrarán por el plazo establecido en el artículo 4° del mismo decreto.

ARTICULO TERCERO.- DEJASE establecido que las listas de productos de referencia para los estudios de equivalencia terapéutica, aprobados por el artículo tercero del decreto exento N° 500 de 2012, del Ministerio de Salud y sus modificaciones, se encuentran vigentes y exigibles.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.-

POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA.-




DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

Productos comercializados Estupefacientes o Psicotrópicos: Condición de venta Receta Cheque

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario o Código	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
1	Alfentanilo	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-5029/10	Rapifen	Solución inyectable - ampollas	1 mg/2 mL	1 - 5	E
2	Anfetamina Sulfato	Chile	F-1386/08	Anfetamina sulfato	comprimidos	10 mg	25 - 1.000	P
3	Codeína fosfato	Andrómaco	F-11233/11	Codepar	comprimidos	60 mg	12	E
4	Codeína fosfato	Andrómaco	Res. N° 3222	Codeisol	solución oral	60 mg/mL	60 mL	E
5	Fenobarbital	Andrómaco	F-15752/11	Fenobarbital	comprimidos	100 mg	10 - 100	P
6	Fenobarbital	Chile	F-1373/08	Fenobarbital	comprimidos	100 mg	10 - 1.000	P
7	Fenobarbital	Chile	F-1374/08	Fenobarbital	comprimidos	15 mg	30 - 1.000	P
8	Fenobarbital sódico	Bestpharma	F-0275/07	Fenobarbital sódico	Solución inyectable - ampollas	200 mg/2 mL	10 - 25	P
9	Fenobarbital sódico	Biosano	F-11025/11	Fenobarbital sódico	Solución inyectable - ampollas	200 mg/mL	10	P
10	Fenobarbital sódico	Drog. Fresenius Kabi	F-18439/10	Fenobarbital sódico	Solución inyectable - ampollas	200 mg/2 mL	10	P
11	Fenproporex clorhidrato	Saval	F-5544/10	Salcal	comprimidos	10 mg	30	P
12	Fentanilo base	Hospira	F-13106/08	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.1 mg/2 mL	1 - 10	E
13	Fentanilo base	Hospira	F-5288/10	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.5 mg/10 mL	5	E
14	Fentanilo base	Hospira	F-5288/10	Fentanilo	Solución inyectable - frasco-ampolla	0.5 mg/10 mL	20	E
15	Fentanilo base	Biosano	F-7651/11	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.1 mg/2 mL	10 - 100	E
16	Fentanilo base	Biosano	F-7275/10	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.5 mg/10 mL	10 - 20 - 100	E
17	Fentanilo base	Biosano	F-7275/10	Fentanilo	Solución inyectable - frasco-ampolla	0.5 mg/10 mL	50	E
18	Fentanilo base	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-5000/10	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.1 mg/2 mL	5 - 10	E
19	Fentanilo base	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-5001/10	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.5 mg/10 mL	5 - 10	E

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario ó Código	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
20	Fentanilo base	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-15658/11	Durogesic	Sist. Thérapeut. Transdérmico matricial 25 mcg/dosis - parches	4.2 mg/parche	5	E
21	Fentanilo base	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-15659/11	Durogesic	Sist. Thérapeut. Transdérmico matricial 50 mcg/dosis - parches	8.4 mg/parche	5	E
22	Fentanilo base	Sanderson	F-10885/11	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0,1mg/2mL	20	E
23	Fentanilo base	Sanderson	F-10886/11	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.5mg/10mL	20	E
24	Fentanilo base	Volta	F-14202/09	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.5 mg/10mL	5	E
25	Fentanilo base	Volta	F-14203/09	Fentanilo	Solución inyectable - ampollas	0.1 mg/2 mL	5	E
26	Flunitrazepam	Andrómaco	F-6551/10	Flunitrazepam	comprimidos	2 mg	30 - 1.000	P
27	Flunitrazepam	Chile	F-3937/10	Flunitrazepam	comprimidos	2 mg	30 - 1.000	P
28	Ketamina	Biosano	F-7662/11	Ketamina	Solución inyectable - frasco-ampolla	500 mg/10 mL	1 - 50 fco-ampollas	P
29	Ketamina	Sanderson	F-12275/12	Ketamina	Solución inyectable - frasco-ampolla	500 mg/10 mL	10 - 20 - 25 - 50 fco-ampollas	P
30	Ketamina	Volta	F-14532/10	Ketamina	Solución inyectable - frasco-ampolla	500 mg/10 mL	1 fco-ampolla	P
31	Metadona clorhidrato	Andrómaco	F-6048/10	Metadona clorhidrato	comprimidos	10 mg	100	E
32	Metadona clorhidrato	Biosano	F-14273/09	Metadona clorhidrato	Solución inyectable - ampollas	10 mg/2 mL	20 - 100	E
33	Metadona clorhidrato	Sanderson	F-10898/11	Metadona clorhidrato	Solución inyectable - ampollas	10mg/2 mL	20	E
34	Dexmetilfenidato clorhidrato	Recalcine	F-18505/11	Neoradix	comprimidos	5 mg	30	P
35	Dexmetilfenidato clorhidrato	Recalcine	F-18507/11	Neoradix	comprimidos	10 mg	30	P
36	Metilfenidato clorhidrato	Alpes Chemie	F-3001/10	Nebapul	comprimidos	10 mg	30 - 100	P
37	Metilfenidato clorhidrato	Alpes Chemie (Drog. Volta)	F-7543/11	Elem	comprimidos	10 mg	30 - 100	P

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario ó Código	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
38	Metilfenidato clorhidrato	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-13129/08	Concerta	comp.recub.de liberación osmótica prolongada	18 mg	30	P
39	Metilfenidato clorhidrato	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-16225/07	Concerta	comp.recub.de liberación osmótica prolongada	27 mg	30	P
40	Metilfenidato clorhidrato	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-13130/08	Concerta	comp.recub.de liberación osmótica prolongada	36 mg	30	P
41	Metilfenidato clorhidrato	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-13131/08	Concerta	comp.recub.de liberación osmótica prolongada	54 mg	30	P
42	Metilfenidato clorhidrato	Novartis - Perlogistics	F-11102/08	Ritalin	comprimidos	10 mg	30	P
43	Metilfenidato clorhidrato	Novartis - Perlogistics	F-2693/10	Ritalin SR	comprimidos recubiertos de liberación prolongada	20 mg	30	P
44	Metilfenidato clorhidrato	Novartis - Perlogistics	F-17680/09	Ritalin LA	cápsulas de liberación repetida	10 mg	30	P
45	Metilfenidato clorhidrato	Novartis - Perlogistics	F-12456/07	Ritalin LA	cápsulas de liberación repetida	20 mg	30	P
46	Metilfenidato clorhidrato	Novartis - Perlogistics	F-12457/07	Ritalin LA	cápsulas de liberación repetida	30 mg	30	P
47	Metilfenidato clorhidrato	Novartis - Perlogistics	F-12458/07	Ritalin LA	cápsulas de liberación repetida	40 mg	30	P
48	Metilfenidato clorhidrato	Recalcine	F-7545/11	Aradix	comprimidos	10 mg	30	P
49	Metilfenidato clorhidrato	Recalcine	F-7553/11	Aradix Retard	comprimidos liberación prolongada	10 mg	30	P
50	Metilfenidato clorhidrato	Recalcine	F-7302/10	Aradix Retard	comprimidos liberación prolongada	20 mg	30	P
51	Metilfenidato clorhidrato	Andrómaco (Silesia)	F-11546/11	Ritrocel	comprimidos	10 mg	30	P
52	Morfina clorhidrato	Bestpharma	F-10127/11	Morfina clorhidrato	comp.de liberación prolongada	30 mg	30	E
53	Morfina clorhidrato	Biosano	F-3354/10	Morfina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	10 mg/mL	3 - 20 - 100	E
54	Morfina clorhidrato	Biosano	F-3355/10	Morfina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	20 mg/mL	20 - 100	E

SubDepto. Estupefacientes y Psicotrópicos
Instituto de Salud Pública de Chile
03-08-2012

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario o Código	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
55	Morfina clorhidrato	Chile	F-1382/08	Morfina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	10mg/mL	3-5-20	E
56	Morfina clorhidrato	Novofarma (Pfizer)	F-13025/08	Morfina clorhidrato	solución oral	10 mg/mL	200 mL	E
57	Morfina clorhidrato	Sanderson	F-10903/11	Morfina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	10 mg/mL	20	E
58	Morfina clorhidrato	Sanderson	F-10904/11	Morfina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	20 mg/mL	20	E
59	Morfina Sulfato	Andrómaco	F-19313/12	Samor	solución oral	10 mg/mL	60 mL	E
60	Morfina Sulfato	Andrómaco	F-19345/12	Samor	solución oral	20 mg/mL	60 mL	E
61	Morfina Sulfato	Novofarma (Grünenthal)	F-8588/11	M-Eslon	cáps c/microgránulos de liberación prolongada	10 mg	10	E
62	Morfina Sulfato	Novofarma (Grünenthal)	F-8587/11	M-Eslon	cáps c/microgránulos de liberación prolongada	30 mg	10	E
63	Morfina Sulfato	Novofarma (Grünenthal)	F-8588/11	M-Eslon	cáps c/microgránulos de liberación prolongada	60 mg	10	E
64	Morfina Sulfato	Drog. Volta	F-19518/12	Oramorph	solución oral para gotas	20 mg/mL	20 mL	E
65	Oxicodona clorhidrato	Pharma Investi (Tecnofarma)	F-0510/08	Oxycontin	comp.recub.de liberación prolongada	10 mg	12 (venta) 30 (clínico)	E
66	Oxicodona clorhidrato	Pharma Investi (Tecnofarma)	F-0511/08	Oxycontin	comp.recub.de liberación prolongada	20 mg	12 (venta) 30 (clínico)	E
67	Oxicodona clorhidrato	Pharma Investi (Tecnofarma)	F-0512/08	Oxycontin	comp.recub.de liberación prolongada	40 mg	12 (venta) 30 (clínico)	E
68	Petidina clorhidrato	Hospira	F-1316/08	Demerol	solución inyectable - ampollas	100 mg/2 mL	5 - 100	E
69	Petidina clorhidrato	Bestpharma	F-0486/08	Petidina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	100 mg/2 mL	25	E

SubDepto. Estupefacientes y Psicotrópicos
Instituto de Salud Pública de Chile
03-08-2012

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario o Código	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
70	Petidina clorhidrato	Biosano	F-7720/11	Petidina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	100 mg/2 mL	10 - 100	E
71	Petidina clorhidrato	Sanderson	F-10907/11	Petidina clorhidrato	solución inyectable - ampollas	100 mg/2 mL	20	E
72	Remifentanilo	GlaxoSmithKline	F-309/08	Últiva	lío-filizado p/solución inyectable - fco-ampollas	1 mg	5	E
73	Remifentanilo	GlaxoSmithKline	F-310/08	Últiva	lío-filizado p/solución inyectable - fco-ampollas	2 mg	5	E
74	Remifentanilo	GlaxoSmithKline	F-311/08	Últiva	lío-filizado p/solución inyectable - fco-ampollas	5 mg	5	E
75	Remifentanilo	Volta	F-15819/11	Fenburol	lío-filizado p/solución inyec- table fco-ampollas	1 mg	1	E
76	Remifentanilo	Volta	F-15820/11	Fenburol	lío-filizado p/solución inyec- table fco-ampollas	2 mg	1	E
77	Sufentanilo	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-5034/10	Sufenta	solución inyectable - ampollas	10 mcg/2 mL	5	E
78	Sufentanilo	Novofarma (Johnson & Johnson)	F-5035/10	Sufenta	solución inyectable - ampollas	50 mcg/10 mL	5	E

E= Estupefacientes

"Sujeto a Control de Estupefacientes"



P= Psicotrópicos

"Sujeto a Control de Psicotrópicos"



Productos comercializados estupefacientes o psicotrópicos: Condición de venta Receta Retenida

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
1	Alprazolam	Pharma Investi Alpes Chemie	F-0924/08	Sanerva	comprimidos de liberación prolongada	2 mg	20	P
2	Alprazolam	Andriomaco	F-6508/10	Alprazolam	comprimidos	0.25 mg	30 - 90	P
3	Alprazolam	Andriomaco	F-6506/10	Alprazolam	comprimidos	0.5 mg	30 - 500	P
4	Alprazolam	Andriomaco	F-6507/10	Alprazolam	comprimidos	1 mg	30	P
5	Alprazolam	Pharma Investi Alpes Chemie	F-8697/11	Prazam	solución oral para gotas	0.5 mg/mL	20 mL	P
6	Alprazolam	Bagó	F-9662/11	Alprazolam	comprimidos	0.25 mg	30 - 100	P
7	Alprazolam	Bagó	F-9663/11	Alprazolam	comprimidos	0.5 mg	30 - 100	P
8	Alprazolam	Chile	f-15910/07	Alprazolam	comprimidos	0.25 mg	30	P
9	Alprazolam	Chile	F-8314/11	Alprazolam	comprimidos	0.5 mg	30	P
10	Alprazolam	Chile	F-3951/10	Grifoalpram	comprimidos	0.25 mg	30	P
11	Alprazolam	Chile	F-3952/10	Grifoalpram	comprimidos	0.5 mg	15 - 30 - 500	P
12	Alprazolam	Mintlab	F-9867/11	Alprazolam	comprimidos	0.25 mg	30	P
13	Alprazolam	Mintlab	F-9868/11	Alprazolam	comprimidos	0.5 mg	30 - 1000	P
14	Alprazolam	Novofarma Pfizer	F-6341/10	Zotran	comprimidos	0.25 mg	30	P
15	Alprazolam	Novofarma Pfizer	F-6342/10	Zotran	comprimidos	0.5 mg	30	P
16	Alprazolam	Novofarma Pfizer	F-6343/10	Zotran	comprimidos	1 mg	30	P
17	Alprazolam	Novofarma Pfizer	F-0454/08	Zotran XR	comprimidos de liberación prolongada	0.5 mg	30	P

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
18	Alprazolam	Novofarma Pfizer	F-0451/08	Zotran XR	comprimidos de liberación prolongada	1 mg	30	P
19	Alprazolam	Recalcine	F-11133/11	Alprazolam	comprimidos	0.25 mg	30	P
20	Alprazolam	Recalcine	F-11134/11	Alprazolam	comprimidos	0.5 mg	30	P
21	Alprazolam	Novofarma Sanofi-Aventis	F-4495/10	Tricalma	comprimidos	0.25 mg	30	P
22	Alprazolam	Novofarma Sanofi-Aventis	F-4486/10	Tricalma	comprimidos	0.5 mg	30	P
23	Alprazolam	Novofarma Sanofi-Aventis	F-4497/10	Tricalma	comprimidos	1 mg	20	P
24	Alprazolam	Novofarma Sanofi-Aventis	F-0450/08	Tricalma retard	comprimidos de liberación prolongada	2 mg	20	P
25	Alprazolam	Volta Pharma Genexx	F-16942/08	Alprazolam	comprimidos	0.5 mg	30	P
26	Alprazolam	Saval	F-5510/10	Adax	comprimidos	0.25 mg	30	P
27	Alprazolam	Saval	F-5511/10	Adax	comprimidos	0.5 mg	30	P
28	Alprazolam	Saval	F-5509/10	Adax	comprimidos	1 mg	30	P
29	Alprazolam	Saval	F-3207/10	Adax retard	comprimidos de liberación prolongada	1 mg	30	P
30	Alprazolam	Saval	F-9316/11	Adax retard	comprimidos de liberación prolongada	0.5 mg	30	P
31	Bromazepam	Andrómaco	F-6426/10	Bromazepam	comprimidos	3 mg	30	P
32	Bromazepam	Chile	F-3885/10	Bromazepam	comprimidos	3 mg	30	P
33	Bromazepam	Mintlab	F-13494/09	Bromazepam	comprimidos	3 mg	30	P
34	Bromazepam	Recalcine	F-5727/10	Bromazepam	comprimidos	3 mg	30	P
35	Bromazepam	Recalcine	F-5726/10	Bromazepam	comprimidos	1.5 mg	30	P

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
36	Bromazepam	Roche	F-2580/08	Lexotanil	comprimidos	3 mg	30	P
37	Bromazepam	Roche	F-2581/09	Lexotanil	comprimidos	6 mg	30	P
38	Brolizolam	Bayer	F-11009/11	Nocilan	comprimidos	0.25 mg	20	P
39	Brolizolam	Recalcine	F-5829/10	Domex	comprimidos	0.25 mg	30	P
40	Buprenorfina	Novofarma (Grünenthal)	F-13386/08	Transtec	comprimidos dérmico 35mcg/hr - parches	20 mg/parche	5	P
41	Clobazam	Chile	F-3956/10	Grifoclobam	comprimidos	10 mg	20	P
42	Clonazepam	Pharma Investi	F-0912/08	Crismol	comprimidos	0.5 mg	30	P
43	Clonazepam	Pharma Investi	F-0913/08	Crismol	comprimidos	2 mg	30	P
44	Clonazepam	Pharma Investi Alpes Chemie	F-5899/10	Clonazepam	comprimidos	0.5 mg	25	P
45	Clonazepam	Pharma Investi Alpes Chemie	F-5900/10	Clonazepam	comprimidos	2 mg	25	P
46	Clonazepam	Andrómaco	F-7396/11	Acepran	comprimidos	0.5 mg	30	P
47	Clonazepam	Andrómaco	F-13483/09	Acepran	comprimidos	1 mg	30	P
48	Clonazepam	Andrómaco	F-12258/07	Acepran	solución oral para gotas	2.5 mg/mL	10 mL	P
49	Clonazepam	Andrómaco	F-7397/11	Acepran	comprimidos	2 mg	30 - 500	P
50	Clonazepam	Andrómaco	F-16434/07	Acepran	comprimidos dispersables	0.5 mg	30	P
51	Clonazepam	Andrómaco	F-16436/07	Acepran	comprimidos dispersables	1 mg	30	P
52	Clonazepam	Andrómaco	F-16435/07	Acepran	comprimidos dispersables	2 mg	30	P
53	Clonazepam	Bagó	F-7893/11	Neuryl	comprimidos	0.5 mg	30	P

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
54	Clonazepam	Bagó	F-7895/11	Neuryl	solución oral para gotas	2.5 mg/mL	10 - 20 mL	P
55	Clonazepam	Bagó	F-7894/11	Neuryl	comprimidos	2 mg	30	P
56	Clonazepam	Chile	F-8373/11	Clonapam	comprimidos	0.5 mg	30	P
57	Clonazepam	Chile	F-18351/10	Clonapam BD	comprimidos bucodispersables	0.5 mg	30	P
58	Clonazepam	Chile	F-8374/11	Clonapam	comprimidos	2 mg	30	P
59	Clonazepam	Chile	F-18352/10	Clonapam BD	comprimidos bucodispersables	2 mg	30	P
60	Clonazepam	Chile	F-13246/08	Clonazepam	comprimidos	0.5 mg	30	P
61	Clonazepam	Recalcine (Lafi)	F-11075/11	Valpax	comprimidos	0.5 mg	30	P
62	Clonazepam	Recalcine (Lafi)	F-10095/11	Valpax	comprimidos	1 mg	30	P
63	Clonazepam	Recalcine (Lafi)	F-11076/11	Valpax	comprimidos	2 mg	30	P
64	Clonazepam	Recalcine (Lafi)	F-15635/11	Valpax DT	comprimidos dispersables	0.5 mg	30	P
65	Clonazepam	Recalcine (Lafi)	F-15005/10	Valpax DT	comprimidos dispersables	1 mg	30	P
66	Clonazepam	Recalcine (Lafi)	F-15635/11	Valpax DT	comprimidos dispersables	2 mg	30	P
67	Clonazepam	Medipharm	F-12255/07	Ropsil	comprimidos	0.5 mg	30	P
68	Clonazepam	Medipharm	F-12254/07	Ropsil	comprimidos	2 mg	30	P
69	Clonazepam	Mintlab	F-13556/09	Clonazepam	comprimidos	0.5 mg	30	P
70	Clonazepam	Mintlab	F-13557/09	Clonazepam	comprimidos	2 mg	30 - 1000	P
71	Clonazepam	Roche	F-2586/09	Ravotril	Solución inyectable - ampolla	1 mg/2ml	5	P

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
72	Clonazepam	Roche	F-13350/08	Ravotril	comprimidos	1 mg	28 - 30	P
73	Clonazepam	Roche	F-2583/09	Ravotril	comprimidos	0.5 mg	25 - 30 - 1.000	P
74	Clonazepam	Roche	F-2584/09	Ravotril	comprimidos	2 mg	25 - 100 - 1.000	P
75	Clonazepam	Roche	F-2585/09	Ravotril	Soluc. Oral p/gotas	2.5 mg/mL	10 ml	P
76	Clonazepam	Roche	F-15095/10	Ravotril	comprimidos sublinguales	0.25 mg	10	P
77	Clonazepam	Roche	F-2586/09	Ravotril	Solución inyectable - ampolla	1 mg/ml	5	P
78	Clonazepam	Sanitas	F-0504/08	Clozanil	comprimidos	0.5 mg	30	P
79	Clonazepam	Sanitas	F-0505/08	Clozanil	comprimidos	2 mg	30	P
80	Clonazepam	Saval	F-14217/09	Clonex	comprimidos dispersables	0.5 mg	30	P
81	Clonazepam	Saval	F-14218/09	Clonex	comprimidos dispersables	1 mg	30	P
82	Clonazepam	Saval	F-14219/09	Clonex	comprimidos dispersables	2 mg	30	P
83	Clorazepato dipotásico	Medipharma	F-5673/10	Calner	cápsulas	5 mg	30	P
84	Clorazepato dipotásico	Medipharma	F-5671/10	Calner	cápsulas	10 mg	30	P
85	Clorazepato dipotásico	Rider	F-1291/08	Tranxilium	cápsulas	5 mg	25	P
86	Clorazepato dipotásico	Rider	F-1292/08	Tranxilium	cápsulas	10 mg	25	P
87	Clorazepato dipotásico	Rider	F-4089/10	Tranxilium	cápsulas	15 mg	15	P
88	Clordiazepóxido	Chile	F-1361/08	Clordiazepóxido	comprimidos recubiertos	10 mg	20 - 1000	P
89	Clordiazepóxido	Saval	F-5519/10	Antalin Forte	comprimidos recubiertos	10 mg	30	P

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
90	Clordiazepóxido clorh.	Andrómaco	F-8530/10	Clordiazepóxido	comprimidos	10 mg	20 - 1000	P
91	Clordiazepóxido clorh.	Sanitas	F-1245/08	Clordiazepóxido	comprimidos	10 mg	20 - 1.000	P
92	Ciotiazepam	Silesia	F-12498/07	Rize	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
93	Ciotiazepam	Silesia	F-12499/07	Rize	comprimidos recubiertos	10 mg	30	P
94	Codeína fosfato	Andrómaco	F-11232/11	Codeipar	comprimidos	15 mg	12	E
95	Codeína fosfato	Andrómaco	F-11231/11	Codeipar	comprimidos	30 mg	12	E
96	Codeína fosfato	Recalcine	F-5679/10	Dolean	comprimidos recubiertos	15 mg	12	E
97	Dextrometorfano Bromhidrato	Medipharm	F-11847/07	Tusminal	Jarabe	15 mg/5 ml	30 - 100 ml	P
98	Dextrometorfano Bromhidrato	Medipharm	F-12777/08	Tusminal Compuesto	suspensión oral	15 mg/5 ml	30 - 100 ml	P
99	Dextrometorfano Bromhidrato	Recalcine	F-12453/07	Pectobronc	Jarabe	7,5 mg/5 ml	50 - 120 ml	P
100	Dextrometorfano Bromhidrato	Recalcine	F-12297/07	Pectobronc Forte	Jarabe	15 mg/5 ml	50 - 120 ml	P
101	Diazepam	Andrómaco	F-6688/10	Diazepam	comprimidos	10 mg	30 - 1000	P
102	Diazepam	Biosano	F-3032/10	Diazepam	Solución inyectable - ampolla	10 mg/2 ml	100	P
103	Diazepam	Chile	F-3920/10	Diazepam	comprimidos	10 mg	20 - 100 - 1.000	P
104	Diazepam	Chile	F-2213/09	Diazepam	comprimidos	5 mg	20 - 1.000	P
105	Diazepam	Mintlab	F-3375/10	Diazepam	comprimidos	5 mg	20 - 100 - 1.000	P
106	Diazepam	Mintlab	F-3374/10	Diazepam	comprimidos	10 mg	20 - 1.000	P
107	Diazepam	Pasteur	F-6395/10	Diazepam	comprimidos	10 mg	20 - 1.000	P

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
108	Diazepam	Pasteur	F-13694/09	Diazepam	comprimidos	5 mg	20 - 1 000	P
109	Diazepam	Recalcine	F-5739/10	Diazepam	comprimidos	10 mg	20	P
110	Diazepam	Sanderson	F-6148/10	Diazepam	Solución inyectable - ampolla	10mg/2ml	100	P
111	Ketazolam	Chile	F-3960/10	Grifoketam	comprimidos	30 mg	30	P
112	Ketazolam	Recalcine	F-5709/10	Sedavital	comprimidos de liberación prolongada	30 mg	20	P
113	Ketazolam	Pharma Investi - Tecnofarma	F-5575/10	Ansietil	comprimidos	30 mg	30	P
114	Lorazepam	Biosano	F-7711/11	Lorazepam	Solución inyectable - ampolla	4 mg/2 ml	100	P
115	Lorazepam	Chile	F-3983/10	Lorazepam	comprimidos	2 mg	30	P
116	Lorazepam	Mintlab	F-6915/10	Lorazepam	comprimidos	2 mg	30	P
117	Lorazepam	Sanderson	F-10895/11	Lorazepam	solución inyectable - ampolla	4 mg/mL	100	P
118	Lorazepam	Sanderson	F-10896/11	Lorazepam	solución inyectable - ampolla	4 mg/2 mL	100	P
119	Lorazepam	Novofarma - Pfizer	F-2773/09	Amparax	comprimidos	1 mg	20 - 30	P
120	Lorazepam	Novofarma - Pfizer	F-2774/09	Amparax	comprimidos	2 mg	20 - 30	P
121	Lorazepam	Novofarma - Pfizer	F-5985/10	Amparax	comprimidos sublinguales	1 mg	25	P
122	Lorazepam	Novofarma - Pfizer	F-5986/10	Amparax	comprimidos sublinguales	2 mg	25	P
123	Lormetazepam	Saval	F-5473/10	Nocton	comprimidos	2 mg	30	P
124	Midazolam	Novofarma - Pfizer	F-8208/11	Midazolam	solución inyectable - ampolla	50 mg/10 mL	5	P
125	Midazolam	Novofarma - Pfizer	F-8205/11	Midazolam	solución inyectable - ampolla	5 mg/mL	10	P

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
126	Midazolam	Novofarma - Pfizer	F-8207/11	Midazolam	solución inyectable - ampolla	15 mg/3 mL	5	P
127	Midazolam	Biosano	F-142/07	Midazolam	solución inyectable - ampolla	5 mg/ mL	10 - 100	P
128	Midazolam	Biosano	F-12037/07	Midazolam	solución inyectable - ampolla	5 mg/ 5 mL	100	P
129	Midazolam	Biosano	F-7712/11	Midazolam	solución inyectable - ampolla	15 mg/3 mL	10 - 100	P
130	Midazolam	Biosano	F-1979/09	Midazolam	solución inyectable - ampolla	50 mg/10 mL	10	P
131	Midazolam	Volta	F-14493/10	Midazolam	solución inyectable - ampolla	5 mg/mL	5	P
132	Midazolam	Volta	F-14494/10	Midazolam	solución inyectable - ampolla	15 mg/3 mL	5	P
133	Midazolam	Roche	F-4160/10	Dormonid	solución inyectable - ampolla	5 mg/5 mL	1 - 10	P
134	Midazolam	Roche	F-4159/10	Dormonid	solución inyectable - ampolla	15 mg/3 mL	5	P
135	Midazolam	Roche	F-8127/11	Dormonid	solución inyectable - ampolla	50 mg/10 mL	5	P
136	Midazolam	Roche	F-4156/10	Dormonid	solución inyectable - ampolla	5 mg/mL	10	P
137	Midazolam	Roche	F-4157/10	Dormonid	comprimidos recubiertos	7.5 mg	30	P
138	Midazolam	Roche	F-4158/10	Dormonid	comprimidos	15 mg	30	P
139	Midazolam	Sanderson	F-14671/10	Midazolam	solución inyectable - ampolla	50 mg/10 mL	20	P
140	Midazolam	Sanderson	F-14713/10	Midazolam	solución inyectable - ampolla	5 mg/ 5 mL	20	P
141	Midazolam	Sanderson	F-14672/10	Midazolam	solución inyectable - ampolla	5 mg/ml	20	P
142	Midazolam	Sanderson	F-14714/10	Midazolam	solución inyectable - ampolla	15 mg/3 mL	20	P
143	Midazolam	Recalcine	F-10986/11	Noctura	comprimidos	7.5 mg	30	P

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
144	Midazolam	Recalcine	F-10985/11	Noctura	comprimidos	15 mg	30	P
145	Midazolam	Andrómaco	F-14964/10	Sedoz	solución inyectable - ampolla	5 mg/mL	1	P
146	Midazolam	Andrómaco	F-14965/10	Sedoz	solución inyectable - fco-amp.	5 mg/5 mL	1	P
147	Midazolam clorhidrato	Chile	F-12806/08	Zolmid	solución inyectable - ampolla	15 mg/3 mL	5 - 100	P
148	Midazolam clorhidrato	Chile	F-12807/08	Zolmid	solución inyectable - ampolla	5 mg/mL	10 - 100	P
149	Midazolam clorhidrato	Chile	F-15045/10	Zolmid	solución inyectable - ampolla	50 mg/10 mL	10 - 100	P
150	Midazolam Maleato	Recalcine	F-10986/11	Noctura	comprimidos recubiertos	7.5 mg	30	P
151	Midazolam Maleato	Recalcine	F-10985/11	Noctura	comprimidos recubiertos	15 mg	30	P
152	Midazolam Maleato	Sanitas	F-9995/11	Terap	comprimidos recubiertos	15 mg	30	P
153	Pemolina base	Andrómaco	F-11219/11	Ceractiv	comprimidos	37.5 mg	30	P
154	Tetrazepam	Recalcine - Sanofi-Aventis	F- 67/07	Myolastan	comprimidos recubiertos	50 mg	20	P
155	Triazolam	Novofarma - Pfizer	F-6339/10	Somese	comprimidos	0.25 mg	30	P
156	Triazolam	Recalcine	F-5663/10	Balidon	comprimidos	0.25 mg	30	P
157	Zolpidem hemitartrato	Chile	F-8391/11	Dormilam	comprimidos recubiertos	5 mg	20	P
158	Zolpidem hemitartrato	Chile	F-8390/11	Dormilam	comprimidos recubiertos	10 mg	20	P
159	Zolpidem hemitartrato	Medipharm	F-15779/11	Damixam	comprimidos recubiertos	10 mg	20	P
160	Zolpidem hemitartrato	Pharma Investi	F-10028/11	Sucedal	comprimidos recubiertos	10 mg	10-20-1000	P
161	Zolpidem hemitartrato	Pharma Investi	F-10029/11	Sucedal	comprimidos recubiertos	5 mg	10-20-1000	P

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro Sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
162	Zolpidem hemitartrato	Raffo - Perilogistics	F-4312/10	Dormosol	comprimidos recubiertos	10 mg	30	P
163	Zolpidem hemitartrato	Sanitas	F-9052/11	Somniprom	comprimidos recubiertos	10 mg	20	P
164	Zolpidem hemitartrato	Novofarma - Sanofi-Aventis	F-9524/11	Adormix	comprimidos recubiertos	5 mg	20	P
165	Zolpidem hemitartrato	Novofarma - Sanofi-Aventis	F-9523/11	Adormix	comprimidos recubiertos	10 mg	30	P
166	Zolpidem hemitartrato	Saval	F-9807/11	Somno	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
167	Zolpidem hemitartrato	Saval	F-9806/11	Somno	comprimidos recubiertos	10 mg	30	P
168	Zolpidem hemitartrato	Saval	F-17445/09	Somno XR	comp. recubiertos de liberación prolongada	12.5 mg	30	P
169	Zolpidem hemitartrato	Pharma Investi - Tecnofarma	F-10360/11	Somnil	comprimidos	10 mg	10 - 30	P
170	Zolpidem tartrato	Novofarma - Sanofi-Aventis	F-16126/07	Stilnox CR	comp. recubiertos de liberación prolongada	6.25 mg	7	P
171	Zolpidem tartrato	Novofarma - Sanofi-Aventis	F-16127/07	Stilnox CR	comp. recubiertos de liberación prolongada	12.5 mg	14 - 28	P
172	Zolpidem tartrato	Recalcine	F-17445/09	Zaviana FS	comprimidos de liberación prolongada	6.25 mg	30	P
173	Zolpidem tartrato	Recalcine	F-17446/09	Zaviana FS	comprimidos de liberación prolongada	12.5 mg	30	P

"Sujeto a Control de Estupefacientes"

E= Estupefacientes

"Sujeto a Control de Psicotrópicos"

P= Psicotrópicos

Productos Comercializados con Drogas Estupefacientes o Psicotrópicas asociadas con otros principios activos: Condición de venta Receta Médica

N°	Principio activo	Establecimiento	Registro sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
1	Clordiazepóxido	Raffo - Penilogisticos	F-15342/10	Libraxin	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
2	Clordiazepóxido	Chile	F-3990/10	Morelin	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
3	Clordiazepóxido	Chile	F-4026/10	Tensolv	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
4	Clordiazepóxido	Sanitas	F- 885/06	Gastrolen	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
5	Clordiazepóxido	Sanitas	F-8851/06	Tiperin	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
6	Clordiazepóxido clof.	Novofarma (Grünenthal)	F-4459/10	Garceptol	capsulas	5 mg	20	P
7	Clordiazepóxido clof.	Medipharm	F-7759/06	Aerogastrol	capsulas	5 mg	20	P
8	Clordiazepóxido clof.	Recalcine	F-2747/09	Lerogin	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
9	Clordiazepóxido clof.	Sanitas	F-1269/08	Profisin	capsulas	5 mg	20	P
10	Clordiazepóxido clof.	Sanitas	F-9007/06	No-Ref	capsulas	5 mg	30	P
11	Clordiazepóxido clof.	Saval	F-5518/10	Antalin	comprimidos recubiertos	5 mg	30	P
12	Clordiazepóxido clof.	Saval	F-2360/09	Aero-Itan	comprimidos	5 mg	20	P
13	Codeína base	Pasteur	F-1212/08	Ramistos	Jarabe	0.5 mg/5 mL	100 mL	E
14	Codeína base y Etilmorfina clof.	Andrómaco	F-1503/08	Codelasa	Jarabe	2.5 mg/5 mL	120 mL	E
15	Codeína fosfato	Andrómaco	F-6603/10	Elitos	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
16	Codeína fosfato	Andrómaco	F-11261/06	Elitos ET	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
17	Codeína fosfato	Andrómaco	F-13881/09	Elitos ET Forte	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
18	Codeína fosfato	Bagó	F-7016/10	Tusigen	Jarabe	10 mg/5 mL	60 - 120 mL	E
19	Codeína fosfato	Chile	F-8378/06	Codetol Infantil	Jarabe	10mg/5 mL	100 mL	E
20	Codeína fosfato	Chile	F-8377/06	Codetol adulto	Jarabe	10mg/5 mL	120 mL	E
21	Codeína fosfato	Chile	F-8379/06	Codetol PM	Jarabe	10mg/5 mL	120 mL	E
22	Codeína fosfato	Farma Esan	F-9287/06	Flemibron	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
23	Codeína fosfato	Glaxo Wellcome	F-2455/09	Actifedrin antitusivo	Jarabe	10 mg/5 mL	100 mL	E
24	Codeína fosfato	Labomed	F-1500/08	Pulmoquin	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
25	Codeína fosfato	Labomed	F-10803/06	Tosilab	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
26	Codeína fosfato	Lafi	F-11041/06	Ciclotos	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
27	Codeína fosfato	Medipharm	F-7736/06	Deucotos	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
28	Codeína fosfato	Pasteur	F-1210/08	Pulmagol	Jarabe	6 mg/5 mL	120 mL	E
29	Codeína fosfato	Pasteur	F-1202/08	Gruben	Jarabe	6 mg/5 mL	60 - 120 mL	E
30	Codeína fosfato	Pasteur	F-2566/09	Broncodeína	comprimidos	3 mg	20 - 500	E
31	Codeína fosfato	Recalcine	F-7424/06	Flemex Jat Forte Adulto	Jarabe	10 mg/5 ml	120 mL	E
32	Codeína fosfato	Recalcine	F-2743/09	Flemex Jat	Jarabe	10 mg/5 ml	120 mL	E
33	Codeína fosfato	Sanitas	F-8950/06	Extosen	Jarabe	10 mg/5 mL	100 mL	E
34	Codeína fosfato	Saval	F-9564/06	Bequlum	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E
35	Codeína fosfato	Andrómaco (Silesia)	F-6809/10	Sedopect	Jarabe	10 mg/5 mL	120 mL	E

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
36	Diazepam	Andrómaco	F-111317/06	Multisedil	comprimidos	2.5 mg	20	P
37	Diazepam	Chile	F-2003/09	Mesolona	comprimidos	2.5 mg	20	P
38	Diazepam	Mintlab	F-7870/06	Promidan	comprimidos	2.5 mg	20	P
39	Diazepam	Pasteur	F-14057/09	Diapam	comprimidos	2.5 mg	20 - 30	P
40	Diazepam	Recalcine	F-5791/10	Calmosedan	comprimidos	2.5 mg	30	P
41	Diazepam	Recalcine	F-1843/08	Sedantol	comprimidos	2.5 mg	30	P
42	Diazepam	Recalcine	F-1622/08	Cardio Sedantol	comprimidos	2.5 mg	20	P
43	Diazepam	Sanitas	F-9045/06	Sedlit	comprimidos	2.5 mg	20 - 30	P
44	Fenobarbital	Chile	F-3862/10	Abalgin	soluc. p/gotas orales	15 mg/mL	10 mL	P
45	Fenobarbital	Lafi	F-365/08	Valpin	soluc. p/gotas orales	1.6 mg/mL	10 - 25 mL	P
46	Fenobarbital	Lafi	F-366/08	Valpin	comprimidos	8 mg	25	P
47	Fenobarbital	Medipharm	F-7761/06	Bufacyl	soluc. p/gotas orales	1.6 mg/mL	10 - 20 mL	P
48	Fenobarbital	Mintlab	F-15191/10	Baldmin	soluc. p/gotas orales	6 mg/mL	15 mL	P
49	Fenobarbital	Sanitas	F-3558/10	Sinpasmon	soluc. p/gotas orales	6 mg/mL	20 mL	P
50	Meprobamato	Sanitas	F-1246/08	Butartrol	comprimidos	100 mg	20	P

Nº	Principio activo	Establecimiento	Registro sanitario	Especialidad farmacéutica	Forma farmacéutica	Dosis	Presentación x envase	Producto
51	Meprobamato	Sanitas	F-3289/10	Butartrol forte	comprimidos	100 mg	10	P
52	Oxazepam	Andrómaco	F-2354/09	Novalona	cápsulas	10 mg	20	P

E= Estupefacientes

"Sujeto a Control de Estupefacientes"

★

P= Psicotrópicos

"Sujeto a Control de Psicotrópicos"

★

CAPÍTULO IV

RECOMENDACIONES PARA UNA MEDICINA SEGURA

1. PROTOCOLO: ¿QUÉ HACER EN CASO DE SUFRIR ACOSO LABORAL O SEXUAL? PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Por: Unidad de Defensa Laboral Médica, UDELAM.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Defensa Laboral Médica tiene encargada entre sus competencias, la defensa de los médicos y médicas que lamentablemente experimentan el acoso sexual y laboral.

Dada la relevancia, complejidad y el especial tratamiento que debe darse en estos casos, resulta esencial contar con un instrumento que permita exponer en términos comprensibles los conceptos de acoso laboral y sexual, las conductas que configuran cada uno de ellos, así como la denuncia y los trámites posteriores a ella.

Nuestro país, a nivel internacional es uno de los países con las mayores jornadas de trabajo, sin distinguir si la persona se desempeña en el sector público o privado. Ello implica que, en proporción a otras actividades, la mayor parte del día transcurre en los lugares de trabajo.

De este modo, se vuelve indispensable desplegar todas las herramientas necesarias, con el fin de propender a relaciones de trabajo fundadas en un trato digno, respetuoso y tolerante entre quienes comparten diariamente su ambiente laboral, tendiendo finalmente a una mejora en la calidad de vida de los profesionales de la salud.

El presente documento, tiene la finalidad de informar a los médicos y médicas en esta materia, tanto en lo relativo a sus derechos, así como las vías por las que ello puede realizarse. Del mismo modo, es a través de la información, pretende evitar la comisión de estos actos, promoviendo el respeto por la dignidad de toda persona en su ambiente laboral.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SUFRIR ACOSO LABORAL O SEXUAL? TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO: CÓDIGO DEL TRABAJO

1. ¿QUÉ ES EL ACOSO LABORAL?

Conforme al artículo 2 del Código del Trabajo, se entiende como acoso laboral, toda conducta que constituya agresión u hostigamiento reiterados, ejercida por el empleador o por uno o más trabajadores, en contra de otro u otros trabajadores, por cualquier medio, y que tenga como resultado para el o los afectados su menoscabo, maltrato o humillación, o bien que amenace o perjudique su situación laboral o sus oportunidades en el empleo.

2. ¿QUÉ ES EL ACOSO SEXUAL LABORAL?

La Organización internacional del Trabajo define el acoso sexual como *un comportamiento en función del sexo, de carácter desagradable y ofensivo para la persona que lo sufre*.

Por su parte, el artículo 2 del Código del Trabajo, conceptualiza el acoso sexual como una conducta contraria a la dignidad humana, siendo definido como “el que una persona realice en forma indebida, por cualquier medio, requerimientos de carácter sexual, no consentidos por quien los recibe y que amenacen o perjudiquen su situación laboral o sus oportunidades en el empleo”.

En términos más simples, el acoso sexual laboral son todos aquellos requerimientos de carácter sexual, que se realicen de cualquier forma y por cualquier medio, en forma indebida, por una persona en contra de otra, quien los recibe y no los consiente. Además, estas conductas deben amenazar o perjudicar la situación laboral o las oportunidades en el empleo de la víctima de acoso.

3. ¿QUIÉN PUEDE REALIZAR CONDUCTAS CONSTITUTIVAS DE ACOSO LABORAL O SEXUAL?

El acoso, tanto el laboral como el sexual, pueden provenir por parte del empleador, jefatura, un colega o par, así como de personas que se encuentren bajo la víctima dentro de la jerarquía de la empresa o institución.

En cuanto al acoso sexual, además, es necesario tener presente que los requerimientos no consentidos pueden ser realizados de un hombre a una mujer, de mujer a hombre, o entre personas de un mismo sexo.

4. REQUISITOS QUE DEBEN CONCURRIR PARA QUE EXISTA EL ACOSO LABORAL.

Para que exista efectivamente una situación de acoso laboral, se deben cumplir al menos tres circunstancias:

- a) La acción de hostigamiento o acoso debe ser sistemática y persistente. Por lo tanto, no constituyen acoso laboral los conflictos ocasionales o esporádicos.
- b) Los efectos que sufran las personas acosadas deben ser claros y evidentes, a nivel físico y psicológico y pueden presentarse en diferentes grados.
- c) La existencia de diferencias de poder: formal (de un superior o jefatura) o informal (entre colegas o subordinados).

5. CONDUCTAS QUE PUEDEN CONSTITUIR ACOSO LABORAL

A modo ejemplar, pueden constituir conductas abusivas, las siguientes:

- Gritar, avasallar o insultar a una persona, cuando está sola o en presencia de otros.
- Amenazar o coaccionar a una persona de manera continua, entendiendo por tales acciones, ejercer fuerza o violencia física o psíquica sobre una persona para obligarla a decir o hacer algo contra su voluntad.
- Tratar a una persona de una manera diferente o discriminatoria, usar medidas exclusivas contra ella, con vistas a estigmatizarle ante otros compañeros o jefes.

- Ignorar o excluir a una persona, hablando solo a un tercero presente, simulando su inexistencia o su no presencia física en el lugar de trabajo o en las reuniones a las que asiste.
- Difamar a una persona, extendiendo por el lugar de trabajo rumores maliciosos o calumniosos que menoscaban su reputación, su imagen o su profesionalidad.
- Criticar continuamente el trabajo, ideas, propuestas o soluciones de una persona.
- Sobrecargar selectivamente a una persona con mucho trabajo.
- Asignar tareas, objetivos o proyectos que son inalcanzables o imposibles de cumplir, en razón del tiempo u otros factores.
- Modificar las atribuciones o responsabilidades del puesto de trabajo de una persona, sin informarle nada.
- Quitar funciones de responsabilidad a una persona, a cambio de ofrecerle tareas rutinarias o incluso no asignarle trabajo alguno.
- Retener información crucial para el trabajo de una persona, o manipularla para inducirle a error en su desempeño laboral, y acusarle después de negligencia o faltas profesionales.
- Ignorar los éxitos profesionales de una persona o atribuirlos maliciosamente a otros o a elementos ajenos a ella, como la casualidad, la suerte, entre otros.
- Castigar duramente a una persona o impedir cualquier toma de decisiones o iniciativa personal en el marco de sus atribuciones.
- Ridiculizar el trabajo de una persona, sus ideas o los resultados obtenidos ante los demás trabajadores, caricaturizándolo o parodiando.
- Animar a otros compañeros de trabajo a participar en cualquiera de las acciones anteriores mediante la persuasión, la coacción o el abuso de autoridad.

En el mismo sentido, es necesario tener presente que no constituyen acoso laboral, entre otras, las siguientes conductas:

- Tener un mal día en el lugar de trabajo.
- Tener un jefe o un compañero de trabajo con una personalidad difícil.
- Tener un problema puntual con un jefe o algún compañero de trabajo.
- Tener una temporada de mucho trabajo.
- Estar estresado.

6. VÍAS POR LAS QUE SE PUEDE COMETER EL ACOSO SEXUAL.

La Dirección del Trabajo ha establecido que las conductas constitutivas de acoso no se encuentran limitadas a acercamientos o contactos físicos, sino que incluiría cualquier acción del acosador sobre la víctima que pueda

representar un requerimiento de carácter sexual indebido, el que pueda producirse por cualquier medio, incluyendo las propuestas verbales, correos electrónicos, llamadas telefónicas, cartas o misivas personales, mensajes de texto, etc.

7. CÓMO IDENTIFICAR LA CONDUCTA QUE CONSTITUYE ACOSO SEXUAL:

Antes de realizar una denuncia por acoso sexual, en primer lugar es necesario identificar la conducta, la que puede ser:

- Chantaje: Si se condiciona la obtención de un beneficio laboral, como por ejemplo, un aumento de sueldo, ascenso, la mantención del trabajo, mediando un acto de carácter sexual.
- Manifestación de un ambiente laboral hostil: cuando se generan situaciones que intimiden o humillen a la persona víctima del acoso.

De esta forma, los comportamientos que pueden ser constitutivos de acoso sexual pueden ser físicos, verbales o no verbales. De modo ejemplar, pueden considerarse como acoso sexual las siguientes conductas:

- Contacto físico innecesario y no deseado
- Miradas lascivas y gestos relacionados con la sexualidad
- Petición de favores sexuales
- Insultos, observaciones, bromas e insinuaciones de carácter sexual,
- Comentarios, bromas, gestos o miradas sexuales,
- Tocaciones, jalones o pellizcos en forma sexual,
- Restregar a la víctima contra alguien de un modo sexual,
- Propagar rumores sexuales acerca de la víctima,
- Jalar la ropa de manera sexual,
- Mostrar, dar o dejar imágenes sexuales, fotografías, ilustraciones, mensajes o notas sexuales,
- Escritos o mensajes sexuales acerca de la víctima, en paredes de los baños, vestuarios u otros lugares
- Forzar a besar a alguien o a algo más que besar
- Llamar a la víctima “gay” o “lesbiana”
- Espiar mientras se cambia o está encerrada en un sanitario,
- Uso o exhibición de material pornográfico.

Finalmente, para determinar si la conducta constituye o no acoso sexual laboral, incluso estando frente a los actos descritos anteriormente, debe faltar el consentimiento, ya que si la persona responde y acepta libremente por su propia voluntad, no se trataría de una conducta de acoso sexual laboral.

8. ¿CÓMO SE REALIZAN LAS DENUNCIAS POR ACOSO SEXUAL?

Una vez identificada la conducta, la persona afectada deberá hacer llegar su reclamo por escrito a

- A. La dirección de la empresa, establecimiento o servicio, o
- B. A la respectiva Inspección del Trabajo.

De esta forma, es posible seguir dos vías por las que iniciar un procedimiento por acoso:

A) SEGÚN EL REGLAMENTO INTERNO DE LA INSTITUCIÓN:

El Código del Trabajo exige que las empresas o establecimientos con más de 10 trabajadores cuenten con un reglamento interno, el cual deberá regular el procedimiento al que se someterán las denuncias por acoso laboral y sexual, las medidas de resguardo del denunciante y las sanciones aplicables.

En este caso, la investigación ésta debe iniciarse dentro de los 5 días siguientes de realizada la denuncia; y deberá realizarse dentro de un plazo de 30 días, por escrito, bajo estricta reserva y escuchando a ambas partes.

Cuando se termine la investigación deben enviarse los resultados a la Inspección del Trabajo, pudiendo formular observaciones, las que se pondrán en conocimiento del empleador y de las partes, y habiendo plazo de 15 días para implementar las medidas sugeridas o las sanciones que correspondan

B) ANTE LA INSPECCIÓN DEL TRABAJO:

La Inspección del Trabajo realizará la investigación en el caso de que la víctima realice directamente la denuncia, o cuando el empleador deriva el caso a ella.

Esta investigación también deberá realizarse en un plazo de 30 días desde la denuncia, informando de sus conclusiones a las partes involucradas y del empleador. En caso de que se determine la adopción de sanciones, el empleador deberá aplicarla en un plazo de 15 días.

9. ¿QUÉ SON LAS MEDIDAS DE RESGUARDO?

El empleador debe adoptar todas las medidas de resguardo necesarias respecto de los involucrados, por ejemplo, separación de los trabajadores, redistribución de jornada o cualquier otra medida que sea pertinente según la forma en que la empresa se organice.

Sin perjuicio de esas medidas, el empleador también debe resguardar la presunción de inocencia del acusado, es decir, se debe presumir su inocencia hasta que una investigación determine lo contrario.

10. ¿CUÁLES SON LAS SANCIONES, EN CASO DE COMPROBARSE LA EXISTENCIA DEL ACOSO SEXUAL?

El empleador puede adoptar las medidas que se contemplen en el reglamento interno e incluso puede terminar el contrato de trabajo del trabajador infractor, sin derecho a indemnización alguna (artículo 160 N° 1 letra b).

11. POSIBLES EFECTOS DEL ACOSO SEXUAL EN LA VÍCTIMA.

Las consecuencias del acoso sexual son muy significativas para sus víctimas. Aparte de los efectos psíquicos y físicos dañinos que provoca, tales como estrés emocional, ansiedad, depresión y enfermedades físicas, entre otros, la persona afectada corre el riesgo de perder su trabajo o se ve limitada o impedida en el desarrollo de carrera. En consecuencia, el acoso sexual lleva a la frustración, pérdida de autoestima, ausentismo y una merma de la productividad.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Efectos psíquicos y físicos: • Estrés • Ansiedad • Depresión • Ira • Impotencia • Insomnio • Fatiga • Disminución de la autoestima • Úlcera | <ul style="list-style-type: none"> - Efectos sociales • Ausentismo • Despido del trabajo • Renuncia al trabajo • Mal desempeño y disminución de la productividad • Fin de la carrera |
|--|--|

12. ¿CÓMO SE REALIZAR LA DENUNCIA POR ACOSO LABORAL?

En primer lugar, es necesario revisar el Reglamento Interno de la Institución. Si bien el Código del Trabajo exige establecer un procedimiento de denuncias e investigación para el acoso sexual, muchas veces se hace extensivo para el acoso laboral.

En caso de no estar regulado vía Reglamento Interno, es posible realizar la denuncia directamente ante la Inspección del Trabajo. Si el inspector del trabajo constata que hubo una acción contra su dignidad, o no se protegió efectivamente la salud e integridad (sea física o psíquica) del trabajador víctima, podrán aplicar una multa al empleador por no cumplir su deber legal de cuidar la vida y salud del trabajador o por atentar contra su dignidad.

Ahora bien, el inspector del trabajo no tiene facultades legales para solicitar al empleador el cese de la conducta, reparar a la víctima, ni ordenar la imposición de medidas a los acosadores, por lo que muchas veces la solución efectiva del caso se da por la vía judicial, por medio del autodespido con derecho a las indemnizaciones por término de contrato, o a través de acción de tutela por vulneración de derechos fundamentales. En ambos

casos, es el juez el que estima si, de acuerdo a la prueba que se rinda en audiencia, se trata de conductas de tal entidad que fundamentan la necesidad de terminar el contrato de trabajo por medio del autodespido, o que ameriten la protección eficaz del trabajador, ordenando el cese de la conducta y la adopción de medidas de reparación, como ocurre en el caso de la Tutela.

13. ¿CUÁLES SON LAS SANCIONES, EN CASO DE COMPROBARSE LA EXISTENCIA DEL ACOSO LABORAL?

El empleador puede adoptar las medidas que se contemplen en el reglamento interno e incluso puede terminar el contrato de trabajo del trabajador infractor, sin derecho a indemnización alguna (artículo 160 N° 1 letra f).

14. POSIBLES EFECTOS DEL ACOSO SEXUAL EN LA VÍCTIMA.

Las consecuencias del acoso laboral, tanto para quien lo sufre así como para su entorno, tanto laboral como personal, son sustantivas. Muchas veces, terminan en su punto cúlmine con la expulsión o abandono del puesto de trabajo por parte del afectado y un daño en el clima laboral y rendimiento de la empresa.

El acoso laboral tiene un efecto dañino sobre la autoestima de las personas afectadas, pudiendo crear severas dificultades de reinserción posterior a la experiencia; puede pasar mucho tiempo antes de que pueda recuperarse la capacidad productiva lesionada y reestablecerse la motivación y seguridad para retomar el trabajo.

Lo que distingue a una enfermedad que pudo ser originada por el acoso con cualquiera otra relacionada con condiciones de trabajo difíciles o incluso violentas, es la humillación y el ataque a su dignidad que padece la víctima, la vergüenza de haber sufrido tal ataque y no haber sabido qué hacer o haber permitido que las trataran así. A las víctimas les avergüenza haber sido víctimas y se sienten culpables de lo que les sucede.

La agresión suele hacerles perder los límites de su espacio psíquico; ya no saben lo que es normal y lo que no lo es; lo que es fruto de su propia fragilidad y lo que se debe a la destructividad del agresor. Viven aterrorizadas y acaban por desequilibrarse.

Este desequilibrio se produce muchas veces a nivel psicosomático; al no poder expresarse verbalmente incide a través del cuerpo. Pueden surgir estados depresivos graves conducentes incluso al suicidio. La víctima no se deprime porque previamente era una persona enferma o frágil sino porque la han privado de autoestima, la han inducido a pensar que no vale nada.

A más largo plazo, mientras más se prolongue el acoso y cuanto más frecuentes sean los ataques, mayor será el riesgo de que se produzca un estado de estrés post-traumático en la víctima. En ese caso, se revivirá constantemente el acontecimiento traumático mediante recuerdos o sueños repetitivos, produciéndose una sensación de angustia permanente.

Por otra parte, la víctima de acoso suele manifestar reacciones de evitación y procura no pensar en el trauma, ni hablar de él. Esto es una especie de fobia de evitación de todo lo que recuerda la agresión y puede conducir a una actitud de alejamiento temporal o definitivo de todo lo relacionado con el área laboral o profesional. Al mismo tiempo, se reduce el interés por actividades que antes interesaban a la víctima, se experimenta sensación de poco apego a los demás, distancia y restricción de los afectos, que puede tener graves repercusiones sobre la vida personal y familiar.

15. ¿QUÉ PROTECCIÓN TIENEN LOS MÉDICOS QUE SE DESEMPEÑAN A HONORARIOS?

Los médicos que se desempeñan a honorarios, tanto en el sector público como privado, no tienen el mismo grado de protección que los trabajadores o funcionarios.

Sin perjuicio de ello, en caso de existir acoso en cualquiera de sus dos variantes, y suceden en un Establecimiento de Salud Pública o Municipal, es posible presentar la denuncia ante la institución, de la misma forma anterior. La diferencia reside en que no podrá solicitar la adopción de las medidas de protección señaladas en los puntos anteriores.

En el caso de que el acoso suceda en el sector privado de salud, no es posible aplicar las disposiciones del Código del Trabajo, sin perjuicio de lo cual, al tratarse de conductas contraías a la dignidad humana, existen otras vías de protección, las que se deben analizar con la respectiva asesoría legal.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SUFRIR ACOSO LABORAL O SEXUAL? TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD: ESTATUTO ADMINISTRATIVO Y ESTATUTO ADMINISTRATIVO PARA FUNCIONARIOS MUNICIPALES

1. ¿QUÉ ES EL ACOSO LABORAL?

El acoso laboral se sanciona en el artículo 84 letra m), tanto del Estatuto Administrativo como del Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales. Ambos Estatutos remiten su definición al artículo 2 del Código del Trabajo.

Se entiende como acoso laboral, toda conducta que constituya agresión u hostigamiento reiterados, ejercida por el empleador o por uno o más trabajadores, en contra de otro u otros trabajadores, por cualquier medio, y que tenga como resultado para el o los afectados su menoscabo, maltrato o humillación, o bien que amenace o perjudique su situación laboral o sus oportunidades en el empleo. Este es el concepto que da el artículo 2 del Código del Trabajo

2. ¿QUÉ ES EL ACOSO SEXUAL LABORAL?

La Organización internacional del Trabajo define el acoso sexual como un *comportamiento en función del sexo, de carácter desagradable y ofensivo para la persona que lo sufre*.

Por su parte, el artículo 84 letra L, tanto del Estatuto Administrativo como del Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales, regula entre las prohibiciones, la realización de cualquier acto atentatorio a la dignidad humana, remitiéndose a la definición del Código del Trabajo de acoso sexual.

De este modo, el acoso sexual, según el artículo 2 del Código del Trabajo, es *“el que una persona realice en forma indebida, por cualquier medio, requerimientos de carácter sexual, no consentidos por quien los recibe y que amenacen o perjudiquen su situación laboral o sus oportunidades en el empleo”*.

En términos más simples, el acoso sexual laboral son todos aquellos requerimientos de carácter sexual, que se realicen de cualquier manera y por cualquier medio, en forma indebida, por una persona en contra de otra, quien los recibe y no los consiente. Además, estas conductas deben amenazar o perjudicar la situación laboral o las oportunidades en el empleo de la víctima de acoso.

3. REQUISITOS QUE DEBEN CONCURRIR PARA QUE EXISTA EL ACOSO LABORAL.

Para que exista efectivamente una situación de acoso laboral, se deben cumplir al menos tres circunstancias:

- A. La acción de hostigamiento o acoso debe ser sistemática y persistente. Por lo tanto, no constituyen acoso laboral los conflictos ocasionales o esporádicos.
- B. Los efectos que sufran las personas acosadas deben ser claros y evidentes, a nivel físico y psicológico y pueden presentarse en diferentes grados.
- C. La existencia de diferencias de poder: formal (de un superior o jefatura) o informal (entre colegas o subordinados).

4. CONDUCTAS QUE PUEDEN CONSTITUIR ACOSO LABORAL

A modo ejemplar, pueden constituir conductas abusivas, las siguientes:

- Gritar, avasallar o insultar a una persona, cuando está sola o en presencia de otros.
- Amenazar o coaccionar a una persona de manera continua, entendiendo por tales acciones, ejercer fuerza o violencia física o psíquica sobre una persona para obligarla a decir o hacer algo contra su voluntad.
- Tratar a una persona de una manera diferente o discriminatoria, usar medidas exclusivas contra ella, con vistas a estigmatizarle ante otros compañeros o jefes.
- Ignorar o excluir a una persona, hablando solo a un tercero presente, simulando su inexistencia o su no presencia física en el lugar de trabajo o en las reuniones a las que asiste.
- Difamar a una persona, extendiendo por el lugar de trabajo rumores maliciosos o calumniosos que menoscaban su reputación, su imagen o su profesionalidad.
- Criticar continuamente el trabajo, ideas, propuestas o soluciones de una persona.
- Sobrecargar selectivamente a una persona con mucho trabajo.
- Asignar tareas, objetivos o proyectos que son inalcanzables o imposibles de cumplir, en razón del tiempo u otros factores.
- Modificar las atribuciones o responsabilidades del puesto de trabajo de una persona, sin informarle nada.
- Quitar funciones de responsabilidad a una persona, a cambio de ofrecerle tareas rutinarias o incluso no asignarle trabajo alguno.
- Retener información crucial para el trabajo de una persona, o manipularla para inducirle a error en su desempeño laboral, y acusarle después de negligencia o faltas profesionales.

- Ignorar los éxitos profesionales de una persona o atribuirlos maliciosamente a otros o a elementos ajenos a ella, como la casualidad, la suerte, entre otros.
- Castigar duramente a una persona o impedir cualquier toma de decisiones o iniciativa personal en el marco de sus atribuciones.
- Ridiculizar el trabajo de una persona, sus ideas o los resultados obtenidos ante los demás trabajadores, caricaturizándolo o parodiando.
- Animar a otros compañeros de trabajo a participar en cualquiera de las acciones anteriores mediante la persuasión, la coacción o el abuso de autoridad.

En el mismo sentido, es necesario tener presente que no constituyen acoso laboral, entre otras, las siguientes conductas:

- Tener un mal día en el lugar de trabajo.
- Tener un jefe o un compañero de trabajo con una personalidad difícil.
- Tener un problema puntual con un jefe o algún compañero de trabajo.
- Tener una temporada de mucho trabajo.
- Estar estresado.

5. VÍAS POR LAS QUE SE PUEDE COMETER EL ACOSO SEXUAL.

Las conductas constitutivas de acoso no se encuentran limitadas a acercamientos o contactos físicos, sino que incluiría cualquier acción del acosador sobre la víctima que pueda representar un requerimiento de carácter sexual indebido, el que pueda producirse por cualquier medio, incluyendo las propuestas verbales, correos electrónicos, llamadas telefónicas, cartas o misivas personales, mensajes de texto, etc.

6. CÓMO IDENTIFICAR LA CONDUCTA QUE CONSTITUYE ACOSO SEXUAL:

Antes de realizar una denuncia por acoso sexual, en primer lugar, es necesario identificar la conducta, la que puede ser:

- Chantaje: Si se condiciona la obtención de un beneficio laboral, como por ejemplo, un aumento de sueldo, ascenso, la mantención del trabajo, mediando un acto de carácter sexual.
- Manifestación de un ambiente laboral hostil: cuando se generan situaciones que intimiden o humillen a la persona víctima del acoso.

De esta forma, los comportamientos que pueden ser constitutivos de acoso sexual pueden ser físicos, verbales o no verbales. De modo ejemplar, pueden considerarse como acoso sexual las siguientes conductas:

- Contacto físico innecesario y no deseado
- Miradas lascivas y gestos relacionados con la sexualidad

- Petición de favores sexuales
- Insultos, observaciones, bromas e insinuaciones de carácter sexual,
- Comentarios, bromas, gestos o miradas sexuales,
- Tocaciones, jalones o pellizcos en forma sexual,
- Restregar a la víctima contra alguien de un modo sexual,
- Propagar rumores sexuales acerca de la víctima,
- Jalar la ropa de manera sexual,
- Mostrar, dar o dejar imágenes sexuales, fotografías, ilustraciones, mensajes o notas sexuales,
- Escritos o mensajes sexuales acerca de la víctima, en paredes de los baños, vestuarios u otros lugares
- Forzar a besar a alguien o a algo más que besar
- Llamar a la víctima “gay” o “lesbiana”
- Espiar mientras se cambia o está encerrada en un sanitario,
- Uso o exhibición de material pornográfico.

7. ¿CÓMO SE REALIZA LA DENUNCIA POR ACOSO SEXUAL?

La denuncia debe presentarse por escrito, ante el Jefe Superior del Servicio o el receptor de denuncias determinado en el respectivo Servicio o Institución.

La denuncia deberá contener:

- Nombre de la persona acosadora y su descripción física.
- Precisar el lugar, fecha y hora en que ocurrieron los hechos.
- Identificar posibles testigos.
- Describir los hechos con claridad.
- Describir cómo hizo sentir el incidente a la víctima.
- Mencionar o acompañar, cuando fuere posible, los antecedentes que sirvan de fundamento de la denuncia, los que ayudarán al desarrollo de la investigación que se realizará.

8. ¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO QUE SE SIGUE LUEGO DE LA DENUNCIA POR ACOSO SEXUAL?

De conformidad a la Ley N° 20.005, que incorporó la regulación y sanción del acoso sexual en la Administración Pública del Estado, sin determinar un procedimiento especial, esta infracción deberá investigarse y sancionarse de acuerdo al respectivo Estatuto.

De esta forma, tanto la Ley N° 18.834 sobre Estatuto Administrativo, como la Ley N° 18.883 sobre Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales contemplan la Investigación Sumaria y el Sumario Administrativo como las vías para determinar la responsabilidad administrativa y eventualmente, imponer la respectiva sanción.

A) INVESTIGACIÓN SUMARIA:

La investigación sumaria inicia con la denuncia de la víctima del acoso sexual. Esta se ordena instruir cuando la naturaleza de los hechos a investigar reviste menor gravedad o importancia.

Según el Estatuto Administrativo, el procedimiento debe ser breve, concentrado, fundamentalmente verbal y de lo actuado se levantará un acta general que firmarán los declarantes.

La finalidad de la Investigación Sumaria es verificar la existencia de los hechos, la individualización de los responsables y su participación, si los hubiere.

La investigación es realizada por un funcionario nombrado como investigador, quien indaga los hechos, y al término de ella, deberá emitir una vista o informe, el cual detallará los hechos indagados, fundamentos y conclusiones a las que arribó, proponiendo sanciones al funcionario involucrado (no procede en estos casos la destitución) o el sobreseimiento, es decir, desiste de la investigación por no ameritarse la imposición de sanción.

Ahora bien, si se constatan hechos de mayor gravedad, se pondrá término a la Investigación sumaria y se dispondrá, por la autoridad que ordenó su inicio, se eleve a sumario administrativo.

B) SUMARIO ADMINISTRATIVO.

El sumario administrativo constituye un conjunto de actuaciones formales a cargo del Fiscal, destinado a establecer la efectividad de los hechos materia del mismo y a determinar la participación que los funcionarios pueden haber tenido en ellos y a precisar, cuando corresponda, la consiguiente responsabilidad

El sumario se ordenará instruir por el Jefe Superior del Servicio, previa denuncia de la víctima de acoso. El sumario debe constar por escrito, dejándose constancia de cada una de sus actuaciones, entre ellas, la declaración de la víctima denunciante y el documento donde se formalice la denuncia realizada.

La finalidad del Sumario administrativo es determinar la efectividad de los hechos investigados y comprobar el real grado de participación que pudiese corresponderle a quien estuviere involucrado. El Fiscal debe realizar todas las diligencias legalmente procedentes para establecer los hechos y las eventuales responsabilidades. El sumario termina con la resolución que lo declara cerrado.

La reserva es de la esencia del sumario administrativo, lo que implica que su contenido es secreto hasta la conclusión. Este secreto termina de forma parcial al existir formulación de cargos, es decir, se pone en conocimiento de los funcionarios afectados y/o de sus abogados, para que puedan formular su defensa.

9. ¿QUÉ ES LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES O DESTINACIÓN TRANSITORIA?

De acuerdo al Código del Trabajo, el empleador debe adoptar todas las medidas de resguardo necesarias respecto de los involucrados, por ejemplo, separación de los trabajadores, redistribución de jornada o cualquier otra medida que sea pertinente según la forma en que la empresa se organice.

En el mismo sentido, los Estatutos Administrativo General y para Funcionarios Municipales, establecen que, durante un sumario administrativo, el fiscal sumariante podrá suspender de sus funciones o destinar transitoriamente a otro cargo dentro de la misma institución y ciudad, al o a los inculpadados.

Esta medida terminará al dictarse el sobreseimiento o al emitirse el dictamen del fiscal. Ahora bien, en este último caso, cuando el fiscal sumariante proponga la medida de destitución, podrá decretar que se mantenga la suspensión preventiva o la destinación transitoria, terminando cuando se resuelva de forma definitiva el Sumario Administrativo.

10. ¿CUÁLES SON LAS SANCIONES, EN CASO DE COMPROBARSE LA EXISTENCIA DEL ACOSO SEXUAL?

En caso de comprobarse la existencia de acoso sexual, la persona podrá ser objeto de la medida disciplinaria de a) Censura; b) Multa; c) Suspensión del empleo desde treinta días a tres meses, o d) Destitución, según la gravedad de los hechos comprobados y considerando las circunstancias atenuantes y/o agravantes de su responsabilidad administrativa.

11. ¿CÓMO SE REALIZA LA DENUNCIA POR ACOSO LABORAL?

En primer lugar, es necesario tener presente que se entiende por denuncia, el acto formal que se presenta por escrito y por medio del cual se pone en conocimiento de la autoridad máxima de la institución, un hecho supuestamente constitutivo de acoso laboral.

La denuncia deberá contener:

- Identificación y domicilio del denunciante.
- Narración circunstanciada de los hechos.
- La individualización de quienes los hubieren cometido y de las personas que los hubieren presenciado o que tuvieran noticia de ellos, en cuanto le constare al denunciante.
- Acompañar o mencionar los antecedentes y documentos que le sirvan de fundamento, cuando ello sea posible.

Las denuncias que no cumplan con dichos requisitos, se tendrán por no presentadas.

12. ¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO QUE SE SIGUE LUEGO DE LA DENUNCIA POR ACOSO LABORAL?

Para ello, en primer lugar, debe revisar el reglamento interno de denuncia, investigación y sanción de acoso laboral y/o sexual que existe en cada Servicio, Establecimiento o Institución de Salud. Ellos pueden estar disponibles en la página web institucional o pueden solicitarse en la oficina de recursos humanos. Los manuales de procedimientos pueden presentarse también en forma de “Códigos de Ética o Conducta”.

Estos Manuales varían según el Establecimiento de que se trate, sin perjuicio de lo cual, todos ellos explican lo que debe entenderse por acoso laboral, cuáles son las conductas que lo constituyen y cuál es el mecanismo de denuncia. Resulta importante revisar dicho procedimiento, ya que algunos de ellos contemplan diversos receptores de denuncias: Jefe superior del Servicio, Jefe Superior de la Institución, Receptor de Denuncias designado en el Manual.

Ahora bien, si no hay un procedimiento especial determinado, de conformidad a la Ley N°20.607, que incorporó la regulación y sanción del acoso laboral en la Administración Pública del Estado, se deberá investigar como una infracción funcionaria y sancionarse de acuerdo al respectivo Estatuto.

13. ¿QUÉ PASA CON LAS DENUNCIAS POR ACOSO INFUNDADAS?

De acuerdo a lo señalado en el artículo 125 del Decreto con Fuerza de Ley N° 29, sobre Estatuto Administrativo, el efectuar denuncias de irregularidades o de faltas al principio de probidad de las que haya afirmado tener conocimiento, sin fundamento y respecto de las cuales se constatare su falsedad o el ánimo deliberado de perjudicar al denunciado, acarrearán la aplicación de la sanción administrativa de destitución.

14. ¿SE PUEDE DENUNCIAR ANTE OTRO ORGANISMO EL ACOSO LABORAL Y SEXUAL?

Es posible presentar la denuncia por acoso laboral o sexual directamente ante Contraloría General de la República, cuando se hubieren producido vicios de legalidad que afectaren los derechos que les confiere el respectivo Estatuto, dentro del plazo de diez días hábiles desde que se produzca el hecho.

En términos generales, el Órgano Fiscalizador, frente a denuncias de este tipo, se limita a ordenar a la autoridad máxima del servicio la instrucción de un sumario administrativo.

Ahora bien, si el denunciante somete el conocimiento del asunto a un Tribunal de Justicia, la Contraloría General de la República se inhibe de emitir pronunciamiento en el caso concreto.

15. ¿QUÉ PROTECCIÓN TIENEN LOS MÉDICOS QUE SE DESEMPEÑAN A HONORARIOS?

Los médicos que se desempeñan a honorarios, tanto en el sector público como privado, no tienen el mismo grado de protección que los trabajadores o funcionarios.

Sin perjuicio de ello, en caso de existir acoso en cualquiera de sus dos variantes, y suceden en un Establecimiento de Salud Pública o Municipal, es posible presentar la denuncia ante la institución, de la misma forma anterior. La diferencia reside en que no podrá solicitar la adopción de las medidas de protección señaladas en los puntos anteriores.

En el caso de que el acoso suceda en el sector privado de salud, no es posible aplicar las disposiciones del Código del Trabajo, sin perjuicio de lo cual, al tratarse de conductas contraías a la dignidad humana, existen otras vías de protección, las que se deben analizar con la respectiva asesoría legal.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SUFRIR ACOSO LABORAL O SEXUAL? MÉDICOS CURSANDO PROGRAMAS DE FORMACIÓN

¿CUÁL ES LA PROTECCIÓN QUE TIENEN LOS MÉDICOS RESIDENTES?

Los médicos que se encuentran cursando algún programa de formación, tienen la particularidad de tener una doble dependencia. Por una parte, dependen del Establecimiento de Salud donde deben desarrollar las actividades asistenciales propias de su formación. A su vez, dependen de la Universidad donde se imparte el respectivo programa de formación.

1. ACOSO LABORAL O SEXUAL EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Cuando la persona acosadora es un funcionario del establecimiento de salud, la denuncia por acoso sexual o laboral debe presentarse en los mismos términos que un funcionario, es decir, mediando denuncia por escrito, e iniciándose investigación sumaria o sumario administrativo, según corresponda.

Si la persona que comete el acoso es un becario, la denuncia puede presentarse directamente a la Universidad que imparte el programa de formación, o a la dirección del servicio de salud, por tratarse de una falta de probidad en los términos del artículo 3 del decreto N°507.

2.- ACOSO LABORAL O SEXUAL EN CENTRO FORMADOR.

En estos casos, el médico que cursa programa de formación deberá presentar la denuncia directamente a la institución, de la forma que establezca el protocolo interno de la Institución o según el reglamento de la respectiva Escuela.

En caso de que la Universidad no tuviese implementado ni regulado de forma especial el sistema de denuncia e investigación de estas conductas, de todas formas, existe protección legal, ya que se trata de conductas contrarias a la dignidad de las personas, por ende, contrarias a la Constitución y a la Ley, siendo necesario recibir asesoría legal pertinente para analizar la vía jurídica.

2. COMUNICACIÓN EFECTIVA EN LA PRÁCTICA MÉDICA PARA LA DESJUDICIALIZACIÓN

Por: Dr. Roberto Verdugo Alarcón

En teoría los médicos comprendemos que la comunicación es altamente relevante en la práctica clínica, pero nuestro desempeño es muy variable. A lo largo de pregrado abordamos explícitamente la comunicación y la relación médico paciente, pero son los estilos comunicacionales entre alumnos, profesores y pacientes donde se va cristalizando la forma de tratar a pacientes y colegas. Los pacientes de médicos más empáticos son más abiertos sobre sus síntomas y temores, son más autónomos y participativos, adhieren más a las indicaciones (Larson, 2005) y recomiendan más a estos profesionales (Hojat, 2010). Por supuesto se sienten más satisfechos con médicos más cálidos (Henry, 2012) y empáticos (Hojat, 2010). Incluso hay evidencia a favor de que el cuidar los aspectos emocionales (Ej. Ser cálido, amistoso o tranquilizador) y cognitivos (Ej. Entregar un diagnóstico claro) disminuye del dolor y acelera la recuperación en algunos cuadros clínicos como la amigdalitis (Di Blasi, 2001). Por otra parte los médicos son más efectivos y disfrutan de mayor satisfacción profesional cuando son más empáticos con sus pacientes (Halpern, 2003; Larson, 2005). Una buena comunicación protege contra reclamos y demandas como lo sugiere el estudio de Levinson, 1997, al analizar grabaciones de atenciones de médicos de atención primaria. Los médicos no demandados presentaban las siguientes características:

Usaban más frases de orientación, educando al paciente sobre que esperar y el orden de la cita.

Se reían y usaban más el humor.

Usaban más facilitadores como solicitar la opinión de los pacientes, chequear su comprensión y alentaban al paciente a hablar.

Usaban 3,3 minutos más en cada consulta (15 /18,3 min).

Incluso en el caso de demandas algunos pacientes desistirían de ellas si hubieran recibido explicaciones y disculpas, si se hubiera admitido el error, si se les hubiera escuchado y tratado respetuosamente y hubieran sido honestos con ellos (Vincent, 1994). Paradójicamente al entrar en contacto con pacientes los alumnos de medicina reducen permanentemente su empatía (Hojat, 2009) lo que en si puede ser un factor de riesgo medicolegal.

La aspiración de no cometer errores en la práctica clínica y no ser cuestionados por nuestros pacientes, colegas o peor aún por nosotros mismos se derrumba con el ejercicio profesional (Ver en www.ted.com Brian Goldman: Doctors make mistakes. Can we talk about that?). También podríamos pensar que los médicos demandados tienen una peor calidad técnica, pero no se ha encontrado ninguna diferencia con sus colegas no demandados (Entman, 1994). Mas bien impresiona que el quiebre en la comunicación médico paciente y la insatisfacción del paciente son factores críticos a la hora de demandar (Levinson, 1994). Los problemas comunicacionales se relacionan con el 70% de las demandas (Beckman, 1994) y con el 50% de los reclamos (Moore, 2011). Al analizar demandas y reclamos se aprecia que los pacientes se sienten abandonados, creen que no se les entregó información adecuadamente y perciben que no fueron entendidos o fueron devaluados en su punto de vista (Beckman, 1994; Moore, 2011; Domino, 2014). Las opiniones de pacientes de médicos que históricamente han acumulado más demandas refieren haberse sentido ignorados, atendidos apresuradamente, en menos tiempo y haber recibido explicaciones inadecuadas (Hickson, 1994).

La fallas en la comunicación con los colegas y el resto del equipo médico están también a la base de demandas

incluso en especialidades con poco contacto con pacientes (Berlin, 2010). Las opiniones de médicos y personal, parcialmente informadas pueden gatillar procesos judiciales.

A continuación proponemos las siguientes recomendaciones comunicacionales:

Preséntese. Salude y despídase del paciente y cada acompañante o familiar. El paciente no sabe necesariamente quien es Ud. ni su cargo. El saludar mirando a los ojos y dando la mano puede ser para muchos pacientes una prueba inicial de credibilidad y honestidad. Nuestras culturas originarias, de las que la mayoría de la población es descendiente, saluda y se despide de cada uno de los asistentes a una reunión. No olvide que al menos el 50% de las demandas en salud son hechas por familiares del paciente (FALMED, 2014)

Haga sentir a cómodo al paciente en todo momento. Recuerde que el buen trato es una impresión subjetiva del paciente. Una sonrisa o una broma no coherente con el estado de ánimo del paciente puede ser interpretada como ironía o frialdad por parte del médico.

Deje que el paciente cuente su historia y escúchela. En medio de una crisis, como es una enfermedad, necesitamos ser escuchados para transitar más fácilmente desde un estado de fragilidad a uno más estable. En casos de emergencia puede que esto no sea posible, pero recuerde que después del episodio crítico ese paciente y su familia necesitan ser escuchados.

Pregúntele por lo que entiende y lo que desea. Pacientes y médicos podemos pensar muy distinto sobre la enfermedad, el enfermar y las formas de sanar. Tomar en cuenta estas diferencias nos ayudará a construir junto al paciente un plan de acción válido para ambas partes.

Verbalice la preocupación y solicitud del paciente. Reflejar brevemente lo que el paciente nos ofrece es una prueba de nuestra comprensión y respeto. A nivel relacional le estoy expresando que es acogido.

Hable clara y constructivamente en un lenguaje coherente con las creencias e instrucción del paciente. Gran parte de los conflictos médico legales se dan por falta de información o por resultados inesperados al tratamiento. Chequee la comprensión del paciente haciendo que repita lo que entendió. Muchos pacientes dicen que han entendido por vergüenza o para no incomodar.

Desarrolle su disposición a negociar. El modelo tradicional biomédico se espera que el paciente adhiera al tratamiento definido por el médico. La gran cantidad de nuevos modelos son reflejo de los cambios en nuestros usuarios. Cada vez más pacientes esperan compartir la toma de decisiones en una relación de reciprocidad con el médico. Negociar implica explorar los temas y expectativas de ambas partes, clarificar el conflicto, identificar metas comunes, considerar opciones posibles y consecuencias respectivas, identificar y explicitar un plan de acción y acordar seguimiento.

No se burle ni rete al paciente. Burlarse del paciente o de algún miembro de su familia puede ser una estrategia para salir de un ambiente tenso o llevar la atención a otra parte. Lamentablemente esto ataca el vínculo médico paciente y puede ser la última acción que se haga con pacientes adolescentes o aquellos que no estén dispuestos a sentirse mal tratados. Retar al paciente puede ser útil para obtener un cambio de actitud a corto plazo, pero nos coloca en una posición de superioridad, autoritaria, paternalista e incluso de maltratador respecto del paciente lo que dificulta el desarrollo de su autonomía, la búsqueda de su salud desde su identidad y en algunos casos es directamente iatrogénico.

Construya con el paciente un plan de acción. Ayúdele a tomar el control. En los reclamos y demandas suele mostrarse lo vivo que está el modelo biomédico tradicional en nuestra población. Se espera del médico una total responsabilidad. En la relación con los pacientes podemos transitar hacia una relación de cooperación.

Detecte y maneje su enojo y molestia con pacientes y familiares. El agotamiento (burnout) pueden manifes-

tarse en rabia e irritabilidad. Tome las medidas necesarias, pedir ayuda puede ser muy sano.

Proponemos las siguientes recomendaciones a instituciones:

Acorde y agende tiempo mínimo necesario por cita. Ej 20 o 30 min. Es prácticamente imposible ser cordial y empático con el tiempo en contra.

Disponga de salas de entrevistas para pacientes hospitalizados y sus familiares. Los espacios de encuentro son fundamentales para expresar emociones. Muchos hospitales publicos tienen salas de reuniones en los sectores de hospitalizados que son usados como bodegas. Devuelva a esos espacios su función original y exija que nuevos proyectos cuenten con ellos.

Vele por que el trato cordial hacia los usuarios y entre el personal. Haga reuniones periódicas en relación al trato y comunicación tanto entre funcionarios como hacia los usuarios. Incluya a las jefaturas y el personal administrativo (Ej SOME). Analice los reclamos. Gran parte de los conflictos clínicos y humanos se evitarían al explicitarlos periódicamente.

Crear protocolos de comunicación. Estos pueden ser muy útiles en casos UCI, Pabellones y unidades con pacientes hospitalizados. Los familiares tiene que ser informados periódicamente. Pregúnteles que saben y después complementa la información. En caso de múltiples familiares un representante principal puede ser útil, pero generalmente no es recomendable excluir al resto de los familiares. Recuerde que ellos están en una crisis.

BIBLIOGRAFÍA

Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154(12), 1365–1370.

Berlin, L. M. (2010). Failure of radiologic communication: An increasing cause of malpractice litigation and harm to patients. *Applied Radiology*, 39(1), 17.

Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., Kleijnen, J., Blasi, Z. Di, ... Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 357(9258), 757–762.

Domino, J., McGovern, C., Chang, K. W. C., Carlozzi, N. E., & Yang, L. J. S. (2014). Lack of physician-patient communication as a key factor associated with malpractice litigation in neonatal brachial plexus palsy. *Journal of Neurosurgery*, 13(2), 238–42.

Entman, S. S., Glass, C. a, Hickson, G. B., Githens, P. B., Whetten-Goldstein, K., & Sloan, F. a. (1994). The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric care. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 272(20), 1588–91.

Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine*, 18, 670–674.

Henry, S. G., Fuhrel-Forbis, A., Rogers, M. A. M., & Eggly, S. (2012). Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 86(3), 297–315.

Hickson, G. B., & Jenkins, A. D. (2007). Identifying and addressing communication failures as a means of reducing

unnecessary malpractice claims. *N C Med J*, 68(5), 362–364.

Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F., Wender, R., & Gonnella, J. S. (2010). Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *International Journal of Medical Education*, 1, 83–87.

Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J., et al. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(9), 1182-91.

Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*, 293(9), 1100–1106.

Levinson, W. (1994). Physician-Patient Communication. A key to malpractice prevention. *JAMA*, 272(20), 1619-1620.

Levinson, W., Roter, D., Mullooly, J., Dull, V., & Franckel, R. (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277(7), 553–559.

Moore, P., Vargas, A., Núñez, S., & Macchiavello, S. (2011). Un estudio de reclamos hospitalarios: el rol de la relación médico-paciente. *Revista Médica de Chile*, 139(7), 880–885.

Vicent C., Young M., Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patiens and relatives taking legal action. *The Lancet*. Vol 343, June 25. 1994. 1609 -1613.

3. INSTRUCCIONES ANTE AMENAZAS O AGRESIONES

Recordar siempre que la agresión es una escalada de violencia que generalmente empieza con una agresión verbal y termina en una agresión física.

A. EN CASO DE AGRESIÓN VERBAL:

1. No contestar la agresión.
2. Retirarse del lugar.
3. Activar timbre de emergencia.
4. Informar a Seguridad del Hospital.
5. Informar al Jefe de Servicio o de Unidad para que concurra al lugar.
6. Reportar la agresión verbal como accidente laboral en documento ad - hoc (Ley N° 16.744).
7. Eventualmente informar a Carabineros de Chile o a la fuerza pública.

B: EN CASO DE INTENTO O DE AGRESIÓN FÍSICA EFECTIVA:

b.i Si el agresor es pariente de algún paciente

1. No contestar la agresión.
2. Retirarse del lugar.
3. Activar timbre de emergencia.
4. Informar inmediatamente a Seguridad del Hospital.
5. Llamar a Carabineros de Chile, a la fuerza pública o llamar al 133.
6. Certificar lesiones sufridas y pedir que sean reportadas como accidente laboral (Ley N°16.744).
7. Confeccionar D.A.U. y evaluar eventual traslado a mutual o institución afín.
8. Hospitalizar al médico o funcionario agredido, calificándolo como C2.
9. Suspender la atención de pacientes hasta que se garantice la seguridad del personal.
10. Realizar relato de la agresión inmediatamente e incorporarlo al D.A.U. del funcionario y al libro de novedades.
11. Consignar nombre, RUT y domicilio de testigos de la agresión.
12. Contactar abogado del Hospital y a Falmed al 600 8 Falmed (600 8 325633).
13. Contactar al Director del Hospital.
14. Una vez hecho lo anterior, presentar denuncia o querrela con abogado del Hospital y Falmed
15. Solicitar proceso administrativo.

b.ii Si el agresor es el paciente:**b.ii a) si la agresión es secundaria a patología del paciente**

1. No contestar la agresión.
2. Tomar medidas de contención o aislamiento, previa indicación médica (Artículo 26 Ley N° 20.584).
3. Certificar lesiones sufridas y pedir que sean reportadas como accidente laboral (Ley N° 16.744).
4. Confeccionar D.A.U. del funcionario y evaluar eventual traslado a mutual o institución afín.
5. Informar al tratante o al Jefe de Turno.
6. Consignar el hecho en la ficha clínica del paciente.
7. No se hará denuncia ni querella.

b.ii b) Si la agresión no es secundaria a patología del paciente

1. No contestar la agresión.
2. Retirarse del lugar.
3. Activar timbre de emergencia.
4. Avisar inmediatamente a Seguridad del Hospital.
5. Llamar a Carabineros de Chile, a la fuerza pública o al 133.
6. Informar al Jefe del Servicio para que este proceda a dar el alta disciplinaria (siempre que no ponga en riesgo la vida o salud del paciente (Artículo 35 Ley N° 20.584).
7. Certificar lesiones sufridas y pedir que sean reportadas como accidente laboral (Ley N° 16.744).
8. Confeccionar D.A.U. y evaluar eventual traslado a mutual o institución afín.
9. Hospitalizar al médico o funcionario agredido, calificándolo como C2.
10. Suspender la atención de pacientes hasta que se garantice la seguridad del personal.
11. Realizar relato de la agresión inmediatamente e incorporarlo al D.A.U. del funcionario y al libro de novedades.
12. Consignar nombre, RUT y domicilio de testigos de la agresión.
13. Contactar abogado del Hospital y a Falmed al 600 8 Falmed (600 8 325633).
14. Contactar al Director del Hospital.
15. Una vez hecho lo anterior, presentar denuncia o querella con abogado del Hospital y Falmed.
16. Solicitar proceso administrativo.

4. REQUERIMIENTOS ADMINISTRATIVOS ANTE AGRESIONES

A. NORMATIVA ADMINISTRATIVA APLICABLE

1.- LEY 20.584, SOBRE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONA EN SALUD

Artículo 26.- El empleo extraordinario de las medidas de aislamiento o contención física y farmacológica deberá llevarse a cabo con pleno respeto a la dignidad de la persona objeto de tales medidas, las cuales solo podrán aplicarse en los casos en que concurra indicación terapéutica acreditada por un médico, que no exista otra alternativa menos restrictiva y que la necesidad de su aplicación fuere proporcional en relación a la conducta gravemente perturbadora o agresiva. (...)

Artículo 35.- Todas las personas que ingresen a los establecimientos de salud deberán cuidar las instalaciones y equipamiento que el prestador mantiene a disposición para los fines de atención, respondiendo de los perjuicios según las reglas generales.

Las personas deberán tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean éstos profesionales, técnicos o administrativos. Igual obligación corresponde a los familiares, representantes legales y otras personas que los acompañen o visiten.

El trato irrespetuoso o los actos de violencia verbal o física en contra de los integrantes del equipo de salud, de las demás personas atendidas o de otras personas, dará derecho a la autoridad del establecimiento para requerir, cuando la situación lo amerite, la presencia de la fuerza pública para restringir el acceso al establecimiento de quienes afecten el normal desenvolvimiento de las actividades en él desarrolladas, sin perjuicio del derecho a perseguir las responsabilidades civiles o penales que correspondan. También podrá ordenar el alta disciplinaria del paciente que incurra en maltrato o en actos de violencia, siempre que ello no ponga en riesgo su vida o su salud.

2. ESTATUTO ADMINISTRATIVO

ARTÍCULO 64: SERÁN OBLIGACIONES ESPECIALES DE LAS AUTORIDADES Y JEFATURAS LAS SIGUIENTES:

- a) Ejercer un control jerárquico permanente del funcionamiento de los órganos y de la actuación del personal de su dependencia, extendiéndose dicho control tanto a la eficiencia y eficacia en el cumplimiento de los fines establecidos, como a la legalidad y oportunidad de las actuaciones;
- b) Velar permanentemente por el cumplimiento de los planes y de la aplicación de las normas dentro del ámbito de sus atribuciones, sin perjuicio de las obligaciones propias del personal de su dependencia, y
- c) Desempeñar sus funciones con ecuanimidad y de acuerdo a instrucciones claras y objetivas de general aplicación, velando permanentemente para que las condiciones de trabajo permitan una actuación eficiente de los funcionarios.

Artículo 90. “Los funcionarios tendrán derecho, además a ser defendidos y a exigir que la institución a que pertenezcan persiga la responsabilidad civil y criminal de las personas que atenten contra su vida o su integridad corporal, con motivo del desempeño de sus funciones (...).”

B.- OBLIGACIONES ADMINISTRATIVAS ASOCIADAS

En consecuencia, de acuerdo a la normativa vigente, el trato irrespetuoso grave o los actos de violencia verbal o física en contra de los integrantes del equipo de salud, de las demás personas atendidas u otras personas, dará derecho a la autoridad del establecimiento a:

1. Ordenar el alta disciplinaria del paciente que incurra en maltrato o en actos de violencia, siempre que ello no ponga en riesgo su vida o su salud. El Alta disciplinaria sólo procederá por sus propios actos.

Se consideraran causales de Alta disciplinaria:

- Agresión física o Verbal a funcionarios u otros pacientes por parte del paciente o sus familiares.
- Fuga de paciente.;

1. Requerir, cuando la situación lo amerite, la presencia de la fuerza pública para restringir el acceso al establecimiento de quienes afecten el normal desenvolvimiento de las actividades en él desarrolladas.

C.- REQUERIMIENTOS

En atención a lo anteriormente expuesto, podemos plantear como requerimientos administrativos, las siguientes medidas a adoptar por las jefaturas, a fin de garantizar el adecuado funcionamiento del servicio:

- 1.- clarificar tiempo de espera en servicios de urgencia
- 2.- transparentar categorización con los pacientes
- 3.- transparentar implementación de personal médico y sanitario
- 4.- priorizar los servicios de urgencia hacia la efectiva actividad asistencial de apremio sanitario, vía medidas administrativas tales como:
 - realización de alcoholemias en otros recintos
 - constatación de lesiones en otros recintos
- 5.- implementar puertas de cierre automático
- 6.- contratar personal de seguridad efectivo y eficaz
- 7.- implementar botones de pánico ad-hoc o en subsidio uso de botones de paro para el efecto
- 8.- exigir personal de carabineros de guardia

5. DERIVACIÓN DE PACIENTES

- I. El traslado de un paciente es un acto médico, que como tal debe siempre estar sujeto al criterio profesional de la Lex Artis, siendo el bienestar del paciente el fin primero y último de dicho procedimiento.**
- II. En el traslado de un paciente intervienen al menos 3 estamentos de la atención sanitaria, cuya coordinación es vital para el éxito de dicha gestión. Los estamentos involucrados son el centro derivador, el equipo de transporte y el centro receptor.**
- III. La coordinación y conocimiento previo de todos los involucrados es fundamental para un traslado correcto.**
- IV. La comunicación eficaz con el paciente (y/o pariente) tanto antes como durante y después del traslado es vital para que este se realice de manera efectiva.**
- V. Es recomendable que los médicos conozcan y participen en la elaboración de los respectivos protocolos de traslado. En caso que no existan dichos protocolos, se sugiere solicitar su confección y la elaboración de eventuales check list de transporte, implementación del mismo, en lo técnico y en lo humano.**

DURANTE LA DERIVACIÓN:

- 1. Conozca previamente y domine las normas de traslado de su recinto hospitalario tanto como centro derivador como en calidad de centro receptor.**
- 2. Recuerde que la prioridad es el bienestar del enfermo. Las variables financieras, previsionales o de otra naturaleza deben estar supeditadas al interés superior de su paciente.**
- 3. Pondere de manera exhaustiva la ecuación entre el riesgo que incluye el traslado y el riesgo de actuar sobre el paciente en el recinto. Evalúe y compare la complejidad del recinto clínico versus el procedimiento a realizar. Asegúrese de trasladar a tiempo. Calcule siempre la posibilidad de estabilizar y diferir el traslado versus los riesgos de no trasladar.**
- 4. Explique al propio paciente y/o a sus parientes en términos entendibles por aquellos, las razones que motivan el traslado. Despeje dudas. Mantenga la empatía con el paciente, acompañantes, colegas y resto del equipo.**
- 5. Solicite consentimiento informado para traslado. Asegúrese que la información de la historia clínica esté disponible, completa y clara para quien recibe.**
- 6. Comuníquese siempre y previamente con el colega que recibirá al paciente.**
- 7. Recuerde que su responsabilidad se prolonga hasta la debida recepción del paciente por el médico y el centro que lo recepcionará.**
- 8. Considere las mejores condiciones disponibles y el medio de transporte adecuado para realizar el traslado.**
- 9. Consigne en la ficha clínica el estado en el que se encuentra al momento de enviar/recibir al paciente.**
- 10. Active el protocolo de traslado, deje constancia de cada una de sus acciones, colabore en la celeridad del proceso.**

DURANTE EL TRASLADO:

1. Realice las gestiones y acciones necesarias para que el traslado se produzca con el menor riesgo posible, estabilizando al paciente, monitoreando constantemente sus signos, verificando la complejidad de la ambulancia, etc.
2. Mantenga contacto con el encargado del transporte del paciente.
3. Informe al médico-centro receptor la hora del traslado y las condiciones del paciente.
4. Asegúrese que la información clínica del paciente es remitida junto al propio paciente en el traslado.

DURANTE LA RECEPCIÓN:

1. Una vez recibida la información que le será trasladado un paciente, adopte todas las medidas pertinentes para su adecuada recepción (Cama, requerimientos de oxígeno, etc.).
2. Comuníquese con el colega que envía al paciente, aclare sus dudas y criterios de tratamiento.
3. De ser posible, mantenga comunicación con el encargado del transporte del paciente.
4. Una vez recepcionado el paciente sea cauto en el manejo de información. Evite comentarios indebidos frente a los parientes, acompañantes y otros miembros del equipo de salud.
5. En caso de dudas sobre los tratamientos indicados o criterios de traslado, consulte personal y privadamente con el médico que indicó el traslado. Jamás desestime públicamente las decisiones tomadas.

6. ¿EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS LA POLICÍA PUEDE TOMAR DETENIDO A UN MÉDICO?

Por: Departamento Jurídico Falmed

Si bien son hechos de baja recurrencia, su evento genera gran impacto en la comunidad hospitalaria y capta inmediatamente la atención de los medios de comunicación. La detención de un médico por parte de Carabineros a su vez formula grandes dudas entre los facultativos respecto de las atribuciones que tiene la autoridad policial para efectuar la detención de un facultativo.

El Departamento Jurídico pone a disposición un completo informe que permite comprender las siete circunstancias en que un hecho de estas características puede ocurrir. Sin duda la recomendación básica es contactar al abogado de Falmed mediante 600 8 325633 y no olvidar que tiene derecho a guardar silencio.

1. DETENCIÓN EN CASO DE COMISIÓN DE DELITO FLAGRANTE

Esta norma no solo permite sino que ordena a cualquier policía a detener a cualquier médico que se encuentre cometiendo un delito en cualquier recinto sanitario o cualquier otro lugar, lo que queda a la apreciación del funcionario policial, sin perjuicio de las responsabilidades.

Carabineros ha interpretado que esta norma se aplica al cuasidelito de negligencia médica (art. 491 inciso 1° del Código Penal) lo que no parece ajustado a Derecho, debido a que este ilícito contiene elementos que no pueden apreciarse por los sentidos simplemente.

ARTÍCULO 129, INCISO 2° DEL CÓDIGO PROCESAL PENAL

“Los agentes policiales estarán obligados a detener a quienes sorprendieren in fraganti en la comisión de un delito.”

2. DETENCIÓN POR FALTA DE AUXILIO A LA AUTORIDAD

Esta norma ha sido aplicada por la Policía, la Fiscalía del Ministerio Público y los Tribunales cuando los médicos de hospitales públicos o consultorios municipales no colaboran con los procedimientos policiales o judiciales que implican actos médicos, como la constatación de lesiones (la policía tiene 24 hrs. desde la detención para llevar al imputado ante el juez, art. 131 CPP), realización de peritajes o la suspensión del procedimiento y la aplicación de medidas de seguridad en el caso de enajenados mentales, como sicópatas, esquizofrénicos, alcohólicos crónicos, etc. (arts. 455 y siguientes del CPP).

(ART. 253 INC. 1° DEL CP).

“El empleado público del orden civil o militar que requerido por autoridad competente, no prestare, en el ejercicio de su ministerio, la debida cooperación para la administración de justicia u otro servicio público, será penado con suspensión del empleo en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales.”

3. DETENCIÓN POR DELITO DE “DESACATO” O DESOBEDIENCIA GRAVE AL JUEZ

Los propios Tribunales han resuelto que la desobediencia es grave cuando se refiere a una orden judicial prohibitiva (“quebrantar lo ordenado cumplir”), con la finalidad de desprestigiar la autoridad de los Tribunales de Justicia, sin perjuicio que existan otras formas legales de sanción a la desobediencia, como el arresto y las multas.

(ART. 240 DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL).

“Cumplida una resolución, el tribunal tendrá facultad para decretar las medidas tendientes a dejar sin efecto todo lo que se haga en contravención a lo ejecutado.

El que quebrante lo ordenado cumplir será sancionado con reclusión menor en su grado medio a máximo.”(De un año y medio a cinco años de cárcel).

4. DETENCIÓN POR OBSTRUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

Se consuma con la presentación ante el Ministerio Público, a sabiendas, por parte de algún testigo o perito - la doctrina y la jurisprudencia estiman que este delito no es aplicable al propio imputado - de prueba falsa (declaración o presentación de documentos, ficha médica, por ej.) en una investigación criminal en curso, que tenga la aptitud para provocar una obstrucción grave en el esclarecimiento de un hecho punible o la determinación de sus responsables. Puede bastar la sola mentira para que el Ministerio Público formalice (procese) por este delito.

(ART. 269 BIS INC. 1° DEL CP, EX OBSTRUCCIÓN A LA JUSTICIA).

“El que, a sabiendas, obstaculice gravemente el esclarecimiento de un hecho punible o la determinación de sus responsables, mediante la aportación de antecedentes falsos que condujeran al Ministerio Público a realizar u omitir actuaciones de la investigación, será sancionado con la pena de presidio menor en su grado mínimo y multa de dos a doce unidades tributarias mensuales”. (De dos meses a un año y medio de cárcel)

5. DETENCIÓN POR EL DELITO DE EJERCICIO ILEGAL DE LA PROFESIÓN MÉDICA (ART. 313 A) DEL CP).

Se pena al que engaña al paciente haciéndole creer que es médico, cuando no está titulado.

Los médicos que hayan obtenido su título en el extranjero y deseen ejercer la profesión en Chile, deben solicitar el reconocimiento de su título, la revalidación del mismo, o la autorización respectiva del Secretario Regional Ministerial (SEREMI) de Salud, esta última, sólo para ejercer en el sector público, incluso sin el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM), por lo menos durante un tiempo determinado; de lo contrario podría estar cometiendo el ilícito de ejercicio ilegal de la profesión.

“El que, careciendo de título profesional competente o de la autorización legalmente exigible para el ejercicio profesional, ejerciere actos propios de la respectiva profesión de médico-cirujano, dentista, químico-farmacéutico, bioquímico u otra de características análogas, relativas a la ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano, aunque sea a título gratuito, será penado con presidio menor en grado medio y multa de seis a veinte unidades tributarias mensuales.”(De un año y medio a tres años de cárcel).

Para estos efectos se entenderá que ejercen actos propios de dichas profesiones:

1°. El que se atribuya la respectiva calidad;

2°. El que ofrezca tales servicios públicamente por cualquier medio de propaganda o publicidad;

3°. El que habitualmente realizare diagnósticos, prescribiere tratamientos o llevare a cabo operaciones o intervenciones curativas de aquellas cuya ejecución exige los conocimientos o las técnicas propios de tales profesiones.

Las disposiciones de este artículo no se aplicarán en ningún caso a quienes prestaren auxilio cuando no fuere posible obtener oportuna atención profesional.

En las mismas penas incurrirá el que prestare su nombre para amparar el ejercicio profesional de un tercero no autorizado para el mismo.”

6. CITACIONES.

Si son por escrito y “bajo apercibimiento de arresto o detención” son obligatorias y el médico puede ser arrestado o detenido si es que no concurre ante el Fiscal o el Juez.

Si no tienen estas características, son meras solicitudes de colaboración con una investigación policial en curso, y es planamente voluntario para el facultativo concurrir al llamado policial o no.

En todo caso es pertinente y necesario una vez recibida cualquier citación contactar inmediatamente al abogado FALMED antes de concurrir a cualquier citación.

7. OTRAS SITUACIONES. MÉDICOS EXTRANJEROS.

Durante una investigación criminal por supuesta negligencia médica u otro ilícito pudiera develarse alguna supuesta infracción a la “Ley de Extranjería” (Decreto Ley 1094 del Ministerio del Interior, 1975), lo que eventualmente podría generar detenciones en caso de “rebeldía” del médico.

7. SERVICIOS MÉDICOS Y LIBRE COMPETENCIA: ESTADO ACTUAL Y ALGUNAS CONSIDERACIONES DE RELEVANCIA JURÍDICA

INTRODUCCIÓN

En un sistema social de mercado como el nuestro, se espera que la autorregulación de los agentes económicos busque los niveles de competitividad adecuados para garantizar a la sociedad la correcta asignación de recursos y la correcta retribución de los factores productivos.

En términos sencillos, nuestro sistema espera que los actores del mercado actúen con la debida libertad para alcanzar precios (retribuciones) justas.

Los servicios médicos no escapan de esta lógica, y cada médico de determinada especialidad (y generalmente de determinada localidad) compite con sus colegas para obtener una clientela que le permita alcanzar los niveles de retribución que se esperan. De esta manera, cada médico busca un poder de mercado que le garantice la retribución que estima adecuada por sus servicios.

En un mercado de competencia perfecta, se espera que los competidores alcancen un número tal, que haga totalmente irrelevante el actuar de uno respecto de los otros, y de esta manera, garantizar la libertad acción, o si se quiere, la libre competencia.

Cuando el actuar de los competidores o los particularismos del mercado donde ellos actúan impidan, entorpezcan o restrinjan la libre competencia (como lo sería el caso de coordinación de acción), se produce una falla del mercado, invitando al Estado a intervenir mediante instrumentos de regulación.

En materia de libre competencia los instrumentos de regulación son numerosos, normalmente traducidos en políticas públicas económicas, pero en todo caso, se establecen leyes infraccionales que buscan, como último instrumento, la sanción de conductas anticompetitivas; es el caso del DL N° 211.

Cuando las políticas de prevención fallan, resulta aplicable el marco infraccional, y conductas indeseadas son reprimidas con penas, que actualmente son pecuniarias (o económicas), pero se legisla la idea de restablecer penas privativas de libertad.

Es precisamente en este escenario donde los servicios médicos, como cualquier otro servicio o incluso producto, quedan sujetos al actuar punitivo del Estado el aras de garantizar la libre competencia, bien jurídico de orden público, cuya protección garantiza el normal funcionamiento de todo el sistema económico.

ESTADO ACTUAL

En el DL N° 211 se sanciona expresamente (Artículo 3º.-): El que ejecute o celebre, individual o colectivamente, cualquier hecho, acto o convención que impida, restrinja o entorpezca la libre competencia, o que tienda a producir dichos efectos, será sancionado con las medidas señaladas en el artículo 26 de la presente ley, sin perjuicio de las medidas preventivas, correctivas o prohibitivas que respecto de dichos hechos, actos o convenciones puedan disponerse en cada caso.

En términos simples, si los competidores pierden la autonomía de acción realizando un paralelismo consciente de acción o bien, si coordinan sus prácticas, o bien abusan del poder que les brinda su posición dentro del mercado, (entre otras conductas), desarrollan con ello una conducta reprochada por Estado (y por la sociedad) y se hacen merecedores de una sanción.

Se consideran especialmente como actos anticompetitivos:

- a)** Acuerdos expresos o tácitos entre competidores, o las prácticas concertadas entre ellos, que les confieran poder de mercado y que consistan en fijar precios de venta, de compra u otras condiciones de comercialización, limitar la producción, asignarse zonas o cuotas de mercado, excluir competidores o afectar el resultado de procesos de licitación.
- b)** La explotación abusiva por parte de un agente económico, o un conjunto de ellos, de una posición dominante en el mercado, fijando precios de compra o de venta, imponiendo a una venta la de otro producto, asignando zonas o cuotas de mercado o imponiendo a otros abusos semejantes.
- c)** Las prácticas predatorias, o de competencia desleal, realizadas con el objeto de alcanzar, mantener o incrementar una posición dominante.

Como puede observarse, a primera vista pueda resultar difícil de explicar cómo los médicos pueden realizar actos anticompetitivos, pero lo cierto es que, en la práctica, y atendida la naturaleza del mercado relevante donde los médicos ofrecen y prestan sus servicios, se induce alcanzar actuaciones que restringen, impiden o entorpecen la libre competencia o que a lo menos tienden a producir a dichos efectos.

Un ejemplo de ello lo son la “asociaciones gremiales de médicos”, agrupaciones de especialidades cada día más frecuentes que, además de realizar actos que contribuyen al desarrollo del gremio, se han visto como instrumentos adecuados para alcanzar una posición dominante en el mercado, y en algunas oportunidades, de abusar de dicha posición.

Conceptual y jurídicamente, una asociación gremial de médicos es una asociación lícita, incluso amparada constitucionalmente en el derecho de asociarse, pero económicamente visto, se trata de una reunión de competidores, ya que todos sus miembros ejercen la misma actividad económica, como lo sería, servicios médicos de determinada especialidad.

Visto así, una asociación gremial, lícita desde el punto de vista del Derecho común, resulta ser una agrupación de competidores que a lo menos tiende a provocar efectos anticompetitivos, ya que, es indiscutible, que la reunión de competidores los induce a compartir información económica que va desde la consulta, técnicas o procedimientos, hasta coordinar qué precio se cobra por tal o cual prestación.

Es precisamente este riesgo el que la autoridad económica reprocha y busca reprimir.

Lo anterior es tan cierto que, en los últimos meses, hemos constatado cómo la Fiscalía Nacional Económica ha iniciado investigaciones de asociaciones gremiales de médicos, llegando incluso a formalizar investigaciones en contra de algunas de ellas (caso Antofagasta, caso Valparaíso, caso Talca) e incluso, ha requerido del Tribunal de Defensa de la Libre Competencia la sanción en contra una de ellas (caso Chillán).

Es en razón de lo anterior que Falmed y el Colegio Médico AG ha iniciado una labor informativa y preventiva general a todos médicos para difundir la normativa vigente en libre competencia.

SERVICIOS MÉDICOS Y LIBRE COMPETENCIA

El caso más reciente que permite visualizar la real importancia del problema en el mercado de los servicios médicos es el caso Chillán, donde el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia conoció el requerimiento de la Fiscalía Nacional Económica en contra de la Asociación Gremial de Médicos Ginecólogos Obstetras de Ñuble.-

Este caso permite demostrar cómo una falla del mercado incentiva conductas anticompetitivas en las que puede incurrir una asociación gremial que no cuenta con la asesoría jurídica especializada que exige la contingencia actual.

Como es sabido, los servicios médicos se ofrecen en un mercado muy específico y altamente regulado: el sistema público operado a través del intermediario FONASA, el cual busca que un seguro solidario financie las necesidades médicas de los afiliados; el sistema privado operado a través de Isapres, las que juegan un rol de intermediarios bajo un seguro individual para financiar prestaciones médicas de los afiliados (sea a través de bonos o mediante reembolso); y el sistema privado particular, donde el paciente interactúa directamente con el prestador de los servicios.

En cualquiera de las situaciones anteriores, se espera que los prestadores de los servicios de salud actúen con plena independencia, garantizando con esto la libre competencia y precios justos.

Lamentablemente, pero por así disponerlo la ley, se provoca una falla en el mercado cuando actúa un intermediario, sea FONASA, sea una Isapre, ya que, estos intermediarios concentran la demanda a través de planes o la simple afiliación, y demandan conjuntamente los servicios médicos “en representación” de todos sus afiliados, rompiendo con esto la atomización que se espera que exista en los demandantes.

La justificación de FONASA y de la Isapres es un asunto que escapa a las pretensiones de este informe, pero que puede revisarse en la literatura existente.

Sostenemos que existe una falla en el mercado de los servicios médicos, pues ha sido el propio legislador (la ley) quien ha estimado (quizá con un fin social) que es mejor que los demandantes de servicios médicos actúen concentrados en un intermediario para maximizar la competencia de los oferentes; pero lo cierto es que, lejos de maximizar la competencia, induce conductas anticompetitivas.

Lo anterior es muy fácil de advertir: primero, los intermediarios concentran la demanda de servicios autorizados por la ley, ello les permite manejar la demanda de los servicios médicos e inducir con esto los precios; y; segundo, los oferentes de dichos servicios, los médicos, si desean acceder a la demanda deben ajustarse a los precios que los intermediarios están dispuestos a pagar (dígase Arancel FONASA, o Convenio de Servicios Médicos). Se entiende que con esto se maximiza la efectividad del mercado.

Frente a este mercado, el comportamiento de los agentes económicos ha experimentado un efecto quizá no previsto por el legislador. Descartando por ahora la situación de FONASA, pues entendemos que existe en ella un fin social solidario, en el caso de la Isapres la situación resulta inquietante. Esto último es así, ya que se ha constatado (y es sabido por la naturaleza misma de la aseguradora privada) que ella actúa motivada por un fin económico, fin que se traduce no necesariamente en un bien estar social para sus afiliados, sino simplemente, maximizar su utilidad.

Así, motivada fundamentalmente por la utilidad, la Isapre busca captar afiliados con Planes de Salud dispendiosos, y como contrapartida busca captar la oferta de servicios a precios bajos ajustados a un Convenio de Prestadores.

En la lógica del legislador, esto es muy bueno, pues induce a los prestadores a competir con mejores precios, pero en la práctica, ello no es así, ya que, o bien los prestadores especializados (con poder de mercado) abandonan el sistema y optan por ofrecer sus servicios directamente a sus pacientes (sistema privado particular) o bien, induce las negociaciones para mejorar los precios.

En este último caso también podemos constatar que las negociaciones individuales para mejorar los precios de los servicios de salud resultan dificultosas o bien impracticables, por lo que, la negociación conjunta ha sido

visto como la herramienta adecuada para enfrentar la posición dominante que en el mercado de los servicios médicos han alcanzado las Isapres.

La lógica resulta evidente: si las Isapres pueden concentrar la demanda, los médicos pueden concentrar la oferta.

Sin perjuicio de lo anterior, es precisamente esto lo que genera el efecto anticompetitivo que el Estado busca reprimir.

CASO CHILLÁN

En la provincia de Ñuble, Octava Región, operan 5 Isapres, las cuales hacia el año 2000 lograron capturar la totalidad de los médicos ginecólogos obstetras con Convenios de Prestaciones Médicas cuyo valor pactado se mantuvo inalterado hasta el año 2011.

Los médicos agrupados en una asociación gremial, discutieron y acordaron que no era justo que sus consultas y prestaciones quirúrgicas fueran infravaloradas por la Isapres, y más aún, que dicha valorización se mantuviera inalterada por más de 10 años. Para ello, y en consideración que las negociaciones individuales no obtenía frutos, mandataron al Presidente de la Asociación para terminar (o no renovar) los convenios, y en el mismo acto, comunicar a las Isapres que no operarían con ellas hasta que sus prestaciones fueran revalorizadas al alza.

Como consecuencia de lo anterior, las pacientes no podían comprar bonos, y sólo podían acceder a los servicios ginecológicos a través del sistema privado particular.

Recordemos que la norma dice: “Acuerdos expresos o tácitos entre competidores, o las prácticas concertadas entre ellos, que les confieran poder de mercado y que consistan en fijar precios de venta, de compra u otras condiciones de comercialización, limitar la producción, asignarse zonas o cuotas de mercado, excluir competidores o afectar el resultado de procesos de licitación”.

Como puede apreciarse, la Asociación Gremial no es un acto anticompetitivo *per se*, pero constituye una poderosa herramienta para inducir una práctica concertada entre competidores.

El asunto terminó, como se dijo, en un requerimiento judicial que perseguía obtener la disolución de la asociación gremial e imponer una multa de más 890 UTA (algo así como \$450.000.000).

El Tribunal de Defensa de la Libre Competencia acogió en parte el requerimiento de la Fiscalía Nacional Económica y condenó a los médicos y a la A.G. a pagar multas por haberse constituido en un cartel y haber fijado precios entre competidores.

De dicho fallo se recurrió a la Excma. Corte Suprema de Justicia, cuya resolución ordenó disolver la A.G. y mantener la multa a los médicos.

CONSIDERACIONES DE RELEVANCIA JURÍDICA

En este escenario, resulta de suma importancia promover la educación en temas de libre de competencia en el mercado de las prestaciones médicas, pues se ha constatado que la falla del mercado relevante de los servicios médicos en el sistema privado de la Isapres induce comportamientos anticompetitivos en los médicos, cuestión que puede ser objeto la intervención de la autoridad económica exponiendo a los médicos no sólo a sanciones pecuniarias, sino que además, a sanciones sociales de descrédito. Lo anterior es sin perjuicio de la modificación legal que actualmente se tramita en el Congreso para restablecer las penas privativas de libertad en casos de colusión.

Por ello, es necesario precisar que las asociaciones gremiales no pueden ser utilizadas para negociaciones conjuntas, sea para Isapres, sea para FONASA, sea para los pacientes en el mercado privado particular.

El uso de asociaciones gremiales debe quedar restringida a las actividades propias de gremio, que contribuyan al fortalecimiento o desarrollo de la especialidad, pero nunca como herramienta de negociación o que permita o induzca prácticas concertadas.

Lo anterior resulta plenamente aplicable a las Asociaciones de Funcionarios Médicos, ya que éstas sólo están autorizadas para (entre otras) negociar mejoras salariales dentro de sus contratos de planta y a contrata, pero no fuera de ellos, como ocurría por ejemplo si se incorpora dentro de la negociación a funcionarios a honorarios.

DE ACUERDO AL DOCUMENTO DE PROMOCIÓN EMITIDO POR FNE DENOMINADO “ASOCIACIONES GREMIALES Y LIBRE COMPETENCIA” EMITIDO EN AGOSTO 2011, DISPONIBLE EN FNE.GOB.CL EMANAN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES.

Sí participe de una A.G. cuya misión y objetivos consten por escrito y sean legítimos desde el punto de vista de la libre competencia.

Si tiene dudas respecto de ello, Sí consulte la opinión de un asesor legal que verifique lo anterior.

NO se asocie a una A.G., si ésta no tiene una definición clara y por escrito de su misión y los objetivos que persigue, o si estos fueran o tuvieran un efecto anticompetitivo.

NO siga asociado a una A.G. cuyas acciones no respeten cuidadosamente la misión y objetivos definidos por escrito, o que ampara, promueve y/o lleva a cabo actividades contrarias a la competencia.

Sí recuerde que las empresas deben tomar sus propias decisiones de manera individual, sin discutir con sus competidores respecto de cómo ofrecer o vender sus productos o servicios, o a qué precio o bajo qué condiciones.

Sí evite todo tipo de intercambios de información relevante con competidores y otros miembros de la A.G., dentro o fuera del marco de ésta, sea por escrito, oralmente o a través de acciones no verbales.

NO trate temas o acuerde acciones con sus competidores en el marco de la A.G. o fuera de ésta, independiente de si es verbalmente, por escrito o a través de cualquier acción no verbal, en relación a:

- Cartera de clientes, cartera de proveedores u otros competidores, o respecto a la individualización de alguno de ellos;
- Precios vigentes o futuros, políticas de precios o método de cálculo de éstos, o períodos de cambios de precios y políticas de descuentos;
- Costo presente de productos o servicios, o estimaciones de costos futuros, o bien, márgenes presentes o estimaciones futuras de los mismos;
- Cualquier condición comercial de compra o venta (condiciones de crédito, de pago, descuentos, cobro de servicios o términos para la entrega de productos);
- Presupuestos de productos, componentes, repuestos y servicios;
- Productos o servicios ofrecidos, o propuestas o participación en licitaciones.

Sí participe de reuniones de la A.G. en las que, en todo momento, los temas de discusión y debate sean de naturaleza pro-competitiva, como por ejemplo, mejoras en normas de seguridad o adopción de códigos de seguridad, cambios de los estándares técnicos existentes o adopción de leyes y regulaciones.

NO participe en reuniones de la A.G. u otras reuniones entre competidores que tengan la intención explícita de limitar la competencia en el mercado, o cuyos efectos afecten la competencia en éste.

NO sostenga comunicaciones con sus competidores –ya sea de tipo formal o informal, en horarios de oficina o fuera de este horario– sobre información relevante, desde la perspectiva del DL 211.

SÍ defina previamente qué empleados de la empresa pueden participar en las reuniones de la A.G., evitando en lo posible que aquéllos que trabajan directamente en áreas de comercialización o ventas asistan.

Cuando éstos asistan, SÍ es aconsejable que vayan acompañados del asesor legal de la empresa.

SÍ solicite y tome conocimiento anticipado de la agenda o tabla de temas de toda reunión de la A.G., ya sea reuniones ampliadas o de comités o comisiones, y SÍ asista solamente a aquellas que cubran temas apropiados para tratar con competidores.

NO asista ni participe en reuniones de la A.G., o en otras reuniones entre competidores, si no sabe de antemano cuál es el objeto de la reunión ni que temas se pretenden abordar.

SÍ objete inmediatamente, si en el transcurso de una reunión o evento de la A.G. se levantan o surgen temas de discusión sobre información relevante o que conlleve efectos anticompetitivos.

SÍ manifieste clara y enfáticamente las razones de su objeción y, en caso que la conducta prosiga, abandone inmediatamente la reunión, haciendo notar por alguna vía que usted está dejando el lugar o pidiendo expresamente que quede constancia o registro de ello en actas.

SÍ comunique al asesor legal de su empresa de lo ocurrido y/o manifieste su disconformidad por escrito a la A.G., dejando copia de esta comunicación en sus registros.

NO prosiga en una conversación o comunicación con cualquier competidor si él inicia una discusión o pide su opinión respecto de temas potencialmente anticompetitivos.

NO permita que su silencio lleve a que otros infieran o asuman su consentimiento, acuerdo y/o participación respecto de declaraciones o acciones o conductas anticompetitivas.

SÍ tome notas personales de los temas discutidos y acuerdos alcanzados en las reuniones y sesiones de la A.G. a las que asista, para futuras referencias.

SÍ guarde copias de las agendas, actas, materiales entregados y minutas de todas las reuniones de la A.G., así como de todo intercambio de correspondencia con ésta, a fin de que esté disponible en caso de ser solicitada por el área legal de su empresa o la FNE.

SÍ utilice la información provista por su A.G. que promueva fines legítimos y pro-competitivos.

En caso contrario, SÍ informe a los asesores legales de la empresa y/o comuníquese por escrito con la A.G., explicando los motivos por los que su empresa no está interesada en recibir ese tipo de información, y guarde una copia de esta comunicación en sus registros.

NO solicite información provista por la A.G. que involucre información comercial sensible de los asociados, y en caso de recibirla, no la utilice.

Sí utilice información provista por su A.G., elaborada por ella o por terceros a su nombre, cuando:

- Presente datos agregados de la industria o considere análisis de estos;
- Se refiera a información histórica, presentada como promedios o rangos, sin identificar a ninguno de los asociados;
- Considere cualquier información de dominio público, debidamente sistematizada.

Sí proporcione información a su A.G., en la medida que ésta haya sido evaluada por los asesores legales de su empresa, o como regla general, se refiera a datos históricos de la empresa, en la forma más agregada posible.

NO proporcione ninguna información a su A.G. o a terceras partes en nombre de ésta (por ejemplo, consultores), sin que este requerimiento de información haya sido evaluado por los asesores legales de la empresa. Como regla general, NO entregue a su A.G. (o a terceros en su representación) información sobre aquellos temas comerciales relevantes definidos en este documento.

NO participe de estudios de mercado, encuestas o ejercicios comparativos que lleve a cabo la A.G. (o terceros en su nombre), que por su diseño permita individualizar a los informantes y por esta vía, que tanto su información como la de sus competidores que participan en el estudio, pueda ser identificada.

Sí utilice respecto de terceras partes, como por ejemplo empresas consultoras, los mismos principios generales que rigen su relación con la A.G. y otros competidores, en particular en lo que respecta a compartir información y otros tipos de comunicaciones.

NO utilice terceras partes (por ejemplo, consultores o proveedores) para transmitir información a sus competidores, si ésta no puede ser comunicada directamente sin resultar impropia o ilegal.

Sí proponga y promueva el cumplimiento de las disposiciones legales en materia de libre competencia al interior de su A.G., recomendando, apoyando y fomentando que ésta desarrolle actividades y programas de capacitación sobre este tema para sus asociados al menos una vez al año y cuente, en lo posible, con un programa de cumplimiento de las normas de libre competencia.

8. INTERCULTURALIDAD EN SALUD: PROMOVRIENDO EL LIDERAZGO MÉDICO

INTRODUCCIÓN

Desde la década de 1990 empieza a aparecer la idea de “salud intercultural” para referirse a experiencias como la del Hospital de Maquehue, donde se estableció un modelo de gestión y de atención a partir de las necesidades y demandas que la propia población local fue capaz de visualizar y autogestionar. A fines de la misma década ya se hablaba de salud intercultural en los territorios donde la concentración de población de primeras naciones era notoria y donde era cada vez mas necesario establecer comunicación entre el sistema médico chileno-occidental y el sistema médico de las primeras naciones de cada territorio.

Muchos establecimientos de salud han logrado conocer qué agentes de salud operan en sus jurisdicciones, que prestaciones realizan a la comunidad y como han sido capaces de derivar a nuestro sistema aún sin esperar respuesta formal de nuestra parte, pues el propio paciente les relataba a posteriori que se le dijo y que se le hizo. Desde principios de este siglo el MINSAL viene enunciando cada año el sus manuales de programación que *“ningún sistema médico es capaz por sí sólo de satisfacer la totalidad de las demandas de salud de la población”* y, adelantándose a la firma del convenio Nº 169 de la OIT, realiza una serie de cambios incorporando facilitadores en los hospitales y consultorios, figura que ya venía de la década pasada pero que se establece definitivamente en la red asistencial a principios de la década pasada y que probablemente ha sido la mayor contribución de Chile en materia de salud intercultural en Latinoamérica.

Desde entonces en algunos establecimientos ya se ha logrado formalizar referencia y contrarreferencia de un sistema al otro, partiendo de la premisa que es el paciente quien está al centro y no el propio sistema ni el profesional médico: *todo lo que hagamos en beneficio del paciente vale la pena incorporarlo al proceso curativo con su consentimiento y sin abandonarlo*. No ha sido un proceso fácil, pues ha implicado derribar muchas barreras, mecanismos defensivos que arrastramos desde nuestra formación médica, desde la educación básica y media, desde nuestros hogares y, por qué no decirlo, desde la fundación de nuestro país.

CULTURA E IDENTIDAD CULTURAL

Existen muchas definiciones de cultura y tal vez la que más nos pudiera servir para explicarnos mejor sea ***“complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. Se entiende como una entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización”*** (Park A. *“Introducing Anthropology. An Integrated Approach”*. Mayfield Publishing Company. California, 2000).

Es probable que nunca veamos un átomo, una célula sintetizar proteínas, un campo electromagnético, pero lo aceptamos como cierto porque nuestra cultura nos lo dice a través de expertos, eruditos y especialistas que son capaces de explicarnos cómo y por qué este conocimiento es efectivo y práctico: vemos sus consecuencias y las aprovechamos en nuestro beneficio.

Aquí entonces vale la pena establecer categoría, la cultura posee niveles como diría Foucault, quien reconocía al menos tres “niveles de partición de la cultura”: real, imaginario y simbólico, dejando la puerta abierta para descubrir más de ellos. Otros al menos establecen consenso en dos, que serán materia de este párrafo: una ***dimensión abstracta*** que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje, lo que podría llamarse el mundo de la conceptualización, y una ***dimensión material*** que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos

culturales y normas de relación social entre las personas. Podemos establecer entonces que todo sistema cultural poseerá al menos estas dos dimensiones y si pensamos que todo sistema médico es un sistema cultural, concluiremos entonces que existe un *modelo médico* que conceptualiza y explica los procesos salud-enfermedad y vida-muerte y un *sistema médico* propiamente tal que se manifiesta en la realidad a través de la atención de salud, en el lenguaje médico, en las guías clínicas, en los flujos de derivación, en la estructura, tamaño y equipamiento de los box de atención, etc.

Por otro lado, el proceso de *identidad cultural* es una construcción personal y autodefinición de sentido en lo simbólico y en los usos y costumbres. Aunque distinto de los roles definidos y estructurados por las instituciones y organizaciones de la sociedad donde participa la persona, tiene a esta sociedad y cultura de escenario de fondo. Por ende cada persona posee una cultura individual engranada en una cultura colectiva mayor, con elementos comunes entre todos que refuerzan a diario en las relaciones, funciones específicas para cada uno, instituciones y procesos culturales como celebraciones, ceremonias, manifestaciones artísticas y/o religiosas.

Para que una atención de salud sea funcional (fluida, sin conflictos de marcos conceptuales ni dificultades prácticas) tanto agente de salud como usuario deben poseer la misma cultura, más aún con la presión de tiempo y rendimientos por hora. Una atención disfuncional entonces (conflictiva, con choques conceptuales, incómoda) ocurre cuando la cultura del agente de salud y la del usuario o paciente son distintas y estamos partiendo del supuesto erróneo de que todos entendemos lo mismo cuando intentamos comunicarnos.

Si tenemos una historia personal y colectiva diferente, una cultura diferente e incluso un idioma distinto, creencias o religión diferente, no podemos pretender que la misma fórmula funcionará porque sí nada más, como arte de magia. Tarde o temprano uno de los dos se sentirá incomprendido, menoscabado y el fantasma de la desconfianza amenazará el fundamento y corazón de lo que hacemos: la relación médico-paciente.

DIVERSIDAD ÉTNICA EN CHILE

Si bien nuestro país se ha construido con la llegada de gran cantidad de inmigrantes de varias nacionalidades, cada cultura ha hecho una contribución a la cultura chilena-criolla y todos reconocemos una cultura chilena “promedio” de base, con matices mas personales, familiares e incluso de colectivos algo mayores alrededor de una cultura ancestral contribuyente a la chilena y que denominamos colonias (italianos, alemanes, suizos, españoles, palestinos, judíos, franceses, entre muchos otros). Pero que ocurre con quienes no se autodefinen como chilenos, donde su identidad cultural no se ha construido alrededor del proyecto país que denominamos Chile, aún en el propio territorio de lo que creemos es Chile.

Existen en nuestro país nueve primeras naciones (quechua, aymara, colla, atacameña, diaguita, mapuche, kaweskar, yamana, rapa nui) que superan el millón seiscientos mil y donde la etnia mapuche alcanza el 85% de la población total (Casen 2013). Cada uno de ellos con demandas de salud específicas, incluso dentro de cada una y de acuerdo al territorio específico que habitan. Por otro lado el departamento de extranjería nos informa que existen más de 500.000 extranjeros avecindados en Chile y que de manera más o menos constante demandan atención de salud para patologías que en sus países de origen enfrentan de manera distinta o derechamente no conocemos como hacerlo del todo: comen diferente, beben diferente, viven diferente y por ello se enferman diferente.

Si sólo sumamos estos dos grandes grupos ya existen más de dos millones de personas en nuestro país que **no corresponden con ese “chileno promedio”** en quien pensamos cuando programamos en salud, cuando planificamos o definimos estrategias, cuando destinamos los escasos recursos que nos llegan. Vale la pena preguntarnos si estas diferencias se reflejan en perfiles epidemiológicos distintos, en morbilidades diferentes, en mortalidades diferentes y si estamos dirigiendo nuestras energías y recursos en el sentido correcto para nuestra población objetivo.

ÉXITO EPIDEMIOLÓGICO V/S PERFILES DIFERENCIADOS

Para nadie es un misterio que Japón, Costa Rica y Chile poseen los mejores indicadores de salud del mundo, considerando registros creíbles por supuesto. A diferencia de los países más ricos, el nuestro invierte muchísimo menos y obtiene iguales o mejores resultados que los países de mayores ingresos y por regiones como Europa o Norteamérica. Estamos alcanzando una esperanza de vida que hoy es tema candente con el problema de las jubilaciones, nuestra mortalidad infantil es muy semejante a la de los países más ricos (7 x 1000 nacidos vivos) y, al igual que en el caso de ellos, se concentra cada vez más en aquellos lactantes prematuros y de bajo peso que requieren una infraestructura hospitalaria de alto costo y muy especializada. Es innegable el éxito epidemiológico de nuestro país, que ha servido de parámetro de para señalar a nuestro país como “en vías de desarrollo”. Pero, siendo críticos con las estadísticas, en el mundo de los promedios si tu tienes dos autos y tu vecino ninguno, estadísticamente cada uno tiene el suyo y no se hable más del asunto; del mismo modo, ¿puede ser que los promedios escondan la realidad de las poblaciones de primeras naciones?

Cuando algunos empezamos ha pensar en que algo andaba mal con las estadísticas, que no nos permitían contar con más recursos para enfrentar la abismante realidad en la que trabajábamos a diario, que era necesario desagregar las poblaciones de primeras naciones y elaborar perfiles diferentes fuimos muy criticados y se nos impidió cualquier intento al respecto. Afortunadamente el tiempo nos fue dando la razón desde la década pasada en adelante se han venido construyendo los perfiles diferenciados para cada una de las primeras naciones y por servicio de salud o región, lo que hoy estimamos una herramienta fundamental para saber como pararse ante la realidad del recinto hospitalario en el cual vas a trabajar (web.minsal.cl, www.ministerioriesalud.go.cr).

Las noticias son malas, la pobreza y la postergación se evidencian en cada informe, existe entre tres y cuatro veces más mortalidad infantil en población de primeras naciones respecto de la población general y hay sobremortalidad en general para ellos, superponiéndose patologías transmisible y no transmisibles. No se trata simplemente de un “atraso en su desarrollo” ni de una etapa superada por el resto de nuestros connacionales (incluidos nosotros), pues nunca la vivimos así. Los informes concluyen finalmente que existe **“discriminación estructural de la sociedad chilena, que ha determinado una inequidad acumulada para esta población”**.

El desafío hoy es el **defender no seguir haciendo lo mismo para todos** porque son metas, porque el MINSAL lo dice o porque las jefaturas locales no saben leer la realidad que tiene en frente. El desafío es **salir de las cuatro paredes** del consultorio, del hospital, que no nos dejan enfrentar la salud de las primeras naciones desde su propia realidad multifactorial especial y única.

Hasta ahora la difusión de estos perfiles diferenciados ha sido escasa para los equipos de salud y más aún para los propios protagonistas de esas estadísticas, que reclaman incansablemente dejar de ser objeto de estudio para ser sujetos activos en la construcción de su mejor salud.

SISTEMAS MÉDICOS EN CHILE

Son muchos los sistemas médicos funcionando en el territorio nacional, y cada vez encontramos más personas visitando centros de sanación, consumiendo yerbas orientales (un desafío permanente para nosotros por la siempre probable interacción farmacológica con lo que recetamos) o simplemente practicando alguna actividad física de la cual poco sabemos. Por otro lado acuden a nosotros personas que ya han consultado con otros agentes de salud que diagnostican cosas que algo conocemos pero no se nos enseñó nada en la universidad (empachos, pasmos, aires) y aplican técnicas de tratamiento que ya no logramos entender (ventosas, sangrías, composturas, emplastos, sahumeros, etc.). A esto agreguemos que desde antes de la llegada de los españoles al territorio ya existían culturas habitándolo, que cada tenía su propio modelo interpretativo y sistema médico,

que cada una contaba con sus propios agentes de salud y ellos a su vez con sus propios tratamientos muy diferentes a los que los europeos conocían, y que aún hoy existen y funcionan de manera más o menos parecida.

MODELO MÉDICO OCCIDENTAL

Desde la fundación de Chile y por continuidad histórica se ha promovido y reconocido un sistema médico oficial por sobre los otros. Heredamos no sólo un idioma, sino una estructura de pensamiento que reconoce continuidad con occidente, por cuanto nuestro **modelo de salud** (la ideología detrás de la atención médica) ha seguido la misma evolución que en los países de referencia ha seguido:

Teoría de los Humores (Imhotep 3.000 A.C. – Hipócrates 400 A.C.)

Existen cuatro humores en equilibrio o **eukrasia**: bilis roja (bazo), bilis amarilla (vesícula), flema (linfa y líquido cefalorraquídeo) y sangre. Si uno de ellos prevalece sobre los demás o disminuye respecto de los demás se produce el desequilibrio o **diskrasia**. Cada uno de ellos estaba a su vez en equilibrio con uno de los cuatro elementos de la naturaleza (fuego, tierra, aire y agua) por lo que el entorno natural era valioso dentro de este modelo.

Teoría de las Cualidades Elementales (Galeno, siglo II)

Este autor separó al ser humano de su entorno, pues más que centrarse en los humores se centró en las cualidades que ellos presentaban (húmedo-seco o caliente-frío), contrarrestando el desequilibrio observado con las características contrarias.

Teoría Mecanicista (siglo XVII)

Muchos autores que estudiaron el cuerpo humano ayudaron a construir la mirada mecanicista de la medicina. Vesalys publica **“La Fábrica del Cuerpo Humano”** en pleno desarrollo de la Revolución Industrial y donde la enfermedad es la falla del mecanismo y reparando la falla se restituye la salud. La psiquis no existía por esos tiempos.

Modelo Biomédico (siglo XVIII al XX)

La revolución tecnológico-científica llevó la idea del “mecanismo” hasta el nivel molecular y genético, olvidando la existencia del entorno social, de la psiquis de quien padece la enfermedad y sus familiares.

Modelo Biopsicosocial (siglo XX y XXI).

Si bien el enfoque bio-psico-social ha significado un aporte y parece ser más integrador, en la práctica persisten elementos del modelo biomédico en las especialidades quirúrgicas por ejemplo: sacamos la vesícula y listo, reducimos la fractura y ya, **son otros los que realizarán intervenciones mayores en el estilo de vida, en las determinantes de salud, no los especialistas que no estamos para eso**. El desafío en las especialidades es doble: por un lado soslayar la carencia de especialistas, por otro lograr que la calidad de la atención mejore en términos de resolutivez, pero también de trato.

En suma, en casi 5.000 años de historia, nuestro modelo explicativo ha sufrido cambios profundos y con ellos los diagnósticos y tratamientos específicos. Cada época forjó su propio modelo médico y no a la inversa, que

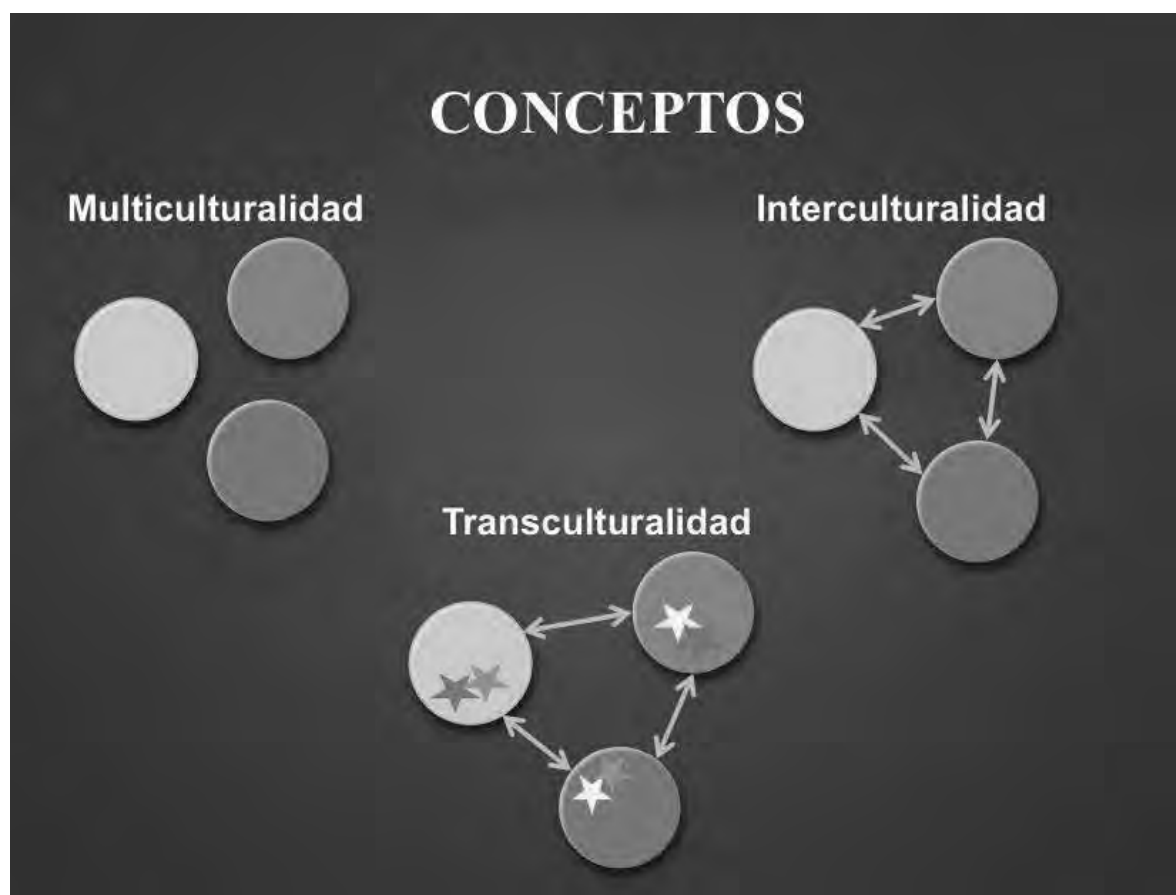
fuera capaz de explicar y a la vez conciliar a la sociedad de ese momento con el individuo que demanda atención de salud.

PLATAFORMA DE INTERCULTURALIDAD

No es lo mismo **interculturalidad en salud**, **complementación en salud** y **pertinencia cultural**, aunque los usen indistintamente. Más bien va en decrecimiento el grado de compromiso y de participación.

Desde la firma del convenio nº 169 de la OIT, las instituciones que existían han quedado chicas para lo que se constituye en un cuerpo legal de peso específico similar a la declaración de derechos humanos o las leyes del tránsito: aplicación inmediata y sin restricciones ni reglamentaciones locales (no hay semáforos rosados ni calipsos).

Esto nos obliga a replantearnos como dialogar con las primeras naciones y que entendemos por interculturalidad.



Multiculturalidad es un concepto estático, que sólo hace referencia a la presencia de dos o más culturas en un mismo espacio, pero no define ni explica las relaciones que pudieran existir entre ellos.

Interculturalidad es un concepto dinámico que se refiere a la existencia de relación entre culturas, pero no necesariamente entre iguales.

Pertinencia cultural sólo implica hacer mas amigable algo que estaba poco claro antes y para que sea mas aceptado, como por ejemplo tener señalética en otros idiomas para que aquel público distinto lo entienda.

Transculturalidad es un concepto que hace referencia a la adquisición de elementos culturales ajenos por parte de una cultura o de varias, concepto que sólo considera la adquisición no impuesta y de primera mano, sin dobleces. No es malo adquirir elementos positivos de otra cultura, que no es lo mismo que sea impuesto o arrebatado de una cultura a otra.

Lo mejor es saber reconocer los elementos culturales propios y ajenos, así como las decisiones que se toman respecto de ellos.

CONTROL CULTURAL		
ELEMENTOS CULTURALES	DECISIONES	
	PROPIAS	AJENAS
PROPIOS	Cultura Autónoma	Cultura Enajenada
AJENOS	Cultura Apropriada	Cultura Impuesta

Bonfil Batalla G. "Implicaciones étnicas del sistema de Control cultural"; en Olive, León. *Ética y diversidad cultural: 196 ss. Fondo de Cultura Económica, segunda edición 2004.*

En este modelo de Control Cultural de Bonfil Batalla, la mayor tensión ocurre con aquellos elementos ajenos cuya decisión o disposición es ajena a la cultura sobre la cual se aplica: vacunaciones, visitas domiciliarias, operativos, etc.

No es menos tenso cuando un elemento cultural propio, como las yerbas medicinales del bosque nativo, es tomado sin mayor permiso y colocado en un contexto de invernadero o huerto (decisión ajena), tornándose entonces en una enajenación de su cultura.

Debemos tener especial cuidado en el trato que le damos a los elementos culturales que no nos pertenecen y que son del ámbito y responsabilidad de nuestros usuarios de primeras naciones. No se trata de no ayudar, sino de no acaparar ni hegemonizar, sólo así tendremos un **proceso intercultural** sano que, a nuestro juicio, debe incorporar cuatro aspectos:

Simetría relacional. Sabiendo que la hegemonía de una cultura sobre otra no define su mayor o menor riqueza cultural, como ocurrió con Grecia y Roma, el primer llamado es a suspender la influencia de esta simetría en nuestra situación personal.

Horizontalidad dialéctica. No se trata de solo repartir tiempos iguales para hablar. Se trata de respetar los códigos y protocolos del otro en su contexto cultural, respetando los tiempos, lugares e interlocutores válidos para el diálogo.

Sintonía. Conociendo los patrones culturales del otro, entendiéndolo y enriqueciendo el propio mundo empáticamente.

Sinergia. Juntos somos más que separados, trabajando en conjunto logramos resultados que solos no podríamos o sería muy difícil.

Existen hoy varias herramientas que sostienen nuestro trabajo en esta área, cuerpos legales que desde la década pasada han venido a normar las actividades de agentes de salud distintos a los del propio modelo hospitalario estatal: Decreto Nº 42/2005 Medicinas Complementarias, Norma Nº 16 Sobre Interculturalidad En Los Servicios De Salud (Resolución Exenta 261/2006), Política de Salud y Pueblos Indígenas (Resolución Exenta Nº 91/2006), Decreto Nº 123/2008 sobre Acupuntura, Decreto 19/2010 sobre Homeopatía, Convenio Nº 169 OIT (Septiembre 2009).

COMPLEMENTACIÓN EN SALUD

Existen puntos de conexión entre los modelos de salud mapuche y occidental si ponemos al paciente en el centro, parece ser más natural en salud mental la articulación, ya que al menos se parte de la base de que cada ser humano tiene el derecho a un lenguaje de símbolos propios que debe respetarse. El modelo occidental no reconoce la existencia de un espíritu como constituyente de la persona, así como le baja enormemente el perfil a la idea de entorno y de la enfermedad como desequilibrio global del individuo, pero sí reconoce la existencia de la psiquis y de patología psiquiátrica.

Existen experiencias positivas en varios puntos del que, con mayor o menor autonomía, han evidenciado la vigencia del sistema médico mapuche y la gran capacidad de adaptación y articulación ante la presencia de otros sistemas de salud.

Conociendo ya los elementos básicos del sistema médico mapuche y entendiendo la existencia de un modelo médico mapuche, las implicancias históricas derivadas de su interacción con el sistema médico occidental chileno y la real presencia e intervención en el proceso curativo de la población mapuche y no mapuche que la requiere a diario, constatamos la existencia de esta pluralidad de modelos y sistemas médicos, así como el carácter práctico que tiene para el paciente el acudir a uno u otro sin mayores problemas.

DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN TERRITORIO MAPUCHE A LA PROPUESTA DE CONSTRUCCIÓN INTERCULTURAL EN SALUD

Un paciente puede ingresar sólo o acompañado de una o varias personas, para lo cual no deberíamos pensar en que obstaculizan la atención, sino que al menos son su red de apoyo. Si la cantidad de gente es imposible para el espacio físico, pudor del paciente o interrumpe la labor del equipo, podemos advertir que son muchos en tan poco espacio y generalmente los familiares se ordenan sin problemas, generalmente quedarán impares con el paciente, pues bajo su mirada es el profesional quien empareja y equilibra. Si es necesario se pacta con la familia y se hace ingresar a algún familiar y sale otro que este dentro a definir con ellos.

No es infrecuente que al preguntar conteste alguien que no es el paciente, esto no obedece necesariamente a un afán dominante por parte de uno o mas familiares, sino a la mirada más integral del grupo, donde se vivencia el proceso de salud-enfermedad colectivamente y donde el paciente pasa a ser el sujeto índice, por quien fluye la enfermedad y, al pasar a un estado de “dejar de ser” llamado kuttanche, no es el mas indicado para hablar de lo que le ocurre, ya que la enfermedad no le permite apreciar la totalidad de lo que le pasa y perturba hasta sus sentidos y/o su capacidad intelectual. El paciente aún así puede hablar, referirnos síntomas y establecer diálogo con nosotros, contenido que es de lectura “entre líneas”, y que necesariamente debe tener

su justo peso en el conjunto de lo que se nos refiere por el resto de la familia.

Durante el examen físico algunos abandonarán el lugar por pudor del afectado, situación que debemos advertir al comunicarles que es necesario que se quite la ropa. En algunos casos el paciente incluso se desnuda mientras sus familiares le rodean y observan, observando incluso el examen físico del médico. No se trata de un proceso de supervisión, sino más bien de un proceso colectivo a partir del médico, a quien “influyen” energía positiva para encontrar la enfermedad. El paciente, en este caso, pierde la vergüenza, ya que el escenario es totalmente diferente al cotidiano y su condición de “no ser” lo pone en situación casi de enajenación transitoria.

Para el médico, la relación médico-paciente es la base de aproximación al paciente, la enfermedad y la curación: todo cuanto hagamos por el paciente y a lo que el acceda libremente es beneficioso si produce un cambio positivo en su salud. No debemos tener problemas en aceptar la asistencia de otros agentes de salud distintos a nosotros si ellos poseen reconocimiento social y cultural. Más aún, el médico debe expresamente sugerir al paciente la posibilidad de ser atendido por un agente de salud mapuche y el equipo establecer un flujograma claro de derivación discutido con los propios agentes de salud y sus comunidades.

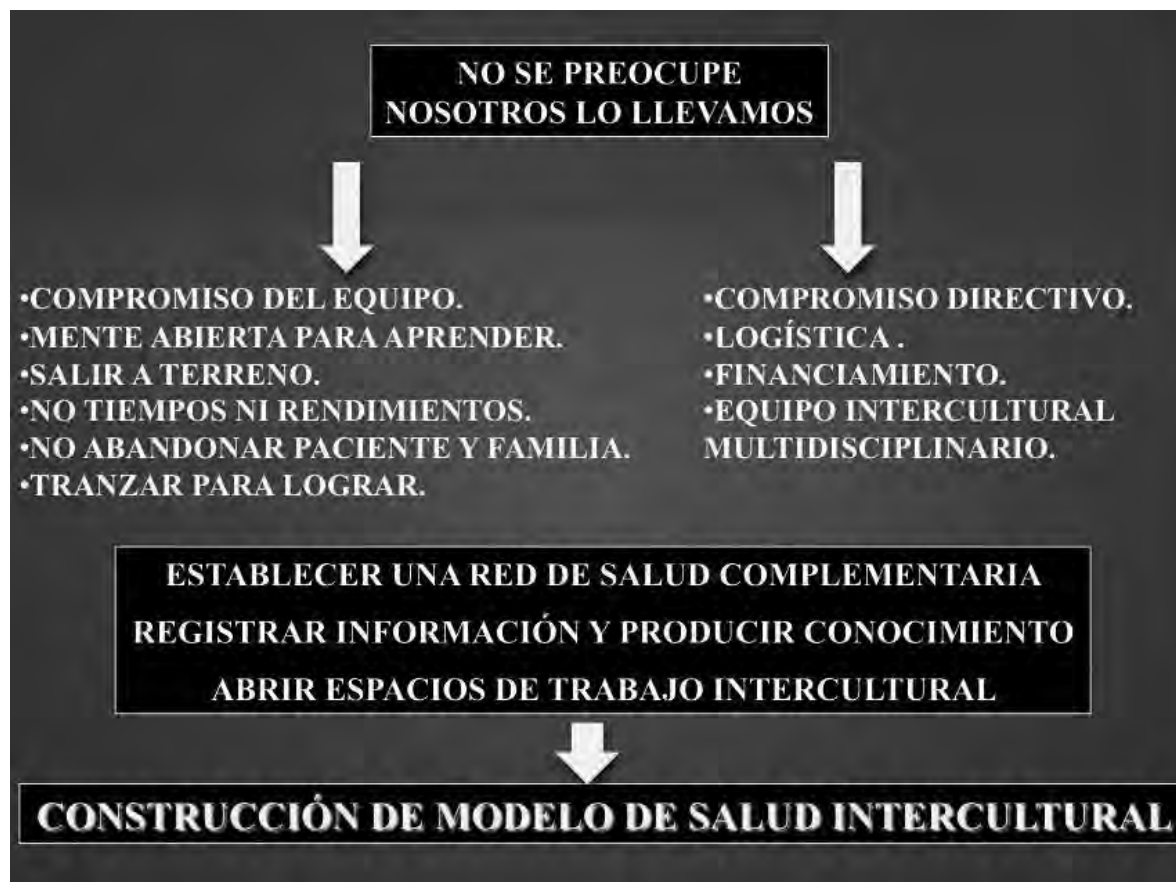
Nuestro quehacer no termina con aceptar que otros agentes existen, sino más bien incorporando la variable, evidenciándola y sopesándola en el conjunto final del tratamiento.

Nos parece que una atención se tornará intercultural a partir de la expresión del propio mundo conceptual del paciente y su familia, evento totalmente falente en la atención médica habitual, y punto de inflexión a la hora de lograr compromiso y apego con nuestros propios tratamientos. Ofrecemos entonces el siguiente “diálogo intercultural” tipo, que nos parece de la mayor pertinencia.



Este diálogo gatillará necesariamente un proceso donde el profesional médico debe participar y liderar clínica y administrativamente, pues las jefaturas resultarán vitales para proseguir y completar el ciclo de atención, que como ven se construye con cada paciente.

La última afirmación implica compromisos y recursos, no mirar rendimientos intramurales, sino iniciar un proceso de construcción de un nuevo modelo en coexistencia y empático.



BIBLIOGRAFÍA

Medicinas y Culturas en la Araucanía. Luca Citarella, Marzo 2000.

Historia de la Medicalización. Michel Foucoul.

Curso Ciencia y Sabiduría Ancestral Mapuche. Armando Marileo Lefío.

El Cautiverio Feliz. Francisco Núñez de Pineda y Bascuñán.

MODELO MÉDICO MAPUCHE

Hace más de 18.000 años atrás vivía gente en el sur de nuestro país, esas personas poseían cultura, conocían de su entorno, vivían de él para alimentarse y también para sanarse si estaban enfermos. Esos primeros habitantes no sólo poblaron el sur de Chile mucho antes de lo que la ciencia nos decía, si no que han logrado proyectar su cultura hasta el día de hoy, a quienes los mapuche se refieren como **kuivikeche** (personas antiguas o paleoindios) y que la ciencia menciona hoy como **El Sitio de Monte Verde (“Monte Verde: Un Asentamiento Humano del Pleistoceno Tardío en el Sur de Chile”**, Tom Dillehay).

Es imposible separar un “modelo médico mapuche” del resto de su patrimonio cultural, ya que se encuentra integrado a tal punto con el resto de las temáticas que resulta imposible delimitar nítidamente salud sin terminar hablando de educación, religión e incluso política.

Debemos tomar en cuenta además, que no existe mucha información elaborada desde el interior de la cultura mapuche para nuestra comprensión, generalmente nos topamos con textos hechos por observadores foráneos.

A nuestros ojos, el modelo médico mapuche se puede fundamentar en:

EXISTENCIA MATERIAL-INMATERIAL.

En el **mapu** (habitat) no sólo existe la diversidad en lo físico y tangible, sino también en lo intangible o inmaterial. Para el mapuche tanto las personas poseen componentes no tangibles, como existen seres “energéticos” con voluntad propia y que carecen casi de corporalidad. El mundo espiritual se mueve en torno a ésta dualidad material-inmaterial, influyendo negativa como positivamente sobre las personas.

LUCHA POR LA MANTENCIÓN DEL EQUILIBRIO-ARMONÍA.

Existe una permanente lucha por la mantención de dicho equilibrio-armonía, expresada en el respeto y sometimiento del mapuche a las normas del **admapu (leyes naturales)**. Su vigencia depende tanto de su conducta individual como de la colectiva, así como del comportamiento del entorno respecto de ellos.

En cada **pentükun** (saludo protocolar que literalmente significa mirarse hacia adentro), es decir en cada encuentro entre personas, existe un momento para preguntarse por su estado de salud y la de sus seres queridos. En este sentido el **pentükun** pasa a ser una autoevaluación constante de las personas acerca de sí mismo, de su familia y de su entorno.

El hecho de que algo o alguien en su comunidad este en condiciones no deseables, afecta al individuo y al grupo; si los cultivos están en malas condiciones, si los animales no tienen pasto suficiente o el bosque es devastado.

SALUD-ENFERMEDAD COMO ESTADOS GLOBALES.

Estar bien (**kümelen**) o estar mal (**wedavelen**) son estados totales del ser humano. Consiste en que el individuo como tal está en equilibrio o desequilibrio consigo mismo y con sus pares, su familia, sus seres más cercanos y queridos. También lo está con su **lov** (entorno social) con su cultura, organización, ambiente, territorio, religión y cosmos.

Niveles de complejidad creciente en el proceso curativo.

La restitución del equilibrio perdido o **mongeneltun** (restitución del equilibrio personal, familiar, comunitario,

ambiental y espiritual) involucra tanto los conocimientos e intervención básica en salud que todo mapuche posee, hasta el conocimiento e intervención máxima depositado en la figura de la **machi**.

El origen de la enfermedad o **kuttan** (kutran) en la cultura mapuche es la transgresión (**yavkan**) contra las normas del universo o **admapu** (leyes naturales). Cuando una persona transgrede estas normas quiebra ese equilibrio y entonces se pre-enferma. La enfermedad es consecuencia del comportamiento del individuo o de un miembro de su familia. La transgresión va tomando forma y se establece como un nuevo ser enquistado y que se alimenta de la vitalidad del doliente, que ahora pasa al estado de **kuttanche** (enfermo).

TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO.

En el ámbito no especializado y más social, el de la familia por ejemplo, las técnicas son menos mágico-religiosas; se aplica más el sentido común y se recurre a explicaciones y métodos más empíricos y sociales.

A medida que la enfermedad requiere de un especialista mapuche, tanto la explicación como las técnicas de diagnóstico son fundamentalmente de corte mágico-espiritual.

Desde el nivel más básico de especialización, la constatación del desequilibrio empieza con la entrevista al afectado y sus familiares, la simple observación directa de su dolencia, su orina y excretas, alteraciones de comunicación y sueño, funcionamiento de aparatos y sistemas (respiratorio, digestivo, circulatorio). El paciente es examinado de manera somera y sin el uso de instrumentales, acción conocida como **malün** y que consta de la revisión del pulso, temperatura y el palpación directa; también se puede observar la orina y excretas en un proceso llamado **willentun**. Se pregunta también acerca de la relación con vecinos y parientes, de sueños malos, de la posibilidad de haber recibido alimentos o bebidas de extraños, entre otras situaciones de riesgo.

De acuerdo a la información recabada hasta aquí, la familia y grupo cercano decide si recurrir a un especialista y que clase de agente sería el más conveniente.

Si se decide avanzar en la complejidad de los métodos diagnósticos, el siguiente nivel incluye un procedimiento llamado **pewutun** o adivinación a través de influjos corporales reflejados en objetos, sean: alimentos como el huevo, mate, ají, azúcar, animales domésticos como gallinas o mascotas, plantas medicinales u otros. Éstos elementos establecen conexión empática con el enfermo y pueden reflejar la enfermedad y hasta ser vehículo de extracción de la misma; son técnicas que utilizan especialistas del nivel básico: **lawentucheve** y **hütamcheve**, quienes realizan un papel protagónico en el tratamiento de enfermedades comunes y no espirituales. Muchos de ellos pueden alcanzar niveles ligeramente más espirituales, ya que pueden tener sueños terapéuticos o premonitorios (**peuma**) o visiones en estados no del todo concientes (**perimontu**).

En el segundo nivel de especialidad encontramos a la **machi**, quien conoce y utiliza técnicas del primer nivel y agrega a ellas su capacidad de tener sueños significativos o **peuma**, así como entrar en trance o **küimün**, a través del cual puede “conversar” con el mundo espiritual y realizar una forma más elevada y espiritual de diagnóstico o **pelotun**: **pelotun willen meu** (por la orina del enfermo, que a diferencia de un **malün**, no busca características físicas), **pelotun kowün meu** (por la saliva), **pelotun takuñ meu** (por la ropa), **pelotun wirin meu** (por la escritura y firma de la persona enferma) y **pelotun wiriad meu** (por dibujos o fotos de la persona, muy polémico esto último).



TÉCNICAS DE TRATAMIENTO.

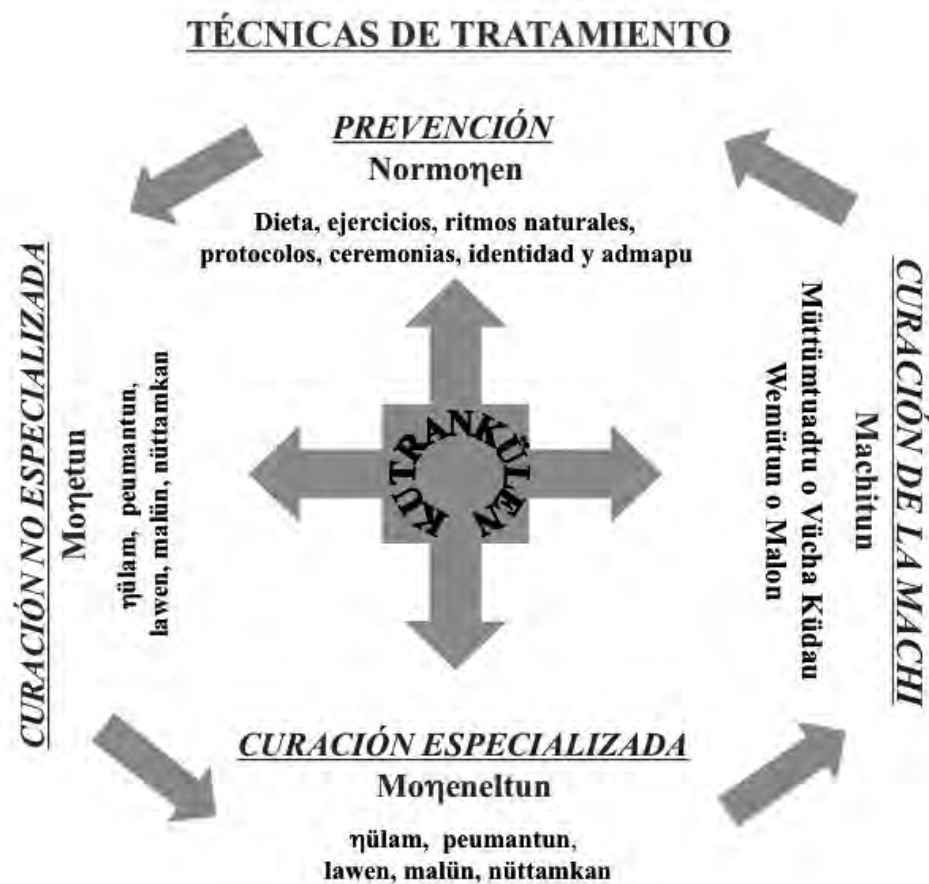
Bajo una mirada integral, la mantención del equilibrio individual y colectivo pasa por llevar una vida equilibrada en todo aspecto y bajo las leyes y normas del admapu, conjunto de conductas denominadas **normohen** y que incluyen: dieta, horarios, expresiones de cariño, preocupación por los demás, autocrítica y participación en la colectividad son fundamentales.

Todo mapuche debe conocer y respetar la historia del pueblo mapuche y de su linaje particular; sus normas, creencias y costumbres, así generales como particulares al lugar donde habita.

Respecto de las costumbres adoptadas por el mapuche desde el mundo winka es donde mejor se nota lo que ha perdido en su salud; hoy el mapuche vive como el winka y se enferma como el winka, y enferma de paso a su sociedad entera. En este sentido, la dieta ancestral mapuche es de singular valor nutricional, con alto contenido en fibra y bajo en colesterol; ya hay experiencias en esta área que incluso demuestran la existencia de comidas aptas incluso para pacientes diabéticos.

Respecto ya de la terapéutica de restitución del equilibrio perdido, lo primero que hace el terapeuta es establecer una relación empática con el doliente y su círculo cercano, muchas veces basta con una técnica no invasiva como el **hülam** (consejo) o el **peumatun** (interpretación de sueños). En otros casos serán necesarios los usos de medicinas o **lawen** (vegetales, humanas, animales, minerales y elementos de la naturaleza) en diferentes preparaciones y dosis. A diferencia del **lawentucheve**, el **hütamcheve** agrega técnicas de inmovilización y ambos pueden utilizar diferentes técnicas de manipulación o **malün**.

La **machi** posee su propia técnica o **machitun**, del cual se pueden distinguir cuatro diferentes maneras que expresan diferentes niveles de complejidad: **Ülutun** (sanación por cantos), **Datun** (diagnóstico espiritual y tratamiento específico en un “nido” de yerbas medicinales donde el enfermo se recuesta), **Vücha Küdau o Mü-trümtuadtu** (machitun doble, con dos machi, para enfermedades muy fuertes) y **Wemütun o Malon** (toma por sorpresa a los espíritus malignos, participan una o más machi, interviene a grupos o lugares físicos como terrenos cargados negativamente, es más largo).



Si comparamos nuestro sistema médico y su red de salud desde la posta hasta el hospital complejo, con el sistema médico mapuche recién presentado, encontramos algunas similitudes respecto de los relevos existentes, pero si dos enormes diferencias: nuestra población interviene en un nivel más básico de detección y tratamiento de patologías; los recursos diagnósticos y terapéuticos son caros y escasos en uno y al alcance de la mano y prácticamente gratis en el otro.

CULTURA ANDINA

Dr. David Montaña Vásquez

La distribución de la población de Primeras Naciones en Chile, según el censo del 2002, según su pertenencia étnica, es heterogénea. El pueblo Mapuche, corresponde a un 87,3% del total de la población que contestó pertenecía a alguna Primera Nación, los aymara (7%) y atacameño (3%). Las Primeras Naciones Colla, Rapanui, Quechua, Yámana y Alacalufe, suman en conjunto un 2,7%.

En las regiones de Chile donde hay alta densidad de población de Primeras Naciones, el médico se encontrará con una cultura distinta a la que conoce y deberá abordar temas para los que hasta hoy no ha sido preparado, realidad en la formación de los estudiantes del área de la salud que puede cambiar.

En las regiones XV, I y II de Chile se encuentran comunidades cuya cultura base es la Cultura Andina. Esta cultura Madre, es milenaria y las comunidades mantienen su visión cultural. Así mismo dentro de sus conocimientos, aún está vigente un sinnúmero de diagnósticos, tratamientos y lo que es mas profundo, una forma distinta de enfrentar las patologías, por lo que el colega se encontrará con situaciones que no comprenderá, pues no conoce la base cultural de la que provienen.

Algunos conceptos con los que se encontrará el médico que asista a las comunidades andinas son:

Pacha: es el TODO, el universo conocido y el desconocido, macro y micro cosmos, exterior e interior. El es masculino y femenino, Pachakamak y Pachamama.

Pachamama: la tierra, como madre, como ser vivo y que permanentemente interactúa con nosotros, sus hijos.

Ayni: la reciprocidad, el dar y recibir. Para recibir, antes hay que dar. No es necesariamente un intercambio directo. Es dar lo que necesita a quien lo necesite.

Ayllu: el grupo humano al cual pertenecemos, habitualmente unido por lazos familiares.

Minka: trabajo comunitario entre ayllu.

Kukamama: la planta de Coca, hoja de Coca, hoja sagrada en la cultura andina. Presente en todas las ritualidades de nuestra cultura y en todas las actividades de la vida.

Existen registros de uso de la hoja de Coca por mas de 4.000 años en las culturas desarrolladas en los Andes, con el aprovechamiento de todos sus beneficios.

Es necesario decir, que al decir "Coca", nos referimos a la hoja de Coca y es completamente inadecuado decir "coca" al referirse a la cocaína, juego idiomático que sólo produce confusión y conceptos erróneos. Kukamama NO es cocaína.

Tata Inti: nombre propio del sol, visto como expresión masculinidad.

Mama Phaxsi: Madre luna, visto como expresión de su femeneidad.

Mamacota (aymara), Mama Kocha (Queshua): grandes extensiones de agua. Se aplica principalmente al mar.



Fotografía: David Montaña Vásquez

ASPECTOS DE LA SALUD EN LA CULTURA ANDINA

La cultura Andina, establece que todas las enfermedades nacen de un *desequilibrio espiritual* del paciente. Este desequilibrio, se produce por una alteración en el mismo paciente por situaciones personales, pero la causa más común es *el desequilibrio a causa de una alteración en su comunidad*. Este concepto es fundamental, pues el paciente de no ser tratado tomando en cuenta este aspecto, será más complejo para el médico ortodoxo, pues probablemente los tratamientos que pueda aplicar surtirán un efecto parcial o nulo en el paciente en cuestión, en especial si son personas mayores, cuyo arraigo cultural es más profundo que en las generaciones más jóvenes, las que recibieron mayor influencia de la ciudad.

Existen dentro de la cultura Andina, diferentes agentes de salud, los cuales han adquirido la habilidad de curar a las personas por distintos medios, siendo uno de los principales, el *“Don”*, es decir, la comunidad reconoce en esa persona la habilidad innata de mejorar a los enfermos. Otra forma, es la adquisición de conocimiento, la

que puede estar sumada al “don” o no. Mediante este proceso, el agente de salud aprende los conocimientos necesarios para tratar a los pacientes. En la familias de las personas que curan, en general hay un ancestro que realizaba la misma función.

Los agentes de Salud en las comunidades Andinas reciben distintos nombres, siendo los mas comunes:

Qulliri: denominación aymara que se refiere q quienes tienen la habilidad de sanar las enfermedades físicas.

Yatiri: denominación aymara que se refiere a aquella persona que es capaz de equilibrar las energías de las personas, entre otras habilidades.

Qusulliri: Partera. Denominación aymara que se refiere a la persona que sabe controlar a las mujeres embarazadas y atender el parto.

Componedor de huesos. Nombre popular que indica la persona que sabe tratar lesiones del aparato locomotor como esguinces, fracturas, contusiones, etc.

Las enfermedades mas comunes que conocerá el médico que atiende a la comunidad andina, son:

- Susto
- Agarradura de Tierra
- Empacho
- Tronchaduras

Como ya se dijo, hoy la población de Primeras Naciones en Chile mas numerosa luego de los Mapuche, es la Aymara. Aún se mantiene el Aymara Aru (idioma aymara), por lo que es necesario conocer la lengua para entrevistar a los pacientes, en especial, como también se dijo en población de mayor edad.

ENTREVISTA MÉDICA:

Chujtasim: tome asiento

Kunamasta? (I región de Tarapacá) o Kamisarakí? (XV Región de Arica y Parinacota): significa como estás?

Kuna sutimax?: como te llamas?

Juma Qawqa maranitasa?: cuantos años tienes?

Kuna Usuta?: que te duele?

Ch’oyo usu?: tos, TBC?

Ch’ojonitati?: tienes tos?

Junt’u usu?: fiebre

Ikit’am: acuéstese

Jisa, jisawa: si, afirmativo

Janiw, janiwa: no, negativo

PARTES DEL CUERPO:

K'UMARA: estado de equilibrio y armonía personal. Persona sana

USU: enfermedad o dolor

P'IQI: cabeza

NAYRA: ojos

LAKA: Boca

LLUQU: Corazón

PURAKA: abdomen, estómago

AMPARA: manos

CHARA: pierna

QUNQURU: rodilla

CAYU: pies

Hacer la simple combinación de palabras en tono de pregunta puede indicar la dolencia:

Ej.: P'iqi usu?: dolor de cabeza?, enfermedad de la cabeza?

Nota al lector: lo que el lector ha podido apreciar en lo escrito es sólo un barniz de lo que las culturas de Primeras Naciones han desarrollado en miles de años de historia. Las culturas de todo el continente de ABYA YALA, “Tierra en Florecimiento”, tienen una riqueza incalculable y son de gran sabiduría, respuesta a los contextos históricos, geográficos y energéticos.

Lo escrito debe ser considerado como una guía que oriente la profundización del trabajo médico y un mejoramiento en la atención de nuestros pacientes.

Es nuestro camino el RESPETO y TRABAJO COMPLEMENTARIO. Estamos todos invitados a ello.





9. PROPUESTA PARA EL PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE PLACENTA A FAMILIAS MAPUCHE.

RESPONSABLES ELABORACIÓN

Dr. Nicolás Mora González. Medico Unidad Intercultural; Mat Sheyla Mora Contreras. Matrona Unidad Intercultural; Prof. Elisabeth Raiman. Asesora Unidad Intercultural.

Fecha Elaboración: 07-Julio-2014

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la cosmovisión mapuche, la placenta o Kudiñ, es un órgano que guarda una estrecha vinculación espiritual entre el recién nacido, la familia y el territorio. Esta relación, de gran importancia en el desarrollo humano y colectivo, se plasma a través de un ritual familiar ancestral de entierro de placenta en el cual, el padre o algún integrante de la familia debe enterrar la placenta bajo un árbol nativo o algún lugar especial del hogar, con el fin de condicionar algunas características para el recién nacido y fortalecer la conexión de este con la familia, la comunidad, su hogar y la tierra.

Este tratamiento de la placenta se enmarca en el concepto de salud de la cultura mapuche, ya que, condicionará el destino no sólo del che sino que también de la mamá, familia y comunidad, entendiendo que la ausencia del ritual es considerada una transgresión cultural. De modo ilustrativo: *“.....Que una vez que nazca la guagua le entreguen la placenta a la familia, para que lo devuelva a la tierra y así continuar con nuestras creencias..”*

Este ritual que se había mantenido por muchos años, se ha ido perdiendo debido a la institucionalización del parto y al proceso de eliminación e incineración de fluidos y tejidos que se produzcan al interior de los establecimientos de salud. En este sentido, la recuperación de la placenta por parte de la familia para realizar el ritual de entierro ha sido una solicitud de parte de mujeres mapuches y comunidades organizadas, para quienes la recuperación de esta práctica tiene un beneficio directo para el recién nacido, su familia y la identidad del pueblo mapuche.

Es por esto, que la unidad intercultural del hospital Kalvu Llanca de Cañete, atendiendo al diseño e implementación de un modelo de salud intercultural, realiza el siguiente “protocolo de entrega de placenta” como una acción de salud con pertinencia cultural y como una forma de fomentar esta práctica ancestral, reconociendo que la pérdida de esta, ha estado en directa relación con las políticas sanitarias de nuestro propio sistema de salud.

JUSTIFICACIÓN

La realización de este protocolo de entrega de placenta surge como una necesidad por parte de la unidad intercultural, del Hospital Kallvu Llanca de Cañete, para dar respuesta tanto a la solicitud de usuarias mapuche

de poder llevar su placenta posterior al parto¹, para dar cumplimiento al ritual familiar ancestrales entierro de esta, como también por solicitud de mujeres mapuches² y comunidades del territorio para facilitar la recuperación de este ritual mapuche, que producto de la prácticas sanitarias de nuestro sistema público de salud y de la desvalidación de prácticas culturales ancestrales, se ha ido perdiendo.

En este sentido es importante referir que bajo la mirada del estado, **la placenta es un tejido orgánico considerado como un residuo especial**, lo cual se refleja en el Decreto Supremo 6/2009:

“Son residuos especiales aquellos residuos de establecimientos de atención de salud sospechosos de contener agentes patógenos en concentración o cantidades suficientes para causar enfermedad a un huésped susceptible. En esta categoría se incluyen los siguientes:

Residuos patológicos: Restos biológicos, incluyendo tejidos, órganos, partes del cuerpo que hayan sido removidos de seres o restos humanos, incluidos aquellos fluidos corporales que presenten riesgo sanitario”³

El manejo de esta, posterior al alumbramiento, es **separarla y almacenarla**, para posteriormente ser **incinerados o eliminados** tal como lo refieren los siguientes párrafos:

“Al momento de su generación, los residuos deberán ser segregados y almacenados en contenedores de acuerdo a las categorías señaladas en el artículo 3º. Dicha segregación deberá mantenerse durante todas las etapas de manejo de los residuos hasta su eliminación o tratamiento”⁴.

Además, *“Todos los Residuos de Establecimientos de Salud deberán ser eliminados en instalaciones que cuenten con autorización sanitaria”⁵.*

No obstante esto, el Código sanitario **deja abierta la posibilidad a darle otros usos:**

“Las placentas y otros órganos y tejidos que determine el reglamento podrán destinarse a la elaboración de productos terapéuticos y a otros usos que el mismo reglamento indique”⁶.

En este sentido es importante destacar que si bien, bajo la mirada jurídica y biomédica chilena, la placenta solo representa un órgano biológico, bajo la cosmovisión del pueblo mapuche la placenta es un órgano que mantiene una conexión espiritual con el/la recién nacido/a. Junto con esto es importante destacar que la lectura y el manejo que se haga de la placenta y del cordón, informarán y condicionarán directamente algunas características del recién nacido o nacida. Es por esto que la familia le otorga importancia al manejo de esta desde que es expulsada, para posteriormente realizar un ritual familiar de entierro de placenta. Al respecto, Alarcón mencionan que:

“Para la cultura mapuche, kudiñ o placenta tiene pertenencia, pues lleva el espíritu de la madre y del niño, por lo tanto debe tener una buena disposición final. La placenta se lee, interpreta y dispone de ella de acuerdo a las reglas de la cultura mapuche. La lectura de la placenta fue concebida como un acto cultural vital para conocer el destino del niño y evitarle sufrimientos en la vida. Esta lectura es realizada por mujeres expertas de la comunidad, o quienes ayudan a la parturienta a tener sus hijos: la Puñeñelcheve (partera, matrona empí-

1 Acta de Trawun de Mujeres Mapuche “Experiencias y conocimientos acerca del embarazo, parto y puerperio”, E. Raimán, museo mapuche Cañete, 14 de diciembre 2011

Solicitud de OIRS 63179, hospital Kalvu Llanca, Julio 2014.

2 Acta de Trawun de Mujeres Mapuche “Experiencias y conocimientos acerca del embarazo, parto y puerperio”, E. Raimán, museo mapuche Cañete, 14 de diciembre 2011.

3 Artículo 6 del Decreto supremo 6/2009

4 Artículo 8 del Decreto Supremo 6/2009

5 Artículo 24 del Decreto Supremo 6/2009

6 Artículo 153 del Código Sanitario

rica) mira bien la placenta, la da vuelta con cuidado y le dice todo lo que le va a pasar, dice cómo va a ser el niño, cómo va a ser su carácter, así uno ya está preparada. La placenta debe ser enterrada debajo de un árbol nativo o frutal, lo cual daría protección y fortaleza física al niño”⁷.

Este ritual se ha ido perdiendo con el paso de los años, dado las medidas sanitarias con respecto al parto, alumbramiento y el manejo de placenta recién enunciadas. Esto ha traído consecuencias para el pueblo mapuche en lo colectivo y en lo individual. En lo colectivo se pierde una tradición que es parte de la cultura de este pueblo y por consiguiente parte de la identidad del ser mapuche y en lo individual trae consecuencias directas en la salud de las personas, tal como lo expresan las mujeres mapuches:

“... la placenta antiguamente se enterraba, para que el niño/niña estuviera en contacto con la tierra..., pero ahora,.....la placenta ahora se va a un incinerador, entonces donde está la identidad de la persona..... Es ahí donde se quema.....ah entonces por eso hay tanta enfermedad en las personas mapuche, los dolores de cabeza, fiebre, da frío.....hoy las mujeres sufren de Presión Arterial, de fiebre, calores, debido a que la placenta no vuelve a la tierra....”⁸

Ahora bien, comprendiendo que este ritual de entierro, es parte de la cultura mapuche, es importante mencionar que existen herramientas jurídicas que buscan proteger y promover las prácticas culturales de los pueblos originarios, como las que se mencionan a continuación:

La **ley 19.253**, conocida como la ley indígena refiere que:

“El Estado reconoce que los indígenas de Chile son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura. El Estado reconoce como principales etnias indígenas de Chile a: la Mapuche, Aimara, Rapa Nui o Pascuenses, la de las comunidades Atacameñas, Quechuas, Collas y Diaguita del norte del país, las comunidades Kawashkar o Alacalufe y Yámana o Yagán de los canales australes.

El Estado valora su existencia por ser parte esencial de las raíces de la Nación chilena, así como su integridad y desarrollo, de acuerdo a sus costumbres y valores. Es deber de la sociedad en general y del Estado en particular, a través de sus instituciones respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades, adoptando las medidas adecuadas para tales fines y proteger las tierras indígenas, velar por su adecuada explotación, por su equilibrio ecológico y propender a su ampliación”⁹.

“El Estado reconoce el derecho de los indígenas a mantener y desarrollar sus propias manifestaciones culturales, en todo lo que no se oponga a la moral, a las buenas costumbres y al orden público. El Estado tiene el deber de promover las culturas indígenas, las que forman parte del patrimonio de la Nación chilena”¹⁰.

El **convenio 169** refiere que:

“Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad.

7 Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas, A. Alarcón, Y. Nahuelqueo, S. Chungara. Revista de Antropología Chilena.40, N°2, 2008, pp.197.

8 Acta de Trawun de Mujeres Mapuche“Experiencias y conocimientos acerca del embarazo, parto y puerperio”, E. Raimán, museo mapuche Cañete, 14 de diciembre 2011.

9 Artículo 1 de la ley 19.253

10 Artículo 7 de la ley 19.253

Esta acción deberá incluir medidas:

b) que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones;”¹¹

Al aplicar las disposiciones del presente Convenio:

*a) deberán **reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos** y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente;*

b) deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos;

c) deberán adoptarse, con la participación y cooperación de los pueblos interesados, medidas encaminadas a allanar las dificultades que experimenten dichos pueblos al afrontar nuevas condiciones de vida y de trabajo¹².

La **ley 20.584**, conocida como ley de derechos y deberes de los pacientes, refiere al respecto que:

*En aquellos territorios con alta concentración de población Indígena, los prestadores institucionales públicos deberán **asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural**, lo cual se expresará en la aplicación de un **modelo de salud intercultural** validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura¹³”.*

La **Norma 16** sobre interculturalidad en salud, refiere en sus directrices que:

*3.- Los Servicios de Salud y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud deberán **respetar, proteger y promover las manifestaciones culturales en atención y promoción de la salud de la población indígena existentes en su territorio jurisdiccional.***

*7.- Los Servicios de Salud con presencia de población indígena deberán programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes indígenas, **estrategias, planes y actividades que incorporen** en el modelo de atención y en los programas de salud **el enfoque intercultural**, a requerimiento del Ministerio de Salud, o de la Autoridad Sanitaria Regional.*

El **Decreto N° 1963 de 1995**, sobre el Convenio sobre la Diversidad Biológica, del Ministerio de Relaciones Exteriores, refiere que:

“Cada parte contratante, en la medida de lo posible y según proceda:

*j) Con arreglo a su legislación nacional, **respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas** y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplica-*

11 Artículo 2 del convenio 169

12 Artículo 5 del convenio 169

13 Artículo 7 de la ley 20584

ción más amplia, con la aprobación y la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente;¹⁴

Entendiendo la solicitud por parte de mujeres embarazadas por llevar su placenta, la demanda de las comunidades mapuche del Cono Sur de la Provincia de Arauco y el abundante respaldo jurídico existente al respecto, es que realizamos el siguiente protocolo de entrega de placenta, entendiendo que este busca facilitar y fomentar un ritual ancestral, que las propias políticas sanitarias de nuestro país han impedido, y que por lo tanto este protocolo es en alguna forma una reivindicación de una práctica cultural mapuche y un paso hacia la implementación de la pertinencia cultural en el Hospital Kalvullanka.

	HOSPITAL KALLVU LLANKA DE CAÑETE “PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE PLACENTA”	CÓDIGO 01	Nº VERSIÓN 01
		FECHA ELABORACIÓN 07/07/2014	FECHA REVISIÓN 08/09/2014

PROCEDIMIENTO ENTREGA DE PLACENTA A FAMILIAS MAPUCHE

	Responsable Elaboración	Revisó	Aprobó
Nombre	DR. NICOLÁS MORA GONZÁLEZ MAT. SHEYLA MORA CONTRERAS SRA. ELISABET RAIMAN ANTIL	E.U IRMA CAAMAÑO R. E.U. VILMA SILVA P.	DR. IVAN VALLEJOS PAREDES
Cargo	MÉDICO, UNIDAD INTERCULTURAL MATRONA, UNIDAD INTERCULTURAL FACILITADORA INTERCULTURAL, UNIDAD INTERCULTURAL	ENFERMERA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE IAAS ENCARGADA DE CALIDAD	DIRECTOR HOSPITAL
Firma			

Resolución N°

OBJETIVO GENERAL

Implementar como estrategia asociada a la pertinencia cultural, un procedimiento estandarizado para facilitar la correcta entrega de la placenta a usuarias de familia mapuche y cuyo parto se ha realizado en el Hospital Kallku LLanka.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer los flujos en el proceso de entrega de placenta a familias mapuches
2. Identificar las responsabilidades del equipo de salud en la entrega de placenta a familias mapuches

ALCANCE

1. Este protocolo tendrá alcance el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Kallvu Llanka, y en la atención primaria en salud (APS) tanto de la comuna de Cañete como de Tirúa. También tendrá efecto en la atención primaria y el Hospital de Contulmo, para dar respuesta a los casos de mujeres que acudan a atender sus partos por cesáreas programadas al Hospital Kallvu LLanka.
2. La población objetivo contempla a aquellas mujeres mapuches que atiendan su parto en el Hospital Kallvu Llanka, sea este de tipo vaginal o cesárea.
3. Se entenderá por familias mapuche aquellas que:
 - a. La gestante o su pareja tengan apellido mapuche, o sean descendientes de padres, abuelos y bisabuelos con apellido mapuche¹
 - b. Vivan en una comunidad mapuche²
 - c. Se auto identifiquen como familia mapuche³
4. Los criterios de exclusión serán:
 - a. Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA
 - b. Pacientes con diagnóstico de Hepatitis B
 - c. Pacientes cuya patología obstétrica requiera estudio histológico de tejido placentario.

¹Ley 19253

RESPONSABLES

1. **Matronas de APS:** es responsable de entregar la información sobre la implementación del procedimiento de entrega de placenta a todas las familias mapuche que inicien su control prenatal en alguna de las dependencias de salud pública, pertenecientes a la comuna de Tirúa, Cañete y Contulmo (solo en caso de derivaciones a Hospital Kallvu-LLanka para cesáreas programadas). Junto con esto, recepcionarán las solicitudes de entrega de placenta e informarán a matrona coordinadora de unidad intercultural. También serán las responsables, en coordinación con la facilitadora intercultural, de realizar visita domiciliaria integral, aplicación de encuesta de satisfacción usuaria y rescate de las unidades contenedoras de transporte de placenta.
2. **Facilitadora Intercultural:** es responsable de orientar a familias que quieran solicitar su placenta y que necesiten información con respecto al ritual de entierro de placenta. Además en casos necesarios facilitará el acceso a parteras y puñeñelcheve locales. También es responsable de coordinar la visita domiciliaria integral postparto.
3. **Matrona Unidad Intercultural:** es responsable de registrar las solicitudes, verificar el cumplimiento de criterios de inclusión, coordinación con el servicio de Gineco-Obstetricia, con las matronas de turno y evaluar que el procedimiento de entrega de placenta se cumpla. De la misma forma será la responsable de la sistematización de la información generada de las usuarias y familias que solicitan placenta.
- 4.

²Idem

³Artículo 1, Convenio 169

5. **Matrona Servicio de Gineco-Obstetricia:** es responsable de contar con los equipamientos adecuados para el almacenamiento y entrega de la placenta, y la supervisión del cumplimiento de este protocolo en matronas de APS y turnos.
6. **El director del hospital:** es responsable de responder las solicitudes ingresadas y que no sean aprobadas para el cumplimiento de este procedimiento. Además de esto es el responsable formal de todo el procedimiento.

7. **Técnico en enfermería de nivel superior (TENS) de sala de partos:** El TENS de turno será el responsable, una vez guardada la placenta en el contenedor, de mantener este en un lugar fresco y seco, hasta la llegada del familiar que retira este.

PROCEDIMIENTO

1. Casos Planificados

a. El fomento y difusión:

- i. Toda matrona de APS de las comunas de Tirúa y Cañete(matrona de cabecera) en el primer control prenatal, junto con la entrega de la "guía mapuche" a las usuarias de familia mapuche, informará beneficiarias la posibilidad de solicitar la entrega de su placenta en el caso de parto en Hospital KallvuLLanka. En el caso de matronas de la APS de Contulmo, entregaran dicha información cuando la paciente se derive a Ginecólogo/a de Hospital Kallvu Llanka para posible resolución por cesárea programada.
- ii. Esta información es entregada en forma verbal y respaldada por un díptico impreso que resuma el procedimiento a seguir. Esto se registra en ficha clínica (de papel o electrónica).
- iii. Se debe enfatizar en que la opción solo es vigente para partos en Hospital KallvuLlanka, por lo que en caso de derivación a otro centro asistencial no existe esta posibilidad.
- iv. En los casos en que la familia desee que se le entregue la placenta para poder realizar el ritual entierro de esta y que solicite orientación para poder llevarlo a cabo, se debe derivar con la facilitadora intercultural, quien orientará en como poder acceder a mayor información, y quien decide si debe derivar a partera o puñeñelcheve más cercana a su domicilio.

b. La solicitud de la usuaria

- i. A partir del segundo control prenatal y hasta el último, la usuaria que requiera la entrega de su placenta debe informar a su matrona de cabecera, de la decisión tomada y completar el documento "Formulario de Solicitud de Placenta" (anexo 1), donde debe quedar claramente expresada su voluntad, identificado el familiar responsable de la recepción y traslado de la placenta, quedando además, registrado los antecedentes de contacto de este.

- ii. Este documento se firma por usuaria y matrona en 3 copias: La primera queda anexada al carné de control prenatal, la segunda en manos de matrona de cabecera para ingresar a la OIRS (Hospital Cañete) y la tercera para la matrona de la Unidad Intercultural (Hospital Cañete).

c. Coordinación

- i. Cada matrona de cabecera debe coordinar directamente con la matrona de la Unidad Intercultural, para entregar las solicitudes recepcionadas.
- ii. La matrona de la Unidad Intercultural debe mantener en fichero de pre partos y partos el nombre de usuaria, familiar responsable y fono de contacto de quienes hayan solicitado la entrega de la placenta, de forma que permita a la matrona de turno obtener información rápida de usuarias solicitantes para continuidad del procedimiento.

d. Trabajo de parto, parto y alumbramiento:

- i. Cuando ingrese la usuaria con trabajo de partos a la unidad de partos, se debe contactar inmediatamente al familiar responsable del traslado de la placenta, quien debe presentarse a la recepción de ésta, dentro de las 24 hrs. post nacimiento.
- ii. Una vez acontecido el parto y alumbramiento, la placenta perteneciente a la usuaria solicitante, post revisión y peso de rutina se guarda primero en bolsa doble transparente para residuos orgánicos de manera segura y luego se deposita en un contenedor plástico seguro de color amarillo, con manilla de transporte e identificación (anexo 2). Las características de este contenedor deben regirse en base al Decreto supremo 6/2009 (artículo 12).
- iii. Una vez que la placenta es pesada, guardada en bolsa transparente y depositada en contenedor, se procede a la identificación de éste mismo y se mantiene en lugar fresco y seco del Servicio de Partos (Sala de aseo) hasta el retiro por parte del familiar responsable. El contenedor con la placenta debe llevar un registro de contenido, nombre de la usuaria, fecha y hora del parto,

e. La entrega:

- i. El familiar responsable de la recepción debe acudir directamente a Prepartos y solicitar comunicarse con la matrona de partos, quien directamente verifica los antecedentes del familiar con los entregados en el “Formulario de Solicitud de Placenta” firmado por usuaria. Si se presenta otro familiar, deberá consultarse personalmente a la puérpera quien autorizará a este otro familiar para el traslado de la placenta.
- ii. Se entrega el contenedor con la placenta y en este mismo

- ii. Se entrega el contenedor con la placenta y en este mismo acto, el familiar debe firmar el “Libro de entrega de placentas”, donde se explicita el compromiso de adecuado manejo de placenta.
- iii. En caso de que ningún familiar solicite la placenta antes de las 24 horas, se procederá al manejo habitual de residuos especiales.

f. Seguimiento:

- i. La matrona de APS (de cabecera) en conjunto con la facilitadora de la Unidad Intercultural deben realizar Visita Domiciliaria Integral (VDI), previa coordinación directa con la usuaria, dentro del primer mes post parto, donde además de las acciones propias de la VDI, se realiza una encuesta de satisfacción usuaria para evaluar la percepción respecto a la implementación del procedimiento y conocer las prácticas culturales asociadas a la placenta usadas en nuestro territorio.

2. Casos no Planificados

- a. En el caso de usuarias mapuche, que no tuvieron control prenatal en los establecimientos nombrados, o sin control prenatal, que acuden a su parto en Hospital Kallvu Llanka y que expresen su voluntad a la matrona de turno de querer llevar su placenta, se deben incorporar a este procedimiento en el punto(d) de los Casos Planificados, posterior a la firma del “Formulario de Solicitud de Entrega de Placenta” y continuar con el flujo de este procedimiento.

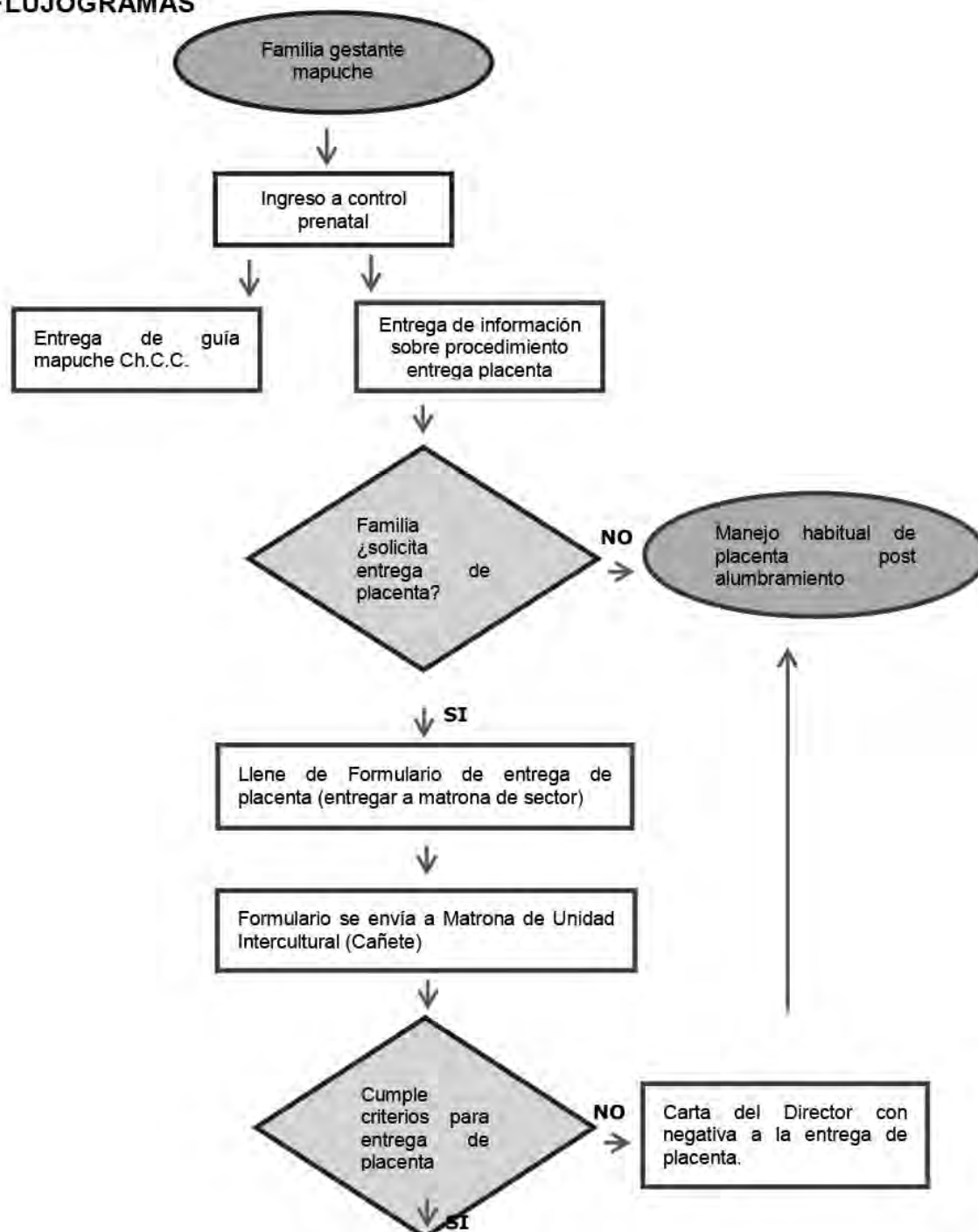
3. Casos Especiales

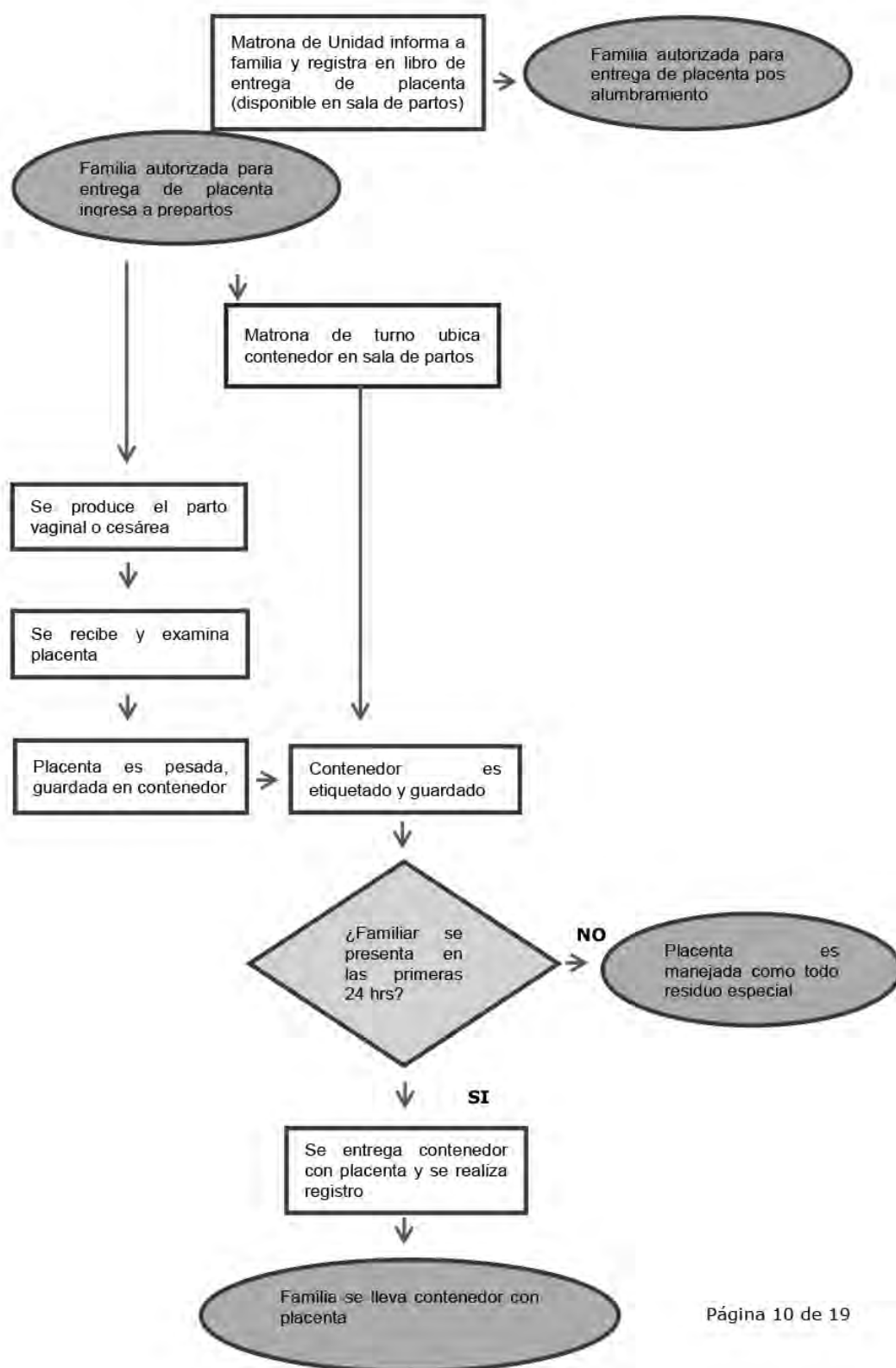
La placenta se define como un residuo especial, que pudiera tener alguna importancia desde el punto de vista de las infecciones intrahospitalarias, si existe algún cuadro de infección asociado que la transforme en un residuo patológico, con el consiguiente riesgo para las personas que la manipulan.

En el caso de que la usuaria tenga antecedentes de ser portadora o un diagnóstico reciente de infecciones que se transmiten a través de fluidos biológicos, tales como: VIH, Hepatitis B, Citomegalovirus, otras enfermedades de transmisión sexual, o se haya diagnosticado una infección ovular, la placenta no podrá ser entregada a los familiares y se procederá a su eliminación de acuerdo a los protocolos establecidos por el hospital para residuos biológicos.

En este caso, el profesional médico o matrona que atiende a la paciente, deberá explicar con antelación al parto, la razón de la no entrega de la placenta, para que sus familiares entiendan esta situación especial. Puede que se requiera en algún caso, la intervención de algún facilitador intercultural, para ayudar a la familia a entender el tema.

1. FLUJOGRAMAS





2. INDICADORES DE MONITOREO

Para el monitoreo del protocolo se realizaran un monitoreo de indicadores de proceso y de producto.

De los indicadores de proceso se evaluara la eficacia del procedimiento de entrega de placenta a través del cumplimiento de la pauta de cotejo (anexo 3)

Denominación del Indicador	Cumplimiento del procedimiento entrega de placenta	Responsable	Matrona de Unidad Intercultural
Objetivo	Medir el grado de cumplimiento el procedimiento de entrega de placenta.		
Descripción	Grado de cumplimiento del procedimiento de entrega de placenta en familias mapuches que solicitaron su placenta en control prenatal en la APS, en la comuna de Tirúa, Cañete y Contulmo.		
Excepciones	Quedan excluidos aquellos casos no planificados.		
Fórmula	$\frac{\text{Nº de entregas de placentas en familias mapuches que cumplen con el procedimiento descrito}}{\text{Total de entregas de placentas a familias mapuches}} \times 100$		
Umbral	Sobre el 80%	Valores de Análisis	Alto: Sobre el 90% Moderado: 80 a 90% Bajo: Menos 80%
Fuente de Datos	Libro de solicitud de entrega de placentas Pautas de cotejo	Frecuencia	Trimestral
Niveles de Aplicación	APS Hospital Cañete. Unidad Intercultural. Servicio de Gineco Obstetricia Hospital Cañete.	Usuarios	Matrona Supervisora Unidad intercultural Director Hospital

De los indicadores de producto evaluaremos la eficacia de la entrega a través del porcentaje de mujeres que finalmente lograron la entrega de placentas entregadas.

Denominación del Indicador	Grado de eficacia de entrega de placenta	Responsable	Mat. Intercultural	Unidad
Objetivo	Medir el grado de eficacia de entrega de placenta.			
Descripción	Grado de eficacia en la entrega de placenta en familias mapuches que solicitaron la entrega de esta previamente.			
Excepciones	Quedan excluidas aquellas mujeres que presentan infección ovular. Quedan excluidos aquellos casos no planificados.			
Fórmula	Nº de familias a quienes se les entregó su placenta/ Total de familias mapuche que solicitaron la entrega de placenta *100			
Umbral	80%	Valores de Análisis	Excelente: mayor al 95%. Aceptable: entre 80 al 95% Deficiente: Menos de 80%.	
Fuente de Datos	Archivo con informes de solicitud (OIRS) Libro de entrega de placenta	Frecuencia	Semestral	
Niveles de Aplicación	APS de CESFAM de Tirúa, DAS Cañete y hospital Cañete.	Usuarios	Matronas/es de APS Matrona Supervisora Unidad intercultural Director Hospital	

METODOLOGÍA DE MONITOREO:

El monitoreo de este procedimiento se realizará semanalmente al 100 % de los procedimientos de Entrega de Placentas a familias mapuches. Para ello se escogerá, a través del método Randomizer, el día de la semana en que se aplicará dicha Pauta de Cotejo. La Evaluación de Calidad del Procedimiento de entrega de Placenta será el siguiente:

- Si cumple con los 7 criterios de calidad establecidos en la pauta de cotejo, el procedimiento será de excelencia.
- Si no cumple con alguno de los 7 criterios de calidad establecidos, el procedimiento será Deficiente.

3. GLOSARIO

APS: Atención primaria en salud
 CESFAM: Centro de salud familiar
 DAS: Dirección de Atención de Salud Municipal
 Dr.: Doctor
 Mat: Matrona
 Sra.: Señora
 S.S.A.: Servicio de Salud de Arauco
 TENS: Técnico en enfermería de nivel superior
 U.I.: Unidad Intercultural
 VDI: Visita domiciliaria integral

4. BIBLIOGRAFIA

- Acta de Trawun de Mujeres Mapuche "Experiencias y conocimientos acerca del embarazo, parto y puerperio", E.Raimán, museo mapuche Cañete, 14 de diciembre 2011.
- Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas, A. Alarcón, Y. Nahuelqueo, S. Chungara. Revista de Antropología Chilena. 40, N°2, 2008, pp.197.
- Decreto 6 que aprueba el manejo de residuos de establecimientos de atención de salud. Ministerio de Salud, Chile. Feb 2009
- Decreto 236 que promulga el Convenio 169. Ministerio de relaciones exteriores, Chile. Oct 2008.
- Decreto 240 que reglamenta el libro noveno del Código sanitario. Ministerio de salud. Chile. Jun 1983
- Decreto 725 que norma el Código Sanitario. Ministerio de Salud pública. Chile. Dic 1967
- Ley 19.253 que establece normas de protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la corporación nacional de desarrollo indígena. Ministerios de planificación y cooperación. Chile. Feb 1993.
- Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud. Chile. Abr 2012.
- Norma general administrativa N°16, sobre interculturalidad en los servicios de salud. Ministerio de salud. Abr 2006.
- Plan REAS del Hospital Kallvu Llanka

	HOSPITAL KALLVU LLANKA DE CAÑETE "PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE PLACENTA"	CÓDIGO 01	N° VERSIÓN 01
		FECHA ELABORACIÓN 07/07/2014	FECHA REVISIÓN 08/09/2014

5. ANEXOS

ANEXO N° 1:



FORMULARIO SOLICITUD ENTREGA DE PLACENTA HOSPITAL INTERCULTURAL KALLVU LLANKA.

Fecha:.....
 Nombre Usuario:
 RUT:.....
 Dirección:.....
 Teléfono:.....
 Sector:.....
 FUM:..... FPP:.....
 Matrona Informante.....

Por medio de este documento solicito formalmente a la Dirección del Hospital Kallvu Llanka de Cañete, que posterior al nacimiento de mi hijo/a, se haga entrega a mi familia de la placenta o kudiñ, en respeto a mi cosmovisión como mujer de familia mapuche, para ser enterrada de acuerdo a las prácticas ancestrales de mi cultura.

Asumo que he sido informada por la matrona, que esta posibilidad es vigente solo en caso de parto en Hospital Kallvu Llanka y que mi familia debe retirarla y trasladarla de acuerdo al protocolo vigente, dentro de las 24 hrs post parto, en el caso contrario, mi placenta será manejada de acuerdo a la normativa sanitaria.

Autorizo para la recepción y traslado a los/as siguientes familiares:

Nombre Familiar 1.....
 RUT.....
 Teléfono de Contacto..... y

Nombre Familiar 2.....
 RUT.....
 Teléfono de Contacto..... y

Firma Usuario

Firma Matrona

ANEXO N°2: ROTULADO CONTENEDOR PLASTICO

<u>IDENTIFICACION TEJIDO ESPECIAL</u> Nombre Usuaría:..... Fecha parto.....Hora..... Contenido:..... Peso:..... Observaciones:.....

ANEXO N°3: PAUTA DE COTEJO**Pauta de Cotejo de entrega de placenta**

N° de pauta: _____

Responsable de la aplicación: _____

Fecha Aplicación: _____

ITEM	SI	NO
1. El nombre de la paciente, esta registrado en el libro de solicitud de entrega de placenta		
2. La placenta va al interior de una doble bolsa transparente		
3. El contenedor es amarillo		
4. El contener va completamente rotulado con nombre de la paciente, tipo de contenido (placenta), fecha y hora del parto.		
5. La placenta fue entregada antes de las 24 horas posterior al parto		
6. El familiar que retira la placenta, ¿está informado sobre el contenido del contenedor?		
7. Los datos del familiar que retira la placenta están registrados en el libro de entrega de placenta		

Item Cumplidos : _____

Item No cumplidos : _____

% de Cumplimiento de pauta: _____

Anexo 4:**Consolidado Trimestral de Pautas Aplicadas**

N° de Pauta	Fecha Aplicación Pauta	Cumple con el 100% de Criterios de Calidad	
		SI	NO

Total Pautas con 100% criterios de calidad: _____

Total Pautas Aplicadas: _____



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.

MANUAL

PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

*Aspectos legales
y administrativos*

Edición 2018



FONDO DE
SOLIDARIDAD GREMIAL



FALMED



FATMED