



POR UNA LEY MÉDICA ÚNICA MÉDICOS DIURNOS

**PROPUESTA DE ASPECTOS RELEVANTES A TENER PRESENTE
PARA LAS MODIFICACIONES E INTEGRACIÓN DE LEYES DE
MÉDICOS DIURNOS.**

**DEPARTAMENTO TRABAJO MÉDICO
COLEGIO MÉDICO DE CHILE**

Marzo 2018.



INDICE

Aspectos no remuneracionales	5-10
Aspectos remuneracionales	10-14

Introducción:

El objetivo del presente documento es formular y desarrollar los ejes fundamentales que debe contener una nueva ley para médicos cuyo desempeño es de tipo diurno, en establecimientos públicos de salud o en convenio, sin perder de vista, que a pesar de tratarse de médicos diurnos, que el sistema público de salud debe proveer atención clínica permanente y de calidad las 24 horas del día durante todo el año y que debe estar alineado con los objetivos sanitarios, consecuentes con el perfil epidemiológico, de su población a cargo.

A riesgo de ser repetitivos, es importante señalar que el ámbito que se pretende abarcar es el de la atención médica diurna en los establecimientos de la Red en todos los niveles de atención, primario, secundario y terciario, así como los médicos que se desempeñan en el poder judicial, en las FFAA y de Orden Público, incluso en al ámbito universitario público.

En este documento vamos a señalar los ejes principales de una nueva ley médica única, considerando aspectos no remuneracionales y remuneracionales.



EJES PARA UNA NUEVA LEY MÉDICA DIURNA, ÚNICA:

INTRODUCCIÓN:

Tanto para el prestigio profesional, como el éxito de la propuesta es imperioso tener claro que como servidores públicos se han de salvaguardar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de las funciones. Legalidad, para que el actuar dentro de la **Administración Pública**, se apegue a la Ley y demás disposiciones jurídicas y administrativas que la rigen.

Es necesario repensar como las estructuras organizacionales institucionales **resguardan y estimulan** el trabajo médico, dentro del marco de la probidad y transparencia de la administración del estado, en aspectos como el uso de sociedades médicas, trabajo fuera de horario, sistemas de llamada, resolución de listas de espera, entre otros.

Así mismo se espera un apego estricto al Código de Ética del Colegio Médico de Chile, y normativas de la Confederación Médica Latinoamericana CONFEMEL y Asociación Médica Mundial, tanto para médicos colegiados como no colegiados.

Por otro lado, el Trabajo en Equipo, baluarte de la integración, colaboración, mejora de las capacidades resolutorias, de la calidad de la atención, por nombrar algunos aspectos claves, jamás se debe perder de vista entre los pares médicos, debiendo encontrar la forma de apoyo mutuo y transferencia del conocimiento entre los médicos que ejercen en los distintos niveles de atención, establecimientos, áreas, servicios o unidades. Pudiéramos plantearlo también como colaboración entre quienes ejercen funciones de atención clínica directa, en especialidades de apoyo diagnóstico terapéutico, ejercicio de actividades administrativas de dirección, jefaturas, supervisión u otras.

Para lo anterior es imperioso que la “Nueva Ley de Médicos Diurnos”, y su o sus reglamentos, contemplen la **Movilidad Colaborativa**, de manera tal de rehacer los vínculos prácticos entre los distintos establecimientos que componen tanto la Red Pública como Privada en convenio, en sus distintos



niveles de atención, con el objetivo de brindar una atención de salud de la máxima calidad, con la mayor resolutiveidad y en plazos acotados, por médicos integrados que colaboran y se apoyan entre sí y orgullosos de pertenecer al Sistema Público de Salud.

Esta nueva ley médica diurna, única, tendrá como eje la **Carrera Funcionaria (CF)**, la que no es otra cosa que el paso del profesional médico a lo largo de su vida laboral, en este caso pública, por un sistema que le permita la mejora continúa en los distintos ámbitos del quehacer médico, atención clínica directa, apoyo clínico, investigación, docencia, administración y crecimiento personal, con una remuneración justa y atractiva.

CARRERA FUNCIONARIA:

El objetivo global es el de contar con una CF, que considera desde el ingreso, pasando por la permanencia, ascenso, flexibilidad y estabilidad laboral del médico, terminando en un digno retiro del Sistema Público de Salud, basado por un lado en las necesidades País y por otro en las expectativas de los médicos en su desarrollo personal y profesional.

Como principios rectores de esta CF se han de considerar: - la flexibilidad y la meritocracia:

- La flexibilidad se entenderá como la posibilidad de tener movilidad en la formación, en la destinación, en los tipos de cargo, las funciones asignadas, las labores a realizar, entre otros, sin perder de vista que se trata de un continuo desde el ingreso al retiro del profesional funcionario.
- La meritocracia se entenderá como el que cada uno tendrá oportunidades en la medida que demuestre en su quehacer aptitud, esfuerzo, habilidades, inteligencia, virtud, compromiso, constancia, por nombrar algunos. Vale decir cargos, ascensos, capacitaciones, especialización y otros, como un justo premio a la calidad que cada profesional demuestra a lo largo de su vida laboral, cargos ganados por concurso en los cargos clínicos, administrativos, destinaciones,



especializaciones, acreditaciones y por qué no decirlo, sueldo base y asignaciones remuneracionales justas, asociadas.

Esta CF ha de permitir conquistar a los médicos tanto chilenos como extranjeros que cumplan con los requisitos legales y formativos que exige el país para ejercer la profesión, para consolidar un Sistema de Salud Integrado, respetuoso de sus funcionarios y al servicio pleno de las necesidades de salud de nuestra población. Se trata en definitiva de generar las condiciones que estimulen la vinculación pública permanente y de largo plazo de todos los médicos.

No se puede dejar de mencionar que se plantea la desaparición de la posibilidad de contrato en cualquier modalidad, de las 11 horas semanales, toda vez que estas no permiten la adhesión al sistema, el compromiso institucional e involucramiento en los estándares e indicadores de acreditación y otros que debe necesariamente cumplir la Administración Pública. Por contrario a partir de una jornada de 22 horas se pueden establecer todos los compromisos y beneficios de la ley.

El incentivo al retiro es menester que exista por ley en forma permanente, en términos similares al actualmente vigente por nueve años para los médicos ley 15076 y 19664.

ASPECTOS DE LA CARRERA FUNCIONARIA, NO REMUNERACIONALES:

1.- POSIBILIDAD DE DESARROLLO EN DISTINTOS ÁMBITOS: -

Aquí se tendrá presente la opción que el profesional define para su desarrollo profesional y las necesidades que los distintos servicios públicos puedan tener.



1.1. Clínico:

Se trata de profesionales cuya labor será la de brindar atención directa a los enfermos y, que podrán capacitarse y especializarse en este ámbito de acción.

Se considerará la flexibilidad horaria, en el sentido de poder trabajar en horarios diferidos, incluyendo el que en una misma Red puedan cumplir funciones en distintos establecimientos de ella.

Se deberán considerar nuevas estructuras formales institucionales para el trabajo médico, tal que permitan por ejemplo la Telemedicina, que si bien no es exactamente atención directa de enfermos, lo es a través de otro profesional funcionario que lo atiende y quien solicita colaboración para enfrentar la patología de su paciente, supervigilado tal como lo señala el Código Sanitario (art 112).

1.2. De apoyo clínico:

Se trata de médicos cuyo quehacer está en las áreas de laboratorio, imágenes y anatomía patológica, que son fundamentales como apoyo a aquellos que realizan la atención directa de los enfermos.

Aquí, más que en cualquier otro ámbito, se debe considerar la flexibilidad, tanto en los horarios de trabajo como en la modalidad, pudiendo realizarse parte de éste, por ejemplo en modalidad a distancia, pudiendo ser desde sus domicilios u otros, siempre que cumplan los estándares definidos de calidad y cantidad, esta última entendida como rendimiento por hora.

1.3. Administrativo.

Se trata de profesionales cuyo desarrollo es el ámbito de la Gestión de los Establecimientos de Salud, considerándolos desde los niveles de Directivos superiores hasta los de jefes de equipo.

Se considera fundamental que todos ellos tengan sino especialización, al menos capacitación de alto nivel en Gestión en cualquiera de las modalidades existentes, preferentemente magísteres o diplomados. Las especialidades serán Especialidad de Salud Pública, en Administración Pública con enfoque en salud, de Calidad y otros de similar tenor, pudiendo en el Reglamento señalar qué conocimientos, expertis y



experiencia se requerirá como mínimo para cada nivel jerárquico, asociado a las Asignaciones de Responsabilidad correspondientes en todos los casos.

1.4. Docencia:

Si bien hay médicos que pudieran interesarse solo por la docencia, lo habitual es que esté asociada a la atención clínica, de apoyo clínico o administrativo. Será entonces una variable independiente integrada.

Aquí no se puede dejar de mencionar el hecho que hay establecimientos que son centros formadores y otros que no. Que hay profesionales dentro de un mismo centro formador que tienen cargo de docente en la Universidad en convenio y otros no, aun cuando ambos colaboran directa o indirectamente en la formación de las futuras generaciones de médicos.

Se considera contemplar las distintas modalidades de docencia, Universitaria, en Servicio, del Servicio o Establecimiento, por nombrar algunas, debidamente reguladas por un Reglamento explícito, claro, transparente y transversal deberá considerar todas las posibilidades existentes, con los respectivos Derechos y Deberes del profesional, acordado en conjunto entre el MINSAL, COLMED y representantes del mundo universitario. En este se deberá tener presente que la legalidad vigente señala claramente que aquel funcionario que tiene actividad docente semanal, de hasta 12 horas (máximo aceptado por la Administración Pública), por concepto de un contrato de la Universidad, podrá realizarla en el Establecimiento o en otro lugar, siempre y cuando devuelva al Establecimiento dichas horas, lo cual no se cumple en la práctica, debiendo entonces fijar los mecanismos para que esto se cumpla o bien modificar los conceptos.

Se plantea que todo Establecimiento que sea centro formador, o tenga Convenio Asistencial Docente, reconozca a todos sus profesionales funcionarios como docentes, ya que todos participan en este concepto, toda vez que tienen un interno y o becado en su turno, que entran a pabellón con uno o más de ellos, contestan dudas que éstos tengan, revisan resultados de exámenes en conjunto, etc.



Será interesante agregar el concepto de docencia en ámbitos de la Administración Pública de Salud, tal que los profesionales médicos entiendan, asimilen e integren estos aspectos, para colaborar en la consecución de los compromisos que cada establecimiento asume con la autoridad respectiva. La Salud es responsabilidad de todos.

Finalmente se deberá tener presente aquella docencia que se brinda a otros profesionales, técnicos, administrativos u otros de la administración pública, toda vez que ella aporta al desarrollo armónico de los Equipos de Trabajo y a la mejora conjunta de éstos. ¿Anotaciones de mérito, aspectos a considerar en los concursos, otros?

1.5. Investigación:

Este ámbito, no adecuadamente considerado ni menos reglado suficientemente, debe ser considerado en todos sus ámbitos, desde profesionales que solo tengan interés en ella o bien que ante determinados aspectos tengan interés de realizar una investigación en particular de manera no exclusiva ni permanente.

Como País hay una discusión pendiente tal de definir las áreas, ejes y temáticas en que se quiere y se requiere desarrollar la investigación, en todas sus modalidades, considerando desde los médicos recién egresados hasta aquellos con años de experiencia, tanto en facilidades de formación nacional e internacional, facilidades de realización de la investigación, reconocimientos, y otros estímulos posibles.

2.- CAPACITACIÓN Y ESPECIALIZACIÓN

La capacitación y especialización como parte de la Carrera Funcionaria, entendemos que debe estar basada en los estudios de brecha tanto del País como de Regiones, Servicios de Salud y establecimientos de todos los niveles de atención, considerando los perfiles epidemiológicos actualizados y sus proyecciones al menos a corto y mediano plazo.

En este aspecto, es necesario considerar un enfoque moderno de la medicina, sin perder de vista la medicina tradicional actual. Se basa en



contemplar la medicina del futuro en áreas aún no desarrolladas en el ámbito público como la Medicina robótica, Nanomedicina, uso de células madres, tecnologías de la información al servicio de la medicina por ejemplo para el desarrollo y expansión de la Telemedicina, por nombrar algunas.

2.1. Capacitación: -

Se tendrá presente que ésta no solo ha de contemplar capacitación en ámbitos clínicos, sino que de gestión, probidad y transparencia en la administración del estado y de aquellos ámbitos que son necesarios conocer para cumplir la función pública a cabalidad en cumplimiento con los valores, leyes y reglamentos que la rigen, cumplimiento de estándares de atención e indicadores de gestión, así como en ámbitos de crecimiento personal.

La capacitación ha de ser, como en gran medida lo es en la actualidad, un continuo, pudiendo identificarse:

- Capacitación en Servicio, que es permanente, del día a día mientras se desarrolla el trabajo, pudiendo por ejemplo transformar las reuniones clínicas en capacitaciones estructuradas y reconocidas como tal, otras modalidades como presentación de casos, reuniones imagenológicoclínicas, anátomoclínicas, discusiones de casos, estudio de estadías prolongadas, entre otras.
- Capacitaciones Formales en modalidad de charlas, seminarios, congresos, cursos u otros que pueden ser dictados tanto por los propios establecimientos, como por las sociedades científicas, universidades o por el MINSAL.

2.1 Especialización: -

La especialización, considerando tanto la especialización como la sub especialización, es un ámbito más complejo ya que implica como ya se dijo, necesariamente tener presente las necesidades del País, así como contar con recursos disponibles, médicos interesados que tengan compromiso y adhesión al Sistema Público de Salud, con años de dedicación a ella, debiendo esperar el tiempo que requiere la especialización para contar con este recurso médico.



Se deberá definir claramente la modalidad de selección para acceder a este beneficio, así como los beneficios que para el médico traerá el especializarse, y los compromisos que por ello se adquieren, siendo de vital importancia que los médicos que ingresan o tienen interés de ingresar al Sistema Público tengan desde un comienzo¹, muy claras las posibilidades de especialización y de subespecialización existentes y sus exigencias, pudiendo resumirlo en tener muy claros sus “deberes y derechos” así como sus “proyecciones profesionales”.

Se ha de considerar que todos los médicos, antes o después deben tener la opción de la especialización y o de subespecialización, teniendo claro, como ya se mencionó, el requerimiento País, pero sin perder de vista que la entrega a través de años de servicio público bien pudiera ser premiada con especialización en ámbitos que si bien pudiera no ser prioridad País, lo pudieran ser para el médico o para el establecimiento.

ASPECTOS DE LA CARRERA FUNCIONARIA, REMUNERACIONALES:

Las remuneraciones son un componente esencial y con la finalidad de cumplir con los principios de la Carrera Funcionaria, éstas han de seguir considerando un componente permanente en la forma de sueldo base y asignaciones de carácter permanentes y un componente transitorio basado en asignaciones de estímulo, expresadas en porcentaje del sueldo base que se convierten en verdaderos estímulos si se cumple en forma transparente su otorgamiento, con la seguridad que se percibirán mientras se mantengan las circunstancias que determinaron su otorgamiento.

Cabe señalar que en general, todas las leyes médicas tienen algún sistema de asignaciones para mejorar remuneraciones estimulando áreas específicas del quehacer médico, no obstante hay una gran dispersión en la forma de usarlas por un lado de parte de la autoridad como herramienta de gestión, y por otro como reivindicación gremial de cada Asociación de Funcionarios Médicos o Capítulos Médicos locales, por lo que será necesario considerar un Reglamento adecuado, con la finalidad de eliminar

¹ Manual de procedimientos de “Formación de Especialistas”. MINSAL. 2016.



discrecionalidades y desgastes de los equipos médicos más allá de lo razonable, para obtener estas asignaciones como logros.

1. REMUNERACIONES PERMANENTES:

- 1.1. Sueldo base: - parece del todo razonable el sueldo base que se señala para las leyes N°15.076 y N°19.664, debiendo estudiarse lo que señalan las otras leyes como la de Atención Primaria y de las Fuerzas Armadas y de Orden.
- 1.2. Asignaciones permanentes: - es esencial mantener algunos criterios como son la: -
 - 1.2.1. Asignación por antigüedad.
 - 1.2.2. Asignación por Experiencia Calificada, de la que ya señalaremos algunos tópicos*.
 - 1.2.3. Asignación por especialización y subespecialización.
 - 1.2.4. Asignación por adhesión al Sistema Público de Salud.

*Asignación por Experiencia Calificada - Sistema de Acreditación:

Se considera que todos los médicos pasado ciertos años en el Sistema Público, han de poder acceder a esta asignación, dejando de llamarla Sistema de Acreditación, o Bases de Acreditación u otro en el que se coloca el concepto de Acreditación, llamándole solo “Asignación por Experiencia Calificada” y las Bases para su asignación, Bases para obtención de A Asignación por Experiencia Calificada. Esto dada la connotación que tiene el concepto de acreditación, toda vez que habrán médicos que por su cantidad de horas y posibilidades que le da la institución no accederán a cambio de nivel, no significando por ello que no están calificados para brindar atenciones de calidad.

Dada la experiencia que en esta asignación se tiene para los médicos afectos a la Ley N° 19.664, se puede usar de base, manteniendo lo que fue un logro, su portabilidad, cuya consecuencia valiosa es facilitar la **movilidad funcionaria**, ya que dicha acreditación es patrimonio del funcionario, no antes de cumplir los requisitos que las bases de Acreditación determinan,



donde se incluye el compromiso con la calidad de atención, cantidad de prestaciones y participación organizacional y es válida en cualquier jornada horaria de trabajo, titularidad o contrata y en cualquier lugar geográfico dentro de la red de salud pública. (Ley 20.982 dic. 2016. Concepto de Movilidad).

Se debieran considerar si, las mejoras o modificaciones necesarias, dado como se mencionó la experiencia de varios años de aplicación, como pueden ser: -

1. Eliminar el punto que dice que si un profesional funcionario no presenta sus papeles al noveno año de permanencia en el nivel 1 o 2, queda sin cargo, siendo reemplazado por el que si un profesional funcionario por dos veces consecutivas no pasa de nivel por aspectos técnicos y o aspectos clínicos, se queda sin su cargo no pudiendo ejercer en el sistema público. Exceptuar para este último efecto el aspecto organizacional ya que ningún médico de 11 horas y buena parte de los de 22 horas tienen posibilidad de ocupar dichas horas en aspectos organizacionales ya que los establecimientos los requieren preferentemente, sino exclusivamente para tareas de atención directa de pacientes.
2. Contar con Bases de Acreditación de carácter nacional, con algunos aspectos que se puedan agregar de manera regional, ya que por el momento, al menos la de la ley N°19.664 señala que cada SS cada dos años debe hacer sus propias Bases de Acreditación, provocando diferencias, a veces significativas de exigencias, en algunos casos en más y en otros en menos, lo cual no corresponde.
3. Otro aspecto que debería considerarse es que como estos sistemas son cada varios años, y la calificación funcionaria es anual, el que cada jefatura junto con la calificación debe realizar los papeles necesarios para la acreditación, cumplimiento de aspectos técnicos, aspectos clínicos y participación en aspectos organizacionales, debiendo los Departamentos, Unidades o cual sea la denominación de quienes llevan los registros de RRHH, resguardar dichos antecedentes hasta el momento que las Comisiones de Acreditación los requieran. Así cada profesional solo deberá aportar alguna información mínima respecto de



su quehacer funcionario los 9 años anteriores a su acreditación, cantidad de años que parece razonable.

4. Eliminar la llamada Acreditación por excelencia, que en vez de ser cada 9 años, puede ser cada 5 años, toda vez que en la práctica no lo es, ya que lo único adicional que se solicita son tres anotaciones de mérito, anotaciones que no están incorporadas en el diario quehacer, ni por las jefaturas para realizarlas, ni por los médicos para solicitarlas, y lo demás son trámites administrativos de aprobación por parte del subdirector médico del establecimiento y solicitud al director de servicio, lo que no amerita que se disminuya de 9 a 5 años la obtención de esta asignación. En caso de pensar en mantenerla debiera aumentarse los requisitos o exigencias para su obtención.

2. REMUNERACIONES TRANSITORIAS:

Como se mencionó, estas se mantendrán mientras se mantengan las circunstancias que le dieron origen.

Todas deben estar reglamentadas, ser transparentes en su asignación, meritorias, asociada a ciertos compromisos formales conocidos por todos, controladas o supervisadas por un comité ad-hoc.

Se consideran: -

2.1.- De Responsabilidad, que se ha de dar a todos los niveles jerárquicos del establecimiento, desde la subdirección médica del establecimiento, hasta los jefes de equipo.

2.2. De estímulo, como pueden ser: -

2.2.1.- Jornadas prioritarias, para todos aquellos que trabajen en las tardes, por 11 horas o más semanales, independiente del total de horas semanales de su contrato.

2.2.2.- Competencias profesionales. Se deberán determinar los montos en porcentaje del sueldo base, y a parámetros que se deben cumplir, a los que se les llamará de competencias profesionales. Ésta en particular también podría ser de carácter permanente.

2.2.3.- Condiciones y lugar de trabajo, incluye riesgo. Se debe asignar por parte de una Comisión formada para el efecto, sin perder de vista que lo



ideal es que las condiciones del trabajo, no solo médico sino que de todos los trabajadores deben estar exentos de riesgos o debidamente mitigados.

2.3. Desempeño Individual, asociada a la calificación funcionaria, que bien pudiera ser reemplazada por otra, o con otras exigencias, ya que la actual está asociada a la calificación funcionaria, siendo que casi la totalidad de los médicos obtienen la máxima calificación, y es por sorteo para un porcentaje de los profesionales, lo que la hace injusta.

2.4. Desempeño colectivo que debiera estudiarse, acordando los compromisos, siendo medidos e informados sistemáticamente, y necesariamente asociados a los compromisos que el establecimiento adquiere con las autoridades respectivas.

Para el desarrollo del presente documento se contó con la colaboración de la Dra. María Isabel Sánchez Fernández, especialista en Salud Pública, subespecialista en administración hospitalaria.

**Dr. Luis Velozo P.
Dr. Jorge Sánchez C.
Dr. Jorge Ramírez V.
Dr. Cristian Fuentes
Dr. Jaime Verdugo
Dra. Gladys Ibáñez R.
Dr. Diego Navarro
Dr. Arturo Hillerns**

Departamento de Trabajo Médico Nacional. Colegio Médico de Chile

Santiago, Marzo 2018