

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DPTO. ASESORIA JURÍDICA
Mmh.

REGLAMENTO GENERAL DE LA LEY N° 19.378

DECRETO N° 2296 de 1995

Publicado en el Diario Oficial de 23.12.95



MODIFICACIONES:

- Dto. 47/07, Minsal, D.OF. 27.09.07

INDICE

MATERIA	ARTICULOS
TITULO I	
Del término de la Relación Laboral	1º
TITULO II	
Del financiamiento y la administración de la Atención Primaria de Salud Municipal	
• Párrafo 1º Del financiamiento	2º - 10
• Párrafo 2º De la Administración	11- 28

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DPTO. ASESORIA JURÍDICA
Mmh.

APRUEBA REGLAMENTO GENERAL DE LA LEY N° 19.378

N° 2296

<p>Publicado en el Diario Oficial de 23.12.95</p>
--

SANTIAGO, 10 de octubre de 1995

Visto: lo dispuesto en la Ley N° 19.378, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; en la Ley No. 18.883; en la Ley N° 18.469; en la Ley N° 16.744; en la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y las facultades que me confiere el artículo 32 N° 8 de la Constitución Política del Estado

DECRETO:

APRUÉBASE el siguiente Reglamento General de la Ley No. 19.378, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal:

REGLAMENTO GENERAL DE LA LEY N° 19.378

TITULO I

Del Término de la Relación Laboral

Artículo 1º Los funcionarios de una dotación municipal de salud dejarán de pertenecer a ella solamente por las siguientes causales:

- a) Renuncia voluntaria, la que deberá ser presentada con a lo menos treinta días de anticipación a la fecha en que surtirá efecto, plazo que podrá ser reducido por acuerdo de las partes. Se podrá retener la renuncia, por un plazo de hasta treinta días, contado desde su presentación, cuando el funcionario se encuentre sometido a sumario administrativo del cual emanen antecedentes serios de que pueda ser privado de su cargo, por aplicación de la medida disciplinaria de destitución;
- b) Falta de probidad, conducta inmoral o incumplimiento grave de las obligaciones funcionarias, establecidos fehacientemente por medio de un sumario;

- c) Vencimiento del plazo del contrato;
- d) Obtención de jubilación, pensión o renta vitalicia en un régimen previsional, en relación con la función que desempeñen en un establecimiento municipal de atención primaria de salud;
- e) Fallecimiento;
- f) Calificación en lista de Eliminación o, en su caso, en lista Condicional, por dos períodos consecutivos o tres acumulados;
- g) Salud irrecuperable, o incompatible con el desempeño de su cargo, en conformidad a lo dispuesto en la Ley No. 18.883;
- h) Estar inhabilitado para el ejercicio de funciones en cargos públicos o hallarse condenado por crimen o simple delito, con sentencia ejecutoriada, e
- i) Disminución o modificación de la dotación, según lo dispuesto en el artículo 11º de la Ley No. 19.378. En este caso, el afectado que se encuentre desempeñando funciones en la dotación municipal de salud en virtud de un contrato indefinido, tendrá derecho a una indemnización equivalente al total de las remuneraciones devengadas en el último mes, por cada año de servicio en la municipalidad respectiva, con un máximo de once años.

Al invocar esta causal de término de la relación laboral respecto de un funcionario, en la dotación referida al artículo 11º de la Ley N° 19.378, no se podrá contemplar un cargo vacante análogo al del funcionario afectado con la terminación de su contrato. Tampoco podrá contratarse, en el respectivo período, personal con contrato transitorio para desempeñarse en funciones análogas a las que cumplía el funcionario al que se aplique esta causal.

TITULO II
Del Financiamiento y la Administración de la Atención Primaria de Salud Municipal
Párrafo 1º
Del Financiamiento

ARTÍCULO 2º.- Cada Entidad Administradora de Salud Municipal recibirá mensualmente, del Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud correspondientes, un aporte estatal, cuyo monto se determinará sobre la base de los siguientes criterios:

- a) Población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas;
- b) Nivel socio-económico de la población e índices de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud;
- c) El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna, y
- d) Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral.

El Ministerio de Salud fijará su monto para cada entidad administradora en base a la incidencia de estos criterios, ponderados según se haya establecido para el período de que se trate. Las Entidades Administradoras podrán reclamar del mismo dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde la fecha de recepción de su notificación, a través del respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud, acompañando los antecedentes y consideraciones que estimen necesarios. El Ministerio de Salud, resolverá definitivamente dentro del plazo de quince días, contados desde la fecha de recepción del reclamo.

ARTÍCULO 3º.- El aporte estatal para el financiamiento de la atención primaria de salud se determinará anualmente en el mes de diciembre, mediante Decreto Fundado del Ministerio de Salud, previa consulta a los Gobiernos Regionales correspondientes, suscrito además, por los Ministros del Interior y de Hacienda. Este mismo decreto precisará la proporción en que se aplicarán los criterios indicados en las letras a), b), c) y d) del artículo precedente, el listado de las prestaciones cuya ejecución concederá derecho a recibirlo las que serán propuestas por el Ministerio de Salud y todos los procedimientos necesarios para la determinación y transferencia del indicado aporte. Este aporte se reajustará anualmente según se determine en la Ley de Presupuestos del año respectivo.

ARTÍCULO 4º.- Para la determinación del monto del aporte, en lo que se refiere a las letras c) y d) del artículo 2º de este Reglamento, sólo se considerarán las acciones de salud que se presten en los establecimientos de atención primaria a que se refiere este Reglamento, o fuera de ellos y dentro de la comuna respectiva por su personal, cuando ellas sean otorgadas a las siguientes personas:

a) A los beneficiarios legales del Régimen de Prestaciones de la Ley N° 18.469, en la Modalidad de Atención Institucional que ésta contempla.

b) A la población en general en las prestaciones a que tienen derecho en conformidad con lo establecido en el Código Sanitario, y que se otorguen en ese nivel de atención.

c) A los damnificados por un accidente del trabajo o enfermedad profesional cuyo seguro sea administrado por el Instituto de Normalización Previsional o por los Servicios de Salud.

d) A los beneficiarios que tengan derecho a ser atendidos en virtud de convenios celebrados con el respectivo Servicio de Salud.

Para efectos de lo establecido en los artículos 49º y 51º de la Ley N° 19.378, el número de beneficiarios legales que atiende cada establecimiento se conocerá mediante el proceso de inscripción.

La forma y el modo en que dicha inscripción se realizará, será establecida a través de los convenios celebrados entre los Servicios de Salud y los Municipios.

Con todo, la circunstancia de que un beneficiario legal no esté inscrito en el establecimiento de atención primaria, nunca podrá constituir causal de denegación del otorgamiento de las prestaciones de salud.

Asimismo los beneficiarios legales tendrán siempre la libertad de elegir el establecimiento en que se inscribirán.

ARTÍCULO 5º.- El monto del aporte mensual que le corresponda a la Entidad Administradora, estará sujeto a modificaciones cuando existan discrepancias entre la información entregada por esta última para su cálculo y los antecedentes de que disponga

el Servicio de Salud. En tales casos, si la discrepancia implica que la Entidad Administradora reciba un monto mensual mayor que lo que le correspondería según los criterios establecidos en el decreto de fijación respectivo, ésta deberá restituir los excedentes reajustados en el porcentaje de variación del índice de precios al consumidor. Por el contrario, si dicha discrepancia implica que el Servicio de Salud envía un aporte menor al fijado, entonces éste deberá reembolsar la diferencia en un plazo no mayor a los treinta días, contado desde la fecha del envío del monto anterior.

Para efectos de la restitución de los recursos que la Entidad Administradora haya percibido en exceso, el Servicio de Salud podrá efectuar descuentos sobre los aportes que se efectúen a partir del mes siguiente a aquel en el cual se haya comprobado dicha discrepancia. No obstante, tales descuentos no podrán exceder de un 10% de los aportes mensuales. En caso de que los descuentos que procedan sean superiores a esta cifra, la diferencia deberá trasladarse al mes siguiente, y así sucesivamente, hasta que se haya restituido la totalidad de la discrepancia.

Sobre las modificaciones que se establezcan, las Entidades Administradoras podrán apelar ante el Intendente Regional respectivo dentro del 5º día hábil desde la notificación, debiendo éste pronunciarse dentro del plazo de quince días de presentada la apelación.

ARTÍCULO 6º.- Igualmente el Servicio de Salud respectivo deberá retener el aporte a las Entidades Administradoras de Salud Municipal, cuando éstas no se encuentren al día en los pagos de cotizaciones previsionales y de salud de su personal. El monto retenido no podrá ser superior a las cotizaciones impagas y será transferido a dichas entidades cuando éstas demuestren que se ha efectuado el íntegro de dichas sumas.

ARTÍCULO 7º.- Con el objeto de comprobar el cumplimiento de sus obligaciones previsionales, las Entidades Administradoras de Salud Municipal certificarán al Servicio de Salud respectivo, con a lo menos dos días de antelación a la fecha de entrega del aporte, la circunstancia de haber pagado las cotizaciones que correspondía o, en caso contrario, señalarán la falta de pago en que han incurrido y su monto, adjuntando en ambos casos los antecedentes que comprueben tales aseveraciones.

ARTÍCULO 8º.- Las municipalidades deberán publicar anualmente un balance que permita conocer los montos de los aportes a que se refieren los artículos anteriores y la forma como han sido administrados.

Dicho balance deberá publicarse en un diario de circulación local a más tardar el 31 de marzo del año siguiente y, si no lo hubiere, en uno regional. Copia de él deberá fijarse en un lugar visible de los consultorios que las municipalidades administren. Este balance deberá contener como mínimo en lo relativo a ingresos, lo siguiente: aporte municipal de salud; transferencia de aportes del nivel central; ingresos propios y otros ingresos; en lo relativo a gastos deberá contener como mínimo: los gastos en remuneraciones por categoría funcionaria desglosado en sueldos bases y cada una de las asignaciones, diferenciando el gasto en remuneraciones de personal asistencial y el gasto en remuneraciones del personal que labora en funciones administrativas; y el gasto en

remuneraciones del personal que desempeñándose en la Entidad Administradora, esté afecto a la Ley N° 19.378, según lo establece el artículo 3° del Reglamento de Carrera Funcionaria de dicha Ley; los gastos de operación, los gastos de Farmacia y los gastos de inversión en salud.

ARTÍCULO 9°.- Sin perjuicio del aporte que las Entidades Administradoras reciban del Ministerio de Salud, las municipalidades a través de los establecimientos de atención primaria de salud podrán cobrar cuando corresponda, a los beneficiarios del Régimen de Prestaciones de la Ley N° 18.469 que atiendan en la Modalidad de Atención Institucional, las cantidades que fijen y que no podrán exceder de las que a éstos les corresponda pagar del arancel de prestaciones vigente de dicha Ley, su reglamento y normas complementarias, según el grupo en que se encuentren clasificados. En este caso, deberá extenderse un comprobante en que se señale el nombre del beneficiario, el grupo al que pertenece, las prestaciones otorgadas y el monto cobrado.

Asimismo, las atenciones que presten por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, a los beneficiarios de la ley N° 16.744, podrán ser cobradas directamente a la mutualidad de empleadores o empresa de administración delegada que administre el respectivo seguro que proteja al afectado, como único precio por ellas.

ARTÍCULO 10°.- Los recursos que ingresen a las municipalidades como consecuencia del cobro a los beneficiarios de la Ley N° 18.469 y su Reglamento, modalidad institucional, formarán parte de un "fondo de salud municipal de ingresos propios", el que deberá ser destinado en su totalidad a los establecimientos de atención primaria de salud municipal. En la distribución de este "fondo", la municipalidad deberá considerar preferentemente su asignación hacia el establecimiento que da origen a los ingresos propios, destinando el resto de los ingresos, en porcentajes que la propia municipalidad adopte, a otros de sus establecimientos de salud de la municipalidad respectiva.

Párrafo 2° De la Administración

ARTÍCULO 11°.- Las entidades administradoras definirán la estructura organizacional de sus establecimientos de atención primaria de salud y de la unidad encargada de salud en la entidad administradora, sobre la base del plan de salud comunal y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud.¹

Los establecimientos municipales de atención primaria de salud cumplirán las normas técnicas, planes y programas que respecto de las prestaciones de esa naturaleza que realizan, imparta el Ministerio de Salud.

Siempre y sin necesidad de autorización alguna, podrán efectuar otras prestaciones adicionales a las establecidas en el respectivo programa de salud, las que en todo caso

¹ Inciso agregado, pasando los actuales incisos 1°, 2° y 3° a ser 2°, 3° y 4°, como aparece en el texto, por el N° 1) del artículo 2° del Dto. 47/07, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 27.09.07

deberán también ceñirse a las normas técnicas que sobre su ejecución haya dictado la autoridad sanitaria, de acuerdo a sus atribuciones generales en esta materia. Estas prestaciones podrán ser financiadas directamente por la municipalidad o mediante cobro directo al que las recibe, según el arancel que ella fije el que, respecto de los beneficiarios de la Ley N° 18.469, no podrá exceder de los valores que esa normativa establece para la modalidad institucional.

Si con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley N° 19.378 se imparten normas técnicas, planes y programas, que impliquen un mayor gasto para la municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49° de la misma Ley, de acuerdo a lo que se señala en su inciso segundo.

ARTÍCULO 12°.- Las Entidades Administradoras de Salud Municipal formularán anualmente un proyecto de programa de salud municipal. Se entenderá por éste al programa anual de actividades formulado por la entidad administradora en base a las programaciones de los establecimientos respectivos, el que contendrá las estrategias de salud a nivel comunal enmarcadas en el plan de desarrollo comunal y en las normas técnicas del Ministerio de Salud.

Este programa deberá contener a lo menos los siguientes aspectos:

- 1) Lineamientos de una política comunal de salud, que recoja los problemas locales de salud, en el marco de las normas técnicas y programáticas impartidas por el Ministerio de Salud y las prioridades fijadas por los Servicios de Salud respectivos;
- 2) Diagnóstico comunal participativo de salud actualizado;
- 3) Evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente;
- 4) El escenario más probable para la salud comunal en el período a programar;
- 5) Asignación de prioridades a los problemas señalados, a partir del diagnóstico y los recursos existentes y potenciales, en base a los criterios de prevalencia, gravedad, vulnerabilidad y a la intervención e importancia social.
- 6) Determinación de actividades frente a cada problema priorizado, considerando en ellas: acciones de vigilancia epidemiológica, acciones preventivas y promocionales, acciones de carácter intersectorial que contribuyan a la ejecución de las actividades del programa, y acciones curativas.
- 7) Indicadores de cumplimiento de metas programadas.

ARTÍCULO 13°.- El programa de salud municipal deberá considerar el programa de capacitación del personal, las actividades de educación para la salud, las reuniones técnicas, el trabajo en comunidad, la participación en comisiones locales y cualquier otra actividad que permita estimar los nuevos requerimientos y realizar las evaluaciones correspondientes.

ARTÍCULO 14º.- Para la elaboración del programa de salud municipal se procurará contar con la participación de los funcionarios que conforman los equipos de salud, de los establecimientos señalados en la letra a) del artículo 2º de la Ley N° 19.378, y de los demás sectores de la comunidad o personas que se estimen necesarias.

ARTÍCULO 15º.- El Ministerio de Salud deberá comunicar las normas técnicas sobre los programas de salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, a las Entidades Administradoras de Salud Municipal a más tardar el día 10 de septiembre del año anterior al de su ejecución.

El Alcalde remitirá el programa anual, aprobado de acuerdo con el artículo 58, letra a), de la Ley No. 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, al Servicio de Salud respectivo, a más tardar, el 30 de noviembre del año anterior al de su aplicación.

Si el Servicio de Salud determina que el programa municipal no se ajusta a las normas técnicas del Ministerio de Salud, deberá hacer observaciones al Alcalde dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde su recepción, para que las remita al Concejo para su aprobación o rechazo. Si las observaciones del Servicio de Salud fueren rechazadas total o parcialmente, se deberá constituir una Comisión integrada por el Secretario Regional Ministerial de Salud, quien la presidirá, el Alcalde respectivo y el Director del Servicio de Salud correspondiente, la que será convocada por su Presidente. Para la entrada en vigencia del programa, esta Comisión deberá resolver las discrepancias a más tardar el día 30 de diciembre de cada año.

ARTÍCULO 16º .- Se constituirán comisiones técnicas de salud intercomunal en cada jurisdicción de los Servicios de Salud. El número de comisiones y de comunas incorporadas en cada una de ellas será determinado por los Directores de Servicios en base a criterios de operatividad en su funcionamiento, y a la conformación de la red asistencial de salud del área respectiva. Ellas se constituirán por iniciativa del Director del Servicio de Salud, o a petición de dos o más Directores de las Entidades Administradoras de Salud Municipal señaladas en el artículo 2º letra b) de la Ley No. 19.378.

ARTÍCULO 17º.- Dichas comisiones estarán integradas por el Director del Servicio de Salud respectivo, quien las presidirá, por los Directores de las Entidades Administradoras de Salud Municipal y por tres profesionales que el Director del Servicio de Salud correspondiente designe. ²

ARTÍCULO 18º.- La organización interna de las comisiones, así como las normas de funcionamiento deberán establecerse en la sesión de constitución de ellas, de común acuerdo entre sus miembros.

² Artículo sustituido, como aparece en el texto, por el N° 2) del artículo 2º del Dto. 47/07, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 27.09.07

ARTÍCULO 19º El Director del Servicio de Salud en su calidad de presidente de la comisión, deberá informar de su funcionamiento, periódicamente y cada vez que la situación lo amerite, al Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, y a los Alcaldes correspondientes.

ARTÍCULO 20º.- Dichas comisiones tendrán carácter asesor técnico y su funcionamiento será permanente. Será su propósito apoyar en la formulación de los programas de salud, en los procesos de evaluación, en la preparación de convenios intercomunales, en alternativas de capacitación y perfeccionamiento del personal, y en el diseño de proyectos de inversión.

ARTÍCULO 21º.- En la formulación de los programas de salud las comisiones podrán apoyar técnicamente en la determinación de líneas de acción comunes para las entidades administradoras de establecimientos de salud municipal, en la fijación de prioridades y asesorar del mismo modo en lo que sea pertinente en la preparación de los mismos.

ARTÍCULO 22º.- En los procesos de evaluación las comisiones podrán apoyar técnicamente en la determinación de métodos para realizar el análisis técnico-económico de la factibilidad de realizar los programas de salud municipal, y posteriormente colaborar de igual manera en la identificación de problemas que limitan la ejecución y el cumplimiento de los programas formulados.

ARTÍCULO 23º.- En la preparación de los convenios intercomunales las comisiones podrán apoyar técnicamente en materias tales como: la identificación de los problemas comunes, la definición de arsenales farmacológicos e insumos de laboratorio, en la búsqueda de soluciones equitativas entre las Entidades Administradoras, y en el desarrollo de proyectos de salud e inversión.

ARTÍCULO 24º.- En las alternativas de capacitación y perfeccionamiento, las comisiones podrán apoyar técnicamente en aquellas iniciativas destinadas a armonizar la capacitación y el perfeccionamiento en materias que tengan relación directa con la atención primaria, como así también en aquellas materias relacionadas con la preparación y evaluación de programas de salud municipal y el diseño de proyectos de inversión.

ARTÍCULO 25º.- En el diseño de proyectos de inversión, las comisiones podrán apoyar con asesoría técnica e información, preferentemente en relación a las etapas de prefactibilidad y factibilidad de aquellos proyectos en que así lo soliciten las entidades administradoras.

ARTÍCULO 26º.- En uso de sus atribuciones legales los Servicios de Salud supervisarán el cumplimiento de las normas técnicas que deben aplicarse a los establecimientos municipales de atención primaria y del programa de salud municipal.

ARTÍCULO 27º.- En uso de sus facultades, los Servicios de Salud contribuirán a la identificación de logros y avances del programa de salud municipal.

ARTÍCULO 28º.- Las municipalidades que administren establecimientos de salud de atención primaria, podrán celebrar convenios entre sí, que tengan como finalidad una administración conjunta de los mencionados establecimientos, en conformidad con lo establecido en su Ley Orgánica Constitucional.

Los Directores de Servicios en uso de las atribuciones conferidas en las disposiciones del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, podrán estimular, promover y celebrar convenios con las respectivas municipalidades, para traspasar personal en comisiones de servicio u otros recursos, apoyar la gestión y administración de salud y promover el establecimiento de sistemas locales de salud, basados en la participación social, la intersectorialidad y el desarrollo local.

ANÓTESE, TÓMESE RAZÓN, PUBLÍQUESE E INSÉRTESE EN LA RECOPIACIÓN OFICIAL DE REGLAMENTOS DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.-
