

## MINUTA ACREDITACIÓN MÉDICA LEY N°19.664

### I. INTRODUCCIÓN

La Ley N°19.664 del año 2000, en su artículo 5° establece que los profesionales funcionarios no directivos que desempeñen jornadas diurnas de 11, 22, 33 o 44 horas semanales en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud quedan sujetos a una carrera funcionaria estructurada en dos etapas:

- a) Etapa de Destinación y Formación.
- b) Etapa de Planta Superior.

El artículo 14 de la citada ley señala que la etapa de planta superior está conformada por tres niveles: I, II y III. Cada uno de los cuales está asociado al pago de un porcentaje de la Asignación de Experiencia Calificada (40%, 82% y 102%, respectivamente).

En el caso de los profesionales funcionarios que pertenezcan a la Etapa de Planta Superior y se encuentren en un cargo titular o a contrata en los Niveles I y II, durante el curso del noveno año de permanencia en el cargo deben someterse al sistema de acreditación para acceder al siguiente nivel de esta Etapa o, de forma excepcional, transcurridos cinco años y cumpliendo determinados requisitos, podrán presentar su solicitud de acogerse voluntariamente al proceso de Acreditación por Excelencia.

La vía normal para acceder a estos niveles es a través del sistema antes descrito, aun cuando el Director de Servicio, en la medida que se cumplan ciertos requisitos, tiene la facultad de llamar a concurso cargos titulares para profesionales funcionarios en Nivel II o III (Art. 15 inc. 2° de la Ley N°19.664).

Ahora bien, el objetivo central del sistema de Acreditación Médica es evaluar cualitativa y cuantitativamente los logros alcanzados por los profesionales funcionarios en el desempeño de sus cargos, considerando los aspectos técnicos, clínicos y organizacionales, con lo cual, los profesionales funcionarios deben demostrar, que cumplen con los requisitos evaluados en el proceso, para reconocer su paso al nivel siguiente.

### II. REGULACIÓN NORMATIVA

1. Artículos 16 al 22 de la Ley N°19.664 que establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los Servicios de Salud y modifica la Ley N°15.076.
2. Decreto N°128, de 2004 del Ministerio de Salud, Reglamento sobre el Sistema de Acreditación a que se refieren los artículos 16 y siguientes de la Ley N°19.664.
3. Dictámenes de la Contraloría General de la República.

### 3.1. SOBRE LAS MODALIDADES DE ACREDITACIÓN:

La ley contempla dos modalidades de acreditación:

#### 3.1.1. Acreditación Obligatoria:

Según el artículo 16 de la Ley N°19.664, los profesionales funcionarios titulares y contratados, que se encuentren en los Niveles I y II, estarán obligados, durante el curso del noveno año de permanencia, a presentar sus antecedentes al proceso de acreditación.

Se debe entender por curso del noveno año lo interpretado por la Contraloría General de la República en su Dictamen N°24.223 de 28 de septiembre de 2018, que indica lo siguiente:

*“(…) No se exige nueve años de antigüedad o de permanencia para poder presentar los antecedentes para la acreditación obligatoria, sino que se permite que ello se haga durante el curso del noveno año de permanencia en el cargo, lapso que comienza el día siguiente a aquel en que el servidor ha completado o cumplido ocho años de servicio y expira el día en que logra alcanzar nueve años de servicios”.*

#### 3.1.2. Acreditación Voluntaria por Excelencia:

El artículo 17 de la Ley N°19.664 hace referencia a que los profesionales funcionarios titulares y contratados que se encuentren en los Niveles I y II y que, además reúnan los requisitos previstos en la ley, una vez transcurridos cinco años de permanencia en un cargo, podrán presentar voluntariamente sus antecedentes al proceso de acreditación.

Según lo dispuesto por el Dictamen N°24.223 de 28 de septiembre de 2018 de la Contraloría General de la República:

*“El legislador fijó un hito de inicio del lapso que interesa, cual es que se completen o cumplan cinco años de permanencia o servicios, sin señalar, al menos de manera explícita, una época de cierre de ese lapso de postulación.*

En relación con esto último, se debe concluir que *la presentación de antecedentes para la acreditación de excelencia puede hacerse hasta en el proceso previo a aquel en que debe hacerse la acreditación ordinaria y obligatoria del servidor”.*

El órgano contralor también ha concluido que de lo previamente expuesto *“(…) se sigue que los servidores podrán postular a la acreditación voluntaria por excelencia durante el periodo que media entre el momento en que cumplan cinco años de permanencia en el nivel respectivo y hasta el proceso previo a aquel en que deban presentar sus antecedentes para la acreditación ordinaria”.*

Además de la carpeta de antecedentes, los requisitos que deben cumplir aquellos profesionales funcionarios que se sometan a esta acreditación y que están establecidos en el artículo 24 del Decreto N°128, de 2004, del Ministerio de Salud, son los siguientes:

- a) Haber sido calificado en Lista 1, durante los cinco últimos años, con 97 puntos como mínimo.
- b) Poseer, a lo menos, tres anotaciones de mérito en los últimos cinco años, distribuidas en tres años del período.
- c) Contar con la opinión favorable del Subdirector Médico del establecimiento y la del Jefe del Servicio Clínico y Unidad de Apoyo<sup>1</sup> que corresponda, fundada en desarrollo profesional destacado, excelencia en el desempeño y aporte a la organización por parte del profesional.
- d) Manifestar mediante presentación escrita al Director del Servicio de Salud, su voluntad de someterse a acreditación en la fecha indicada.

---

<sup>1</sup> Los Jefes de Servicio Clínico y Unidades de Apoyo deben haber sido elegidos a través de las normas y procedimiento que establece el Decreto N°29 de 2015 de Concurso Interno de Asignación de Responsabilidad. Tener en consideración las instrucciones impartidas a través del Ordinario C31 N°262 del 01 de febrero de 2016.

### 3.2. SOBRE EL CÁMPUTO DEL TIEMPO PARA PRESENTARSE AL PROCESO DE ACREDITACIÓN:

Para efectos de computar la antigüedad en el Nivel, se deben considerar los siguientes aspectos:

1.	El profesional funcionario computará antigüedad en todo el Sistema de Servicios de Salud del país siempre que sea sin solución de continuidad.
2.	El profesional funcionario, al asumir un segundo, tercer o inclusive un cuarto cargo, mantendrá en los nuevos cargos el Nivel máximo que ya tenga reconocido previamente.
3.	El profesional funcionario que hubiere asumido un cargo directivo, conservará la antigüedad en el Nivel que obtuvo antes de su designación como tal, por lo que, al retomar la carrera, completará el tiempo necesario hasta cumplir los años requeridos para presentarse al proceso.
4.	El profesional funcionario que posea cargos en diferentes Servicios de Salud o Establecimientos, con distinta antigüedad y con igual Nivel, deberá presentarse en aquel que cumpla primero el tiempo requerido para acreditar y, posteriormente, presentar al o los establecimientos restantes los resultados de dicho proceso de acreditación.
5.	El profesional funcionario que posea cargos en diferentes Servicios de Salud o Establecimientos, con la misma antigüedad, al momento de presentarse a Acreditación deberá decidir en qué proceso se someterá, debiendo informar al Servicio donde no presentará antecedentes, que está siendo evaluado por otra autoridad.
6.	El profesional funcionario que hubiere reducido o aumentado horas de su jornada, sin solución de continuidad, mantendrá el Nivel y la antigüedad en ese Nivel.
7.	El profesional funcionario que hubiere cambiado de calidad jurídica sin solución de continuidad, mantendrá el Nivel y la antigüedad en ese Nivel.

Para los casos 5, 6 y 7 es importante que los Establecimientos realicen el reconocimiento de nivel del profesional funcionario, esto es:

1. Dictando el acto administrativo correspondiente, y

2. Registrando en SIRH el nivel más alto acreditado por el profesional funcionario y la antigüedad que conserva en dicho nivel.

### 3.3. EFECTOS DE LA ACREDITACIÓN:

Al respecto, se distinguen los siguientes efectos respecto al profesional funcionario:

<p>Si el proceso de acreditación fue aprobado</p>	<p>Los profesionales funcionarios que aprueban el proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Acceden al Nivel inmediatamente siguiente de la Etapa de Planta Superior.</b></li> <li><b>Adquieren el derecho a percibir el porcentaje de Asignación de Experiencia Calificada para ese Nivel en todos los cargos que posea a la fecha de aprobación, siempre que exista cupo financiero disponible.</b></li> </ol> <p>De no contar con el cupo financiero, los profesionales funcionarios pasan a integrar una lista de espera, la cual debe ser informada al Ministerio de Salud para ser considerada en la distribución presupuestaria correspondiente.</p>
<p>Si el proceso de acreditación fue reprobado</p>	<p><b>Los profesionales funcionarios que reprueban el proceso Obligatorio de Acreditación:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mantienen su cargo y el Nivel en que se encontraban antes de someterse al proceso.</li> <li>Adquieren la obligación de presentar anualmente sus antecedentes a los nuevos procesos.</li> </ol> <p><b>Los profesionales funcionarios que reprueban el proceso por Excelencia de Acreditación:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mantienen su cargo y el Nivel en que se encontraban antes de someterse al proceso.</li> <li>No podrán volver a postular a ella, debiendo esperar a que se cumpla el tiempo requerido para efectos de presentar sus antecedentes para la acreditación obligatoria.</li> </ol>

### Si no se presentó al proceso de acreditación

De acuerdo a la normativa, la no presentación de antecedentes cuando corresponda hacerlo (acreditación obligatoria), hará incurrir al profesional en la pérdida de requisitos para continuar ejerciendo la función. De ello se desprenden los siguientes efectos:

1. **Se deben declarar vacantes todos los cargos que posea en el Sistema Nacional de Servicios de Salud del país, o se le terminarán los contratos, según corresponda.**
2. **Lo anterior, deberá realizarse dentro de los 15 días hábiles siguientes a la fecha en que debió someterse a acreditación.**

Si bien la Ley no establece el procedimiento por el cual se notificará a los demás establecimientos o Servicios de Salud, al momento de declarar la vacancia del cargo, copia de esa resolución debe ser enviada a los Servicios de Salud para su conocimiento y fines que corresponda. El registro SIAPER debe ser compartido a todos los Servicios de Salud.

## IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS SOBRE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN MÉDICA

### 4.1. LISTADO DE ACREDITABLES:

De acuerdo al Reglamento, es la Subdirección de Gestión Asistencial la llamada a llevar listados actualizados de los profesionales funcionarios que deben presentarse a los procesos, sin embargo, al recaer la secretaría de la Comisión de Acreditación en la Subdirección de Gestión de Personas, éstos listados pasan a ser responsabilidad de esta repartición.

Anualmente, se debe tomar el listado de todos los profesionales funcionarios vigentes en Nivel I y II y calcular su antigüedad al 1° de mayo.

### 4.2. CALENDARIO DEL PROCESO:

El Reglamento sancionado por el Decreto Supremo N°128, de 2004, del Ministerio de Salud, indica los plazos que regulan el proceso, y sobre los cuales deben trabajar los Servicios. Sin embargo, de acuerdo a lo dictaminado por Contraloría General de la República, los plazos en la Administración del Estado no tienen el carácter perentorio (Dictamen N°39.605 del 24 de junio de 2011), por lo que es posible, dentro de los márgenes legales permitidos, acotarlos, más no extenderlos.

En este sentido, es posible identificar dos cursos de acción:

#### a) CALENDARIO PARA PROCESO DE ACREDITACIÓN REGULAR (REGLAMENTARIO):

CALENDARIO REGLAMENTARIO PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN MÉDICA		
ETAPAS	DESDE	HASTA
1. Período de presentación escrita al Director de Servicio, de profesionales que deseen acreditar por excelencia.		28/02
2. Elaboración de Nómina de Profesionales funcionarios que deben acreditar obligatoriamente		15/03
3. Entrega de Bases de Acreditación	01/01	30/04
4. Recepción de antecedentes en el Departamento de Gestión de las Personas del Establecimiento, cualquiera sea su denominación	01/01	30/04
5. Constitución de la Comisión de Acreditación		01/05
6. Evaluación de Antecedentes	01/05	30/06
7. Listado preliminar de resultados		05/07
8. Notificación y difusión del listado preliminar		09/07
9. Apelación de los Profesionales Funcionarios		10/07
10. Resolución de Apelaciones		15/07
11. Informe de Acreditación		31/07
12. Entrega de Resultados Finales al Director del Servicio para su conocimiento y firma de Resolución Exenta con Resultados del Proceso.		15/08

#### b) CALENDARIO ACOTADO PARA PROCESO DE ACREDITACIÓN ATRASADO:

Se ha propuesto un calendario acotado a los Servicios de Salud que posean a la fecha, procesos pendientes de regularización y que permite poner al día el acceso de los profesionales funcionarios a los Niveles siguientes.

Cabe mencionar, que se mantienen los plazos de la instancia de Apelación y resolución de esas apelaciones en 5 días hábiles, los demás, pueden tener aún mayores reducciones, con la finalidad de optimizar los tiempos:

CALENDARIO ACOTADO PARA PROCESO DE ACREDITACIÓN MÉDICA ATRASADO	
ETAPAS	DÍAS HÁBILES MÁXIMOS
1. Período de presentación escrita al Director de Servicio, de profesionales que deseen acreditar por excelencia.	10
2. Elaboración de Nómina de Profesionales funcionarios que deben acreditar obligatoriamente.	10
3. Entrega de Bases de Acreditación.	17
4. Recepción de antecedentes en el Departamento de Gestión de las Personas del Establecimiento, cualquiera sea su denominación	17
5. Constitución de la Comisión de Acreditación	1
6. Evaluación de Antecedentes	5
7. Listado preliminar de resultados	1
8. Notificación y difusión del listado preliminar	5
9. Apelación de los Profesionales Funcionarios	5
10. Resolución de Apelaciones	5
11. Informe de Acreditación	1
12. Entrega de Resultados Finales al Director del Servicio para su conocimiento y firma de Resolución Exenta con Resultados del Proceso.	1

#### 4.3. DESIGNACIÓN DE LA COMISIÓN:

El proceso de Acreditación Médica requiere de la conformación de una Comisión que será la encargada de revisar los antecedentes, proponer modificaciones a las bases y contribuir, con su trabajo, al acceso de los profesionales funcionarios al Nivel inmediatamente siguiente una vez aprobado el proceso.

Para hacer su trabajo, la Comisión de Acreditación requiere contar con los insumos que la Subdirección de Gestión de Personas debe proporcionar:

1. Listado de profesionales funcionarios que participan del proceso: obligatorios y voluntarios.
2. Carpetas ordenadas por tipo de postulación.
3. Formularios de vaciado de puntajes.

Así entonces, la Comisión de Acreditación estará compuesta por:



- Subdirector de Gestión Asistencial, en calidad de Presidente de la Comisión.
- Directores de Establecimientos con profesionales funcionarios presentes en el proceso.
- Auditor Médico designado por el Director del Servicio.
- Asesor Médico del Establecimiento de mayor complejidad (Subdirector de Gestión Asistencial).
- Subdirector de Gestión de Personas o a quien se encomiende para esta función.
- Un representante por cada profesión a acreditar, el que debe estar en Nivel III.
- Representantes por Colegios (A.G.)
- Tres Jefes de Servicio Clínico o Unidades de Apoyo elegidos por sorteo del universo de profesionales funcionarios que ganaron el Concurso Interno de Asignación de Responsabilidad.

#### 4.4. ELABORACIÓN DE BASES:

Las Bases de Acreditación Médica son el instrumento que materializa y aplica las normas contenidas en la Ley N°19.664 y en el Decreto Supremo N°128 de 2004, entregando los parámetros que serán considerados en cada una de las áreas a evaluar.

En este sentido, la evaluación de los profesionales funcionarios debe someterse a los márgenes de puntaje que establece el Reglamento y, por ende, no es posible modificar su escala. Teniendo en consideración este aspecto, hay que precisar que las Áreas, Factores y Subfactores allí contemplados son inamovibles. Sin embargo, pueden crearse categorías dentro de los subfactores que permiten clarificar de mejor manera la asignación de los puntajes. La función de revisar dichos puntajes será de la Comisión de Acreditación al finalizar el período bianual establecido.

En consecuencia, cada dos años, en el mes de diciembre, la Comisión de Acreditación deberá revisar y aprobar las Bases de Acreditación, para que el Director del Servicio las sancione vía Resolución Exenta, la cual no va a Registro ni a Toma de Razón por parte de Contraloría General de la República (Dictamen N°88.452 del 06 de noviembre de 2015). Sin perjuicio de esto, la Comisión está facultada para hacer revisión de ellas una vez finalizado el proceso que se esté desarrollando.

Las Bases y el Reglamento hablan de tres áreas a evaluar:

<b>ÁREA CLÍNICA</b>	Evalúa cualitativa y cuantitativamente el desempeño en Atención Abierta, Atención Cerrada, Procedimientos y Exámenes, Situaciones Críticas y Atención de Pacientes Especiales.
<b>ÁREA TÉCNICA</b>	Evalúa los conocimientos adquiridos durante el período, ya sea a través de Capacitaciones, Labor Docente, Investigaciones y Reconocimiento Académico.
<b>ÁREA ORGANIZACIONAL</b>	Evalúa el desempeño en Cargos de Responsabilidad, Aportes realizados a la Institución y Reconocimiento Institucional.

Cada una de estas áreas posee un puntaje mínimo para aprobar, pero adicionalmente, el profesional funcionario debe obtener un puntaje mínimo global.

En el cuadro siguiente, se aprecian los puntajes mínimos y máximos del proceso por cada Área a evaluar, distribuido según la profesión. Se debe tener especial cuidado en la elaboración de las Bases al momento de distribuir los puntajes por profesión, ya que, dependiendo de eso, se aplican los factores y se evalúan tablas diferenciadas:

Puntajes Máximos y Mínimos por Áreas para aprobar el Proceso	Médicos Cirujanos, Cirujanos Dentistas y Bioquímicos		Químicos Farmacéuticos	
	Puntaje Máximo	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo	Puntaje Mínimo
Técnica	400	200	300	150
Clínica	400	200	400	200
Organizacional	200	100	300	150

Ahora bien, como se señaló, el proceso establece un puntaje mínimo y un máximo parcial para aprobar el proceso, sin embargo, obtener los mínimos por área no asegura acceder al Nivel siguiente. Así, la tabla que a continuación se presenta, indica los puntajes mínimos totales requeridos para aprobar del proceso:

Puntaje Total Máximo y Mínimo para aprobar el Proceso	Médicos Cirujanos, Cirujanos Dentistas, Químico Farmacéuticos y Bioquímicos.	
	Puntaje Máximo	Puntaje Mínimo
	1000	600

Finalmente, al revisar el Decreto Supremo N°128 de 2004, se aprecia que las Bases deberán contener, al menos los siguientes aspectos:

- Convocatoria: requisitos de postulantes, plazos, otros.
- Formularios de presentación y acreditación de antecedentes.
- Plazo, forma, lugares y recepción de presentación de antecedentes.
- Metodologías de puntuación para cada factor en las respectivas áreas y que considere la evaluación de casos especiales.
- Forma, lugares, fecha de publicación y recepción de los resultados de evaluación preliminares.
- Forma, lugares, fecha de publicación y recepción de nóminas finales.

#### 4.5. REVISIÓN DE ANTECEDENTES:

De acuerdo al reglamento, la Comisión de Acreditación deberá revisar los antecedentes de los profesionales funcionarios hasta el 30 de junio de cada año, debiendo presentar los resultados preliminares a más tardar el 5 de julio de cada año.

Para realizar el proceso de forma eficiente, se requiere considerar los siguientes aspectos al momento de que la Comisión inicie su trabajo:

- a. Criterios previos: el Reglamento considera la posibilidad de que los integrantes de la Comisión establezcan criterios para evaluar los antecedentes, tales como: orden de los antecedentes, calendario de reuniones, excepciones de evaluación, etc.
- b. Toma de acuerdos: para sesionar, la Comisión necesita un quórum del 50%, pudiendo tomar decisiones con esa mayoría simple. La ausencia de los representantes de los Colegios Profesionales (A.G.) no inhabilita la continuidad de las sesiones.
- c. Aplicación de Tablas: por cada profesión y área se debe aplicar un número finito de tablas que otorgan puntaje, lo cual permite que todos los aspectos de evaluación tengan su valor. En este sentido, se debe diferenciar entre:
  - i) Tablas de puntajes regulares: son aquellas que se aplican a todos los profesionales funcionarios de acuerdo a la evaluación de las tres áreas y sus diferentes factores.
  - ii) Tabla de puntaje para casos especiales: es la tabla que se aplica a los casos en que un profesional funcionario no posee alguno de los factores a evaluar en el Área Clínica, permitiendo alcanzar el máximo puntaje del área aun cuando no se cuente con todos los componentes a evaluar.
- d. Preparación de Listados: de acuerdo a la normativa, la Comisión deberá presentar el listado de resultados preliminares, ordenado de forma decreciente por puntaje total, señalando en las respectivas columnas, el RUN y los puntajes por cada área evaluada, independiente de la profesión o el establecimiento conteniendo, al menos, los siguientes campos:

RUN	ÁREA CLÍNICA	ÁREA TÉCNICA	ÁREA ORGANIZACIONAL	PUNTAJE TOTAL

#### 4.6. APELACIÓN:

Los profesionales funcionarios que no estén conformes con el puntaje otorgado en el listado de resultados preliminares podrán apelar:

- a) Ante el Director del Servicio.
- b) En un plazo no superior a 5 días hábiles desde notificado.

La apelación debe contener todos los argumentos que, a criterio del profesional funcionario, permitirían aumentar su puntaje.

El Director del Servicio tendrá a su vez, 5 días hábiles para decidir si mantiene o aumenta el puntaje del profesional funcionario, debiendo para ello, reunirse con el Presidente y Secretario de la Comisión, quienes facilitarán la decisión de la autoridad.

Una vez tomada la decisión, se notificará personalmente al profesional funcionario el resultado de la apelación. En caso de aumentar el puntaje, se deberá modificar el listado preliminar de resultados, el que pasará a ser el resultado definitivo.

#### 4.7. INFORME DEL PROCESO Y ELABORACIÓN DE RESOLUCIÓN EXENTA:

Una vez finalizada la etapa de Apelación, el Secretario de la Comisión deberá preparar un informe con todos los acontecimientos, el que debe ser entregado al Director del Servicio quien sancionará el proceso mediante Resolución Exenta del trámite de Registro o de Toma de Razón en el ente contralor.

El resguardo de esta información corresponderá a la Subdirección de Gestión de Personas, tanto en papel como en formato electrónico para futuras fiscalizaciones de Contraloría.

El informe debe contener:

1. Resolución Exenta que aprueba las Bases del Proceso.
2. Resolución Exenta que designa a la Comisión.

3. Listado de postulantes Obligatorios y Voluntarios, timbrado y firmado por el Director del Servicio, el Subdirector de Gestión Asistencial y el Subdirector de Gestión de Personas.
4. Acta de constitución de la Comisión.
5. Acta de puntaje y observaciones por carpeta (formato de vaciado de puntajes).
6. Listado de Resultados preliminares timbrado y firmado por el Director del Servicio, el Subdirector de Gestión Asistencial y el Subdirector de Gestión de Personas.
7. Listado y resultado de apelaciones timbrado y firmado por el Director del Servicio.
8. Listado definitivo de resultados timbrado y firmado por el Director del Servicio, el Subdirector de Gestión Asistencial y el Subdirector de Gestión de Personas.
9. Listado y resultado de apelaciones timbrado y firmado por el Director del Servicio.
10. Observaciones de la Comisión acerca del proceso, en caso de existir.

Con todos estos antecedentes, el Servicio de Salud emitirá la Resolución Exenta que sanciona el listado definitivo de resultados, ordenado de forma decreciente por puntaje y que debe incluir:

1. Profesionales Funcionarios que Aprobaron el proceso.
2. Profesionales Funcionarios que Re aprobaron el proceso.
3. Profesionales Funcionarios que no se presentaron al proceso.
4. Fecha de reconocimiento del cambio de Nivel.
5. Fecha de inicio del pago.

Siempre se debe tener en consideración la disponibilidad de cupo financiero para efectos del pago.

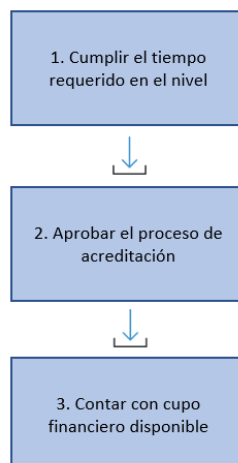
Para quienes tienen más de un cargo en diferentes Servicios de Salud, esta resolución debe ser presentada en la respectiva Unidad de Personal, o la que haga sus veces, para que sea reconocido el Nivel en ese Servicio de Salud o Establecimiento. Éstos deberán dictar la respectiva resolución exenta de reconocimiento de acuerdo a las normas generales de los actos administrativos, observando también la disponibilidad de cupo financiero.

#### 4.8. PAGO DE LA ASIGNACIÓN DE EXPERIENCIA CALIFICADA Y LISTA DE ESPERA:

Una vez aprobado el proceso, los profesionales funcionarios tendrán derecho a percibir la Asignación de Experiencia Calificada en el Nivel inmediatamente siguiente al que gozaban antes del proceso, siempre que exista cupo financiero disponible. Los niveles se mantienen en los que se indican, aplicados sobre el sueldo base:

NIVEL I	40 %
NIVEL II	82 %
NIVEL III	102 %

Es necesario precisar que, para el pago de la asignación, deben confluir tres requisitos esenciales y copulativos (Dictamen N°66.987 del 29/08/2014):



Considerando esto, existe la posibilidad de que en los Servicios no exista la disponibilidad de horas en el Nivel II o III (cupo financiero) que permita la materialización del pago inmediato para los profesionales funcionarios. En ese caso, los Servicios deberán elaborar una "Lista de Espera de Cupo Financiero", la cual se informa al Ministerio de Salud según los plazos establecidos año a año.

La lista de espera se ordena de acuerdo al siguiente criterio:

- a) Respecto de profesionales funcionarios que han acreditado en distintos procesos: prima la fecha de acreditación del proceso más antiguo y luego el puntaje del proceso.
- b) Respecto de profesionales funcionarios que han acreditado en un mismo proceso: prima el puntaje total de acreditación. En caso de empate prima el puntaje del área clínica, de mantenerse la igualdad el del área técnica y por último la organizacional. En caso que persista el empate la Comisión de Acreditación debe efectuar un sorteo para definir el orden.

Por otra parte, también se debe considerar que para aquellos profesionales funcionarios que se encuentran en lista de espera hay que distinguir dos condiciones a través de las cuales tendrán acceso al Nivel siguiente:

1. Por renuncia u otra causal de alejamiento de un profesional funcionario que contaba con cupo financiero: de acuerdo al orden de la Lista de Espera, se beneficiará a aquellos que por año de acreditación y puntaje estén primero.
2. Por Resolución que fija Cupo Financiero para el pago de la asignación de experiencia calificada: resolución exenta emitida por el Ministerio de Salud, de acuerdo a las reglas generales para dicha distribución.

Finalmente, aquellos profesionales funcionarios con más de un cargo en distintos Servicios de Salud, deberán sujetarse a la disponibilidad de cupo financiero que en esos Servicios se tenga para el Nivel que debe reconocerse, teniendo que integrar, en caso de ser necesario, la parte final de la Lista de Espera de ese Servicio hasta que se cuente con cupo financiero suficiente para iniciar el pago.

#### **4.9. EN CASO DE ASUMIR CARGOS DIRECTIVOS:**

Los profesionales funcionarios que se encuentren ubicados en la Etapa de Planta Superior mantienen la asignación de experiencia calificada que percibían al momento de asumir cargos de la planta de directivos en los Servicios de Salud, siempre y cuando, opten por la remuneración correspondiente a la Ley N°19.664.

El período desempeñado en esta calidad no será útil para computar la antigüedad del Nivel para la próxima Acreditación, por lo que una vez que retorne a su cargo en la carrera funcionaria, solo deberá cumplir el tiempo que reste desde el anterior cambio de Nivel como si el período no se hubiere cortado. En otras palabras, la antigüedad en el Nivel previo a su designación como Directivo, se suma al desempeño posterior al cargo Directivo para computar los 5 o 9 años dependiendo del proceso al que se presente.

#### **4.10. VACANCIA EN SUPLENCIA:**

Para los profesionales funcionarios que tienen cargos vacantes en suplencia, debemos distinguir las situaciones posteriores a conservar el cargo en propiedad:

- a) Asumir un cargo directivo: en este caso, opera el criterio establecido en el numeral anterior.
- b) Asumir un cargo a contrata: opera el criterio de continuidad contractual, por lo cual mantiene Nivel y la antigüedad para presentarse al próximo proceso de acreditación.