

**INFORME DE LA TERCERA  
SUBCOMISIÓN ESPECIAL MIXTA DE  
PRESUPUESTOS**, recaído en el proyecto de  
ley sobre presupuestos del sector público  
para el año 2015, en lo relativo a la  
**PARTIDA 16, MINISTERIO DE SALUD.**

**BOLETIN N° 9.600-05.**

---

HONORABLE COMISION ESPECIAL MIXTA DE PRESUPUESTOS:

La Tercera Subcomisión Especial Mixta de Presupuestos tiene el honor de informar la Partida 16, Ministerio de Salud, del proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2015.

**Asistentes**

Dicha Partida fue estudiada en sesión celebrada el día 22 de octubre de 2014, a la que asistieron sus integrantes, Senadores señores José García Ruminot y Pedro Araya Guerrero (quien fue reemplazado por la Senadora señora Carolina Goic Boroevic) y Diputados señores José Miguel Ortiz Novoa (**Presidente**), Patricio Melero Abaroa y Manuel Monsalve Benavides.

Asimismo, participaron la Senadora señora Jacqueline Van Rysselberghe Herrera y los Senadores señores Guido Girardi Lavín, Juan Pablo Letelier Morel, Alejandro Navarro Brain y Rabindranath Quinteros Lara.

Concurrieron, además las Diputadas señoras Marcela Hernando Pérez, Karla Rubilar Barahona y Marisol Turre Figuerola, y los Diputados señores Bernardo Berger Fett, Juan Luis Castro González, Sergio Gahona Salazar, Javier Macaya Danús, Marco Antonio Núñez Lozano, Leopoldo Pérez Lahsen, Luis Rocafull López, Alejandro Santana Tirachini, Marcelo Schilling Rodríguez y Víctor Torres Jeldes.

Especialmente invitados:

Del Ministerio de Salud: La Ministra, Doctora Helia Molina Milman; el Jefe de Gabinete, señor Claudio Castillo; el asesor de la Ministra, Doctor Enrique Accorsi; la Jefa de la División de Planificación de Recursos Humanos en Salud y Control de Gestión, señora Anita Quiroga; el Jefe de Finanzas y Administración Interna, señor Carlos Vicencio; la

Encargada de Seguimiento Legislativo, señora Paulina Palozzo; los asesores señora Verónica Ahumada y señor Julio Sarmiento y el periodista señor Gonzalo Palma.

De la Subsecretaría de Salud Pública: El Subsecretario, Doctor Jaime Burrows Oyarzún; el Jefe de Gabinete, señor Daniel Soto y la Jefa de la Unidad de Planificación Estratégica, señora Carolina Alfaro.

Del Fondo Nacional de Salud (FONASA): la Directora Nacional, Doctora Jeanette Vega Morales y la Jefa del Departamento de Gestión Financiera del Seguro, señora Gloria Sepúlveda.

Del Instituto de Salud Pública: El Director, Doctor Ricardo Fábrega Lacoa; el Jefe del Departamento de Salud Ambiental, señor Roberto Bravo y la Jefa de Comunicaciones, señora Mariana Arellano.

Del Centro de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST): El Director, señor Edgardo Díaz Navarrete; la Jefa del Departamento de Administración y Finanzas, señora Alejandra Pizarro y la Jefa del Departamento de Comunicaciones, señora María Graciela Opazo.

De la Superintendencia de Salud: el Superintendente, señor Sebastián Pavlovic Jeldres y la Intendenta señora Nydia Contardo.

De la Subsecretaría de Redes Asistenciales: la Subsecretaria, Doctora Angélica Verdugo Sobral; la Jefa del Departamento de Gestión de Recursos Humanos, señora Natalia Oltra; el Jefe del Departamento de Formación y Calidad señor José Concha; el Jefe de la División de Atención Primaria, señor Pedro Yáñez; la Jefa de la División de Gestión de Redes, señora Gisela Alarcón y el Jefe de Gabinete, señor Juan Vielmas; el Jefe de la División de Inversiones, señor Alan Mrugalsky, la Secretaria Ejecutiva de esta División, señora Leticia Donoso y el asesor de la División de Inversiones, señor Sergio Teke.

De la Dirección de Presupuestos (DIPRES), del Ministerio de Hacienda: el Subdirector de Presupuestos, señor Gustavo Rivera; la Jefa del Sector Salud, señora Mariela Orellana; los analistas, señoras Rebeca Vitali y Sandra Galaz, y señor Francisco Carrasco.

**De la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (CONFUSAM):** El Presidente, Doctor Esteban Maturana Doña; la Secretaria General, señora Carolina Espinoza Tapia y el Encargado Nacional de Capacitación y Presidente de la Quinta Región, señor Fernando Kurzan Valenzuela.

**De la Confederación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos en Enfermería de Chile (CONAFUTECH):** El Presidente, señor Juan Rapimán Sepúlveda; la Secretaria Nacional, señora Natalie Clavijo; el Vicepresidente Nacional, señor Luis Arenas.

**De la Federación Regional de los Técnicos de Enfermería de los Servicios de Salud (FERTESS BIOBIO):** la Presidenta, señora Mireya Sanhueza, la Secretaria General, señora Yasna Saldías y el Vicepresidente, señor Yury Parra.

**De la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS):** La Presidenta Nacional, señora Gabriela Farías Tamayo; el Vicepresidente Nacional, señor Yamil Asenie Bahamondes, la Secretaria Nacional, señora Magaly Paredes Cárdenas y la Tesorera Nacional, señora Laura Bremer Mena.

**De la Coordinadora Multigremial de la Dirección de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Central (DAP-SSMC):** de la Asociación DAP, La Presidenta señora Patricia Espinoza Lyon, la Secretaria señora Ximena Rubio Arroyo y el Tesorero señor Patricio Ferrada Astudillo; de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud DAP (FENAP DAP), la Presidenta señora María Angélica Zelada y la Secretaria señora Isabel Orellana Cárdenas; de la Asociación de Funcionarios y Funcionarias de la Salud Primaria (AFUSAP), la Presidenta señora Patricia Campos Sepúlveda; de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud Poniente (FENAP DAP PONIENTE), la Presidenta señora Ana Luisa Rodríguez Rabín y del Servicio de Salud Metropolitano Central, El Presidente señor Rodrigo Fernández Carrasco.

**De la Asociación Chilena de Municipalidades:** el Alcalde de la Municipalidad de La Granja, señor Felipe Delpin y el asesor señor Manuel Tapia.

Del Instituto Libertad y Desarrollo: la abogada del Programa Legislativo, señora María Teresa Muñoz y la Directora del Programa Social, señora Alejandra Candia.

De la Fundación Jaime Guzmán: el abogado señor Máximo Pavez.

Asesores parlamentarios: del Senador señor García Ruminot, el señor Tomás Zamora y de la Senadora señora Goic, señor Gerardo Bascuñán.

De la Unidad de Asesoría Presupuestaria del Senado: el analista señor Eduardo Díaz.

-----

Se adjunta como anexo de este informe, en ejemplar único, copia de la Partida estudiada y aprobada por la Subcomisión, debidamente certificada, así como de diversos documentos acompañados por las entidades invitadas a exponer. Estos últimos, se encuentran disponibles para la consulta de todo público en la página web del Senado, vinculados a la sesión de la Tercera Subcomisión celebrada el día 22 de octubre de 2014.

## **AUDIENCIAS DE LAS FEDERACIONES DE FUNCIONARIOS DE LA SALUD, DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y ASOCIACIÓN CHILENA DE MUNICIPALIDADES**

### **CONFEDERACIÓN NACIONAL DE FUNCIONARIOS DE LA SALUD MUNICIPALIZADA**

El **presidente de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (CONFUSAM), señor Esteban Maturana**, expuso el parecer de dicha organización respecto del presupuesto asignado al sector de la salud para el año 2015.

Manifestó que el crecimiento proyectado para el sector apunta, preferentemente, al desarrollo del plan de inversiones, lo que sólo podría ser evaluado positivamente si fuera acompañado de un incremento similar en el gasto corriente, particularmente en lo relativo a equipamiento y gastos de personal.

Agregó que resulta necesario especificar el aumento en el índice Per-cápita basal, incluyendo los parámetros que determinan dicha cifra y su aumento real, el que ascendería al 2,04%, lo que constituye una disminución relevante en comparación con años anteriores.

Respecto a la atención primaria de salud aseveró que, considerando los desafíos que debe enfrentar el sector, los planes y programas de la entidad deben operar en conformidad a dichas necesidades, particularmente en lo relativo a medidas de promoción y educación en salud. En la misma línea, enfatizó que debe promoverse un aumento en la inversión en el sector.

Enseguida, sostuvo que, respecto del programa de capacitación y perfeccionamiento, se han destinado recursos para cumplir dicho ítem, los que, para 2015, resultan ser insuficientes para los funcionarios del sector de la salud.

## **CONFEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES DE FUNCIONARIOS TÉCNICOS EN ENFERMERÍA DE CHILE (CONAFUTECH)**

**El presidente de la Confederación Nacional de Funcionarios Técnicos de Enfermería (CONAFUTECH), señor Juan Rapimán,** dio cuenta de la situación que afecta a los funcionarios de dicha organización.

En efecto, sostuvo que deben resolverse las problemáticas derivadas de la asignación especial para los técnicos en enfermería, entre las que se encuentra la liberación del turno nocturno y festivo, terminar con la situación de injusticia y discriminación que genera la asignación de desempeño colectivo -toda vez que actualmente la planta técnica de dichos establecimientos accede a un 21% de asignación, y la planta de administrativos y auxiliares a un 22%-, incentivar el retiro permanente y sectorial de los funcionarios e implementar un bienio como parte de sus remuneraciones. Agregó que dicha situación afecta, a junio de 2014, a 31.259 técnicos, lo que da cuenta de la necesidad de resolver dichas problemáticas.

Por otra parte, agregó que los auxiliares de enfermería, desde el año 1989, iniciaron un proceso de tecnificación de su estamento, lo que llevo a crear, el año 1997, la carrera de Técnico en Enfermería de Nivel Superior. En consecuencia, explicó que, desde esa fecha, todas las organizaciones gremiales han manifestado en sus petitorios la idea de crear una asignación en reconocimiento a estos profesionales, sin que dicha solicitud haya sido acogida a la fecha. Detalló que el monto al que ascendería el pago de dicha asignación equivale a \$ 2.181.960.000 anuales.

Respecto al bono por incentivo al retiro, abogó por el establecimiento de una asignación permanente con la finalidad de evitar las distorsiones que se generan a raíz de las variaciones en el monto propuesto. Al efecto, indicó que dicha asignación debería ser equivalente a las últimas 12 rentas que hubiere percibido el funcionario.

Finalmente, en relación al bono especial por daño previsional, solicitó el pago de 500 UF para las trabajadoras que encontrándose afiliadas a una AFP hubieren cumplido 60 años, o 65 en el caso de un trabajador.

Tratándose del pago de bienios, sostuvo que éstos deben generarse en atención a la antigüedad laboral de cada funcionario y no según la antigüedad en el grado, toda vez que, al recibirse un grado, se produce la pérdida de antigüedad, mermando sus remuneraciones.

## **FEDERACIÓN REGIONAL DE LOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE SALUD FERTESS BIOBIO**

La Presidenta de la Federación Regional de los Técnicos de Enfermería de los Servicios de Salud (FERTESS BIOBIO) señora Mireya Sanhueza, expuso las problemáticas de dicha entidad en relación con el presupuesto asignado para el Ministerio de Salud para el año 2015.

En ese sentido, aseveró que la organización suscribe el parecer de la Confederación Nacional de Funcionarios Técnicos de Enfermería (CONAFUTECH) en lo relativo a la asignación especial para los técnicos en enfermería, la liberación del turno nocturno y festivo, la asignación de desempeño colectivo, la necesidad de incentivar el retiro permanente y sectorial de los funcionarios y la implementación de un bienio como parte de sus remuneraciones.

Puntualizó que, durante el análisis de las mejoras que pueden implementarse en el sector, debe considerarse que el promedio de remuneraciones de los técnicos es el más bajo de todas las plantas de funcionarios de la salud.

### **Constancia**

El Diputado señor Ortiz enfatizó que los funcionarios técnicos de la salud pagaron con recursos propios la capacitación requerida para especializarse y acceder a ese nivel profesional, lo que debe ser considerado al momento de analizar las modificaciones que pudieren introducirse a su estatuto funcionario, las que se encontrarían en etapa de debate pre-legislativo.

## **COORDINADORA MULTIGREMIAL DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL (DAP-SSMC)**

**La Presidenta de la Coordinadora Multigremial de la Dirección de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Central (DAP-SSMC), señora Patricia Espinoza,** expuso las observaciones de dicha organización respecto de su situación funcionaria.

En primer término, explicó que la entidad se compone de la Asociación de Funcionarios de la Salud San José de Chuchunco, la Asociación de Funcionarios FENATS DAP, la Asociación de Funcionarios FENATS DAP Poniente y la Asociación de Funcionarios y Funcionarias de Salud de Atención Primaria, representando a cerca de 900

funcionarios que prestan servicios en la atención primaria pública, quienes no están a favor del proceso de municipalización de la salud en el país. En efecto, sostuvo que el estándar de atención en la salud pública resulta más satisfactorio que el de la salud municipal.

En ese sentido, indicó que los cerca de 1.600 funcionarios de la salud pública se encuentran sujetos al Estatuto Administrativo, con un gran número de funcionarios en régimen de honorarios, lo que entra en pugna con las disposiciones del referido cuerpo legal.

Enseguida, sostuvo que la organización ha diseñado una propuesta de Bono Permanente de Atención de Salud Familiar y Comunitaria, con el propósito de retribuir a los funcionarios por la capacitación que han debido pagar con recursos propios al asumir sus cargos en los Centros de Salud Familiar. De ese modo, detalló que el referido bono constituiría un incremento del sueldo base a que tiene derecho todo funcionario de acuerdo a su grado, por el sólo hecho de integrar la dotación de la Dirección de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Central. Dicho emolumento, agregó, sería homologable al bono de asignación de atención primaria que reciben los funcionarios de la salud municipal.

La mencionada asignación, añadió, tendría un costo de \$2.162.489.358, el que se justificaría por la inexistencia de un presupuesto diferenciado para el personal de la atención de salud desmunicipalizada, la precariedad de la infraestructura en que deben prestar servicios, la mala calidad de atención por falta de personal e infraestructura deficiente, la carencia de profesionales médicos, no médicos, técnicos y administrativos por éxodo por mejores remuneraciones, la sobrecarga de trabajo para los funcionarios, la inequidad salarial respecto de la salud municipalizada, la exigencia de metas más altas que ésta, y la necesidad de mejorar el nivel de remuneraciones en el sector.

En efecto, agregó que los funcionarios de la salud pública acceden a una remuneración inferior al sueldo base, e ingresan al servicio en el equivalente el Grado 25 de la escala de remuneraciones, en tanto que aquellos que operan en la salud municipalizada son incorporados al Grado 15. Asimismo, afirmó que el máximo nivel de remuneraciones al que pueden llegar los funcionarios de la salud pública equivale al grado 12, al que sólo han accedido funcionarios con 40 años de servicio, en tanto que algunos trabajadores se encuentran en el Grado 24 habiendo cumplido 23 años de servicio.

El presidente de la Asociación de Funcionarios del Servicio de Salud Metropolitano Central, señor Rodrigo Fernández, coincidió en la situación de discriminación en que se encuentran dichos funcionarios

en comparación a aquellos que prestan servicios en la salud municipalizada, toda vez que, entre otras materias, no reciben la asignación de atención primaria de salud, la que equivale a un sueldo base.

Asimismo, afirmó que los funcionarios de la salud pública deben atender una mayor cantidad de pacientes en los más grandes servicios de salud, en un contexto de mayor presión laboral, menor dotación, menores remuneraciones y deficientes condiciones de infraestructura.

### **Consultas**

El Diputado señor Melero abogó por introducir las mejoras destinadas a perfeccionar las condiciones de remuneraciones de los trabajadores del sector público del área de la salud.

El Diputado señor Monsalve coincidió en la necesidad de corregir las inequidades existentes entre el estatuto aplicable a los funcionarios de la salud pública y municipalizada, habida cuenta las diferencias existentes en sus remuneraciones y condiciones laborales. Con todo, explicó que ello requiere una serie de reformas legales, debiendo evitarse que, a raíz del mejoramiento de las normas aplicables en su caso, pueda generarse una hipótesis de discriminación hacia otros funcionarios públicos.

### **FEDERACIÓN NACIONAL DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD (FENPRUSS)**

La **Presidenta Nacional de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS), señora Gabriela Farías**, inició sus palabras recordando que representa a los 25.000 profesionales que trabajan en los Servicios de Salud y en los organismos dependientes del Ministerio de Salud.

Agregó que los objetivos estratégicos de la Federación son, por un lado, mejorar las condiciones laborales y el respeto de los derechos de sus asociadas y asociados, reivindicando el trabajo decente y las igualdad de oportunidades, y al unísono contribuir al fortalecimiento de la salud pública como el sistema que debiera resolver los problemas de salud de la ciudadanía. Asimismo, -puntualizó- también es un objetivo poder incrementar la capacidad político-sindical de la Federación para poder incidir en las decisiones de nuestro país.

Expresó que la FENPRUSS concibe a la salud pública como un derecho social, que debiera estar garantizada constitucionalmente, de modo que la demanda sindical permanente es salud pública, gratuita y de calidad para todos los ciudadanos de Chile. En ese sentido, manifestó que la política pública en salud debe ser definida sobre la

base de los principios de universalidad y solidaridad, en conjunto con criterios de calidad, eficacia, gratuidad y participación.

Señaló que la FENPRUSS ha estado participando de las distintas instancias donde se busca definir estrategias para fortalecer el sistema público de salud, tales como la Comisión de ISAPRES, proponiendo avanzar hacia una cobertura universal de salud, que incluya a toda la población, el aumento de la cantidad y de la calidad de las prestaciones y que exista financiamiento para todas las prestaciones que se realizan en el sistema.

Continuó diciendo que el aumento de la cobertura involucra reducir la brecha de personal sanitario, aumentar la disponibilidad de fármacos e insumos y normalizar o crear establecimientos en la red hospitalaria que sean necesarios sanitariamente.

La Presidenta de la FENPRUSS, señora Gabriela Farías, respecto de las falencias del sistema de salud, recalcó la desigualdad en el gasto público que conforme a datos del año 2013 el 4% del PIB se destinaba a tres millones de cotizantes de ISAPRES y un 3,05% se gastaba en 13 millones de usuarios de FONASA, observándose una situación de inequidad sujeta a criterios económicos.

Por otro lado, precisó otras falencias que se evidencian en el sistema de salud público:

- a) importantes brechas de personal, que los aumentos de dotación anuales no logran resolver.
- b) cobertura insuficiente de las prestaciones, en especial de enfermedades costosas que no están cubiertas.
- c) pago subvalorado de las prestaciones en el sistema público y pago sobrevalorado en el sistema privado. Este tema, advirtió, debe ser solucionado en forma estructural a la brevedad, porque genera círculos viciosos de deudas en los establecimientos públicos, dado que aquellos que son más resolutivos finalmente tienen mayores deudas.
- d) no cobertura de medicamentos de alto costo, que podría resolverse en la denominada "ley Ricarte Soto".
- e) listas de espera en especialidades del sistema que tienen una alta demanda.
- f) privatización del sistema, principalmente por la vía de las compras de servicios a privados y por las concesiones hospitalarias, caso este último que

ha sido frenado por el actual Gobierno, aunque lamentablemente – precisó- algunos establecimientos quedaron sujetos a concesión.

La Presidenta de la FENPRUSS, señora Gabriela Farías, en lo que atinge al presupuesto del área de la salud para el año 2015, especificó que el crecimiento del PIB alcanza a 0,34% y el aporte fiscal es insuficiente. Rescató el alza evidenciado en las iniciativas de inversión, aunque demostró preocupación por la transferencia de capitales a privados que crece en un 28,6%, de manera tal que FENPRUSS espera que esos montos en lugar de entregarlos a privados se inyecten al sector público y así sea más resolutivo.

Añadió que la Federación que representa valora el aumento en gasto de personal de un 13,48%.

Reiteró que el aporte fiscal de PIB es insuficiente, porque asciende sólo a un 2,65% e hizo un llamado a que el país avance hacia los montos que tienen como estándares promedios los países de la OCDE, esto es, un 6,8%.

Seguidamente, declaró que la Federación percibía el sentido correcto del aumento de presupuesto especialmente en el cierre de brechas en el personal sanitario y en la infraestructura, valorando el incremento de horas médicas, aunque se demuestra insuficiente el aumento de dotación de 2.850 cargos, porque –indicó- si se tiene en consideración un equipo conformado por un médico y 4 personas debería pensarse en 5.500 cargos nuevos.

Manifestó preocupación por las siguientes materias contenidas en el presupuesto para el 2015:

a) Aumento de la glosa de honorarios. Al respecto, declaró que este es el momento para que el Estado resuelva el problema de contratación precaria, ya que en toda la administración del Estado trabajan conforme al sistema de honorarios 250 mil a 300 mil personas aproximadamente, de las cuales 8.000 corresponden al área de la salud. Por ello, la FENPRUSS anhela que las glosas de aumento de personal sigan la línea de las dotaciones y no la mantención de los honorarios.

Puntualizó que esta cuestión no solo se relaciona con las condiciones de trabajo decente de todo el personal del Estado, sino que con la necesidad de otorgar una salud de calidad, que no siempre se puede entregar con trabajadores a honorarios, puesto que su responsabilidad no es la misma y no cumplen continuidad en sus labores, restándoles la experiencia que en el área de la salud es innegable.

b) No incremento de las asignaciones de responsabilidad. En este punto señaló que estaban en conversaciones con el Ministerio de Salud para lograr aumentarlas y de esa manera incentivar a los profesionales a realizar las jefaturas, porque en la actualidad ello no ocurre en el cien por ciento, a lo que se suman los déficit de gestión que se presentan en algunos establecimientos donde no se utilizan todas las asignaciones.

c) El aumento del 12,92% para la compra de prestaciones a privados. Al respecto, la FENPRUSS insistió que debería fortalecerse al interior del sistema y dejar de comprar a privados, puesto que el sistema público tiene la capacidad para entregar dichas prestaciones.

d) La creación de los Servicios de Urgencia de Alta Resolución (SAR), porque de conformidad a la lógica con que fueron concebidos no cuentan con tecnólogos médicos de radiología y laboratorio, y sólo se contemplan técnicos paramédicos y personal de enfermería. FENPRUSS ha sostenido conversaciones con la Subsecretaria de Redes Asistenciales, quien reconoció esta falencia. También se ha explicado por la autoridad que los SAR tendrán un equipamiento de laboratorio básico para efectuar la determinación bioquímica de 11 parámetros, pero ello –señaló la Presidenta de la FENPRUSS- sólo va a hacer más onerosa la atención, en circunstancias que bastaría con el trabajo de los tecnólogos médicos, dado que los pacientes en general se realizan uno o dos exámenes.

Agregó que con estas medidas se tiende a no respetar las especialidades de los profesionales del sistema público.

### **ASOCIACIÓN CHILENA DE MUNICIPALIDADES**

El alcalde de la Granja, señor Felipe Delpin, en representación de la Asociación Chilena de Municipalidades, expuso el parecer de la entidad en relación al presupuesto al Ministerio de Salud para el año 2015, y sus implicancias en relación a la atención de salud municipal.

En primer lugar, sostuvo que, en los últimos años, en nuestro país se ha producido una mejora en la calidad de la atención sanitaria, particularmente en lo que respecta a la inversión en la construcción de recintos hospitalarios, lo que, en cualquier caso, debe ir acompañado de mejoras en recursos humanos e implementación de equipos médicos.

En ese sentido, aseveró que debe tenerse particular atención en el indicador del aporte Per-cápita, toda vez que se trata del mecanismo de financiamiento más relevante de los municipios del país. En efecto, afirmó que, en conformidad a un estudio encargado por la Asociación Chilena de Municipalidades al Instituto de Salud Pública de la Universidad de Chile, dicho indicador debería equivaler a una cifra cercana a los \$5.700, con la finalidad de atender las necesidades básicas de la salud

municipal, la que resulta ser muy superior al aporte que se contempla en la ley de presupuestos del sector público para el año 2015.

En la misma línea, agregó que, en algunos municipios, el aporte Per-cápita resulta ser insuficiente para garantizar el buen funcionamiento de la atención sanitaria, lo que da cuenta de la necesidad de incrementar dicho indicador, incluyendo el desarrollo de políticas de prevención de enfermedades, habida cuenta de las necesidades que debe asumir el país y el número creciente de enfermedades crónicas no transmisibles.

-----

### **FUNDACIÓN “CREANDO SALUD”**

Se deja constancia que a solicitud del Diputado señor Gabriel Boric Font, se invitó al Director de la Fundación “Creando Salud”, señor Matías Goyenechea, quien por razones de fuerza mayor no pudo concurrir, pero envió un documento del cual se deja constancia de sus conclusiones. El texto íntegro denominado “Análisis presupuesto de salud 2015” se puede consultar en la página web del Senado, vinculado a la sesión de la Tercera Subcomisión del día 22 de octubre de 2014.

Las conclusiones mencionadas son las siguientes:

- 1) El presupuesto de salud para el año 2015 muestra aumentos significativos en los recursos, sobre todo en lo que respecta a la inversión sectorial, lo que puede estar motivado por la necesidad de generar una reactivación de la economía.
- 2) Hay aumentos en lo que respecta al financiamiento de los prestadores públicos de salud, no obstante esto, al comparar con el presupuesto vigente, estos aumentos tienden a disminuir en un volumen real.
- 3) Resulta preocupante el aumento de los recursos destinados al sector privado, lo que evidenciaría una continuidad en la política de expandir los subsidios y compras a las clínicas privadas.

-----

## **DISCUSIÓN Y VOTACIÓN DE LA PARTIDA 16 MINISTERIO DE SALUD**

La Partida en análisis consta de treinta y ocho capítulos. Su **presupuesto para el año 2015** asciende a la suma de \$ 6.059.568.716 miles.

El año 2014 el presupuesto total ascendió a la suma de \$ 5.217.428.088 miles.

**El Presidente de la Tercera Subcomisión Especial Mixta de Presupuestos, Diputado señor José Miguel Ortiz Novoa**, dio la bienvenida a la Ministra de Salud, señora Helia Molina Milman, a los señores Subsecretarios de dicha Cartera de Estado y a los equipos profesionales que los acompañaron.

### **EXPOSICIÓN DE LA MINISTRA DE SALUD**

La **Ministra de Salud, señora Helia Molina**, expuso los lineamientos centrales del presupuesto asignado al Ministerio de Salud para el año 2015.

Al efecto, informó a la Subcomisión respecto del contexto general de la salud pública en Chile, el programa del Gobierno en ejercicio en materia sanitaria, la situación actual de dicha Secretaría de Estado, la ejecución presupuestaria al año 2014, el presupuesto propuesto para el año 2015 y la asignación que, específicamente, corresponde a cada una de sus Subsecretarías y servicios.

En primer lugar, explicó que, en términos comparativos con otros países de Latinoamérica, la situación de la salud pública en el país presenta logros relevantes, tales como la reducción de la mortalidad infantil –equivalente al 7,4%, la más baja de América Latina junto con Cuba y Costa Rica-, la más baja mortalidad materna del continente y una esperanza de vida al nacer próxima a los 80 años, cercana a la de países desarrollados.

En ese contexto, señaló que los desafíos más urgentes que afectan a la salud pública en el país derivan, entre otros factores, de los cambios demográficos que ha sufrido el país durante los últimos años, en que la tasa de población de adultos mayores presenta crecientes indicadores. Asimismo, precisó que la mayor causa de muerte en el país dice relación con las enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes y cáncer, lo que supone un cambio en las problemáticas que, hace algunos años, debía atender el sector salud, las que radicaban, preferentemente, en la atención materno-infantil.

En cuanto a la prevalencia de los factores de riesgo -lo que constituye un elemento relevante para diseñar e implementar políticas públicas en materia sanitaria-, describió que el consumo excesivo de sal, alcohol y tabaco, el exceso de peso, la presión arterial elevada, hipo e hipertiroidismo, y la ocurrencia de síntomas depresivos, constituyen problemáticas que deben ser abordadas, las que, en muchos casos, derivan de las condiciones socioeconómicas de las personas.

A continuación, afirmó que el Ejecutivo reconoce los avances sanitarios que se han producido en el país durante los últimos años. Sin embargo, aseveró que debe favorecerse el fortalecimiento de la salud pública y promoverse el trabajo intersectorial entre los órganos que intervienen en dicho ámbito. De ese modo, añadió, pueden introducirse mayores niveles de equidad y solidaridad al sistema de salud, lo que constituye un elemento esencial para mejorar las prestaciones que provee.

En la misma línea, explicó que se ha detectado una insuficiente inversión en hospitales, nuevos consultorios y en la oferta pública del sector; baja resolutivez de la red asistencial; falta de médicos especialistas; escasas políticas de promoción y prevención de la salud; insuficiente incorporación de determinantes sociales en las políticas, planes y programas sanitarios; y falencias en políticas de equidad de género y pertinencia cultural en salud.

En consecuencia, afirmó que los desafíos que pretende asumir el Ministerio de Salud apuntan a aumentar y mejorar las prestaciones sanitarias, derrotar inequidades en el acceso y resultados, fortalecer la salud pública y generar un mayor compromiso del Estado, concibiendo a la salud como un derecho que debe ser garantizado.

Con dicha finalidad, agregó que dicha Secretaría de Estado ha dispuesto una serie de líneas de acción, las que incluyen la mejora en la oferta de servicios, una política de recursos humanos que incentive la incorporación de médicos en la atención primaria de salud y especialistas en el sector público, renovación en la infraestructura y equipamiento de hospitales, Centros de Atención Familiar, Centros Comunitarios de Salud Familiar, Centros de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutivez y Servicios SAMU y ambulancias.

Asimismo, puntualizó que debe implementarse una mayor integración de la red asistencial, mayor resolutivez de la atención primaria y secundaria y terciaria, y mayor equidad en el sistema de salud privado, en cuyo contexto se promoverá una modificación a la ley de Isapres.

Al mismo tiempo, agregó que se promoverán políticas públicas saludables, se fortalecerá la autoridad sanitaria, el trabajo

intersectorial, la participación comunitaria y el seguro público, junto a una mejoría de la gestión en todos los niveles del sistema y el desarrollo e implementación de mecanismos de pago por prestaciones.

Enseguida, expuso la situación general del Ministerio de Salud al 2014, su situación operacional y la ejecución de su plan de inversiones.

En ese sentido, afirmó que, a inicios de 2014, se encontraba paralizada la construcción de 6 recintos hospitalarios y 8 obras presentaban atrasos irreversibles o no contaban con presupuesto para ser concluidos, con una ejecución, al 31 de marzo 2014, equivalente al 10,8%.

En relación a la situación operacional del Ministerio de Salud, detalló que, al 31 de marzo de 2014, existía una deuda a proveedores por M\$ 92.276, lo que requirió el traspaso de M\$ 36.127 millones por concepto de anticipos de transferencias. Asimismo, indicó que se detectaron facturas no registradas en la contabilidad de años anteriores, decretos presupuestarios con tramitación no concluida, negociación de prestaciones valoradas no realizadas y contratación de personal por sobre la dotación autorizada.

En consecuencia, aseveró que, en general, la situación del Ministerio de Salud daba cuenta de retrasos en la ejecución de las inversiones, una creciente adquisición de servicios, descoordinación entre los servicios de atención de salud y debilitamiento del rol que le cabe desarrollar en materia de dirección de la atención sanitaria.

En ese contexto, detalló que dicha Secretaría de Estado ha reconstruido los equipos técnicos de profesionales de la salud; se ha creado un proceso participativo para la construcción de la propuesta reglamentaria requerida por la ley N° 20.584, sobre Pueblos Indígenas; se ha favorecido el avance en materia nutricional mediante la elaboración de las normas administrativas pertinentes; se ha avanzado en la implementación de la ley de tabaco; se han coordinado acciones de promoción y participación ciudadana mediante diálogos y foros regionales; se ha fomentado la vigilancia sanitario ambiental y la tenencia responsable de mascotas; se han instalado nuevos laboratorios de salud pública; y se han impulsado medidas en materia de la ley de discapacidad

Asimismo, agregó que, en materia de recursos humanos y personal del Ministerio de Salud, se ha dispuesto el rediseño de políticas en la materia y del plan de formación de especialistas y una nueva definición e implementación de política de relaciones laborales, incluyendo normativa de buenas prácticas.

En la misma línea, añadió que se ha realizado un reposicionamiento en áreas de calidad de vida y salud ocupacional, se ha ejecutado y controlado un plan que contempla 33 mil horas de especialistas médicos, junto a la confección de un plan plurianual de reducción de brechas de recursos humanos para el plan presidencial 20/20/20 en materia de inversión hospitalaria.

Respecto de las medidas en el programa de inversiones, detalló que se ha procedido a normalizar la cartera existente a marzo de 2014, se han introducido modificaciones a diversos contratos de diseño y construcción de obras civiles, se han reprogramado obras y se ha reforzado las unidades técnicas y de asistencia permanente en terreno, junto a la reasignación de recursos para optimizar su ejecución.

En cuanto a la atención primaria de salud, aseveró que se han definido estrategias de acceso equitativo a grupos vulnerables, junto a la consolidación de medidas preventivas de salud. Asimismo, indicó que se ha avanzado en la provisión de coberturas efectivas, se ha revisado el modelo de gestión y atención de urgencia, se ha gestionado de mejor manera la demanda, el intercambio de buenas prácticas y la optimización de la atención de salud a nivel territorial, y se ha incorporado mayor tecnología en la toma de exámenes.

Por otra parte, en lo relativo a la atención secundaria y terciaria, añadió que se ha dispuesto un plan para aumentar las horas de formación y destinación de especialistas, se ha reforzado la atención de urgencia hospitalaria y pre hospitalaria, se ha ampliado el número de camas en las unidades de pacientes críticos, se ha fortalecido la incorporación y retención de especialistas en la red asistencial y el programa de medicamentos de alto costo, y se ha aumentado la resolutivez de la atención de especialidad.

A continuación, dio cuenta de los índices de ejecución presupuestaria del Ministerio de Salud.

En ese sentido, detalló que la totalidad de la cartera de inversiones ha sido saneada y se encuentra en proceso de ejecución, alcanzando a un 38% al mes de agosto de 2014.

En cuanto a la ejecución operacional, añadió que, al 30 de septiembre de 2014, dicho indicador alcanza al 73,4% respecto del Sistema Nacional de Servicios de Salud, con una sustantiva reducción del tiempo de pago a proveedores.

Seguidamente, expuso los lineamientos, el contenido y los planes consignados en el presupuesto del Ministerio de Salud para el año 2015.

En primer lugar, explicó que el objetivo central del Ejecutivo apunta al fortalecimiento de la salud pública, mediante una asignación presupuestaria que asciende a M\$ 640.816.889, lo que supone un incremento equivalente al 11,8% en comparación al año 2014.

Al efecto, detalló los contenidos básicos de dicho presupuesto conforme al siguiente gráfico explicativo:

Líneas Programáticas	Año 2015 Proyecto de Ley	%
Atención Primaria de Salud	\$ 1.444.204	16,0%
Atención Secundaria y Terciaria	\$ 3.468.405	12,3%
Prestaciones de Seguridad Social	\$ 951.415	5,5%
Autoridad Sanitaria	\$ 114.773	9,0%
Fiscalización y Regularización de Prestaciones y Prestadores	\$ 68.691	2,0%
CENABAST	\$ 10.229	35,3%
Servicio de deuda Inversiones	\$ 1.851	4,7%

Respecto de la atención primaria de salud, detalló que el incremento presupuestario apunta a la contratación de médicos especialistas en la atención primaria, en el desarrollo del programa de fármacos para las enfermedades crónicas no transmisibles, en el reforzamiento del programa de salud oral y AUGÉ en la atención primaria de salud, y el aumento del *Per cápita* basal, por el equivalente a un 7,17%. Dicho indicador, agregó, se ve aumentado mediante los programas de reforzamiento que ha contemplado desarrollar el Ministerio de Salud.

Asimismo, añadió que se contempla la construcción, durante 2015, de 52 [Servicios de Atención Primaria de Urgencia](#), 37 Centros de Salud Familiar y 50 Centros Comunitarios, en tanto que 40 carros odontológicos se ocuparán de desplegar el programa de salud oral en el país.

En el ámbito de la atención secundaria y terciaria de salud, explicó que la expansión presupuestaria equivale al 12,3%, con énfasis en el mejoramiento en el acceso y resolutivez de la atención médica de especialidad. En ese contexto, agregó que 12 Hospitales iniciarán su construcción durante 2015 y 1 en el primer trimestre de 2016, en tanto que 7 Hospitales se encuentran actualmente en construcción.

Asimismo, añadió que se dispondrán 30 nuevas camas en la Unidad de Pacientes Críticos, junto a 8 Centros Reguladores y la adquisición de 270 ambulancias.

En relación a la gestión de recursos humanos, afirmó que se pretende destinar M\$ 37.298 a la contratación de médicos especialistas por 33.000 horas y M\$ 22.855 en programas de formación de especialistas. Asimismo, detalló que M\$ 6.917 serán invertidos en los Servicios de Atención Médica de Urgencia, M\$ 69.000 en la puesta en marcha de establecimientos y cierre de brechas, en tanto que M\$ 21.293 serán invertidos en nivel secundario y terciario mediante el plan AUGE, con la finalidad de resolver las problemáticas derivadas del envejecimiento de la población y eliminar las exclusiones por edad.

En lo tocante a las prestaciones de seguridad social, indicó que se contemplan fondos por M\$ 5.920.932 para el pago de licencias médicas, y M\$23.016.025 en planes de medicina curativa en modalidad libre elección.

Respecto del fortalecimiento de la autoridad sanitaria, manifestó que se proponen M\$ 101.496 para la implementación de instancias de participación indígena, M\$ 873.931 para el plan de mejoramiento de plazos de certificación de discapacidad e incapacidad, y M\$ 302.280 para programas de tenencia responsable de mascotas.

Acerca de la fiscalización y regularización de prestaciones y prestadores, detalló que se contempla un aumento presupuestario de 2%, para fortalecer y ampliar la facultad fiscalizadora en acreditación de establecimientos hospitalarios, junto a la asignación de recursos correspondiente al Instituto de Salud Pública.

Finalmente, en lo relativo al plan de inversiones, indicó que el monto total propuesto alcanza a M\$ 543.019.287. Del total de dicha cifra, detalló, el 75,6% es destinado a la atención secundaria y terciaria, un 22,9% a la atención primaria de salud, y un 1,5% a otras iniciativas de inversión.

### **Consultas**

El Senador señor García Ruminot hizo un alcance a la forma de presentar las cifras y sostuvo que los ingresos y gastos contenidos en el presupuesto para el Ministerio de Salud para el año 2015 deben ser indicados en el subtítulo específico de que se trate, con la finalidad de conocer la forma que se asignan los recursos y dar seguimiento al desarrollo de cada proyecto.

El Senador señor Araya consultó acerca de la evaluación del Ministerio de Salud respecto del funcionamiento del sistema de concesiones hospitalarias.

-----

A continuación, expusieron ante la Tercera Subcomisión las Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales, con el objeto de analizar los Capítulos que le corresponden a cada una de ellas.

-----

## **PRESUPUESTO SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA**

### **CAPITULO 09**

#### **Programa 01**

#### **Subsecretaría de Salud Pública**

El presupuesto de este programa para el año 2015 considera ingresos por \$ 382.190.419 miles. El presupuesto del año 2014 alcanzó la suma de \$362.546.672 miles.

La Subcomisión tomó conocimiento de los ingresos y gastos de este Capítulo 09 mediante la exposición realizada por el **Subsecretario de Salud Pública, señor Jaime Burrows**, quien dio cuenta ante la Subcomisión de los aspectos centrales del presupuesto asignado a la entidad para el año 2015, los objetivos que el organismo propone alcanzar en dicho período y sus índices de ejecución presupuestaria al mes de octubre de 2014.

En primer lugar, afirmó que la misión institucional de la Subsecretaría de Salud Pública apunta a asegurar a todas las personas el derecho equitativo a la protección en salud. Con dicha finalidad, agregó, el organismo ejerce las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que le competen en materia de promoción de la salud, vigilancia de la salud pública y prevención y control de enfermedades.

De ese modo, sostuvo que la entidad contribuye a la calidad de los bienes públicos y al acceso a prestaciones y beneficios sanitario-ambientales de manera participativa, garantizando el mejoramiento sostenido de la salud de la población con enfoques de género e inclusión social de grupos vulnerables, especialmente de discapacitados, pueblos indígenas e inmigrantes.

En ese contexto, aseveró que el organismo apunta al fortalecimiento de la autoridad sanitaria mediante la revisión del marco legal aplicable, el mejoramiento de la gestión de recursos humanos - principalmente en el ámbito de las COMPIN- y la promoción de mejoras en infraestructura. Asimismo, en cuanto a la prevención, control y reducción de los riesgos para la salud, detalló que se han promovido medidas en materia de cuidado de ambientes laborales y nutrición. Respecto a la equidad en el acceso a prestaciones de salud, agregó que se han implementado medidas en materia de la adquisición de medicamentos de alto costo y el desarrollo de un sistema de evaluación de tecnología sanitaria.

Por otra parte, respecto de seguridad social e inclusión, aseveró que se han promovido planes en materia de discapacidad y salud mental, con énfasis en pueblos indígenas, inmigrantes y minorías sexuales.

En lo relativo al desarrollo y fortalecimiento de políticas públicas intersectoriales, agregó que se ha promovido el programa Elige Vivir Sano y Chile Crece Contigo, en tanto que, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y salud, se han implementado planes de descontaminación y tenencia responsable de mascotas.

Asimismo, añadió que se pretende fortalecer el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud sexual, reproductiva y mental, incluyendo la promoción de medidas de prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Finalmente, en cuanto a los objetivos de la entidad, afirmó que se propone impulsar la participación ciudadana en el diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud, con enfoque de género, multiculturalidad e inclusión de los pueblos indígenas.

Seguidamente, expuso la ejecución presupuestaria de la Subsecretaría de Salud Pública.

En ese contexto, explicó que, hacia inicios de 2014, existían falencias en la tramitación de contratos, déficit en materia de recursos humanos, demoras en la tramitación de licencias médicas, atraso en la ejecución de nuevos laboratorios, vencimiento de convenios institucionales, falencias en los contratos suscritos y atraso en la ejecución de nuevos laboratorios.

En razón de ello, sostuvo que la entidad, durante el año en curso, ha puesto especial énfasis en el mejoramiento del funcionamiento de las COMPIN y la calidad de los servicios de salud, incluyendo su infraestructura y laboratorios. Asimismo, añadió que se ha promovido la participación ciudadana, mediante medidas de prevención del

consumo de tabaco e inclusión de pueblos indígenas y personas que padecen algún grado de discapacidad, vigilancia sanitario ambiental, programas de alimentación y nutrición, prevención de emergencias y desastres y tenencia responsable de mascotas.

De ese modo, afirmó que, al 30 de septiembre de 2014, la ejecución presupuestaria de la Subsecretaría de Salud Pública equivale al 72%.

Enseguida, dio cuenta del presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública asignado al año 2015, equivalente a M\$382.190.419, lo que representa un incremento del 2,0% real en comparación a los fondos correspondientes al año 2014.

En efecto, añadió que, de dicha cantidad, M\$5.920.933 serán destinados al pago de prestaciones de Seguridad Social; M\$2.213.216 a gastos de personal, particularmente respecto de la normalización de la calidad contractual y apoyo déficit de personal; M\$1.359.517 para el programa de gobierno y continuidad; M\$1.113.551 para la implementación de laboratorios, equipos informáticos y vehículos; y M\$3.090.000 para la disminución del programa nacional de alimentación complementaria.

Agregó que se implementarán una serie de programas de expansión, tales como el plan de desarrollo estratégico regional y territorial para la promoción de la salud sexual; el fortalecimiento de las instancias de participación indígena en salud y el desarrollo de procesos de consulta bajo los estándares del Convenio 169; la implementación del plan de tenencia responsable de mascotas y el fortalecimiento de sistemas de vigilancia, y prevención y control de enfermedades no transmisibles y factores ambientales que afectan la salud.

Asimismo, indicó que propone desarrollar el plan de mejoramiento de los plazos de certificación de discapacidad y tramitación de incapacidad transitoria, el programa nacional de prevención del suicidio, el desarrollo de encuestas nacionales en materia de salud pública, el fortalecimiento de procesos y funcionalidades de laboratorios y de la autoridad sanitaria en la preparación y respuesta frente a emergencias y desastres.

### **CONSULTAS**

El Diputado señor Monsalve solicitó a la Subsecretaría de Salud Pública información acerca del número de licencias médicas tramitadas por parte de COMPIN, y las medidas adoptadas para acelerar su tramitación.

-----

## **PRESUPUESTO FONASA**

### **CAPÍTULO 02 Fondo Nacional de Salud**

Está conformado por cuatro programas, respecto de los cuales se consigna el presupuesto de cada uno de ellos:

#### **Programa 01 Fondo Nacional de Salud**

El presupuesto de este programa **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 4.942.037.771 miles. El presupuesto 2014 alcanzó la suma de \$ 4.423.129.516 miles.

#### **Programa 02 Programa de Atención Primaria**

El presupuesto de este programa **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 1.204.982.583. El presupuesto del año 2014 ascendió a \$ 1.068.605.934 miles.

#### **Programa 03 Programa de Prestaciones Valoradas**

El presupuesto de este programa **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 1.456.366.665. El presupuesto del año 2014 ascendió a \$1.382.046.161 miles.

#### **Programa 04 Programa de Prestaciones Institucionales**

El presupuesto de este programa **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 1.370.858.090. El presupuesto del año 2014 ascendió a \$ 1.131.308.606 miles.

### **EXPOSICIÓN DIRECTORA NACIONAL FONASA**

Respecto del Capítulo 02, FONDO NACIONAL DE SALUD, expuso ante la Tercera Subcomisión **la Directora del Fondo**

**Nacional de Salud, Doctora Jeanette Vega**, quien explicó el presupuesto asignado a dicha entidad para el año 2015.

En primer lugar, manifestó que el seguro público de salud que administra dicho organismo provee cobertura a 13,3 millones de personas, lo que equivale al 74,4 % de la población chilena, principalmente de recursos bajos y medios, alcanzando al 97,7% de la población total de adultos mayores de 65 años. En consecuencia, enfatizó que FONASA atiende a la población de menores recursos y a la con mayor riesgo de ocurrencia de contingencias de salud.

Seguidamente, sostuvo que, en términos comparativos, el proyecto de ley de presupuestos del Sector Público para el año 2015 contempla MM\$ 342.883 para FONASA, lo que representa un aumento de 7,5% respecto del año 2014, y una expansión de 5,7%, mediante el aporte de 48.107 mil millones adicionales, por pago de prestaciones valoradas, por MM\$ 29.652, modalidad libre elección, por MM\$ 17.965, y gestión interna por MM\$ 490.

Asimismo, explicó que MM\$ 3.395 son destinados a compra directa a FONASA y compra a servicios de salud por MM\$ 26.257, de los cuales el 77% se destina a compra de prestaciones valoradas AUGE, 15% a mejorías de prestaciones valoradas AUGE, y 8% de ampliación de grupos etáreos de prestaciones valoradas AUGE.

Agregó que el resto de los fondos de compras de prestaciones valoradas no AUGE, equivalente a M\$ 1.213.854, corresponden a medicamentos de alto costo, con la finalidad de incorporar nuevas enfermedades y reducir brechas de cobertura; M\$ 4.516.571 al programa de otras valoradas, para reducir brechas de financiamiento; y M\$ 888.914 a traslados aéreos y casa de acogida, para garantizar el acceso de los beneficiarios y sus familiares a la red de alta complejidad.

Respecto al crecimiento presupuestario del plan AUGE, expuso que se trata de un crecimiento inercial, a raíz del crecimiento vegetativo de la población beneficiaria y la dinámica epidemiológica en algunas patologías. Con dicha finalidad, agregó, a la mayoría de los problemas de salud se aplicó el crecimiento esperado de la población beneficiaria, equivalente al 0,94%. Añadió que el monto estimado se desagrega en M\$ 15.117.554 para prestaciones GES en servicios de salud y M\$ 3.394.600 en prestaciones valoradas GES compras a privados, los que destinan fundamentalmente a compra de diálisis.

En lo relativo al mejoramiento de canastas AUGE, detalló que se han destinado M\$ 2.929.541 con la finalidad de fortalecer la integralidad en la resolución de la atención de cáncer de próstata en personas de 15 años y más, epilepsia no refractaria en personas de 15 años

y más, cáncer colorectal en personas de 15 años y más y cáncer gástrico. Con todo, afirmó que dicha asignación no resulta suficiente para asegurar la cobertura de dichas enfermedades, por lo que el Ministerio de Salud deberá priorizar la atención de algunas de ellas.

En cuanto a la ampliación del grupo etario AUGE, indicó que se contemplan M\$ 1.591.007 para ampliar el tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera o rodilla, leve o moderada y programas de órtesis -o ayudas técnicas- para personas de 65 años y más.

Enseguida, aseveró que se propone destinar M\$ 17.964.659 para modalidad libre elección, lo que representa un crecimiento nominal respecto del marco año 2014 del orden del 7.9%. Dicho incremento, añadió, considera un crecimiento estimado de 4,1% de la actividad, el efecto precio de 3%, el crecimiento de 3.87% promedio de los últimos años, el número de usuarios que acceden a la modalidad libre elección y la revalorización de los programas asociados a diagnóstico (PAD), en que opera un cobro fijo por cada prestación.

En ese sentido, enfatizó que se ha propuesto la expansión de dicho programa para el 75% del valor de la canasta, incluyendo algunos cuya resolución presenta alta participación vía pago por prestaciones, con precios de mercado y revalorizados muy superiores al valor actual arancel, y que permitirán descongestionar los recintos de salud, entre los cuales se encuentran tratamientos contra histerectomía, menisectomía, hemorroides, várices y varicocele. De ese modo, explicó que se accede a prestaciones que el sector público actualmente no puede proveer.

A continuación, expuso respecto del plan de fortalecimiento institucional de FONASA para el período 2014-2018.

En ese contexto, afirmó que en los primeros meses de 2014, la entidad se encontraba en un proceso de mala gestión financiera y administrativa, debilitamiento de sus funciones propias, gran cantidad de observaciones de auditoría y Contraloría General de la República, sistemas informáticos deficientes e inexistentes, procesos y contratos irregulares e informales, infraestructura deteriorada y precaria para funcionarios y usuarios, y personal desmotivado y sin competencias. En efecto, afirmó que la entidad cuenta con un número de funcionarios muy inferior en proporción al número de solicitudes que atiende.

En consecuencia, aseveró que, durante 2014, FONASA ha promovido un plan de mejoramiento en materia de personal, ordenamiento de procesos y funciones internas, infraestructura y sistemas.

De ese modo, sostuvo que debe rediseñarse el modelo de atención de salud, toda vez que el sistema actual se encuentra fragmentado en diversas intervenciones sanitarias con distintos aranceles, sin lógica sanitaria ni criterios de priorización y sin procesos claros para la incorporación de nuevas prestaciones y tecnologías, lo que genera una gestión ineficiente y no conectada a las prioridades sanitarias. Con dicha finalidad, agregó que se rediseñará el plan actual de salud del seguro, definiendo y costeadando el portafolio global de servicios que ofrece FONASA en base al escenario actual y su proyección epidemiológica, demográfica y de espacio fiscal al año 2020.

Finalmente, añadió que se fortalecerán los mecanismos de pago y gestión de calidad de prestadores, junto a la integración de los sistemas informáticos y de gestión interna y el mejoramiento institucional en funciones críticas, tal como se observa en el siguiente gráfico explicativo:

NOMBRE PROYECTO	AREA DE DESEMPEÑO	Nº PERSONAS	SUBT. 22 (M\$)	SUBT. 22 (M\$)	SUBT. 29 (M\$)
Rediseño Plan De Salud	Planificación Institucional	4	71.744	31.330	2.987
Fortalecimiento Mecanismos de Pago	Comercialización	5	57.737	29.805	8.817
Fortalecimiento e Integración Sistemas Informáticos	Gestión Tecnologías de Información	12	160.202	56.909	4.944
Fortalecimiento Institucional (Funciones Críticas)	Todas las áreas		66.318		
<b>TOTAL DOTACION ADICIONAL</b>		<b>21</b>	<b>356.001</b>	<b>118.044</b>	<b>16.748</b>

-----

**PRESUPUESTO  
CAPÍTULO 04  
Programa 01  
Instituto de Salud Pública de Chile**

El presupuesto de este programa **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 24.153.125 miles. El presupuesto de 2014 alcanzó la suma de \$ 22.852.167 miles.

**El Director del Instituto de Salud Pública, Doctor Ricardo Fábrega**, expuso el presupuesto asignado al organismo para el año 2015.

En primer lugar, especificó que la misión de dicha entidad apunta a contribuir a la salud pública del país, como institución

científico-técnica del Estado que desarrolla las funciones de referencia, vigilancia, autorización y fiscalización en el ámbito de sus competencias.

En ese contexto, afirmó que el presupuesto total asignado a la entidad, equivalente a MM\$ 24.153, apunta a la implementación de la ley de fármacos, fortalecimiento de las capacidades científico-técnicas de sus laboratorios -incluyendo aquellos que operan en materia de histocompatibilidad, genética molecular y sustancias ilícitas-, y fortalecer su funcionamiento institucional.

Agregó que la entidad se propone garantizar la continuidad y la calidad de sus bienes y servicios en materia de adquisición de reactivos, mantención de equipos y contrato de seguros por equipos de alto costo, junto a la elaboración de un Plan Maestro para avanzar en las brechas de infraestructura, proyección de desarrollo y necesidades del organismo a 10 años plazo.

### **Constancia**

El Presidente de la Tercera Subcomisión, Diputado señor Ortiz, quiso dejar constancia de la calidad humana y profesional del Director del Instituto de Salud Pública, Doctor Ricardo Fábrega, quien deja su cargo para integrarse a la Oficina Sanitaria Internacional en la ciudad de Washington, Estados Unidos.

-----

**PRESUPUESTO  
CAPÍTULO 05  
Programa 01  
Central de Abastecimiento del  
Sistema Nacional de Servicios de Salud**

El presupuesto de este programa **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 10.229.157 miles. El presupuesto de 2014 alcanzó la suma de \$ 7.300.501 miles.

**El Director de la Central Nacional de Abastecimiento, señor Edgardo Díaz**, expuso los lineamientos centrales del presupuesto de la entidad para el año 2015.

En primer término, informó que dicho organismo debe proveer a los organismos, instituciones y entidades de salud de medicamentos, artículos farmacéuticos, de laboratorio, material quirúrgico,

instrumental, equipos, productos biológicos, alimentos y demás elementos e insumos necesarios para el ejercicio de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de personas enfermedades.

Asimismo, agregó, le corresponde velar por la adecuada disponibilidad de medicamentos en el sector e implementar las medidas que le indique el Ministerio de Salud, debiendo publicar y mantener actualizados los precios de todos los productos que provea y los descuentos que aplique en la venta por volumen.

En la misma línea, sostuvo que para 2015 la Central Nacional de Abastecimiento se propone potenciar la accesibilidad al portal de transacciones, favorecer la usabilidad del sistema de gestión y planificación, mejorar el proceso de adquisición de productos y cambiar su modelo logístico y de fiscalización.

Asimismo, añadió que se contempla su normalización financiera, el mejoramiento en la atención primaria de salud, el análisis de los efectos de la implementación de la nueva ley de fármacos y su desarrollo institucional enmarcado en buen trato y desarrollo humano.

En la misma línea, precisó que la asignación presupuestaria para la entidad asciende a MM\$ 9.208.550, los que se destinan, fundamentalmente, a gastos de personal y bienes y servicios de consumo, a raíz del aumento de las prestaciones que provee la entidad en un 19%, el mejoramiento de sus servicios de logística y el incremento de los productos que ofrece.

-----

**PRESUPUESTO  
CAPÍTULO 11  
Programa 01  
Superintendencia de Salud**

El presupuesto de este programa **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 11.817.294 miles. El presupuesto 2014 alcanzó la suma de \$ 11.121.571 miles.

**El Superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic**, expuso el contenido del presupuesto de la entidad para el año 2015.

En primer término, explicó que la entidad a su cargo -que opera como la sucesora legal de la Superintendencia de ISAPRES desde el 1° de enero del año 2005- debe supervigilar y controlar a

las ISAPRES en el cumplimiento de los contratos de salud, a FONASA en relación a los derechos de los beneficiarios y a ambas entidades en el cumplimiento del régimen de garantías en salud, y a los prestadores de salud públicos y privados en cuanto a su acreditación y certificación.

Asimismo, afirmó que la entidad ha adquirido una creciente participación en la fiscalización del sistema de salud, lo que ha significado un aumento de sus puntos de contacto desde el año 2008, hasta llegar a 2.900.108 usuarios que se han conectado con la Superintendencia por alguno de sus canales en el año 2013.

En efecto, detalló que, del total de sanciones cursadas a personas jurídicas, el 26,7% corresponde a sanciones a ISAPRES y el 73,3% restante a prestadores de salud, en tanto que las ISAPRES han sido sancionadas con 27 multas y 4 amonestaciones. En el caso de las sanciones a prestadores, agregó que 2 corresponden a multas y 83 a amonestaciones. De ese modo, añadió que, en relación a los montos de multas cursadas, se observa un aumento del 65% con respecto al mismo período del año anterior, con un 122% de aumento en ISAPRES y una disminución del 80% en los montos de multas cursadas a prestadores de salud.

Dichos resultados, añadió, dan cuenta del fortalecimiento del rol institucional del organismo.

En cuanto a la ejecución presupuestaria al 30 de septiembre de 2014, agregó que ésta alcanza al 75%.

Respecto de los desafíos que se propone alcanzar la Superintendencia de Salud para 2015, afirmó que se pretende realizar una campaña de información sobre derechos y deberes de las personas en salud; incentivar la acreditación de prestadores públicos; aumentar la fiscalización y regulación integrada; fortalecer la capacidad fiscalizadora de la Intendencia de Prestadores y de Fondos y Seguros Previsionales, junto a la optimización de sus sistemas de tecnologías de la información y comunicaciones.

En ese contexto, agregó que se contempla la contratación de seis funcionarios adicionales, con la finalidad de fortalecer la capacidad de fiscalización del área de beneficios de la entidad.

## **RED ASISTENCIAL DE SALUD**

### **CAPÍTULO 10 Subsecretaría de Redes Asistenciales**

El Capítulo comprende los programas 01, Subsecretaría de Redes Asistenciales, y el 02, Inversión Sectorial de Salud, que la Subcomisión analizó en conjunto con todos los Capítulos de los Servicios de Salud y los Capítulos 49 a 52.

**Programa 01  
Subsecretaría de Redes Asistenciales**

El presupuesto de este programa **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 91.927.682 miles, que se compara con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de \$ 70.378.043 miles.

**Programa 02  
Inversión Sectorial de Salud**

El presupuesto de este programa **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 544.664.034 miles, que se compara con el presupuesto vigente, que asciende a la suma de \$ 276.264.322 miles.

**Asimismo, la Red Asistencial de Salud comprende todos los Servicios de Salud:**

**CAPÍTULOS 20 A 47 Y 53  
Servicios de Salud**

CAPITULO 20  
Programa 01  
Servicio de Salud Arica

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 53.489.142 miles y el año 2014 comprendió \$ 43.467.457 miles.

CAPÍTULO 21  
Programa 01  
Servicio de Salud Iquique

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 73.846.329 miles y el año 2014 comprendió \$ 61.793.267 miles.

CAPÍTULO 22  
Programa 01  
Servicio de Salud Antofagasta

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 105.063.403 miles y el año 2014 comprendió \$ 89.335.635 miles.

CAPÍTULO 23  
Programa 01  
Servicio de Salud Atacama

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 71.245.399 miles y el año 2014 comprendió \$ 58.619.433 miles.

CAPÍTULO 24  
Programa 01  
Servicio de Salud Coquimbo

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 137.770.535 miles y el año 2014 comprendió \$ 119.874.659 miles.

CAPÍTULO 25  
Programa 01  
Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 120.457.086 miles y el año 2014 comprendió \$ 109.386.475 miles.

CAPÍTULO 26  
Programa 01  
Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 172.981.289 miles y el año 2014 comprendió \$ 155.156.326 miles.

CAPÍTULO 27  
Programa 01  
Servicio de Salud Aconcagua

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 66.246.803 miles y el año 2014 comprendió \$ 56.831.170 miles.

CAPÍTULO 28  
Programa 01  
Servicio de Salud Libertador General Bernardo O'Higgins

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 153.502.244 miles y el año 2014 comprendió \$ 129.355.096 miles.

CAPÍTULO 29  
Programa 01  
Servicio de Salud Maule

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 205.192.010 miles y el año 2014 comprendió \$ 176.201.777 miles.

CAPÍTULO 30  
Programa 01  
Servicio de Salud Ñuble

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 106.737.400 miles y el año 2014 comprendió \$ 96.679.904 miles.

CAPÍTULO 31  
Programa 01  
Servicio de Salud Concepción

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 166.235.698 miles y el año 2014 comprendió \$ 146.189.857 miles.

CAPÍTULO 32  
Programa 01  
Servicio de Salud Talcahuano

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 91.810.493 miles y el año 2014 comprendió \$ 77.407.624 miles.

CAPÍTULO 33  
Programa 01  
Servicio de Salud Bío-Bío

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 104.746.305 miles y el año 2014 comprendió \$ 86.300.286 miles.

CAPÍTULO 34  
Programa 01  
Servicio de Salud Arauco

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 45.946.723 miles y el año 2014 comprendió \$ 38.699.946 miles.

CAPÍTULO 35  
Programa 01  
Servicio de Salud Araucanía Norte

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 56.183.798 miles y el año 2014 comprendió \$ 49.435.158 miles.

CAPÍTULO 36  
Programa 01  
Servicio de Salud Araucanía Sur

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 178.358.809 miles y el año 2014 comprendió \$ 154.100.955 miles.

CAPÍTULO 37  
Programa 01  
Servicio de Salud Valdivia

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 101.223.074 miles y el año 2014 comprendió \$ 87.597.004 miles.

CAPÍTULO 38  
Programa 01  
Servicio de Salud Osorno

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 71.052.549 miles y el año 2014 comprendió \$ 60.434.577 miles.

CAPÍTULO 39  
Programa 01  
Servicio de Salud del Reloncaví

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 104.817.108 miles y el año 2014 comprendió \$ 76.358.827 miles.

CAPÍTULO 40  
Programa 01  
Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez Del Campo

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 45.702.604 miles y el año 2014 comprendió \$ 38.883.898 miles.

CAPÍTULO 41  
Programa 01  
Servicio de Salud Magallanes

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 58.327.108 miles y el año 2014 comprendió \$ 51.470.316 miles.

CAPÍTULO 42  
Programa 01  
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 221.831.935 miles y el año 2014 comprendió \$ 197.502.302 miles.

CAPÍTULO 43  
Programa 01  
Servicio de Salud Metropolitano Central

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 194.345.192 miles y el año 2014 comprendió \$ 173.994.669 miles.

CAPÍTULO 44  
Programa 01  
Servicio de Salud Metropolitano Sur

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 241.822.690 miles y el año 2014 comprendió \$ 215.273.837 miles.

CAPÍTULO 45  
Programa 01  
Servicio de Salud Metropolitano Norte

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 177.418.539 miles y el año 2014 comprendió \$ 157.631.028 miles.

CAPÍTULO 46  
Programa 01  
Servicio de Salud Metropolitano Occidente

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 225.277.126 miles y el año 2014 comprendió \$ 205.734.063 miles.

CAPÍTULO 47  
Programa 01  
Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 256.476.815 miles y el año 2014 comprendió \$ 234.494.400 miles.

CAPÍTULO 53  
Programa 01  
Servicio de Salud Chiloé

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 51.691.943 miles y el año 2014 comprendió \$ 42.196.264 miles.

-----

**En la Red Asistencial de Salud también se integran los siguientes capítulos:**

CAPÍTULOS 49 A 52

El presupuesto de cada uno de ellos es el siguiente:

CAPÍTULO 49  
Programa 01  
Programa Contingencias Operacionales

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 304.902.225 miles y el año 2014 comprendió \$ 346.659.411 miles.

CAPÍTULO 50  
Programa 01  
Hospital Padre Alberto Hurtado

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 39.535.520 miles y el año 2014 comprendió \$ 35.436.866 miles.

CAPÍTULO 51  
Programa 01  
Centro de Referencia de Salud de Maipú

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 8.923.364 miles y el año 2014 comprendió \$ 9.093.356 miles.

#### CAPÍTULO 52

##### Programa 01

Centro de Referencia de Salud de Peñalolén Cordillera Oriente

El presupuesto de este Capítulo **para el año 2015** considera ingresos y gastos por \$ 7.654.340 miles y el año 2014 comprendió \$ 6.649.505 miles.

-----

### **PRESENTACIÓN DE LA SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**

La **Subsecretaria de Redes Asistenciales, Doctora Angélica Verdugo**, expuso el contenido del presupuesto asignado a dicha entidad para el año 2015.

En primer lugar, aseveró que dicha Subsecretaría administra el Sistema Nacional de Servicios de Salud, constituido por una red descentralizada de 29 Servicios de Salud autónomos que operan mediante 105 establecimientos hospitalarios de menor complejidad, 24 establecimientos hospitalarios de mediana complejidad, 64 establecimientos hospitalarios de alta complejidad y 322 municipios que tienen a cargo la atención primaria de salud. Dichos municipios, añadió, son divididos en 48 comunas con costo fijo de salud, 28 comunas dependientes de los servicios de salud respectivos y 274 comunas que operan mediante el sistema de salud municipal.

Agregó que en el Sistema Nacional de Servicios de Salud prestan servicios 99.636 funcionarios, los que proveen de atención en 26 mil camas en dotación, de las cuales 2.600 operan en servicios de urgencia.

Tratándose de la ejecución presupuestaria de la entidad, agregó que al 30 de septiembre de 2014 alcanza al 70% respecto de los servicios de salud en materia de ingresos, y a un 73,4% en materia de gastos. Asimismo, detalló que existe una deuda operacional de MM\$ 164.052, con un promedio de 56 días de pago a proveedores.

Por otra parte, sostuvo que se ha detectado la existencia de una cartera de inversiones que cuenta con índices de paralización y retraso, lo que requirió la reasignación de MM\$ 57.000, con la finalidad de sanear la totalidad de la cartera. Asimismo, detalló que se ha

alcanzado un 38 % de ejecución del programa de inversiones a agosto de 2014, con un 95 % de ejecución proyectada al 31 de diciembre de 2014.

Enseguida, expuso los aspectos más relevantes del presupuesto correspondiente al año 2015, conforme al siguiente gráfico explicativo:

<b>SUBT.</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>Proyecto Ley Ppto 2015 SDRA</b>
<b>INGRESOS</b>		<b>4.657.407.314</b>
05	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	3.876.166.241
06	RENTAS DE LA PROPIEDAD	803.490
07	INGRESOS DE OPERACIÓN	82.757.932
08	OTROS INGRESOS CORRIENTES	60.020.862
09	APORTE FISCAL	608.873.791
12	RECUPERACIÓN DE PRESTAMOS	14.033.719
13	TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL	14.250.899
15	SALDO INICIAL DE CAJA	500.380
<b>GASTOS</b>		<b>4.657.407.314</b>
21	GASTOS EN PERSONAL	1.806.153.158
22	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	1.145.510.139
23	PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	31.315.848
24	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.072.707.251
25	INTEGROS AL FISCO	6.020
26	OTROS GASTOS CORRIENTES	334.297
29	ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	14.030.673
31	INICIATIVAS DE INVERSIÓN	542.813.287
33	TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	42.185.514
34	SERVICIO DE LA DEUDA	1.850.747
35	SALDO FINAL DE CAJA	500.380

Respecto de los Servicios de Salud del país, aseveró que el incremento de cada uno de ellos dice relación con el impacto del programa de inversiones que desarrolla el Ministerio de Salud. En efecto, afirmó que el ítem correspondiente a dichos servicios presenta un aumento de 10,9% respecto al año 2014, por el equivalente a MM\$4.020.815.

En lo relativo al presupuesto correspondiente a la atención primaria de salud, afirmó que se propone un incremento equivalente al 16%, por la suma de M\$198.718.136.

Agregó que dichos recursos serán utilizados en mejorar el acceso a fármacos y la gestión de farmacia mediante el Fondo de Farmacias. Asimismo, enfatizó que se promoverá el acceso de la población más vulnerable a la atención odontológica y médica mediante la ampliación del ciclo de destinación y formación a zonas urbanas de 1.000 médicos, junto al incentivo para que especialistas trabajen en los Centros de Salud Familiar. En la misma línea, indicó que se incorporarán nuevos programas preventivos en los Centros de Salud para abordar la dependencia de los adultos mayores y mitigar los riesgos de enfermedades crónicas.

A continuación, detalló que se promoverá el acceso a la atención de salud mediante la incorporación de 100 nuevos Centros Comunitarios de Salud Familiar en comunas con vacíos de cobertura; se mejorará la resolutivez de la atención de urgencia mediante la instalación de nuevos dispositivos con tecnología apropiada a las necesidades de la población, y se procederá al mejoramiento del AUGE y la resolutivez del nivel primario mediante la instalación de 10 nuevas unidades oftalmológicas y la ampliación del programa de rehabilitación con 20 nuevas salas.

En cuanto al Fondo de Farmacia para el tratamiento de enfermedades no transmisibles, detalló que se propone garantizar el control de la población con hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, mediante el acceso oportuno y seguro de los medicamentos para una población objetiva de 2.173.316 personas, lo que requiere un gasto de M\$ 21.265.744.

Respecto del Programa Odontológico Más Sonrisas para Chile, agregó que se pretende mejorar la salud bucal de la población beneficiaria en el primer nivel de atención mediante acciones preventivas, recuperativas o de rehabilitación de mujeres de escasos recursos, con una población objetiva equivalente a 100.000 beneficiarias, con una inversión de M\$ 6.597.180.

En la misma línea, añadió que mediante el Programa de Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica, cuyo costo asciende a M\$5.193.885, se pretende contribuir a mejorar el acceso a la atención odontológica en jóvenes de 4º Medio en 317 comunas, y permitir el acceso a población adulta mediante extensiones horarias en la atención primaria de salud en 302 comunas. Al mismo tiempo, sostuvo que con el Programa Preventivo en Salud Bucal “Sembrando Sonrisas” se promoverá y fomentará el autocuidado, higiene bucal y acciones preventivas específicas

para niños y niñas pre-escolares entre 2 a 5 años de edad en 318 comunas del país, con un costo de M\$ 824.325.

Por otra parte, explicó que se pretende implementar un programa de fortalecimiento de la medicina familiar en la atención primaria de salud, mediante el incentivo a la incorporación de 480 médicos especialistas en medicina familiar y especialidades básicas, por un monto que asciende a M\$ 6.569.009.

Dicho programa, agregó, se vincula con el ciclo de destinación y formación en zonas urbanas en atención primaria de salud, con la finalidad de incorporar 370 médicos en los establecimientos de atención primaria urbanos y rurales de las comunas más vulnerables, por un monto equivalente a M\$ 9.906.294.

Respecto del programa Más Adultos Mayores Autovalentes, que contempla la atención de 750.000 personas en 292 establecimientos, enfatizó que se propone ampliar la red de atención primaria de salud incorporando equipos profesionales, con la finalidad de mantener la auto valencia de los adultos mayores, evitando el sedentarismo, los estados depresivos, el aislamiento y los niveles de dependencia y postración, lo que requiere un aporte de M\$ 7.309.890.

En cuanto a los planes de Vida Sana e Intervención en Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas, detalló que se contribuirá a la reducción de la incidencia de enfermedades no trasmisibles, tales como diabetes mellitus e hipertensión arterial, mediante la promoción de la actividad física, educación en nutrición y autocuidado, durante 4 meses por cada beneficiario, en 168 establecimientos de atención primaria de salud, por un monto de M\$ 1.323.441.

Acerca de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución, agregó que se propone mejorar su resolutivez mediante la atención oportuna, resolutiva y de calidad a las personas que presentan alguna urgencia médica en horario inhábil con tecnología apropiada, tales como laboratorios, radiología y observación, en 52 establecimientos, a una población objetiva de 3.776.743 personas, por M\$10.492.057.

Tratándose de los Centros Comunitarios de Salud Familiar, señaló que se pretende contribuir a mantener sana a la población ejerciendo el rol de copartícipe con la comunidad en el cuidado de la salud, principalmente a través de la promoción, prevención y atención en salud y fortalecimiento del auto cuidado en territorios con dificultad de acceso en 50 comunas del país, con un gasto equivalente a M\$783.212.

## **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

En lo relativo a los recursos de expansión en el programa de atención primaria de salud –cuyo monto total asciende a M\$ 31.361.602- enfatizó que, en la asignación presupuestaria respectiva, se considera el efecto que se produce cada año por aumento de población, el que, para 2015, equivale a M\$7.113.140.

Asimismo, detalló que se contemplan M\$16.606.018 para el programa AUGE en la atención primaria de salud; M\$2.383.897 para el Programa de Equidad en Salud Rural; M\$2.194.915 en el Programa de Asistencia Ventilatoria no invasiva e invasiva en niños y no invasiva en adultos; M\$2.126.337 para el Programa de Resolutividad en atención primaria de salud; y M\$937.205 en Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

Finalmente, explicó que, respecto del aumento del Per-cápita, se ha dispuesto el aumento del valor basal de \$3.794 a \$4.066, lo que equivale al incremento de 7,17% en comparación al año 2014, por cerca de MM\$17.000, con la finalidad de financiar prestaciones del plan de salud vigente, considerando el incremento de población, estimado en un 1.1%, y la capitación de programas de salud (ERA, Complementario GES y Salud Mental).

De ese modo, enfatizó que, considerando el valor del aumento en el Per cápita, junto a todos aquellos programas que benefician directamente a los usuarios, el porcentaje de crecimiento de dicho indicador supera el 10%.

### **ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA DE SALUD**

Enseguida, expuso los lineamientos del presupuesto en materia de atención secundaria y terciaria, cuya asignación equivale a M\$378.812.464, lo que supone un incremento de 12,3% en comparación al año 2014.

Detalló que, mediante el uso de dichos recursos, se procederá al mejoramiento de la eficiencia en el uso y aumento de oferta de camas en la red pública, del modelo de atención en las unidades de emergencia hospitalarias –en materias como selector de demanda, con la finalidad de mejorar la accesibilidad, oportunidad y calidad de la atención en las unidades de emergencia hospitalarias, ambulatorización e información- y en la red de atención de urgencia pre hospitalaria.

Asimismo, añadió que se implementarán mejoras en el acceso, oportunidad y calidad de los procesos diagnósticos, terapéuticos, de seguimiento y rehabilitación de prestaciones AUGE. Al mismo tiempo, se propone facilitar el acceso a la atención en salud mental y

atención médica y odontológica especializada, mediante la incorporación de nuevos especialistas.

Por otra parte, afirmó que se incorporarán 30 nuevas camas en las Unidades de Pacientes Críticos en los Hospitales Félix Bulnes (12), Grant Benavente (6) y en el Hospital de San Carlos (6) y de La Serena (6 pediátricas), y 40 camas en el Servicio de Salud Metropolitano Central y Reloncaví, por un monto de M\$ 371.499. De ese modo, sostuvo que se podrá contribuir a la disminución de la morbimortalidad de la población adulta y adulta mayor que no posee una red de apoyo familiar o social que se haga cargo de su proceso de recuperación.

En relación al sistema de hospitalización domiciliaria, explicó que se trata de una forma de asistencia sanitaria que tiene como fin acortar, o en su caso evitar, la estancia de un paciente en el hospital, proporcionándole una asistencia de rango hospitalario en su propio domicilio por un equipo cualificado o por el servicio de hospitalización domiciliaria. Dicho plan, añadió, será ampliado a 11 hospitales de adultos y 4 pediátricos, lo que requiere una inversión de M\$ 2.152.150.

Asimismo, se pretende reforzar la atención de urgencia hospitalaria y pre hospitalaria mediante la contratación de recursos humanos en 10 centros de salud, por una cifra equivalente a M\$ 6.916.912.

Respecto a la expansión del plan AUGE en atención secundaria y terciaria, añadió que se invertirán M\$ 19.580.175 con la finalidad de mejorar el acceso universal a las garantías en salud. Con dicho propósito, agregó, se reforzarán los equipos de salud oncológicos en 22 en los hospitales de mayor complejidad, se ampliarán los centros de diálisis públicos y se aumentará la capacidad de atención neuroquirúrgica en 8 centros. Asimismo, se fortalecerán los centros cardioquirúrgicos y la capacidad imagenológica diagnóstica y terapéutica en 7 centros de salud, junto al fortalecimiento de recursos humanos para VIH en 15 centros y en los servicios de atención a neonatos (retinopatía) en 9 centros.

En lo relativo a las prestaciones de salud en materia de rehabilitación, se implementará la rehabilitación precoz, multiprofesional e intensiva en las unidades de pacientes críticos que padecen enfermedades discapacitantes en 8 hospitales de alta complejidad, con la finalidad de disminuir los días de estada en dicha unidad y los índices de discapacidad final, con un costo total de M\$ 464.033.

En materia de salud mental, agregó que se implementarán centros diurnos de apoyo a personas con demencia o alzheimer, en las comunas de Santa Cruz, Osorno, Peñalolén y El Bosque, por M\$830.827. Asimismo, se aumentará la resolutivez de la atención de

especialidad en salud mental en centros de salud mental comunitaria en las comunas de Illapel, La Calera, Buin y Osorno, con un costo de M\$568.471.

En cuanto al plan de coordinación nacional de procuramiento y trasplante de órganos, añadió que se fortalecerán los recursos humanos para su procuramiento en 11 servicios de salud del país, más 2 nuevas unidades de procuramiento en Aysén y Castro, y la implementación de seguimiento de pre y post trasplante renal en 4 servicios de salud del país. De ese modo, agregó, pueden mantenerse y mejorarse los indicadores obtenidos en los últimos meses, que dan cuenta de un aumento en los trasplantes de órganos en el país. Dicho plan, detalló, tiene un costo de M\$329.372.

### **RECURSOS HUMANOS**

Seguidamente, describió las iniciativas previstas en materia de contratación de médicos especialistas.

Al efecto, sostuvo que se implementará un plan de contratación de 33.000 horas de médicos especialistas, con la finalidad de mejorar el acceso y resolutivez de la atención médica mediante la incorporación de médicos de salud familiar y equipos móviles de especialidad, consultorías específicas, especialistas básicos, tele asistencia y especialistas médicos y odontológicos en los Servicios de Salud, por la suma de M\$37.298.135.

Asimismo, añadió que se formarán 5.000 nuevos especialistas, con la finalidad de aumentar la disponibilidad y retención de la red, con 1.480 nuevos ingresos al ciclo y la formación de 1.000 especialistas anuales, logrando más de 5.000 médicos en formación y destinación médica, sin perjuicio de las medidas destinadas a favorecer su permanencia en el servicio público de salud. Dicho programa, agregó, tendrá un costo de M\$20.037.416.

### **PLAN DE INVERSIONES**

A continuación, la Subsecretaria de Redes Asistenciales expuso los planes y programas en materia de inversiones.

En ese sentido, explicó que el monto propuesto para dicho ítem alcanza a M\$ 543.019.287, de los cuales M\$ 410.644.730 son destinados a atención secundaria y terciaria, M\$ 124.149.599 a atención primaria, y M\$8.224.958 a otras iniciativas de inversión.

De ese modo, afirmó que el plan de inversiones contempla la intervención en 60 recintos hospitalarios, de los cuales 20 se

encuentran iniciados y terminados, 20 en etapa de ejecución de obras civiles y 20 en etapa de licitación de obras civiles.

Respecto de la atención primaria de salud, se propone la construcción de 100 Centros de Salud Familiar, 100 Centros Comunitarios de Salud Familiar y 132 Servicios de Urgencia de Alta Resolución. Asimismo, indicó que la cartera de inversiones contempla la adjudicación de los Hospitales de Antofagasta, Salvador-Geriátrico y Occidente, en tanto que, en materia de vehículos, entre los años 2015 y 2017 se repondrá y adquirirán 1.900 ambulancias.

En ese sentido, aseveró que, en materia de equipamiento hospitalario, se invertirán MM\$ 42.000 en prestaciones AUGE y no AUGE.

En consecuencia, enfatizó que el presupuesto propuesto para el año 2015 constituye el mayor esfuerzo en términos de inversión e infraestructura sanitaria que se ha hecho en la historia de Chile, incluyendo hospitales, Centros de Salud Familiar, Servicios de Urgencia de Alta Resolución y Centros Comunitarios de Salud Familiar.

-----

### **CONSULTAS**

El Diputado señor Santana solicitó información respecto de las medidas que se hubieren adoptado para resolver las problemáticas que afectan a los Hospitales de Ancud y Quellón, y el estado de las propuestas de diseño de los recintos en Queilén y Quinchao.

El Senador señor García Ruminot consultó respecto de los parámetros que permiten determinar el incremento en un 16% del presupuesto destinado al programa de atención primaria de salud para el año 2015, en comparación a los fondos correspondientes al año 2014.

Enseguida, solicitó información respecto de la forma de cálculo del aporte Per cápita, habida cuenta de las discrepancias surgidas en torno al monto final de dicho aporte. En la misma línea, manifestó su preocupación respecto de los planes de inversión en salud, particularmente a raíz de las diversas problemáticas que deben afrontarse durante la etapa de licitación y construcción de recintos hospitalarios.

Por otra parte, consultó respecto de los efectos que puede generar para el funcionamiento del Ministerio de Salud la deuda de arrastre que asciende a MM\$ 164.000.

Acerca de las lista de espera AUGE y no AUGE, solicitó información acerca de las medidas que pueden implementarse para acelerar el cumplimiento de dichas garantías.

El Senador señor Araya solicitó información acerca de la administración de la cartera de inversiones, particularmente respecto de las medidas conducentes a acelerar la ejecución presupuestaria de dicho ítem durante el año 2014.

Respecto de la situación de la red asistencial de salud, sostuvo que en el país no existe un diagnóstico epidemiológico adecuado de la población. Habida cuenta de ello, consultó acerca de los criterios utilizados con ese fin y los tipos de establecimiento que se construirán en el plan 20/20/20, los modelos de atención y régimen de recursos humanos que utilizarán, y sus políticas de referencia y contra referencia.

Asimismo, aseveró que debe evitarse que los fondos destinados a financiar la implementación y el mobiliario de los nuevos recintos de salud provengan de los respectivos gobiernos regionales, toda vez que dichos recursos deben ser financiados por el Ministerio de Salud.

Por otra parte, consultó respecto del porcentaje de los recursos destinados a atención primaria de salud en materia de formación de especialistas que serán enviados a las regiones del país, y el monto al que equivaldrá el pago de horas médicas para especialistas en regiones. En la misma línea, consultó respecto de los criterios utilizados para la distribución de los recursos para prestaciones AUGE en los Centros de Atención Familiar del país.

Acerca del fondo de farmacias, preguntó respecto de la suficiencia de los montos asignados para atender los requerimientos de la atención primaria de salud, y su compatibilidad con el plan de financiamiento de medicamentos del plan AUGE.

Respecto a los planes de salud bucal, consultó si dicho plan genera un aumento de infraestructura y personal de atención de salud.

Enseguida, solicitó información respecto del cronograma de la reposición y reinicio de obras en el Hospital de Calama y las medidas paliativas adoptadas para enfrentar el atraso en su construcción. En la misma línea, consultó respecto de la existencia de planes de reposición de los Hospitales de Tal-Tal y Mejillones. Asimismo, consultó acerca del cronograma de inversión del Hospital de Chimbarongo.

En cuanto a la dotación de personal en el Hospital de Antofagasta, inquirió acerca de la eventual falencia de funcionarios en áreas críticas.

Finalmente, en materia de reforzamiento de la salud a nivel secundario, consultó respecto de las brechas que pretenden ser cerradas.

El Diputado señor Melero coincidió en la necesidad de especificar los planes y programas propuestos en el presupuesto para el año 2015. Asimismo, solicitó información respecto del cumplimiento del régimen de garantías explícitas y no explícitas durante el año 2014.

Por otra parte, consultó acerca de la tendencia que es posible prever, en lo sucesivo, en relación al aumento de la deuda hospitalaria, y las razones que explican la disminución en el aporte *Per cápita* en comparación a los últimos 4 años.

Enseguida, solicitó información respecto del funcionamiento del programa de consultorios de excelencia y el programa Elige Vivir Sano para el año 2015.

Respecto de las prestaciones valoradas y prestaciones institucionales, sostuvo que se ha verificado, para 2015, un incremento en los recursos para prestaciones valoradas por un 2,3%, en tanto que las prestaciones institucionales aumentan en un 17,6%. Al efecto, consultó respecto de las razones del aumento de dichos indicadores,

Finalmente, abogó por acelerar la construcción de recintos hospitalarios en la zona norte de la Región Metropolitana.

El Senador señor Quinteros manifestó su conformidad con los planteamientos del Ministerio de Salud en relación al presupuesto para el año 2015, particularmente en lo que atañe a los planes que pretende desarrollar dicha Secretaría de Estado en materia de inversión hospitalaria y atención odontológica

En ese sentido, consultó respecto del estado de la construcción de recintos hospitalarios en Quellón y Queilén, y la factibilidad de la construcción de un hospital público en Puerto Varas.

Respecto del aporte *Per cápita* a los municipios, coincidió en la necesidad de especificar la forma de cálculo de dicho indicador.

Por otra parte, aseveró que el aumento de los fondos asignados al sector de la salud debe verse reflejado en el mejoramiento de las condiciones laborales de los funcionarios de la salud pública, con particular énfasis en aquellos que se desempeñan en las regiones del país.

La Senadora señora Goic abogó por mejorar la situación laboral y de recursos humanos para los funcionarios y médicos que prestan servicios en la atención pública de salud.

La Diputada señora Turres consultó respecto de las razones que explican un aporte previsional menor al sector salud y, en lo tocante al presupuesto de FONASA, solicitó información acerca de las razones que explican la disminución, en un 12%, del fondo para atender contingencias operacionales.

Asimismo, consultó acerca de las razones que explican el aumento de los fondos propuestos para el pago de prestaciones valoradas, en relación al incremento que presentan las prestaciones institucionales.

En relación al aumento en el fondo de farmacia, sostuvo que en éste se incluye el pago de medicamentos que forman parte del plan AUGE. En consecuencia, consultó acerca de la compatibilidad entre ambos ítems.

Finalmente, solicitó información respecto del aporte de recursos desde el Ministerio de Salud hacia la Fundación Las Rosas, y el estado en que se encuentra el proceso de construcción del Hospital de Melipilla.

La Diputada señora Hernando preguntó sobre los mecanismos que se han dispuesto para garantizar la ejecución presupuestaria en materia de construcción de laboratorios médicos.

Respecto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, abogó por implementar de equipos de mamografía, ecografía y radiografía a la atención primaria de salud, debiendo establecerse los mecanismos para asegurar dicha prestación en los servicios del país.

A continuación, consultó acerca de los planes para implementar Servicios de Urgencia de Alta Resolución en la Región de Antofagasta, como también del lugar en que se construirán nuevos centros reguladores y selectores de demanda. En el mismo sentido, consultó respecto de los ítems que serán financiados mediante las 30 nuevas camas de atención de pacientes críticos, esto es, si la respectiva asignación de recursos considera recursos humanos y de operación.

Sobre el indicador Per cápita, aseveró que existe un déficit estructural que debe ser resuelto mediante la inyección de mayores recursos.

Respecto de la atención secundaria y terciaria, sostuvo que el cierre de brechas puede ser resuelto mediante la flexibilización de las cargas horarias de los médicos que prestan servicios en la atención primaria de salud. Asimismo, consultó acerca del destino de los fondos destinados al cierre de brechas, esto es, si éstos se utilizarán en la compra de servicios de especialistas, licitación o contratación en los hospitales. En la misma línea, solicitó información acerca de las medidas destinadas a mitigar el déficit en recursos humanos en la Región de Antofagasta.

Preguntó sobre los planes específicos del AUGE que deben promoverse para que dicho sistema pueda atender las particularidades sanitarias de cada región del país.

El Diputado señor Monsalve solicitó información respecto del porcentaje de crecimiento presupuestario del sector salud, excluyendo el ítem correspondiente a inversiones.

Por otra parte, consultó respecto del incremento del índice Per cápita, particularmente en cuanto a los efectos que ello produce en comparación a los resultados de los programas específicos que desarrolla el Ministerio de Salud.

A continuación, sostuvo que en los municipios rurales existe un gran déficit en la contratación de médicos especialistas, lo que requiere una política específica en su caso. En la misma línea, preguntó respecto de la necesidad de modificar la denominada ley médica para asegurar la continuidad de la prestación de servicios de especialistas en los servicios de salud pública.

Acerca del fondo de fármacos y de servicios odontológicos, consultó acerca de la forma de funcionamiento de dichos programas.

Expresó que los recursos destinados a equipamiento médico deben ser utilizados en la atención de las enfermedades que afectan más frecuentemente a la población, como también debe implementarse un sistema de toma de exámenes de alta complejidad, lo que requiere una política de inversión en la materia.

En lo relativo a los programas de inversión, sostuvo que debe fortalecerse institucionalmente a las entidades que operan

en la materia. En esa línea, sostuvo que la provincia de Arauco presenta un retraso en materia construcción de hospitales, lo que debe ser resuelto.

Finalmente, consultó respecto de las medidas adoptadas para resolver la deuda hospitalaria y los fondos destinados a la incorporación de pueblos originarios.

El Diputado señor Rocafull coincidió en la necesidad de resolver la situación de deuda hospitalaria de los servicios de salud.

Por otra parte, solicitó información acerca de los ítems de gastos en personal y bienes y servicios de consumo de los servicios de salud de la región de Arica y Parinacota, junto con el programa de inversiones específicos respecto de cada región del país.

En lo relativo a la atención primaria de salud, sostuvo que deben implementarse las medidas para regularizar la situación de déficit que se origina en la zona norte del país a raíz de la atención de personas migrantes.

Respecto de los médicos especialistas, enfatizó que el gasto en recursos humanos debe considerar las particularidades de las zonas extremas del país, estableciendo una remuneración mayor en su caso.

El Senador señor Girardi sostuvo que el plan de inversiones se desarrolla a mediano plazo, no obstante existir una demanda actual por atención. De ese modo, sostuvo que debe desplegarse un plan de prevención de enfermedades, con especial énfasis en aquellas crónicas no transmisibles.

Por otra parte, enfatizó que deben mejorarse los planes de inversión y formación en recursos humanos en la atención primaria de salud, con la finalidad de mejorar el acceso a médicos especialistas.

Asimismo, indicó que deben promoverse medidas para diversificar la derivación de camas desde los servicios públicos de salud.

Respecto a la asignación de recursos a los planes y programas del Ministerio de Salud, sostuvo que deben promoverse los mecanismos para cumplir los requerimientos de dicha Secretaría de Estado, debiendo evitarse, por otra parte, el pago de prestaciones subvaloradas.

El Diputado señor Berger sostuvo que el incremento del aporte Per cápita incluye una serie de prestaciones que se realizan actualmente mediante convenios con los servicios de salud

respectivos. En consecuencia, solicitó el desglose de los ítems que comprenden el aumento de dicho indicador.

Enseguida, consultó respecto de las razones que explican la disminución en el presupuesto asignado a la adquisición de vacunas y el menor crecimiento presupuestario del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Asimismo, solicitó información acerca de la construcción de los Hospitales de Puente Alto y Sótero del Río.

El Diputado señor Macaya consultó respecto de las medidas propuestas para la integración entre la red primaria y secundaria de salud y el rol de rectoría que debe desarrollar el Ministerio de Salud.

Respecto de la deuda hospitalaria, sostuvo que un gran porcentaje corresponde a bienes y servicios de consumo. En ese sentido, solicitó información acerca de los ítems que la comprenden.

A continuación, preguntó acerca de los motivos que explican el aumento de prestaciones institucionales y valoradas, el programa de consultorios de excelencia y concesiones para la construcción de recintos hospitalarios, y la eventual contratación de personal por sobre la dotación máxima de cada recinto. Por otra parte, solicitó información respecto de las razones que motivan la eliminación de los indicadores de gestión que se encontraba en la página web del Ministerio de Salud.

En lo relativo al aumento del índice Per cápita, sostuvo que el monto propuesto para 2015 es inferior al de años anteriores, lo que requiere un incremento de los recursos asignados a dicho indicador. Finalmente, consultó respecto del estado de ejecución de construcción de hospitales en la Región de Antofagasta.

## **RESPUESTAS DE LA MINISTRA DE SALUD A CONSULTAS EFECTUADAS POR LOS PARLAMENTARIOS**

El **Presidente de la Tercera Subcomisión, Diputado señor José Miguel Ortiz Novoa**, informó que la Ministra de Salud daría respuesta a las distintas consultas que se fueron formulando por las parlamentarias y los parlamentarios durante el transcurso de la sesión.

La **Ministra de Salud, señora Helia Molina**, señaló que aquellas preguntas referidas a la entrega de datos o de información específica las respondería por escrito, igual cosa respecto de las consultas de parlamentarios que no se encontraban presentes.

Seguidamente, dio respuesta a las demás preguntas de la siguiente manera:

1) Del Diputado señor Macaya, sobre los conceptos emitidos acerca de la red hospitalaria y la atención primaria.

En cuanto a que no existiría integración de la red, señaló que ya desde la reforma del año 2004, que cambió el rol de la autoridad sanitaria y de los servicios de salud, desaparecen las denominadas Direcciones de Atención Primaria y los Departamentos de Programas de las Personas, que de alguna manera eran un nexo permanente entre el Servicio de Salud y la Atención Primaria y se hace evidente una mayor fractura –en términos de comunicación y de sistemas estancos- de la atención primaria, por su dependencia municipal y la contratación de recursos humanos por otra vía, y no se pudo lograr volver a tener una relación como sistema, dado que no debería ser tan importante quién contrata o quién administra los recursos, sino que cómo se generan los mecanismos de articulación, de referencia y de contra-referencia, que antes se presentaban naturalmente, ya que los médicos que trabajaban en los hospitales iban a consultorios en las tardes.

En consecuencia, agregó, dicha articulación se perdió cuando el año 2004 dejan de existir las Direcciones de Atención Primaria y los Departamentos de Programas de las Personas, entidades que conformaban la interface entre la atención primaria y los servicios de salud. Por lo tanto, indicó esta forma de trabajo debería recuperarse, estableciendo líneas claras para los Servicios de Salud y que las Secretarías Regionales Ministeriales cumplan el rol que les corresponde en el ámbito de la atención primaria. Asimismo, opinó que los sistemas informáticos comunes pueden ser la base, en el sentido de tener una misma ficha electrónica que se abra tanto en la atención primaria como en los niveles secundarios y terciarios.

Respecto a considerar que la atención primaria se encuentra debilitada, la Ministra de Salud, señora Helia Molina, recordó que en su presentación hizo alusión a los desafíos que el país debe enfrentar por cambios en la carga de enfermedades y el envejecimiento de la población, materias que se vinculan con la necesidad de adecuar la atención primaria en su capacidad resolutive para la atención de enfermedades crónicas, de enfermedades más complejas y además las relacionadas con el envejecimiento.

Añadió que también se observa un debilitamiento de la atención primaria en el área de los recursos humanos, porque el Ministerio de Salud ha tenido que enfrentar grandes dificultades para mantener a los médicos que se han especializado en este tipo de atención, dado que los incentivos lamentablemente no tuvieron como destino la atención primaria y por ello es un objetivo importante corregir dicha situación.

2) Del Diputado señor Melero, respecto al Programa Elige Vivir Sano.

La Ministra de Salud, señora Helia Molina, primeramente explicó que dicho programa es coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social, existiendo un Comité Intersectorial formado por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el Ministerio del Deporte.

Agregó que el Programa Elige Vivir Sano mantiene el nombre, imagen corporativa y su finalidad, pero se ha diseñado un modelo en el que cada Ministerio cumpla una parte del proceso, donde al Ministerio de Salud le corresponde desarrollar todas las actividades comunitarias y el diálogo social, abordando los factores que provocan estilos de vida poco saludables de la población.

El diputado señor Melero solicitó que se precisara el monto de presupuesto destinado al Ministerio de Salud.

La Ministra de Salud informó que cuentan con 400 millones de pesos que le son traspasados por el Ministerio de Desarrollo Social, monto que se refleja en una glosa, proceso que se llevará a cabo en las quince regiones del país.

3) Del Senador señor Araya, sobre el sistema de concesiones hospitalarias.

La Ministra de Salud, señora Helia Molina, señaló que el Gobierno ha definido que no habrá nuevas concesiones, sin perjuicio de mantener las que fueron licitadas –Hospital de Antofagasta, Hospital El Salvador Geriátrico y el Hospital Félix Bulnes-. Luego se llevará a efecto una evaluación fehaciente de las concesiones en el tema de costos y en su incidencia en la gestión hospitalaria; en este último caso –dijo- la existencia de funciones concesionadas ha provocado problemas como es el caso de los Hospitales de Maipú y La Florida. Informó que en el ámbito del costo, conforme a estudios conjuntos con el Ministerio de Obras Públicas se arribó a la conclusión que la construcción vía concesión es alrededor de un 25% más onerosa y los gastos operacionales (estacionamientos, lavandería, alimentación, adquisición de equipos y su mantención, etcétera) alcanzan tres o cuatro veces más que los producidos en establecimientos no concesionados, perjudicando el ámbito clínico.

El Diputado señor Melero señaló que fue invitado por el Ministro de Hacienda al “Chile Day”, en la ciudad de Londres, actividad para promover el mercado de capitales chileno, oportunidad en que la primera pregunta que se le formuló versó sobre el término de las concesiones de hospitales.

Opinó que este cambio de política en materia de concesiones puede ir en contra de la necesidad de contar con una infraestructura hospitalaria adecuada para el país, en el tiempo y en la forma que se requiere.

La Ministra de Salud, señora Helia Molina, afirmó que el hecho de no concesionarse los hospitales no significa que dejarán de construirse y el único establecimiento al que se puso término su concesión fue el Hospital Sótero del Río en atención a los costos implicados. Además, precisó, el sector público construye con fondos sectoriales, ejecutados por la empresa privada.

Respecto de los gastos operacionales, informó que el Ministerio está pagando –a partir del año 2014- por los Hospitales de La Florida y Maipú cantidades mayores a las presupuestadas, las que en todo caso son de carácter benigno frente a los contratos de concesión que se habían suscrito para el Hospital Sótero del Río, el Hospital El Salvador Geriátrico y el Hospital Félix Bulnes.

Agregó que en España –datos del Banco Mundial- no se ha efectuado un balance que indique las bondades de las concesiones, existiendo opiniones encontradas, tal como la del Ministro de Salud del país Vasco que indicó que no había evidencias sobre la eficacia de la concesión, sistema que en España comprendía en algunos casos la concesión de la función clínica, cosa que en Chile no ocurre.

La Ministra de Salud puntualizó que para los trabajadores de la salud las concesiones producen un rechazo muy grande, porque se mezclan mundos distintos, esto es, el mundo del funcionario de la salud clásico con el mundo de los servicios concesionados, este último con personas que perciben remuneraciones menores, que reciben un trato diferente, generándose roces que invaden el ámbito laboral.

Indicó que en hospitales concesionados se puede observar una proliferación de tiendas comerciales que culturalmente no tienen relación con un área tan sensible a la ciudadanía y a los funcionarios de la salud.

El Diputado señor Monsalve quiso dejar constancia que durante los 4 años del Gobierno del Presidente Piñera, a pesar de su fuerte convicción sobre la conveniencia de las concesiones, no se concesionó ningún hospital, salvo el Hospital de Antofagasta al término del mandato.

4) Del Diputado Monsalve, sobre la intención de modificar la denominada ley médica, la Ministra respondió que es una

materia que debe analizarse en profundidad, por lo que no puede entregar una opinión concreta.

5) Del Senador señor Araya, acerca del reforzamiento de equipos ministeriales para ejecutar el plan de mayores inversiones.

La Ministra de Salud, señora Helia Molina, declaró que se ha avanzado en este tema al crearse una División Especial de Inversiones, que no existía, y también se conformó una Secretaría Ejecutiva que depende de la Ministra, cuya finalidad será desarrollar el proceso que se implementará en los servicios y que será gestionado desde el nivel central por la División Especial de Inversiones. A su vez, indicó, el Ministerio consiguió un aporte de cooperación técnica del Banco Interamericano de Desarrollo, que financiará la Secretaría Ejecutiva por un tiempo suficiente que permita poner en funcionamiento el plan de inversiones.

Destacó que el equipo especial está viajando por el país para trabajar con los directores de los Servicios de Salud, que son los verdaderos mandantes, ya que ellos se encargan de la orden de construcción.

Recordó que en el presupuesto para el año 2015, se financian 25 agentes públicos que serán encargados de trabajar institucionalmente el plan de inversiones.

6) Del Diputado señor Rocafull, sobre políticas para los inmigrantes, será contestada en forma escrita.

#### Otras consultas

La Ministra de Salud, señora Helia Molina, respecto del trabajo conjunto con el Ministerio de Hacienda para enfrentar la deuda hospitalaria, informó que se encuentran en ello.

En esta materia, el Diputado señor Ortiz recordó que ya fueron aclaradas dos situaciones bastante complicadas: las facturas que se guardaron en los escritorios y los gastos devengados, por lo que tenía fe de que alguna solución va a ser propuesta en la discusión de la Comisión Especial Mixta de Presupuestos.

La Ministra de Salud especificó que la génesis de la deuda hospitalaria se relaciona con varias aristas y en consecuencia no se trata sólo de la mala gestión, sino que entran a tallar problemas estructurales, que serán identificados en el trabajo que se está efectuando con el Ministerio de Hacienda.

El Diputado señor Macaya adujo que al comparar la deuda del mes de marzo de 2014 y la deuda existente al día de hoy, se observa un alza de 92 mil millones a 164 mil millones, cuya composición corresponde a bienes y servicios de consumo, que no permiten un arrastre de facturas.

La Subsecretaria de Redes Asistenciales, Doctora Angélica Verdugo, explicó que la deuda hospitalaria en los últimos 10 o 15 años es un tema que ha estado presente y que los distintos sectores políticos se culpan entre unos y otros. Además, señaló, es sabido que cuando se presentan disminuciones de deudas –tal como lo indicó el Diputado Macaya– la causa está en que se han conseguido recursos adicionales en el Ministerio de Hacienda para paliarla.

El tema de fondo, prosiguió diciendo, es dilucidar cómo se va a enfrentar por el país el déficit estructural del sistema de salud pública. El presupuesto para el año 2015 contempla una inversión en salud pública –desde el punto de vista del porcentaje del PIB– de un 3,7 y el país tiene un gasto de PIB de alrededor de 7,6%. Dicho 3,7% está destinado al 80% de la población.

La Subsecretaria de Redes Asistenciales dijo que el Gobierno espera que la reforma tributaria contribuya a mejorar el financiamiento del sistema público de salud y en el intertanto nos vamos a enfrentar una déficit estructural en los establecimientos hospitalarios, donde la deuda principal es en recursos humanos que se refleja en el ítem 22, ya que no se puede dejar de pagar los sueldos a los funcionarios.

Dejó constancia que la actual administración en salud recibió servicios de salud en los que se duplicó la planta de contratos a honorarios, como es el caso de Chiloé; también múltiples recursos humanos en sobredotación, que no tienen respaldo en un cargo.

Insistió en la existencia de un déficit estructural, con 5 servicios de salud que no se financian con los aportes presupuestarios y reiteró que se encuentran trabajando con la Dirección de Presupuestos en una mesa que tiene como objetivo abordar este problema.

El Diputado señor Monsalve precisó que la Organización Mundial de la Salud recomienda un gasto en salud pública de a lo menos un 6% del PIB.

#### SOLICITUD DE RESPUESTA AL SUBDIRECTOR DE PRESUPUESTOS

Luego, el Diputado señor Monsalve manifestó que el Gobierno del Presidente Piñera terminó su mandato con una deuda de 120 mil millones y en la actualidad asciende a 164 mil millones de pesos y dado que han transcurrido más de seis meses del nuevo Gobierno, el déficit

operacional es de 5 mil millones por cada mes. En consecuencia, el sistema público de salud –opinó- acumulará 60 mil millones de pesos por año. Preguntó si el déficit operacional se debe a gestión o a un sub-financiamiento del costo de las prestaciones y para tener una respuesta le solicitó al Subdirector de Presupuestos, señor Gustavo Rivera, que dilucidara esta inquietud, por medio de una contestación escrita, especificando el análisis que realizan sobre el origen de la deuda.

El Diputado señor Macaya sobre esta materia requirió que se informe a la Tercera Subcomisión, desglosando la deuda servicio por servicio.

El Diputado señor Melero dijo tener claro que la deuda hospitalaria es un talón de Aquiles, a cuyo respecto los distintos Gobiernos se han esmerado por disminuirla, aunque el Gobierno de la Presidenta Bachelet no fijó como primera prioridad el tema salud.

Opinó que debe adoptarse un plan de acción para enfrentar a fondo el tema de la deuda hospitalaria, de modo que los directores de los servicios y de los hospitales no vuelvan a encontrarse con un arreglo temporal del asunto, dejándose de lado la realización de un esfuerzo profundo y definitivo. La ejecución de dicho plan –aseveró- debería rendirse trimestralmente ante la Comisión Especial Mixta de Presupuestos.

A continuación, hizo uso de la palabra el Subdirector de Presupuestos, señor Gustavo Rivera, quien se comprometió a enviar un informe por escrito dando respuesta a las solicitudes efectuadas. Por otro lado, mencionó las siguientes cifras respecto del incremento de la inversión pública en el proyecto de ley de Presupuestos para el 2015:

-En el área de la Educación el incremento asciende a 336 mil millones. El porcentaje relativo es un 22%.

-En el área de la Salud el incremento asciende a 270 mil millones. El porcentaje relativo es de un 18%.

-El porcentaje de crecimiento de la inversión pública en salud alcanza a un 81%.

Agregó que en forma específica en el sector Salud los gastos crecen en un 11,8%, en circunstancias que el crecimiento promedio en todo el presupuesto es de un 9,8%.

Añadió que el incremento de los gastos totales de Salud gira alrededor de los 630 mil millones de pesos.

En cuanto a transferencias corrientes, destacó un crecimiento del 9,4%, en gastos personales aumenta en 8,1%, en adquisiciones de activos no financieros un 11,9% y en iniciativas de inversión y transferencias de capital el alza es de 91% y 25%, respectivamente.

### **Respuestas de la Directora Nacional de FONASA**

La Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud, Doctora Jeanette Vega, dio respuestas a las consultas vinculadas con la entidad a su cargo.

1) Razones del mayor aumento porcentual de las prestaciones institucionales de un 17% comparado con las prestaciones valoradas que ascienden a 2%.

Señaló que el mayor aumento del presupuesto para el 2015 está vinculado con el programa de Gobierno y las principales transferencias asociadas a éste son de las prestaciones institucionales. En consecuencia, se produce un desbalance en la relación prestaciones institucionales- prestaciones valoradas.

Agregó que dado el énfasis en materia de recursos humanos por el programa de Gobierno, aquellos corresponden a prestaciones institucionales.

El Diputado señor Macaya solicitó que ejemplificara el tipo de gasto.

La Subsecretaria de Redes Asistenciales explicó que el programa de Gobierno es intensivo en la formación de recursos humanos, en los traspasos de atención primaria que van por la vía de las prestaciones institucionales y en todos los programas de atención secundaria y terciaria que incorporan recursos humanos para ejecutar la hospitalización domiciliaria y selectores de demanda en la urgencia.

La Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud, Doctora Jeanette Vega, agregó que también en prestaciones institucionales se contemplan las becas de especialización.

2) Fundamento de un aporte previsional menor en FONASA.

La Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud reconoció un aporte menor de cotizaciones al que se tenía planificado, proyectándose por la DIPRES que dicha situación va a continuar.

Estimó que podría suceder una pequeña alza, en atención a que se está licitando la forma de recaudar las cotizaciones.

3) Eliminación del semáforo sobre cumplimiento de garantías AUGE.

La Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud explicó que se eliminó el semáforo, dado que no contenía información valedera, puesto que la manera en la que se elaboró dicho semáforo contemplaba tres categorías: las garantías incumplidas, las garantías exceptuadas y las garantías cumplidas, presentándose el problema que las exceptuadas corresponden a una categoría donde el Servicio no tiene la capacidad de entregarlas y equivale a una incumplida. Por ello, se están evaluando los tipos de categoría para reponer un semáforo que informe adecuadamente.

La Diputada señora Hernando coincidió con lo expresado anteriormente, porque no existe ningún país donde no existan listas de espera.

En relación al tema de las garantías explícitas, de las garantías GES y de las garantías No GES, manifestó que le llamaba la atención que Antofagasta aparezca con listas de espera que no existen y señaló que se presenta una forma de tergiversar esa situación, ya que los auxiliares de enfermería el 1° de enero borran las listas de espera y esas personas tienen que ir personalmente a inscribirse de nuevo.

El Diputado señor Macaya, atendido que el semáforo se eliminó, sugirió considerar el establecimiento de un sistema informático en que cada persona pueda realizar un seguimiento de su situación.

La Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud, Doctora Jeanette Vega, hizo mención de la necesidad de informatizar a la brevedad toda la labor de FONASA para, por ejemplo, tener datos fidedignos sobre el cumplimiento de las garantías.

La Subsecretaria de Redes Asistenciales, Doctora Angélica Verdugo, sobre el tema de la eliminación de las listas de espera el 1° de enero comentó que es una artimaña que se utiliza en todos los servicios de salud, situación que será revisada.

### **Respuestas del asesor de la División de Inversiones**

La Subsecretaria de Redes Asistenciales, Doctora Angélica Verdugo, señaló que el señor Sergio Teke, asesor de la División de Inversiones, daría respuesta a las preguntas relativas a las inversiones.

El señor Sergio Teke en primer lugar se refirió a la extensión del programa de inversiones, que comprende 60 hospitales más los 332 establecimientos de atención primaria, abarcando 3 millones 300 mil metros cuadrados y para efectuar la comparación indicó que en estos momentos la infraestructura de hospitales bordea un millón ochocientos mil metros cuadrados.

Prosiguió expresando que el plan de inversiones al ser diseñado contempló como fecha de inicio el año 2015, fundamentado en algunos indicios de problemas en los proyectos del Ministerio y en el desconocimiento de los compromisos del presupuesto del año 2014. De hecho en el mes de marzo de 2014, al asumir el nuevo Gobierno, el 95% de los dineros estaban decretados. En consecuencia, considerando que los estudios técnicos de los proyectos hospitalarios demandan un período de tiempo, se decidió arrancar con las inversiones el año 2015, lo que se refleja en el presupuesto en análisis.

Aseguró que técnicamente se puede dar inicio a obras civiles, entre el primer y el segundo semestre de 2015, en 40 hospitales. Tendrán prioridad por tamaño y por compromiso del programa de Gobierno 20 hospitales en el primer semestre. En paralelo, durante el primer y el segundo semestre se iniciarán obras de 145 establecimientos de atención primaria.

Puntualizó que todos los hospitales de más de cien mil metros cuadrados no se ejecutan en tres o cuatro años y con esa lógica se creó el algoritmo 20-20-20.

El señor Sergio Teke, añadió que respecto a la institucionalidad de las inversiones el Ministerio de Salud separó las aguas entre un equipo que diseña y monitorea y un equipo que ejecuta el plan, este último conformado por la División de Inversiones.

En cuanto a las consultas sobre el estado actual de determinados hospitales, manifestó que las había agrupado como aquellos establecimientos que forman parte del programa de Gobierno, es decir, incorporados en el grupo de los 60 hospitales y otros en los que se avanzará a lo menos en los estudios técnicos, con la finalidad de entregar un Ministerio con un nivel de progreso estable, de modo que el próximo Gobierno adopte la decisión adecuada.

Agregó que en la categoría de hospitales que se avanzará en los estudios técnicos de pre-inversión, arquitectura e ingeniería, se encuentran los establecimientos de Queilén, Achao, Castro, Taltal, Mejillones y de Puerto Varas. Igual situación se presenta respecto del

Hospital Zona Norte de Santiago, llevándose a cabo el estudio pre inversiones el 2015 y el año siguiente se ejecutarán los diseños.

El Diputado señor Melero quiso conocer los fundamentos de estas decisiones y el señor Sergio Teke indicó que depende del estado de avance de los estudios técnicos y porque en el programa de Gobierno se prioriza la reposición de hospitales por su obsolescencia.

El señor Sergio Teke agregó que respecto de los hospitales de Ancud y Quellón existe el compromiso de iniciar obras en el segundo semestre de 2015, refrendado por el acuerdo suscrito por el Intendente de la Región de Los Lagos con el Movimiento Ciudadano por la construcción del hospital, aunque se han enfrentado algunas dificultades de diseño como en el caso del hospital de Ancud, que encarecía en 5 mil millones de pesos el costo, situación que llevó a poner término al contrato de diseño para licitar a inicios del año 2015 diseño y construcción, acciones que se repetirán con los Hospitales Sótero del Río, Puente Alto, Marga-Marga, Quillota y otros.

Enseguida, se refirió a los Hospitales de Angol (licitación de diseño), Carahue (en licitación), Calama (en avance), Chimbarongo (en licitación), Melipilla (en licitación) y recordó que todos los integrantes de la Tercera Subcomisión cuentan con un documento denominado "Programa Sectorial de Inversiones 2014-2018".

Explicó que se ha tomado la decisión de iniciar los procesos de licitación en los meses de noviembre y diciembre de 2014, una vez que se diagnosticó la situación en que se encontraba la cartera hospitalaria principalmente respecto de las bases administrativas, ya que – por ejemplo- cuando en una base administrativa se pondera un 70 % precio y un 30% experiencia técnica de la empresa constructora, en la práctica significa un remate de precios, porque ninguna empresa puede revertir esa diferencia.

En consecuencia, indicó, ya se presentaron las nuevas bases de licitación a la Contraloría General de la República y el primer grupo de bases destinado a licitar construcción debiera estar aprobado en la primera semana de noviembre de 2014, de manera que se podrían reactivar los hospitales anteriormente mencionados.

El Diputado señor Monsalve quiso dejar claro que en esta materia se está hablando de un compromiso presidencial respecto a los 60 hospitales y de un compromiso particular de la Presidenta Bachelet con la Provincia de Arauco, por lo cual requería que se le diera la garantía respecto al cumplimiento cabal de ese compromiso.

En conformidad con lo anterior, preguntó cuántos cargos – en el presupuesto 2015- están destinados a fortalecer la

institucionalidad del Ministerio de Salud y de sus Servicios para llevar adelante un plan de inversiones como el presentado y si ese número concuerda con el requerimiento de nuevos cargos que se efectuó en la preparación del presupuesto.

Asimismo, reiteró que no encontraba explicación, dado la existencia de una política para enfrentar la desigualdad territorial, para no considerar en el flujo financiero los Hospitales de Lebu y Arauco.

El Diputado señor Macaya dijo llamarle la atención que en las glosas de dotación máxima de personal se incluyan hasta 1.991 personas asociadas a costos recurrentes de los proyectos de inversión, o sea, de los 2.491 que contemplaba el presupuesto de 2014 se observa una disminución de un 20%. Además, señaló, se plantean 2.508 personas asociadas al reforzamiento de actividades en los propios servicios de salud. Preguntó a qué se debe dicha disminución.

También consultó acerca de la razón de la diferencia que se observa entre la presentación de los proyectos y el porcentaje de avance de los mismos.

La Senadora señora Goic quiso saber cómo se completan los cargos para cumplir con el plan de inversiones, atendida la importancia de construir hospitales, pero también dada la necesidad de que la ciudadanía se pueda atender en los establecimientos de salud públicos con especialistas competentes.

### **Respuestas de la Subsecretaria de Redes Asistenciales**

La Subsecretaria de Redes Asistenciales, Doctora Angélica Verdugo, manifestó que cuando se presenta un proyecto de inversión debe contemplarse un financiamiento para la construcción, para el equipamiento (la tecnología de punta que tendrá el hospital) y para la brecha de recursos humanos que tendrá que incorporar nuevo personal.

Agregó que en paralelo existe un programa de formación de especialistas, que al término del Gobierno sumarán 5.000 especialistas nuevos y también se está realizando un trabajo con el Colegio Médico en la búsqueda de formas de sostenibilidad de los médicos que se quieren integrar en el sector público, con una efectiva carrera funcionaria.

Aseveró que se trata de un trabajo integral, porque no basta con tener flamantes hospitales, sino que se debe contar con el personal especializado que permita el funcionamiento y la atención que la ciudadanía requiere.

En relación a lo planteado por el Diputado señor Monsalve, indicó que en el presupuesto del año 2015 se consideran 25 cargos (se habían solicitado 40) de agentes públicos para fortalecer la institucionalidad en materia de inversiones, que se instalarán en los Servicios de Salud; cargos que se irán incrementando con el transcurso de los años.

El asesor de la División de Inversiones, señor Sergio Teke, agregó que el tema de los agentes públicos es estratégico, ya que en la actualidad en los Servicios de Salud los inspectores fiscales son quienes soportan toda la responsabilidad administrativa y legal de los contratos de obras civiles, que en algunos casos implican sumas enormes de dinero (estados de pago de cinco mil millones de pesos mensuales).

Destacó que a la figura del agente público, cargo con responsabilidad administrativa y responsabilidad legal respecto de sus actos, el presupuesto permite pagarles rentas de mercado (3,5 o 4 millones de pesos).

Asimismo, especificó que en Plan de Inversiones cada proyecto tiene asociado recursos para contratar los estudios técnicos o los equipos técnicos (pre-inversión), los desarrollos de proyectos (estudios de arquitectura e ingeniería), los equipos responsables de ser contraparte de los estudios de arquitectura e ingeniería y los equipos responsables de ser contraparte las ejecuciones de obras. Todo lo anterior es necesario, porque – por ejemplo- un hospital de cien mil metros cuadrados no puede ser administrado sólo por el inspector fiscal.

En cuanto a la diferencia que se observa entre la presentación de los proyectos y el porcentaje de avance de los mismos, hecha notar por el Diputado Macaya, se explica en la entrega que efectuó el Gobierno del Presidente Piñera (Hospital de Calama con un 74% de avance) y luego del diagnóstico de la nueva Administración se detectó que desde el punto de vista físico el avance era menor.

Sobre los costos recurrentes que aparecen en el proyecto de presupuesto, señaló que se refieren fundamentalmente a los cargos de expansión asociados a los proyectos de inversión, que no dicen relación con los cargos asociados a la gestión del Ministerio.

El asesor de la División de Inversiones, señor Sergio Teke, contestando la pregunta del Diputado señor Monsalve acerca del Hospital de Lebu explicó que los establecimientos de menor envergadura fueron los que sufrieron las consecuencias de haber tenido que absorber mil millones de dólares de arrastre como herencia de la ejecución presupuestaria del Gobierno anterior. Dicha suma está constituida en su mayor proporción por hospitales que deben ponerse nuevamente en ejecución como el de Pitrufquén, Calama, Salamanca, centros de salud familiar y también porque

en otros casos se habían subestimado los costos de equipamiento médico. Por otro lado, se encontraron notas de cambio (instrumento mediante el cual se reconocen modificaciones a los contratos de obras civiles) que no fueron transparentadas, alcanzando algunas de ellas 5 mil o 6 mil millones de pesos como en Puerto Montt y Rancagua.

Continuó explicando que la situación referida precedentemente suma 300 mil millones de pesos, a la que se deben sumar los pagos por concepto de subsidio fijo a la construcción de Maipú y La Florida por 4 años, más los anticipos de IVA que agregan 210 mil millones de pesos, dando como resultado los mil millones de dólares de arrastre.

El asesor de la División de Inversiones, señor Sergio Teke, precisó que Lebu se ubica en el grupo 2, que es la primera prioridad del Servicio de Salud y por el momento estaría iniciando obras el año 2018, pero –destacó- se deben adelantar un año y para lograr dicho propósito se está negociando un convenio de programación con el Gobierno regional, que en este mes de octubre o primera quincena de noviembre se cerraría. De acuerdo con la precedencia de la Región, al construir flujos de caja distintos, el primer hospital que se adelantará es el de Lebu.

El Diputado señor Melero se refirió a la construcción de los 37 centros de salud, los 50 centros comunitarios y los 38 nuevos SAR y solicitó se le informara respecto del cronograma de estos trabajos.

El asesor de la División de Inversiones, señor Sergio Teke, explicó que se están elaborando los cronogramas, atendido que primero se construyeron los flujos de caja. Además, precisó, cuando se abordan planes de inversión intensos en la atención primaria, la mayor dificultad es la localización de los terrenos, fundamentalmente en las ciudades densamente pobladas. En todo caso, respecto de los centros de salud familiar aproximadamente dos tercios de la cartera ya tiene un terreno identificado.

-Con fecha 23 de octubre de 2014, se envió el oficio N° 78 dirigido a la Subsecretaria de Redes Asistenciales, en relación al tema comentado por el Diputado señor Melero.

La Ministra de Salud, Doctora Helia Molina, se dirigió al Diputado señor Monsalve y señaló que se hará lo imposible por adelantar los trabajos del Hospital de Lebu, cuyo costo asciende a 30 mil millones de pesos aproximadamente, equivalente a 9 centros de salud familiar.

El Diputado señor Monsalve agradeció la disposición de la Ministra de Salud, pero recordó que de por medio está el compromiso expreso de la Presidenta de la República con la zona de Lebu.

### **Respuestas del Subsecretario de Salud Pública**

A continuación, el Subsecretario de Salud Pública, Doctor Jaime Burrows, respondió la consulta sobre la ejecución presupuestaria del Subtítulo 29 efectuada por la Diputada señora Hernando y explicó que efectivamente dice relación con los instrumentales y los equipamientos de laboratorios, estando retrasada la construcción de los laboratorios.

La Diputada señora Hernando señaló que esta explicación confirma que los recursos que no se gastaron el año 2014 se suman al año 2015, evidenciándose que no ha crecido el presupuesto, sino que existe un rezago.

Luego, el Subsecretario de Salud Pública, en cuanto a una consulta del Diputado señor Monsalve sobre el número de licencias médicas tramitadas, indicó que corresponden a 4 millones 200 mil por año y el plan de este Gobierno es mejorar la gestión y las condiciones en que se trabaja, no solo contractuales, sino que también condiciones físicas, para lo cual se prioriza el arriendo de inmuebles. Respecto a la contratación de personas, especificó que con la digitalización de las licencias médicas se liberan tareas administrativas y esos funcionarios pueden asumir otros desafíos, por lo que no se contempla aumentar el personal.

El Diputado señor Monsalve opinó que se debería avanzar en la entrega de una garantía a los trabajadores, en el sentido de que la tramitación de las licencias no debiera superar los 30 días y el pago de las mismas en un plazo de 60 a 90 días. Preguntó en qué condiciones se encuentra el Ministerio para alcanzar a entregar ese tipo de garantía.

El Subsecretario de Salud Pública manifestó que está contemplado en el programa de Gobierno acelerar la tramitación de las licencias médicas, habiéndose avanzado en ese objetivo al mejorar la gestión mediante la digitalización de las licencias.

El Subsecretario de Salud Pública, Doctor Jaime Burrows, en lo que respecta al porcentaje de crecimiento de las vacunas, manifestó que se generó un ahorro de las vacunas presupuestadas para el 2014, porque se había planificado una compra directa al laboratorio, pero el actual Gobierno optó por el fondo rotatorio de la OPS que permite precios menores, lo que –a su vez- posibilitó recursos para la compra de otras dosis.

La Ministra de Salud, Doctora Helia Molina, reconoció la gravedad del problema de las licencias médica, tema angustiante para los trabajadores y estimó que debería ser tratado mediante un proyecto de ley específico, ya que las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) no son la solución.

El Diputado señor Ortiz recordó que dos años atrás se presentó un proyecto de ley para regular el tema de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, al cual se opusieron todos los funcionarios de dichas Comisiones.

El Subsecretario de Salud Pública informó que al asumir el nuevo Gobierno, se encontraron con la existencia de un compromiso de gestión de las COMPIN que establecía un rechazo del 12% de las licencias, como meta de gestión.

-----

El asesor de la División de Inversiones, señor Sergio Teke, en cuanto al Hospital de Lebu explicó que se había abierto el cronograma de la siguiente manera: 2014-2015 estudio de pre-inversión (80 millones de pesos); 2016 diseño del hospital (502 millones de pesos) y el compromiso es que una vez terminado el diseño y con recomendación para las bases de ejecución, el año 2017 se inicia la construcción.

-----

## **PER CÁPITA ATENCIÓN PRIMARIA**

El Diputado señor Berger manifestó que en la información entregada se dice que el Per cápita tendrá un crecimiento de un 7,17%, porcentaje que relacionado con el actual significaría un aumento de \$272. Sin embargo, advirtió que el Per cápita 2014 había tenido un aumento de un poco más del 10% en relación al presupuesto de 2013, así en este último año fue de \$3.509 y el 2014 \$3.794.

Agregó que en el aumento de un 7,17%, esto es, \$272, al parecer se estarían incluyendo aquellos programas financiados por convenios, lo que daría como resultado un incremento real de solo \$66. Al respecto, solicitó se transparentara la información.

La Subsecretaria de Redes Asistenciales aludió a su presentación inicial en cuanto a que intentó clarificar lo que sucede con los aportes a la atención primaria. Es así que se mencionaron todos los programas de reforzamiento de la atención primaria que el programa de

Gobierno propone para el año 2015, con un monto global de incremento que alcanza al 16%.

Reconoció que el incremento del Per-cápita para el año 2015 es de \$272, o sea, un 7,17%, dado que se evaluó que considerando los aportes directos que la administración municipal va a recibir en tanto fondo de farmacia para la atención primaria, que muchas veces son recursos de sustitución en municipios que estaban abasteciendo correctamente a sus establecimientos de atención primaria y aparte de los fondos directos que perciben por la vía del AUGE que el 2015 tiene un incremento importante de recursos, dichos aportes directos se elevan en un 8,28%.

Señaló que es verdad que el Per-cápita incorpora programas que estaban siendo financiados por la vía del programa de reforzamiento y por cumplir con el requisito de programas que se ejecutaban a lo largo de todo el país, se sumaron al Per-cápita, que es una solicitud que los alcaldes vienen haciendo hace mucho tiempo y por ello se agregaron al Per-cápita para el año 2015 el Programa ERA (Enfermedades Respiratorias Adulto), el Programa de Laboratorio Complementario del GES y el Programa de Salud Mental.

La Subsecretaria de Redes Asistenciales prosiguió diciendo que el programa de Gobierno es intensivo para la atención primaria y para el año 2015 el propósito es financiarla con programas extraordinarios, ya que sus prestaciones llegan directamente a la ciudadanía, dado que se contrata personal –no se va utilizar la compra de servicios- para ejecutar esos programas extraordinarios.

La opción anterior – precisó- se eligió, porque el programa de Gobierno para la atención primaria se lleva un porcentaje muy importante del presupuesto de 2015 (alrededor de un 11%) y –resaltó- la Subsecretaría coincide con la Asociación Chilena de Municipalidades, a propósito del Convenio Tripartito que se acaba de firmar, en que se deben realizar todos los estudios para que en el año 2016 se pueda formular una modificación a los indexadores del Per-cápita y una modificación a la canasta básica de prestaciones de la atención primaria que permita fundamentar ante la Dirección de Presupuestos el incremento del Per-cápita que el Ministerio desea, materia que también es un compromiso del programa de Gobierno.

Añadió que la Subsecretaría tiene como propósito para el 2015 dar un salto cuantitativo en el financiamiento Per-cápita para la atención primaria, de modo que el promedio en que aumente el Per-cápita en el Gobierno de la Presidenta Bachelet va a superar con creces el porcentaje de crecimiento del Gobierno del Presidente Piñera.

Resumió su exposición de la siguiente manera:

1) En el presupuesto 2015 existen dos vías de financiamiento para la atención primaria, los programas extraordinarios – cuyas prestaciones llegan directamente a la ciudadanía, deben ser rendidos trimestralmente por los municipios a los servicios de salud, la Contraloría General los fiscaliza- y el Per-cápita.

2) Al ponerse de lado de los ciudadanos, estimó que los programas extraordinarios acceden directamente a las personas.

3) El Per-cápita no se controla como sí ocurre con los programas extraordinarios.

La Ministra de Salud, Doctora Helia Molina, precisó que el año 2014 el alza del Per-cápita no alcanzó el 4%, porque consistió en 3,96% y en el Gobierno anterior cuando el PIB ascendió a 14,22%, se debió a traspasos de programas.

El Diputado señor Berger opinó que el procedimiento adoptado por el Ministerio de Salud es injusto con las municipalidades, porque éstas van a tener que asumir la carga de un Per-cápita que aumenta sólo un 7,17%, de modo que solicitaba mayores antecedentes en relación a esta opción.

La Diputada señora Hernando recordó que ocupó el cargo de Alcaldesa y por ello le pidió al Ministerio de Salud que al decidir implementar programas, por lo menos los establezcan en la modalidad anual, porque administrar un presupuesto que se inicia en el mes de marzo y los compromisos habitualmente se firman en el mes de mayo, teniendo personas contratadas el mes de abril para finiquitar el mes de diciembre con un espacio de tiempo desde enero al mes de abril sin recibir sueldo, se torna inmanejable y no es la manera de arreglar el problema criticar a las alcaldesas y a los alcaldes en cuanto a que utilizan equivocadamente los recursos.

El Diputado señor Melero manifestó que no hay nada que disminuya más la desviación a la atención secundaria de la primaria que un buen Per-cápita y el problema que se presenta en la actualidad es que se está desviando gente a la atención secundaria de urgencia y no urgencia, porque no obtiene una buena atención primaria, y nada impide más ese flujo que un Per-cápita adecuado y el Gobierno no lo está privilegiando, sino que optó por la vía de los programas extraordinarios.

Opinó que se está tomando el camino equivocado, porque quién dice que los programas extraordinarios son los prioritarios, quién le consultó a los alcaldes y, además, desde el nivel central se decidió que los programas se van a efectuar contra el Per-cápita.

Recordó que se escuchó a la CONFENATS, entidad que solicitó a los integrantes de la Tercera Subcomisión que hicieran un esfuerzo por alcanzar los \$4.500 de Per-cápita para el 2015.

Señaló que le costaba apoyar una política con el sentido que había decidido el Ministerio de Salud, más aun cuando los programas no están desglosados, esto es, no están sujetos a la evaluación del Parlamento y se convierten en un cheque en blanco para una apuesta del Gobierno que dice estar fortaleciendo la atención primaria, en circunstancias que lo único que va a producir es su debilitamiento y van a quedar amarrados más de 300 alcaldes que no están de acuerdo, sumados los trabajadores de la salud primaria que tampoco apoyan esta propuesta.

La Subsecretaria de Redes Asistenciales quiso dejar constancia de que el presupuesto del sector salud en atención primaria en la actualidad se financia mayoritariamente por la vía del Per-cápita y tiene un porcentaje de financiamiento que fluctúa entre el 25 y el 30% por la vía de los programas de reforzamiento que van directamente a la ciudadanía, situación que no se ha modificado en los últimos 10 años, por lo que no es una política instaurada por el Gobierno de la Presidenta Bachelet.

Asimismo, destacó que el sábado 18 de octubre de 2014 se firmó un acuerdo con la Asociación Chilena de Municipalidades y con la CONFUSAM, uno de cuyos acápite se relaciona con el sistema de financiamiento, concordándose en la realización de un estudio para proponer el año 2016 un mejoramiento de la canasta básica de prestaciones –que es la que financia el Per-cápita- y de los indexadores para perfeccionar los de mayor vulnerabilidad de población.

La Ministra de Salud, Doctora Helia Molina, expresó que el equipo encargado de desarrollar el programa de Gobierno – del que formó parte- no solo se basó en criterios técnicos, sino que también realizó una labor en terreno y en todos los lugares donde la gente se juntaba con la Presidenta Bachelet se refería a los medicamentos, la salud oral, las listas de espera, la falta de especialistas y otras situaciones que representaban su necesidad de atención inmediata.

El Diputado señor Melero inquirió sobre la posibilidad de elevar el monto de la subvención y de los programas y la Ministra de Salud manifestó estar dispuesta a intercambiar opiniones sobre la materia.

El Diputado señor Monsalve valoró el anuncio de los 370 médicos, que por medio de la etapa de destinación y formación pueden integrarse a la atención primaria, recalcando que en todo caso se

requieren mayor cantidad de profesionales. También elogió los programas de fondos de medicamentos y de atención dental.

Con todo, opinó que el tema del Per-cápita no podrá ser eludido en la Comisión Especial Mixta y en las Salas de ambas Cámaras, por lo que en esta Tercera Subcomisión debiera analizarse en profundidad, teniendo en consideración que la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipal (CONFUSAM) entregó un documento que fue encargado por la Asociación Chilena de Municipalidades al Instituto de Análisis de Políticas Públicas y Gestión de la Universidad de Chile, denominado “Análisis y Propuesta de Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal”.

El Diputado señor Monsalve solicitó que para el trabajo de la Comisión Especial Mixta de Presupuestos se informara de lo siguiente:

-Cuánto se estima que sería el Per-cápita óptimo.

-Qué es lo que debería ser financiado por medio del Per-cápita y luego qué es lo que debería agregarse como programas extraordinarios.

El Diputado señor Ortiz trajo a colación el documento presentado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales en relación al presupuesto del año 2015 y destacó el alza sustantiva de la atención primaria de más 16% (M\$ 198.718.136). Señaló que el Per-cápita sube un 7,17% frente a un 3,9% del año 2013 y recordó que se financiará la especialización de 1000 médicos para la atención primaria, empezando con 370 el año 2015.

Prosiguió indicando que se instalarán nuevos dispositivos en la Red SAR con la tecnología apropiada a las necesidades de la población, en todas las comunas con más de 30 mil habitantes y en la atención primaria se va a garantizar a la población bajo control con hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, el acceso oportuno y seguro de los medicamentos. En cuanto a las mujeres de escasos recursos, priorizar su salud bucal, alcanzando durante el 2015 a 100.000 beneficiarias y mejorar el acceso a la atención odontológica en jóvenes de 4° medio con una cobertura de 317 comunas.

Declaró estar convencido de que en marzo 2015, cuando se analice el rendimiento de la reforma tributaria, las cifras serán óptimas, porque se realizará una gran inversión en salud.

La Diputada señora Hernando reconoció que el presupuesto presentado por el Ministerio de Salud es digno de elogio porque incluye grandes avances, sin embargo las observaciones que se han

efectuado van dirigidas a la Dirección de Presupuestos, por llevar años rebajando las propuestas de los Ministerios.

El Subdirector de Presupuestos, señor Gustavo Rivera, precisó que el presupuesto para el año 2015 ha sido aprobado por la Presidenta de la República y así fue presentado formalmente al Congreso Nacional y la Dirección de Presupuestos –dentro de lo que son sus atribuciones- ha ordenado los recursos disponibles entre las múltiples necesidades, efectuando un tremendo esfuerzo para cubrir todos los requerimientos.

El Diputado señor Macaya manifestó tener una visión bastante positiva del presupuesto del Ministerio de Salud, pero no compartía la visión sobre el tema del Per-cápita, ya que probablemente no existe otro recurso mejor gastado que el de su aumento y, en consecuencia, sugería que se hiciera un esfuerzo adicional en esta materia, ya que se percibe una visión centralista desde Santiago, en vez de priorizar las más de 300 comunas que administran atención primaria de salud.

El Diputado señor Berger reconoció el esfuerzo presupuestario demostrado respecto de la atención primaria, pero solicitó un trato justo para los alcaldes, los municipios y los departamentos de salud municipal que se puede concretar mediante un aumento del Per-cápita. Asimismo, estimó necesario que se indique cuáles son los componentes del Per-cápita.

La Senadora señora Goic dijo entender de la exposición de la Subsecretaria de Redes Asistenciales que se optó -para cumplir compromisos programáticos- por los programas extraordinarios, aunque existe el propósito de aumentar sustantivamente el Per-cápita, materia que se está estudiando con los Alcaldes.

Opinó que sería conveniente, antes de la discusión en la Comisión Especial Mixta de Presupuestos, establecer un compromiso más definido respecto de los montos y del período de tiempo en que se produjera el aumento del Per-cápita.

El Diputado señor Monsalve, en relación a las palabras del Subdirector de Presupuestos, dejó constancia de que el proyecto de ley de Presupuestos se presenta para la consideración del Congreso Nacional y el Gobierno tiene que tener la disposición para escuchar los argumentos de cada parlamentario y, en el caso del Per-cápita existe una preocupación transversal al interior del Congreso y también a nivel de los gremios del área de la salud y de los alcaldes del país.

Reiteró su petición de que con antelación al trabajo de la Comisión Especial Mixta de Presupuestos se pueda contar con una información objetiva sobre el monto de un Per-cápita óptimo, también

respecto de qué es lo que debería financiarse con el Per-cápita y además que se analice la posibilidad de ocuparse de esta materia en un período de tiempo prudente.

La Subsecretaria de Redes Asistenciales reiteró que los 7,17% del Per-cápita equivalen a 17 mil millones de pesos; especificó que por medio del Fondo Farmacia de Enfermedades Crónicas se están inyectando 21 mil millones de pesos a los municipios, los que pueden ser de sustitución en aquellos municipios que están comprando los medicamentos; son recursos frescos y directos y no se convierten en aumento de prestaciones para los alcaldes. Asimismo, se están entregando 16 mil millones por AUGE que corresponden a fármacos para reforzar las patologías AUGE que se atienden en la salud primaria. Por tanto, dijo, se trata de cinco puntos de Per-cápita que se adicionan a los municipios sólo por la vía de los dos programas mencionados.

El Subdirector de Presupuestos aclaró que en el presupuesto aprobado por la Presidenta de la República se encuentran incorporadas las 56 medidas que se definieron para los primeros 100 días, el Programa de Gobierno y el Mensaje Presidencial del 21 de mayo. A su vez, manifestó que reconocía la labor que le cabe al Congreso Nacional en esta materia.

El Diputado señor Melero insistió en solicitar al Gobierno a que se allane en buscar una fórmula intermedia, esto es, hacer un esfuerzo parcial en el mejoramiento del Per-cápita, sin desproteger los programas. Asimismo, llamó a los representantes del Ministerio a dejar de ser centralistas en la planificación y entregar mayores herramientas a los alcaldes y darle viabilidad política al presupuesto.

Seguidamente, hizo uso de la palabra la Jefa del Sector Salud de la Dirección de Presupuestos, señora Mariela Orellana, quien aclaró que subir un punto porcentual del Per-cápita significan alrededor de 7 mil 100 millones de pesos y se debe tener en cuenta que el monto que se incorpora este año obedece al diferencial del traspaso de los programas más la suma asociada al mejoramiento del plan y más la población, de manera que cualquier tipo de cambio al Per-cápita tiene que tener un reflejo en el programa de salud como señaló la Subsecretaria de Redes Asistenciales y, por lo tanto, no es solamente traspaso de recursos.

-----

El Diputado señor Melero, en lo que se refiere a las iniciativas de inversión en la atención primaria, solicitó que previo al inicio del trabajo de la Comisión Especial Mixta de Presupuestos se envíe la información desglosada del listado de obras de inversión presupuestadas por Región, a nivel consolidado y por Servicios de Salud.

-----

## VOTACIÓN DE LA PARTIDA 16, MINISTERIO DE SALUD

En primer lugar, el **Presidente de la Tercera Subcomisión, Diputado señor José Miguel Ortiz Novoa**, informó de la presentación de una indicación por parte del Ejecutivo, para reemplazar la letra a) de la GLOSA 02 del Programa 01 del Capítulo 09 “Subsecretaría de Salud Pública”, por la siguiente:

- “a) Dotación máxima de personal  
a1) Dotación máxima de personal Ley N°18.834.  
-N° de cargos 3.885  
a2) Dotación Máxima de personal Ley N° 19.664.  
-N° de horas semanales 2.563”.

La Jefa del Sector Salud de la Dirección de Presupuestos, señora Mariela Orellana, justificó la presentación de la indicación señalando que se había omitido en el texto presentado originalmente la dotación de personal correspondiente a la ley N° 19.664, que es personal diurno que trabaja en la Subsecretaría de Salud Pública.

**-Puesta en votación la indicación presentada por la Presidenta de la República, fue aprobada por la unanimidad de los presentes Senadora señora Goic y Diputados señores Melero, Monsalve y Ortiz.**

-----

A continuación, el **Presidente de la Tercera Subcomisión de Presupuestos, Diputado señor José Miguel Ortíz Novoa** puso en votación la **Partida 16, Ministerio de Salud, comprendiendo todos sus Capítulos y Programas, que resultó aprobada con la modificación ya indicada con las siguientes votaciones:**

**-Capítulo 02, Fondo Nacional de Salud, Programa 01, Fondo Nacional de Salud, aprobado por unanimidad 4x0 (Senadora señora Goic y Diputados señores Melero, Monsalve y Ortiz).**

**-Capítulo 02, Fondo Nacional de Salud, Programa 02 “Atención Primaria”, aprobado por 3 votos**

a favor, de la Senadora señora Goic y de los Diputados señores Monsalve y Ortiz. Se abstuvo el Diputado señor Melero.

El Diputado señor Monsalve fundamentó su voto a favor, teniendo en consideración que el Subdirector de Presupuestos se ha comprometido a entregar la información sobre el Per-cápita que le fue solicitada.

El Diputado señor Melero fundamentó su voto de abstención, en el entendido que el Ejecutivo hará un esfuerzo por mejorar el Per-cápita, requerimiento compartido también por los alcaldes y por los trabajadores de la atención primaria.

El Diputado señor Ortiz fundamentó su voto a favor manifestando que en su séptima campaña parlamentaria se comprometió con el programa de Gobierno de la Presidenta Bachelet y, por lo tanto, ratificaba dicho compromiso.

-Capítulo 03, Fondo Nacional de Salud “Prestaciones Valoradas”, aprobado por unanimidad 4x0 (Senadora señora Goic y Diputados señores Melero, Monsalve y Ortiz).

-Capítulo 02, Fondo Nacional de Salud, Programa 04 “Prestaciones Institucionales”, aprobado por unanimidad 4x0 (Senadora señora Goic y Diputados señores Melero, Monsalve y Ortiz).

-Capítulo 04 y Programa 01 “Instituto de Salud Pública de Chile”, aprobado por unanimidad 4x0 (Senadora señora Goic y Diputados señores Melero, Monsalve y Ortiz).

-Capítulo 05 y Programa 01 “Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud”, aprobado por unanimidad 4x0 (Senadora señora Goic y Diputados señores Melero, Monsalve y Ortiz).

-Capítulo 09 y Programa 01 “Subsecretaría de Salud Pública”, aprobado por unanimidad 4x0 (Senadora señora Goic y Diputados señores Melero, Monsalve y Ortiz).

Capítulo 10, Programa 01 “Subsecretaría de Redes Asistenciales”, aprobado por

unanimidad 4x0 (Senadora señora Goic y Diputados señores Melero, Monsalve y Ortiz).

**Capítulo 10, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Programa 02 “Inversión Sectorial de Salud”,** aprobado por 3 votos a favor, de la Senadora señora Goic y de los Diputados señores Monsalve y Ortiz. Se abstuvo el Diputado señor Melero.

El Diputado señor Monsalve fundamentó su voto a favor, atendido el compromiso manifestado por la Ministra de Salud y el asesor de la División de Inversiones respecto de los flujos financieros que se destinarán para la ejecución del Hospital de Lebu el año 2017, una vez terminada la etapa de diseño y para la licitación del Hospital de Arauco.

El Diputado señor Melero fundamentó su voto de abstención a la espera de contar con la información desglosada del listado de obras de inversión presupuestadas.

**Capítulo 11 y Programa 01 “Superintendencia de Salud”,** aprobado por unanimidad 4x0 (Senadora señora Goic y Diputados señores Melero, Monsalve y Ortiz).

**Capítulos 20 a 47 y 53, correspondientes a los Servicios de Salud del país,** aprobado por unanimidad 4x0 (Senadora señora Goic y Diputados señores Melero, Monsalve y Ortiz).

**Capítulo 49 “Programa Contingencias Operacionales”,** aprobado por unanimidad 4x0 (Senadora señora Goic y Diputados señores Melero, Monsalve y Ortiz).

**Capítulos 50, Hospital Padre Alberto Hurtado, 51, Centro de Referencia de Salud de Maipú y 52, Centro de Referencia de Salud de Peñalolén Cordillera Oriente,** aprobado por unanimidad 4x0 (Senadora señora Goic y Diputados señores Melero, Monsalve y Ortiz).

#### **MODIFICACIÓN**

En conformidad a los acuerdos adoptados, la Tercera Subcomisión de Presupuestos propone a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos la aprobación de la Partida 16, Ministerio de Salud, con la siguiente modificación:

**CAPÍTULO 09**  
**SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA**  
**PROGRAMA 01**

**GLOSA 02**

Reemplazar la letra a) por la siguiente:

“a) Dotación máxima de personal  
a1) Dotación máxima de personal Ley N°18.834.  
-N° de cargos 3.885  
a2) Dotación Máxima de personal Ley N° 19.664.  
-N° de horas semanales 2.563”.

-----

Acordado en sesión celebrada el día 22 de octubre de 2014, con asistencia de los Senadores señores José García Ruminot y Pedro Araya Guerrero (Senadora señora Carolina Goic Boroovic) y Diputados señores Patricio Melero Abaroa, Manuel Monsalve Benavides y José Miguel Ortiz Novoa (**Presidente**).

Sala de la Subcomisión, a 30 de octubre de 2014.

PILAR SILVA GARCÍA DE CORTÁZAR  
Secretaria de la Subcomisión  
**ÍNDICE**

Asistencia	1
Audiencias a Federaciones de funcionarios de la salud, de profesionales universitarios de los servicios de salud y Asociación Chilena de Municipalidades	4
Constancia sobre documento Fundación “Crenado Salud”	12
<b>Discusión y votación de la Partida 16</b>	<b>13</b>
<b>Exposición de la Ministra de Salud</b>	<b>13</b>
Consultas	18
<b>Subsecretaría Salud Pública</b>	<b>19</b>
Consultas	21
<b>FONASA</b>	<b>22</b>
<b>Instituto de Salud Pública</b>	<b>25</b>
Constancia	26
<b>Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud</b>	<b>26</b>
<b>Superintendencia de Salud</b>	<b>27</b>
<b>RED ASISTENCIAL DE SALUD</b>	<b>29</b>
<b>Presentación Subsecretaria de Redes Asistenciales</b>	<b>36</b>
-Atención Primaria	40
-Atención Secundaria y Terciaria (Hospitalaria)	40
-Recursos Humanos	42
- Plan de Inversiones	42
-Consultas	43
Respuestas Ministra de Salud	49
Otras consultas y respuestas	53
Solicitud al Subdirector de Presupuestos	55
Respuestas Directora Nacional FONASA	56
Respuestas Asesor Inversiones	58
Respuestas Sub Redes y del Asesor Inversiones	60
Respuestas Subsecretario Salud Pública	63
PER CÁPITA ATENCIÓN PRIMARIA	64
VOTACIÓN	71
MODIFICACIÓN PROPUESTA	74