BOLETÍN Nº 8.618-11(S)

INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY QUE CREA LOS HOSPITALES CLÍNICOS QUE INDICA EN LA REGIÓN METROPOLITANA.

HONORABLE CÁMARA:

La Comisión de Hacienda informa el proyecto de ley mencionado en el epígrafe, en cumplimiento del inciso segundo del artículo 17 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional y conforme a lo dispuesto en los artículos 220 y siguientes del Reglamento de la Corporación.

CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS PREVIAS

1.- Origen y urgencia

La iniciativa tuvo su origen en el H. Senado por un mensaje de S.E. el Presidente de la República. El proyecto ha sido tramitado con urgencia "suma" en esta Comisión.

2.- Disposiciones o indicaciones rechazadas

Ninguna.

3.- Disposiciones que no fueron aprobadas por unanimidad

La totalidad del articulado.

4.- Indicaciones declaradas inadmisibles

Indicación de los Diputados señores Jaramillo y Lorenzini para incorporar un artículo 20 nuevo.

5.- Se designó Diputado Informante al señor MACAYA, don JAVIER.

* * *

Asistieron a la Comisión durante el estudio del proyecto los señores Luis Castillo, Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, Juan Cataldo, Jefe de Gabinete del Ministro de Salud; Claudio Román, Jefe de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas de la misma Subsecretaría; Mauricio Vergara, Jefe del Subdepartamento de Desarrollo de las Personas CRS Maipú; Fernando Benavente, Director del Servicio de Salud Central y Fernando Betanzo, Director Suplente del Servicio de Salud

Metropolitano Sur Oriente, y la señora Beatriz Bueno, Directora del CRS Maipú.

El propósito de la iniciativa consiste en crear en la Región Metropolitana dos establecimientos de salud denominados “Hospital Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada” en la comuna de Maipú y “Hospital Clínico Metropolitano de La Florida. Estos hospitales estarán sujetos a un sistema de gestión por resultados.

El **informe financiero elaborado por la Dirección de Presupuestos**, con fecha 13 de septiembre de 2012, señala que el proyecto propone crear dos nuevos establecimientos asistenciales de salud bajo un modelo denominado “hospitales clínicos”. Los referidos establecimientos estarán sujetos a un sistema de gestión por resultado, cuyo diseño y ejecución se realizará teniendo a la vista las necesidades de sus usuarios. Por tanto, considera la consecución de objetivos y metas de producción de servicios y de gestión sanitaria.

En particular, estos hospitales clínicos serán servicios públicos funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, distintos de los Servicios de Salud a que se refiere el artículo 16 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. No obstante, se sujetarán a las políticas, normas, planes y programas que el Ministerio de Salud imparta. Además, formarán parte de la red asistencial de los Servicios de Salud Metropolitano Central y Suroriente, según corresponda, debiendo ejecutar las respectivas acciones de salud de forma coordinada.

Asimismo, es menester señalar que el Hospital Clínico Metropolitano El Carmen, Doctor Luis Valentín Ferrada, será el sucesor, para todos los efectos legales, del “Establecimiento de Salud de Carácter Experimental Centro de Referencia de Salud de Maipú”, organismo que pasará a suprimirse de conformidad a las disposiciones de esta iniciativa.

Teniendo a la vista la experiencia obtenida del funcionamiento de los establecimientos de salud experimental, diversas disposiciones del referido proyecto de ley están destinadas a aplicar la normativa que regula el funcionamiento de dichos establecimientos. Para estos efectos se delegan facultades en el Presidente de la República para dictar decretos con fuerza de ley que permitan fijar las normas estatutarias y remuneracionales, y las dotaciones de personal necesarias para ambos hospitales.

Para estos efectos, el proyecto regula el traspaso de funcionarios desde el Centro de Referencia de Salud de Maipú y el Servicio de Salud Metropolitano Central al “Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada”, y desde el Servicio de Salud Metropolitano Suroriente al “Hospital Clínico Metropolitano de La Florida”.

Del mismo modo, esta iniciativa prescribe que el personal traspasado será contratado, sin solución de continuidad, en los nuevos

hospitales clínicos. Además, dispone que dicha contratación no podrá tener como consecuencia ni podrá ser considerada causal de término de servicios o cese de funciones; tampoco podrá significar pérdida del empleo o disminución de remuneraciones.

Atendido a lo expresado anteriormente, en especial lo referente al traspaso de funcionarios de los servicios de origen a los nuevos hospitales clínicos, el proyecto de ley implica un mayor gasto fiscal en materia de recursos humanos para el año 2013 de hasta $ 7.756.907 miles. A contar del año 2014, en que los aludidos hospitales clínicos funcionarán en régimen, se estima un mayor gasto de $ 14.660.000 miles por este mismo concepto.

Para determinar el mayor gasto correspondiente al año 2013, se consideró una dotación de 1.284 funcionarios para el Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada y de 1.245 funcionarios para Hospital Clínico Metropolitano de La Florida, ambos valorizados considerando el diferencial entre los sistemas de remuneraciones de las instituciones de origen y lo aplicable al establecimiento de salud de carácter experimental Hospital Padre Alberto Hurtado, suponiendo que este último sea el sistema de remuneraciones por el cual se contratará al personal de los nuevos hospitales clínicos.

En lo que respecta al año 2014, se valorizaron los incrementos de dotación necesarios para que funcionen en régimen los mencionados hospitales clínicos, conforme a las remuneraciones del Hospital Padre Hurtado.

Por su parte, en lo que se refiere al resto del gasto, principalmente en bienes y servicios de consumo, para el año 2013, no habrá un mayor impacto fiscal, ya que su financiamiento, respecto del Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada, provendrá de los recursos que para estos efectos se han contemplado en los presupuestos del Servicio de Salud Metropolitano Central y del Establecimiento de Salud de carácter Experimental Centro de Referencia de Salud de Maipú. Con la misma finalidad, se traspasarán los recursos correspondientes del Servicio de Salud Metropolitano Suroriente contemplados para la operación del Hospital Clínico Metropolitano de La Florida. Para los años siguientes, el financiamiento para sus operaciones será el que se le asigne en la ley de presupuestos de cada año.

Así, el mayor gasto que representará la aplicación de esta ley durante el año 2013 ($7.756.907 miles) se financiará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere financiar con esos recursos. El resto de los años se financiará con los recursos que contemple la Ley de Presupuestos para estos efectos.

En el **debate de la Comisión** el Dr. Luis Castillo puntualizó que hoy en día existe sólo un hospital experimental, ubicado en la comuna de San Ramón, que se denomina Padre Hurtado y que es dirigido por el

Exsubsecretario de Salud doctor Ernesto Behnke, quien fue invitado a dar su opinión sobre el proyecto a la Comisión de Salud. Hay además dos centros de referencia, como son el CRS Peñalolén y el CRS Maipú, que realizan funciones, el primero, en el ámbito de las urgencias y, el segundo, en el de los diagnósticos y la educación. Dichos centros están dedicados a la atención sanitaria especializada. En ellos conviven médicos especialistas que se complementan con los hospitales o consultorios de atención primaria de la red. Así, por ejemplo, el CRS Peñalolén trabaja integradamente con el Hospital Luis Tisné. De hecho, los médicos de aquél pertenecen a éste, y ambos establecimientos forman un complejo sanitario mayor. El CRS Maipú es distinto, pues tiene un servicio de urgencias muy grande y una capacidad de resolución médica especializada más avanzada.

En segundo lugar, explicó que los hospitales clínicos de la Florida y de Maipú están actualmente en construcción bajo la modalidad de concesión a través del MOP y debieran ser entregados al Minsal en agosto o septiembre próximos, debido a que las obras han sufrido varios retrasos, uno de ellos fundamentalmente por la falta de un material que no pudo llegar al país hace algunos meses. Ninguno de estos hospitales puede ser abierto al público sin contar con recepción municipal conforme a la normativa vigente.

Con respecto a los hospitales clínicos de Maipú y La Florida, aclaró que el Minsal ha recepcionado parcialmente las instalaciones administrativas. En el primero, hay funcionarios que están poniendo en marcha el sistema de tecnologías de la información, sin que se hayan registrado enfermedades entre ellos. En el segundo, hay casos aislados de funcionarios que han debido ser retirados porque falta todavía efectuar la integración electrónica del proyecto de TICs, que llevará unas dos semanas, para luego poner en marcha un sector del establecimiento. En todo caso, en ambos hospitales se ha instalado personal para hacer circuitos de conocimiento a la comunidad, en los que grupos de usuarios realizan visitas guiadas a los edificios.

Con respecto a estudios sobre los hospitales experimentales, dice conocer uno solo, que fue encargado por la Dipres y llevado a cabo por la consultora Gerencia Salud, que se denomina "Evaluación Comprehensiva del Gasto en los Establecimientos Experimentales".

El doctor Castillo hizo presente que el proyecto en análisis corrige todas aquellas situaciones en que se ha podido observar cierta desarticulación de los servicios de atención de salud. Destacó que el inciso segundo del artículo 1° del proyecto menciona que formarán parte de las redes asistenciales respectivas, de manera que sean manejados y contribuyan de manera mucho más integrada y acorde a la realidad epidemiológica, tanto por la adición de sus camas como por la de sus elementos quirúrgicos propiamente tales. De hecho, se van a hacer cargo de gran parte de la atención de las diferentes comunas, en cuanto a la resolutividad en relación a la definición de la red.

Advirtió el Subsecretario de Redes Asistenciales que los establecimientos que se crean tienen algunas diferencias con los hospitales tradicionales, teniendo mayor semejanza con el Hospital Padre Hurtado en lo que respecta a las remuneraciones de sus funcionarios. Aquél se rige por un

decreto con fuerza de ley y tiene una escala de remuneraciones propia, sistema que el proyecto en estudio replica, pero que en algunos aspectos también mejora. El hospital de La Florida estaría estructurado sobre la base de una Dirección Ejecutiva y algunas Subdirecciones, mientras que el de Maipú se organizaría mediante una Gerencia y Departamentos. La administración del primero estará centrada en una gestión por resultados o metas sanitarias más que por procesos, mientras que en el Hospital Padre Hurtado, a pesar de que ha ido mejorando, la administración está sujeta a una gestión tradicional. El personal del hospital de La Florida se regiría por la ley Nº 18.834, salvo en materia de remuneraciones, donde se aplicaría el decreto N° 1.953 de 1977, lo mismo que el Hospital Padre Hurtado, pero no se aplicaría la ley Nº 15.076, por lo que sus médicos no podrán ser liberados de guardia como ocurre en los hospitales tradicionales. En el hospital de La Florida, la planta directiva contempla dos niveles jerárquicos en vez de los tres que contemplan los actuales, porque se estima que los directivos de segundo nivel deben tener la posibilidad de escoger por concurso público a sus colaboradores directos. En éste, se establece además un procedimiento que regula la carrera funcionaria, cosa que no existe en el Hospital Padre Hurtado. En el proyecto, el Ejecutivo está garantizando a los funcionarios de los CRS de Maipú y de La Florida que en ningún caso éste significará un desmedro para ellos; por el contrario, los más de 250 trabajadores del primero que servían a honorarios y que progresivamente han sido incorporados a la contrata en los servicios de salud, serán traspasados al nuevo hospital clínico de Maipú cuando éste se abra, de acuerdo con las disposiciones del proyecto.

Destacó el señor Subsecretario que el proyecto otorga a los directores ejecutivos de los nuevos hospitales la capacidad de contratar, tal como lo hace hoy el Hospital Padre Hurtado, en forma más flexible a sus funcionarios en cuanto a la duración de sus jornadas, de manera de potenciar aquellos servicios o áreas en un momento determinado de acuerdo a las necesidades y a la realidad de las redes asistenciales respectivas. Esta iniciativa permite además a los funcionarios entrar en un nivel de carrera funcionaria distinto, que se ha mejorado para el Hospital Padre Hurtado y para el CRS Maipú con respecto a lo que existe hoy. Permite, además, tal como ocurre actualmente en el CRS Peñalolén, que una parte del margen operacional (hasta 30%) sea destinado a los mismos funcionarios. En el caso del hospital de Maipú, se prevé que cuando éste sea inaugurado se cierre al mismo tiempo el actual CRS de la comuna. Está concebido como un establecimiento que funcionará clínicamente con dos equipos, de 8 a 20 horas, al igual que el Instituto Traumatológico.

Finalmente, señaló que el articulado del proyecto regula los traspasos de personal y el financiamiento. En Maipú se traspasarían alrededor de 300 de un total de 1.100 funcionarios y, en La Florida, alrededor de 400 de un total de 1.200, que hoy trabajan en el Hospital Metropolitano de Santiago y en el CRS La Florida. En términos generales, este proyecto despeja el mito de que los funcionarios serán contratados conforme al Código del Trabajo, pues, por el contrario, se les crea una escala de remuneraciones propia, se establecen incentivos a las personas y equipos, y se les incorpora a un ambiente distinto, donde tendrán claridad absoluta de cuánto van a ganar de acuerdo a las metas de gestión que cada director ejecutivo fije.

El Diputado señor Montes consultó, ¿por qué razón se decidió poner fin a los CRS como unidades separadas de los hospitales, con un CDT como unidad intermedia, cuál era el diseño original? Estando de acuerdo en la conveniencia de integrar dichos establecimientos a la red asistencial, desea entender los argumentos del Ejecutivo para ello.

Preguntó, además, ¿quién discutirá el presupuesto de los nuevos hospitales con el Ministerio de Hacienda? Recordó que en el Hospital Padre Hurtado había cuatro pabellones desocupados varios años después de su inauguración, pese a la crisis que se vivió en la zona Sur Oriente de Santiago por la escasez de este tipo de unidades. Lo mismo ocurrió con la unidad de Urgencias, que demoró más de cinco años en comenzar a funcionar porque había una lógica muy propia del hospital, pero de poca consideración hacia el territorio.

El Diputado señor Jaramillo consultó ¿cuál será el estatuto jurídico del personal de los nuevos hospitales?

El señor Subsecretario de Redes Asistenciales respondió que el proyecto explicita la pertenencia de los hospitales en creación a los Servicios de Salud Metropolitano Sur Oriente y Central. Por tanto, serán parte del ejercicio presupuestario de los respectivos Servicios y sus carteras de servicios deberán ser determinadas de común acuerdo con la de cada uno de los hospitales que constituyen la respectiva red, debiendo definirse qué resolutividad tendrán y qué punto específico de la red ocupará cada cual. Luego, esta iniciativa constituye una corrección del proyecto original, ya que en la actualidad se ha pedido a los CRS de Maipú y Peñalolén, y al Hospital Padre Hurtado, que discutan sus presupuestos con los respectivos Servicios de Salud, aunque reglamentariamente no están obligados a ello.

Con respecto a los funcionarios, reiteró que quienes sean traspasados a los nuevos hospitales quedarán afectos a la ley Nº 18.834 y, en ningún caso, al Código del Trabajo. Aseguró que, especialmente los trabajadores del CRS Maipú, que han estado a honorarios durante varios años, y salvo un pequeño grupo que ve en esto un modelo de concesión hospitalaria contrario a sus intereses, han sido ya traspasados casi en su totalidad a la Dirección y están esperando la apertura del nuevo hospital clínico. Aclaró que aquellos funcionarios que por algún motivo no quieran ser traspasados, serán reubicados por el Servicio de Salud respectivo en algún otro establecimiento de su dependencia.

Señaló, además, que la atención ambulatoria especializada, mientras más cerca esté de la vida de un hospital, debe considerarse perteneciente a éste. Lo que se está haciendo obedece a razones de gestión y rendimiento clínico, fundamentalmente del grupo médico, muchos de cuyos integrantes trabajan dentro del hospital, pero deben también proporcionar asistencia ambulatoria en forma bastante intensa. Así, en Maipú se quiere terminar con el CRS, pues su función fundamental, que es tener un servicio de urgencias que atiende 900 casos al día, será absorbida por el nuevo hospital clínico, lo

mismo que la función de atención especializada ambulatoria y la actividad quirúrgica, para lo cual tendrá éste más de 100 boxes y 15 pabellones. Distinto es el caso de Peñalolén, donde el Hospital Luis Tisné tiene un modelo de gestión tradicional y el CRS es un centro de especialización ambulatoria afecto a otra ley. Allí se ha tenido que integrar mucho más el funcionamiento de ambas instituciones, aun cuando los médicos del CRS trabajan también mayoritariamente en el hospital. Por tanto, hoy en día está prácticamente imbricada la atención de ambos establecimientos, de modo que su fusión podría redundar en un mejor funcionamiento. En el caso de La Florida, el nuevo hospital clínico también tendrá emergencias, gran cantidad de pabellones quirúrgicos y camas críticas, que se tuvieron que incorporar en el trayecto porque una de las mayores necesidades de la red es contar con unidades de cuidado intensivo.

En cuanto al modelo de gestión, señaló que éste ha cambiado un poco y se ha ido incorporando ya en el 80% de los establecimientos autogestionados un modelo distinto, codificando los egresos para saber qué tipo de enfermos está recibiendo cada hospital y qué calidad de atención está entregando. De acuerdo a esa realidad epidemiológica de cada establecimiento se han ido *aggiornando* los recursos humanos, las características tecnológicas, las necesidades de soporte clínico y este año se desea empezar a hacer transferencias de acuerdo a ellas. Así, por ejemplo, el Hospital Grant Benavente, que atiende 600 casos de cirugía cardiaca al año, requiere 1,5 veces más recursos humanos, clínicos y tecnológicos que el Hospital de Temuco para efectuar la misma cantidad y calidad de operaciones. Se han tenido que ir aplicando elementos indicadores distintos para aumentar la eficiencia en el uso de los recursos existentes y poder concordar con los hospitales elementos de gestión mucho más importantes en cuanto a la productividad que el mero traspaso de recursos histórico. Del mismo modo, hospitales de complejidad como los que se están creando van a tener una actividad mayor ligada a productividad, esto es, a que estén funcionando y ofreciendo buenas acciones sanitarias a la mayor cantidad de gente y durante el mayor tiempo posible.

En respuesta a sendas intervenciones de los Diputados señores Montes y Jaramillo, aclaró que los nuevos hospitales de que trata el proyecto están bajo un modelo de concesión de construcción, pero todo lo que es su gestión clínica, la atención de enfermos ambulatoria y hospitalizada seguirá a cargo del Estado, con funcionarios estatales, reglamentaciones, programas y resultados sanitarios acordes a la normativa vigente. Sobre su definición, indicó que lo que Santiago requiere son hospitales de agudos (atención de enfermedades cardiovasculares, cerebrales, abdominales, ortopédicas, etcétera), y la mayor parte de los grandes hospitales chilenos, incluyendo los que ahora se crean, están concebidos como de alta complejidad. Pero distinto es que haya hospitales que atienden patologías de alta complejidad. Así, por ejemplo, se ha definido que el único hospital que va a practicar cirugías cardíacas en la zona Sur Oriente de Santiago es el Sótero del Río. Esta es una definición epidemiológica y de servicio efectuada por la red en conjunto con el Minsal. No obstante, el hospital de La Florida va a tener emergencias cardiovasculares, cardiología invasiva y ese tipo de elementos, si se requiere por problemas de eficiencia. En síntesis, los que se están construyendo son hospitales de agudos de alta complejidad, con un cartera

de servicios muy conocida, que van a complementar la atención de los hospitales Sotero del Río y San Borja, y de la Asistencia Pública.

Agregó que la productividad en materia sanitaria alude a atenciones de salud efectivamente entregadas con un nivel mínimo de satisfacción de los usuarios y así debe ser evaluada. Luego, acciones sanitarias realizadas en buen número pero con insatisfacción de los usuarios, implican baja productividad y viceversa.

En relación a la participación de la comunidad, afirmó que el proyecto de ley y los reglamentos exigen que en cada organización que se cree los usuarios sean un elemento fundamental de fiscalización y control. Por tanto, los comités de usuarios son para el Minsal instancias muy importantes para mejorar todos los aspectos internos, especialmente relacionados con la provisión de servicios.

El Subsecretario de Redes Asistenciales reiteró que hay que diferenciar lo que es la concesión hospitalaria del modelo de gestión, que en este caso se propone que se rija por la ley Nº 18.834, el cual da flexibilidad a la dirección ejecutiva de la organización y asegura a los funcionarios una carrera y un esquema de remuneraciones sujeto a un decreto con fuerza de ley y a un reglamento, todo ello dentro de sendos servicios de salud ya existentes. Sobre los argumentos que ha tenido la Administración para tomar esta decisión, señala que probablemente los parlamentarios conocen más elementos al respecto, pero en lo personal la respeta porque le parece que obedece a la necesidad que tiene el país de financiar la construcción de nuevos establecimientos hospitalarios. Se trata de edificaciones complejísimas, que tienen un costo mínimo de US$ 100 millones y, atendida la necesidad que tiene Chile de reponer y modernizar su infraestructura sanitaria, es una muy buena opción utilizar el sistema de concesiones, manteniendo la gestión clínica en manos del Estado.

Con respecto al decreto con fuerza de ley que regulará las plantas y el encasillamiento del personal, señaló que también se ha trabajado el tema con los gremios, de manera que haya claridad absoluta de que no se pretende menoscabar a nadie, sino poner pronta y adecuadamente en marcha los nuevos hospitales y que la satisfacción que el público manifiesta en relación con los CRS se mantenga e incluso mejore. Recordó que en Maipú no hay actualmente organización pública hospitalaria, pero ya hay más de ocho mil postulaciones en el Servicio de Salud Central para trabajar allí. Consultado sobre el particular, señaló que en cada nuevo hospital habrá entre 1.200 y 1.300 funcionarios, de los cuales entre 250 y 300 serán médicos.

El Diputado señor Montes advirtió que, en el caso de Italia, según un estudio dado a conocer a la Comisión, la sola concesión de los servicios había hecho quebrar a los concesionarios porque no alcanzaban a financiarse y generaban muchas inconsistencias con la gestión clínica, o se hacía en condiciones tales que el Estado resultaba muy perjudicado. En el caso de los nuevos hospitales que el proyecto contempla, le preocupan los reglamentos de servicio de la obra, de los cuales pide conocer al menos el

borrador, porque muchas veces adaptar la instalación eléctrica a cierto tipo de equipos importados, por ejemplo, puede implicar grandes costos para el mandante.

El Subsecretario de Salud señaló que la provisión de servicios fue parte de la licitación que adjudicó la construcción de los hospitales en cuestión, de manera que es el MOP, a través de su Departamento de Concesiones, el que ha manejado la relación contractual entre el Minsal y las empresas concesionarias, con todos sus elementos. Pero lo que interesa es que el funcionario responsable, que es el fiscal de provisión de servicios que por Ley de Concesiones se debe tener para que vaya dirimiendo lo que el Minsal y el concesionario dicen que hay que hacer, y que debe tener conocimientos tanto de ingeniería como de salud, ya está nombrado y fue seleccionado por el MOP con participación del Minsal. Se trata del fiscal de explotación, que aparece en todos los contratos de concesión desde hace ya algunos años.

El Diputado señor Auth consultó cuál ha sido la experiencia del Hospital Padre Hurtado, a fin de tener todos los antecedentes antes de votar este proyecto que replica el modelo de dicho hospital. Principalmente, solicitó se entreguen los argumentos que permiten concluir que este modelo de gestión es mejor que el modelo tradicional integrado a la Red.

El señor Fernando Betanzo sostuvo que el Servicio Metropolitano Sur Oriente comprende una de las redes más amplias del país, con alrededor de 1.500.000 habitantes, de los cuales el 80% son beneficiarios de Fonasa. Por tanto, como gestores de Red es muy importante el funcionamiento de ésta, a fin de dar respuesta a la necesidad de salud de la población.

Se manifestó partidario del modelo de hospitales clínicos bajo un modelo de gestión por resultados, con cumplimiento de objetivos, metas de producción en servicios y también gestión sanitaria, que sitúa al usuario al centro, con sus reales necesidades, pero con una observación fundamental: la integración con el Servicio de Salud y el trabajo en Red.

Los hospitales clínicos que se crean están definidos como servicios públicos funcionalmente descentralizados, que dependen directamente de la Presidencia de la República a través del Ministerio de Salud, lo cual dificulta la integración con su Servicio de Salud, y hacen poco eficiente el control de gestión, al no tener como función supervisar individualmente las políticas que implementan o desarrollan los hospitales en forma individual.

Estos hospitales nuevos están en la Red, pero no son parte de la Red.

Se coordinan con el Director del Servicio, pero no dependen de él, sino que directamente del Ministerio de Salud.

El sistema de salud pública, añadió, opera bajo un modelo en el que se distinguen 4 niveles funcionales, los que se encuentran ejecutados por distintos actores: un nivel político a cargo del Ministerio de Salud; un nivel financiero de la producción de servicios, bajo una modalidad de seguro de salud a cargo de FONASA; un nivel de articulación operacional deslocalizado

territorialmente a cargo de los Servicios de Salud, cuya misión es gestionar la articulación de los recursos distribuidos entre los distintos centros de salud del territorio en pos de objetivos de salud convergentes, y un nivel operacional productivo a cargo de los distintos centros de salud, con sus particulares distinciones en cuanto a su cobertura y complejidad de atención.

Se define Red Asistencial como el conjunto de prestadores en distintos niveles de atención, organizados y coordinados efectivamente en Red, comprendiendo una interdependencia irrenunciable, que responden a las necesidades de atención de salud en un determinado sistema de salud. Por su parte, a los servicios de salud les corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial respectiva, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

El proyecto señala apuntar a una mayor autonomía de los nuevos hospitales por vía de la descentralización de su gestión financiera y operacional en relación a los servicios de salud con los que se relacionaría por su ubicación geográfica. En subsidio, estos centros hospitalarios son ubicados bajo la tutela directa del Ministerio de Salud.

A su juicio, tales definiciones conllevan diversas implicancias:

- Contrariamente al espíritu de la ley, la ubicación de los hospitales bajo la tutela del Ministerio de Salud produce de facto una centralización del control de la prestación de los servicios de salud. Esta situación no se condice ni con el requerimiento de adecuación a las problemáticas locales de la gestión de la salud en Chile, rol que recae en los servicios de salud, ni con el rol orientador propio del Ministerio de Salud como ente responsable de la definición de políticas.

- Cabe igualmente destacar que el Ministerio de Salud no cuenta con las capacidades de cobertura administrativa ni técnica para operar centralizadamente funciones de naturaleza operacional en el plano territorial.

- Se produce, por lo tanto, un vacío en el plano de la articulación de los nuevos hospitales al interior de la red territorial a la que pertenecen, pues además de la carencia de capacidades para gestionar un trabajo en red territorial desde el nivel central, el proyecto de ley no señala modalidades y regulaciones reconocibles que en alternativa permiten establecer la relación operacional de los nuevos hospitales con los otros centros de la Red.

En suma, se produciría un efecto de autonomía "en isla" de los centros hospitalarios, lo que podría derivar en diversos escenarios:

1. Una fragmentación de las redes de salud y eventualmente una merma de la colaboración e integración de recursos.

2. Conflicto de roles y de competencias decisionales entre las distintas instancias del sistema de salud pública.

3. Dispersión inorgánica de metas y estrategias entre los distintos centros en función de los contextos particulares de cada uno y de los estilos de gestión que cada dirección imprima.

Planteó que si la decisión es generar grados de autonomía sustentable de los nuevos hospitales, debieran desarrollarse en reemplazo nuevos mecanismos que aseguren la articulación de los nuevos hospitales con las redes a las que deben referir. Esto implica no sólo una clara definición de atribuciones de los distintos roles con que cuenta cada instancia decisional, sino que también claras definiciones sobre las exigencias y modalidades de articulación entre estas instancias.

En conclusión, se declaró partidario de la aprobación de este proyecto siempre y cuando ellos sean dependientes técnica y administrativamente de los servicios de salud, y si jurídicamente esto no fuere factible, debieran quedar explícitamente en la ley los mecanismos mediante los cuales se garantice un trabajo efectivo y eficiente en red.

Algunos de estos mecanismos pueden ser:

-Traspaso de los recursos del presupuesto a través del servicio de salud, donde se pueda verificar el cumplimiento de los compromisos y metas. Esto permite hacer más eficientes los recursos a través de la movilidad de éstos dentro de la Red, en circunstancias específicas y justificadas (planes de invierno, listas de espera, etcétera), similar a los autogestionados.

-Traspaso de recursos similar a lo que ocurre con la atención primaria de salud, donde hay elementos que permiten verificar a nivel territorial y de metas sanitarias el cumplimiento a través de indicadores y normas relativas a rendiciones de cuenta sobre recursos traspasados.

- Incorporación de metas de gestión relativas al cumplimiento de trabajo en Red en los convenios de desempeño de la Alta Dirección Pública al Director (gerente), certificadas por el gestor de la Red (Director del Servicio) que tenga al menos una ponderación del 10% de la evaluación total.

- Participación activa del servicio de salud, junto a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en la definición de los compromisos de gestión, metas sanitarias, así como la programación de prestaciones valoradas, que se traduce en el presupuesto final del establecimiento.

El Diputado señor Montes compartió el planteamiento expuesto por el señor Betanzo en cuanto a la necesidad de que estos hospitales clínicos se integren con el servicio de salud y el trabajo en Red, lo que a su juicio no está suficientemente resuelto en este proyecto, a pesar de que se ha modificado la formulación original de la iniciativa en esta materia.

Al respecto, consideró necesario precisar la articulación con el servicio de salud en los distintos niveles que plantea el señor Betanzo.

La experiencia del Hospital Padre Hurtado en este tema, a pesar de su valioso aporte, es que se demoró más de 4 años en hacer funcionar todos sus pabellones, sin tomar en cuenta las necesidades del conjunto del servicio y 5 años para hacer funcionar la urgencia, ya que no miraba el impacto de esta situación en el entorno.

Situaciones como estas, expresó, no pueden volver a ocurrir y para ello se requiere una conducción en Red y con mirada territorial.

Cruzando los niveles a que hizo alusión el señor Betanzo se encuentra el tema de la planificación y el desarrollo, que es crucial cuando las ciudades están creciendo en forma diversa, de forma tal que las estrategias de crecimiento no pueden ser iguales. Este tema, a su juicio, no está abordado en el proyecto.

En relación al régimen de flexibilidad laboral de los funcionarios de estos hospitales, se requiere que el proyecto establezca claramente que no se va a afectar ningún derecho de los trabajadores de la salud.

Finalmente, opinó que el hecho que estos hospitales sean concesionados va a generar muchos problemas nuevos. Al respecto sugirió que se realice un seguimiento en esta materia porque la experiencia internacional no es satisfactoria, como ha acontecido en España e Italia.

El Diputado señor Robles expresó que por años los hospitales experimentales han funcionado como islas dentro del sector público de salud, a pesar de que se les ha solicitado que se incorporen a la respectiva Red.

Añadió que no es efectivo que con este proyecto estos hospitales clínicos se vayan a integrar a la Red porque cuando se otorga al Director de un hospital autonomía total es evidente que ese director va a priorizar su establecimiento en desmedro de la Red. Además, la modalidad de estos establecimientos como servicios públicos funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, es característico de un servicio de salud y no de un hospital que debe formar parte de la respectiva Red.

A su juicio, la forma para evitar que se conviertan en islas es que estos nuevos hospitales pasen a formar parte del Servicio de Salud Metropolitano Central en el caso del Hospital de Maipú y Sur Oriente en el caso del Hospital de La Florida, con todas las consecuencias que ello implica, o bien que se cree un nuevo Servicio de Salud con un territorio más delimitado, como podría acontecer en Maipú, de manera que el nuevo hospital se inserte en la respectiva Red territorial. De lo contrario, se producirá una separación entre los establecimientos hospitalarios, lo que se sumará a la escasa coordinación que hoy existe entre la atención primaria de salud y la secundaria.

La señora Beatriz Bueno explicó que el Centro de Referencia de Salud de Maipú del cual es directora suplente es un establecimiento de salud de carácter experimental que tiene las mismas características que los hospitales

clínicos que este proyecto busca crear. Al respecto, expresó su apoyo a esta iniciativa que corrige las deficiencias del decreto con fuerza de ley que creó el CRS de Maipú en lo que respecta principalmente a la gestión y desarrollo de las personas que trabajan en el CRS.

El decreto con fuerza de ley N° 31, de 2001, que dio origen al CRS, dispuso este establecimiento de salud de carácter experimental como un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, distinto de los servicios de salud a que se refiere el decreto ley N° 2.763, de 1979, otorgándole, dentro del ámbito de su competencia, las prestaciones de salud que las leyes N° 18.469 y N° 16.744 establecen para los beneficiarios de FONASA y que sean de la competencia de los servicios de salud.

Agregó que es un establecimiento de atención abierta y de urgencia ambulatoria, destinado a proporcionar atención de tipo diagnóstico y terapéutico a pacientes, preferentemente de las comunas de Maipú y Cerrillos. Tiene, además, atención cerrada de hospitalización desde el año 2008 contando para ello con 30 camas. Hoy es el segundo o tercer establecimiento del país en demanda de atención en la parte de urgencia, y este modelo experimental le ha permitido desde el punto de vista administrativo y financiero ir gestionando y focalizando los recursos de acuerdo a las demandas de los pacientes, las que varían diariamente. Ello porque el objetivo de un servicio de salud no es trabajar en Red, sino que satisfacer las necesidades y expectativas que demanda la población en materia de salud, siendo la gestión en Red una de las herramientas para la consecución de este fin.

Hizo presente que tal como lo dispone el decreto con fuerza de ley que creó esta institución, el CRS trabaja en Red, en forma coordinada con el Servicio de Salud Metropolitano Central. Para ello es vital que los directivos a cargo de estas instituciones posean las competencias que se requieren para tener una mirada integral de esta materia.

Fue enfática en afirmar que en el país no existe ningún establecimiento público de salud que trabaje en forma autónoma e independiente del respectivo servicio de salud porque el paciente no elije su complejidad al llegar a un determinado establecimiento, debiendo ser derivado al establecimiento que corresponda según su complejidad.

En el caso del CRS de Maipú, como se trata de un establecimiento de mediana complejidad, en el evento de una urgencia vital los casos adultos se derivan a la Posta Pública y los casos infantiles y de obstetricia al Hospital San Borja Arriarán. Pero también existe coordinación con la atención primaria de salud, lo que se traduce en reuniones con la dirección de salud de la Municipalidad de Maipú, a cargo de los consultorios de esa comuna y con los consultorios de Cerrillos que dependen del Servicio de Salud Central.

Por tanto, concluyó, es perfectamente posible trabajar en Red porque técnicamente el lineamiento lo dicta el gestor de la Red que es el Director del Servicio de Salud, siendo importante que los mecanismos de control y evaluación lleven a cabo el monitoreo de esos lineamientos. En el caso del

CRS de Maipú existe un Consejo Consultivo que constituye la instancia de participación, conformado por 54 agrupaciones de la comunidad usuaria del establecimiento, además de los trabajadores y representantes de los niveles directivos del mismo, que actúa como una instancia de control social propia del establecimiento que retroalimenta la gestión del mismo y asesora al jefe superior. Este modelo de participación que ha sido de gran utilidad para el CRS de Maipú se replica en el proyecto de ley, lo que es beneficioso desde todo punto de vista.

En el tema del modelo de gestión del CRS Maipú, comentó que las directrices estratégicas de esta institución son las siguientes:

- Modelo centrado y orientado a las personas y a los resultados.
- Liderazgo y constancia en los objetivos.
- Gestión por procesos.
- Desarrollo e involucramiento de las personas.
- Aprendizaje, innovación y mejora continua.
- Desarrollo de alianzas.
- Responsabilidad social.

Añadió que la satisfacción de las personas y un impacto positivo en la comunidad se alcanzan mediante el liderazgo en políticas y estrategias, una acertada gestión del personal, el uso eficiente de los recursos y una adecuada definición de los procesos, lo que conduce finalmente a la excelencia en los resultados.

Respondiendo al Diputado señor Auth, en relación a la transición de los funcionarios de esta institución al Hospital Clínico, expresó que ya se han contratado funcionarios para el Hospital de Maipú, lo que corresponde a 319 funcionarios que desde el año 2002 estaban bajo la modalidad a honorarios y que desde el 1° de mayo de este año son funcionarios públicos.

Añadió que para que la transición sea exitosa se está trabajando con los equipos tanto del ámbito clínico como administrativo del Hospital de Maipú para determinar cómo se van a llevar a cabo los procesos.

Reconoció que en un proceso de cambio, es natural que los funcionarios expresen su preocupación, pero fue enfática en señalar que en el ámbito de la salud pública los únicos funcionarios que pueden ser desvinculados de su cargo son los funcionarios directivos. Esto es sin perjuicio del modelo de evaluación por desempeño y por resultados que se aplica.

El señor Fernando Benavente aclaró que este proyecto no aborda el modelo de concesiones, sino que el modelo de hospitales clínicos de excelencia.

En relación al contenido del proyecto, expresó su acuerdo con esta iniciativa, principalmente porque incorpora al menos 3 variables que agregan valor al nuevo modelo y que hoy no existen:

- Gestión por competencias.

- Gestión por procesos.
- Incorporación del concepto de camas indiferenciadas.

Hoy en los hospitales autogestionados no existe una alineación entre los incentivos para producir y el personal que trabaja en los hospitales. Por ello la gestión por competencias que incorpora esta iniciativa permitirá alinear la producción real de los hospitales con lo que efectivamente realizan los profesionales, especialmente en relación a los cuerpos médicos. Por tanto, cada médico recibirá una remuneración acorde al trabajo efectivamente realizado.

La gestión por procesos, por su parte, permitirá generar resultados que sean eficientes.

Por último, el concepto de camas indiferenciadas evitará que cada jefatura de servicio administre las camas de su establecimiento a su conveniencia. Con ello, las camas no tendrán una singularidad (no serán camas básicas, intermedias o críticas) sino que estarán a disposición del grado de criticidad del paciente.

En relación al trabajo en Red, afirmó que como Director del Servicio de Salud Central le ha correspondido administrar el CRS Maipú, el Hospital San Borja Arriarán, la Posta Central, el SAPU Metropolitano y también la atención primaria, y ha sido perfectamente posible la articulación de estos establecimientos en Red porque la tuición técnica de la articulación de la Red sigue dependiendo del Servicio de Salud.

El señor Cataldo explicó que tal como su nombre lo indica el Hospital Padre Hurtado se articuló como un modelo experimental, el que fue enriqueciéndose de la experiencia, hasta llegar a un modelo mucho más maduro que ha servido de base para el modelo propuesto en este proyecto.

Añadió que este modelo busca establecer un nuevo estilo de gobierno que permita una conducción mucho más adecuada y flexible en pos de solucionar en forma eficiente las necesidades de los usuarios de estos establecimientos. Asimismo, tiene por objeto instituir un nuevo marco jurídico que permita a estos hospitales contar con una estabilidad en todos los ámbitos, incluido el marco estatutario, a fin de adaptarse al funcionamiento de la Red, realizando los cambios y mejoras necesarias en el tiempo para ser una solución real a las necesidades de la población. Por último, este proyecto propone una nueva política de recursos humanos que genera una serie de incentivos para los funcionarios, estableciendo un mecanismo de remuneraciones con un componente fijo y otro variable, que en nada perjudica a los funcionarios, sino que por el contrario mejora sus condiciones laborales.

Al respecto, sostuvo que ningún funcionario va a ser despedido y a aquéllos que no quieran optar por el nuevo modelo de contrato se les ofrecerá ser reubicados dentro de la Red, opción que también tendrán aquellos funcionarios que habiendo optado por el nuevo sistema, dentro de los primeros tres años estimen que el nuevo modelo no les satisface.

Finalmente, reiteró que estos nuevos hospitales clínicos van a estar insertos en la respectiva Red de Salud, para lo cual se dictarán los reglamentos respectivos que contendrán las directrices en ese sentido.

El Subsecretario de Redes Asistenciales propuso introducir las siguientes modificaciones al proyecto, que recogen algunas de las observaciones formuladas en la Comisión:

- Reemplazar en el inciso primero del artículo 1° el nombre "Hospital Clínico Metropolitano de La Florida" por "Hospital Clínico Metropolitano de La Florida Doctora Eloísa Díaz", en homenaje a la primera mujer médico de Chile.

- Reemplazar en el inciso primero del artículo 2° la referencia al artículo 16 del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2006, del Ministerio de Salud, por otra a los artículos 16 y 21 del mismo cuerpo legal. Esto, para clarificar que al Director del Servicio de Salud respectivo le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia (incluidos los hospitales clínicos que se crean), para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud. Con ello, señaló el Subsecretario, se consolida la pertenencia de los establecimientos de que trata el proyecto a las redes asistenciales dependientes de los servicios de salud Central y Sur Oriente.

El Diputado señor Auth planteó que la modificación propuesta al artículo 2º del proyecto responde a la inquietud formulada con respecto a la necesaria integración de los nuevos hospitales a la red asistencial territorial respectiva. Dio fe de que el CRS Maipú es hoy uno de los mejores centros de salud de su jurisdicción y cree que buena parte de su éxito se debe justamente al carácter experimental que ha tenido, permitiéndole resolver autónomamente problemas para los que normalmente un establecimiento de su clase debe recurrir a las decisiones de un organismo distinto. Dijo suscribir la iniciativa en la medida en que se ha resuelto la incorporación de todo el personal del CRS Maipú al nuevo hospital clínico; en que la condición laboral y salarial en que van a quedar esos trabajadores es al menos idéntica y en algunos casos superior incluso a aquélla en que se encuentran actualmente, y en que la disposición de los trabajadores es que haya un componente salarial vinculado a la productividad. Anunció su voto a favor de la iniciativa, por ser la consolidación de un sistema que ha funcionado y que es la continuación de los centros experimentales que se crearon en el gobierno anterior. Sin perjuicio de ello, consideró menester hacerle un seguimiento a los contratos de concesión celebrados para la construcción de los nuevos hospitales, creando al efecto una unidad técnicamente preparada y empoderada para interactuar con los concesionarios cada vez que haya que hacer adaptaciones o mejoras a los edificios para satisfacer las necesidades de la oferta sanitaria.

En relación con los funcionarios y su estatuto jurídico, el Subsecretario de Redes Asistenciales destacó que el artículo 10 del proyecto garantiza los derechos de aquéllos que serán traspasados a los nuevos hospitales clínicos. Comentó que ha habido dos o tres casos de personas que, habiendo desempeñado por varios años sus cargos, no cumplen con los requisitos actuales para ser empleados públicos, comprometiéndose la autoridad a procurar todo lo necesario para que puedan obtener su licencia de enseñanza media. Se han traspasado, además, casi 300 funcionarios a honorarios de los CRS a las plantas de personal de los servicios de salud para luego traspasarlos a los nuevos hospitales.

Finalmente, destacó que con las modificaciones propuestas se asegura que los nuevos hospitales clínicos sean parte de la red asistencial, en el sentido de incorporarse activamente a las capacidades resolutivas de ella, constituyendo un aporte no sólo para la red del servicio de salud al que ellos están integrados, sino también para los otros hospitales que en algún momento dado puedan requerir su ayuda.

El Diputado señor Montes lamentó la celeridad con que se ha querido tramitar el proyecto, pues se podría haber analizado mucho más a fondo disponiendo de un plazo mayor. Pese a ser firme partidario de que existan diversas modalidades de gestión hospitalaria, anunció su voto en contra de la iniciativa, por las siguientes razones:

- El trabajo en red no se garantiza supeditando los nuevos hospitales a los directores de los servicios de salud en determinadas materias. Es necesario dejar claramente establecido quién aprobará los presupuestos de estos establecimientos; cómo se planificará y anticipará su futuro; quién hará la supervigilancia sanitaria para captar los problemas que surjan, y cuál será el rol de estos mismos hospitales al respecto. Afirmó que estas cuestiones no están resueltas en el proyecto y que había tiempo para resolverlas, pero no habiendo disposición para ello no puede votar favorablemente.

- Para el Servicio de Salud Sur Oriente no es insignificante tener dos hospitales clínicos dentro de su territorio, como son el Padre Hurtado y el que ahora se crea en La Florida. El problema es que hasta ahora este tipo de establecimientos no asumen ninguna responsabilidad por lo que ocurre en sus zonas de influencia. Al Hospital Padre Hurtado no le importaba que no estuvieran funcionando todos los pabellones o que no hubiera atención de urgencia en el sector. Una vinculación más clara y precisa de los nuevos hospitales a la red y un mayor nivel de responsabilidad territorial de los mismos es especialmente importante en el caso de Maipú, que es una comuna en crecimiento, donde la implementación de un hospital clínico debiera ser el punto de partida para la creación de un nuevo servicio.

- Los artículos que otorgan facultades al Presidente de la República no precisan suficientemente las materias que éste deberá regular. No se define, por ejemplo, la combinación entre salario fijo y variable, que podría haberse discutido más, porque se sabe que en el caso del Hospital Padre Hurtado ello tuvo un dinamismo positivo, pero no se sabe cuánto se va a tomar de esa experiencia. Tampoco hay una relación clara entre el trabajo de evaluación que se hizo de los centros experimentales y estos nuevos

hospitales clínicos. Se entrega una facultad bastante amplia al Ejecutivo en materia laboral, que genera una gran incertidumbre para los funcionarios.

- El tema de las concesiones de construcción no es independiente de lo que se propone. Si bien es un tema anexo, se trata de los dos primeros hospitales concesionados en materia de servicios de apoyo que tendrá el país. Y la experiencia vivida en el Centro de Justicia de Santiago al respecto ha sido bastante problemática. Además, hay antecedentes de que este tipo de concesiones no son rentables y, por lo mismo, comienzan a recargar el precio de todo. Para evitar esto, es fundamental que los reglamentos de servicio de la obra queden bien hechos y en el caso de los hospitales en cuestión todavía no existen.

- Resulta preocupante que se pongan en marcha los nuevos hospitales sin estar completamente terminados los edificios que los albergan. Ya se hizo en La Florida y la gente se enfermó. La puesta en servicio provisorio debe satisfacer ciertos estándares básicos de funcionamiento y no procede que se haga sin previa recepción municipal. No se debe precipitar la inauguración de dichos establecimientos y ni aun la puesta en marcha solo de la parte ambulatoria, pues tampoco corresponde de acuerdo a los expertos.

Finalmente, compartió lo dicho por el Jefe del Servicio de Salud Sur Oriente en el sentido de que existe un serio problema de falta de articulación de estos nuevos hospitales con la red, que la enmienda propuesta por el Subsecretario al artículo 2º del proyecto no resuelve, porque no están especificadas ni la dimensión presupuestaria, ni la de planificación, ni la de supervigilancia sanitaria.

En relación con la discusión particular de la iniciativa, cabe precisar que la Comisión de Salud dispuso que la Comisión de Hacienda debía conocer todo el articulado de la misma.

Los Diputados señores Auth, Jaramillo, Lorenzini, Marinovic, Ortiz, Pérez don Leopoldo, Recondo, Santana y Von Mühlenbrock formularon una indicación para reemplazar, en los artículos 1º, 8º, 13 y 15 del proyecto, el nombre "Hospital Clínico Metropolitano de La Florida" por "**Hospital Clínico Metropolitano de La Florida Doctora Eloísa Díaz**".

Por su parte, los Diputados señores Auth, Jaramillo, Lorenzini, Marinovic, Ortiz, Recondo y Von Mühlenbrock formularon una indicación para reemplazar en el artículo segundo, inciso primero, la frase "en el artículo 16" por "**en los artículos 16 y 21**".

Puesto en votación todo el articulado propuesto por la Comisión de Salud, con las indicaciones precedentes, con excepción del artículo 17, fue aprobado por 8 votos a favor, 1 voto en contra y dos abstenciones. Votaron por la afirmativa los Diputados señores Auth, don Pepe; Marinovic, don Miodrag; Ortiz, don José Miguel; Pérez, don Leopoldo; Recondo, don Carlos; Silva, don Ernesto; Verdugo, don Germán, y Von Mühlenbrock, don Gastón. Votó por la negativa el Diputado señor Montes, don Carlos. Se abstuvieron los señores Jaramillo, don Enrique, y Lorenzini, don Pablo.

Los Diputados señores Lorenzini y Jaramillo formularon indicación para reemplazar en el artículo 17 la palabra "año" por la expresión "**periodo presupuestario**".

Puesto en votación el artículo 17 con la indicación precedente, fue aprobado por 10 votos a favor y una abstención. Votaron por la afirmativa los Diputados señores Auth, don Pepe; Jaramillo, don Enrique; Lorenzini, don Pablo; Marinovic, don Miodrag; Ortiz, don José Miguel; Pérez, don Leopoldo; Recondo, don Carlos; Silva, don Ernesto; Verdugo, don Germán, y Von Mühlenbrock, don Gastón. Se abstuvo el Diputado señor Montes, don Carlos.

Por último, los Diputados señores Jaramillo y Lorenzini formularon una indicación para agregar un nuevo artículo 20, del siguiente tenor:

"Artículo 20.- Increméntase el salario mínimo en 10%.".

El Presidente de la Comisión declaró **inadmisible** esta indicación, por infringir lo dispuesto en el numeral 4º del inciso cuarto del artículo 65 y en el inciso primero del artículo 69, ambos de la Constitución Política de la República.

Tratado y acordado en sesiones de fechas 22 de mayo, 4 y 5 de junio de 2013, con la asistencia de los Diputados señores Marinovic, don Miodrag (Presidente); Auth, don Pepe; Jaramillo, don Enrique; Lorenzini, don Pablo; Macaya, don Javier; Pérez, don Leopoldo; Martínez, don Rosauro; Montes, don Carlos; Ortiz, don José Miguel; Recondo, don Carlos; Robles, don Alberto; Santana, don Alejandro (Verdugo, don Germán); Silva, don Ernesto, y Von Mühlenbrock, don Gastón, según consta en las actas respectivas.

SALA DE LA COMISIÓN, a 10 de junio de 2013.

JAVIER ROSSELOT JARAMILLO
Abogado Secretario de la Comisión