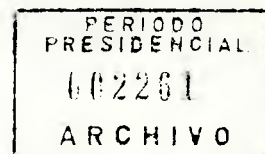


PAUTA PRESENTACION
SR. MINISTRO DE SALUD



I. - ANTECEDENTES

Una breve descripción diagnóstica del sector al asumir el Gobierno en que se destaque la magnitud del daño del sector en las siguientes áreas.

1.1. Recursos Humanos:

- Planta congelada desde 1980.
- Remuneraciones hasta un 50% por debajo de cargos similares.
- Escasa y casi nula capacitación y perfeccionamiento.
- Desmotivación generalizada y desmoralización que influye en cumplimiento de las obligaciones de los cargos, (no se trabajan las jornadas).
- Altas expectativas no satisfechas.

1.2. Infraestructura y Equipamiento:

- Desinversión por más de 15 años en niveles secundario y terciario (Hospitales)
- Deterioro completo Red Hospitalaria y retraso tecnológico de más de 20 años.
- Déficit de inversión acumulada sobre 1.500 US\$ Millones.

1.3. Sistema de Salud y Atención Médica:

- No adecuado a la realidad de salud del país.
- Mala calidad de la atención de salud.
- Listas de espera de hasta 36 meses.
- Insuficiente cantidad de recursos para dar atención (medicamentos, sábanas, alimentación, calefacción, etc.)
- Rechazos en atención ambulatoria.

1.4. Organización y Administración del Sector:

- Ministerio con baja capacidad de respuesta frente a Planificación e inversiones.
- Servicios de Salud con insuficiente cantidad de recursos para enfrentar su función.
- Establecimientos con escasa y mala capacidad de gestión.
- Sistema de salud altamente centralizado e ineficiente.
- Falta de estímulo que fomenten una adecuada gestión.
- Lentitud en los procedimientos.

- Reparaciones urgentes realizadas: 80% de las calderas y sistemas de calefacción, Hospitales, 60%, Lavanderías.

- Aumento real del presupuesto de operación de los Hospitales de un 15% ha permitido usar calefacción, sábanas, frazadas, alimentación mejorada.

2.2. Plan de corto plazo 92, 94:

- Recursos Humanos: - Estatuto Salud Municipal.
- Fondo nacional de capacitación por US\$ 10 millones.
- Mejoramiento condiciones de trabajo (más de \$400 millones)
- Reencasillamiento.

- Atención a las personas:

- Ley de ISAPRE

- Firma contrato con BID por un proyecto de 105 US\$ millones.

- Firma contrato con Gobierno Aleman por 10 US\$ Millones.

- Firma contrato con BM por un proyecto de 46 US\$ millones

- Firma convenio con AID por donación de US\$ 10 millones.

- Proyecto terminado y en negociación por US\$ 270 millones. *Banco Mundial (HSRP)*

- Obras licitadas o en proceso de licitación

- Hospital San Felipe

- Hospital Valdivia

- Hospital Chillán

- 62 proyectos de reparación de hospitales en Región Metropolitana por un monto de US\$ 8 millones.

- Obras por licitarse en próximos 12 meses.

- Hospital Los Andes

- Hospital Iquique

- Hospital San José

- Hospital El Pino

- Hospital San Ramón

- Maternidad Barros Luco

- Hospital Salvador

- Centro de Diagnóstico San Juan de Dios

- Centro de Diagnóstico San Borja

- Centro de Diagnóstico Area Norte

- Centro de Diagnóstico Area Oriente

- Centro de Diagnóstico Llanquipal

- Centro de Diagnóstico Temuco

- Hospitales intercomunales: (CRS) en Región Metropolitana.

- Occidente, Pudahuel
- Sur Oriente
- Sur Ochagavía
- Oriente Peñalolén
- Central Maipú
- 10 Consultorios Región Metropolitana

- Inicio del Plan de Modernización de la gestión del sector en:

- Reforma sistemas asignación de recursos
- Reestructuración MINSAL
- Profundización, descentralización

2.3. Plan de mediano plazo 92, 96:

- Plan nacional de readecuación del sistema de Salud Chileno, dado a conocer por el Ministerio de Salud en Agosto recién pasado.

- reestructuración MINSAL
- descentralización con compromiso de gestión
- reforma del sistema de financiamiento en atención primaria y secundaria.

III AREAS DE LA GESTION MINISTERIAL QUE DEBEN SER MEJORADAS

- Comunicaciones
- Percepción opinión pública sobre logros del sector
- Participación del Ministerio:
 - Ampliación base política
 - Continuar y profundizar la discusión con los principales actores del sector

En resumen: el diagnóstico formulado durante el período previo a asumir el Gobierno había subestimado la magnitud del daño del sector (por falta acceso a la información)

II.- PLAN DE ACCION DEL GOBIERNO EN EL SECTOR SALUD.

El Gobierno diseñó un Plan de Acción de urgencia, corto y mediano plazo:

2.1. Plan de urgencia 90, 91:

a) Recursos Humanos

- Aumento real en el nivel de remuneraciones de los trabajadores entre un 10% y un 40%.
- Aumento real en el nivel de remuneraciones de los médicos de un 16%,
- Aumento de acciones de capacitación en un 70%.
- Preparación de un Estatuto para los trabajadores municipales.
- Aumento de nuevos cargos disponibles anuales para el ciclo de destinación de médicos de 40 cargos a 260 cargos por año.
- Aumento en más de 2.000 cargos.

b) Atención a las personas:

- Reforzamiento de la Atención primaria a través de servicios de urgencia extensión horaria, programas especiales y gratuidad que ha significado un aumento en la atención de 40%.
- Programa de reducción de espera de listas de hospitales que ha disminuido el tiempo de espera en promedio de 36 meses a 10 meses.
- mejoramiento sistema de ambulancia, dotación nueva del 50% del parque de ambulancias.
- Implementación de unidades móviles en Santiago, VI región, San Felipe Los Andes.
- 62 proyectos licitados o en proceso de licitación orientado a:
 - mejorar servicio de urgencia
 - salas de espera
 - condiciones de trabajo personal (baños, casino)
- Más de 2000 equipos licitados o en proceso de licitación por 25 US\$ millones destacan. 8 Scanner, 14 equipos de Cirugía, Laparoscópica, incubadoras, Equipos Rayos X, Laboratorios.

Vicio Matemático =

- = Lo todo es extraordinario, pero era tan grande el trabajo ~~pero~~ que no se nota.
- Desprestado por la mala relación con los médicos
- Establecimiento médico nacional - No hay cámara fiscal vería.
- Damos ley concursal - ley de seguros otros leyes
- No hay defensa de servicios fiscal

Wider Day -

- Atención hospitalaria se ha recuperado y se lo esperada
- Buen en atención primaria
- Partidos de descentralización con nivel nacional y regional verlo.

Acordi - Problema según la estructura política hospitalaria en q. dir un cuerpo colectivo. Crisis de servicios de emergencia.

- Falta de recursos en atención

- Especialitate care acorjeda de servicii hospitalare:
- Necesitate de reabilitare neceses horei servicii de ingrijire
- Necesitate tratamentelor fizice q. se ha vedea; pero no se ha recuperado procentaje de guto au salub.

Dr. Măncușă -

- Unitățile de îngrijire sunt polivalente eficientes; pero este de balarse servicii in areas q. puterose + aspecte
- Dele reabilitare parte de neceses horei areas de ingrijire viziuală q. promovarea aspecte,

Dr. Gupău

- Necesitate logice y aspecte alcanjados (eg. eden)

3
- Percepción de Comisión de Salud de las q.
hay osteocamiceos

Hay q. buscar metodologías creativas para ser
eficientes y efectistas.

Hay mejor recepción pública, pero no + revoluciones

Aumento de carreras pensionadas. Frente a ex
de 5% - ahora de 10%: Esto privilegia sector pri-
vado no asistencial

Hay q. reestructurar rol del Estado en Salud -
Sistema Nacional de Servicios de Salud, q. atienda
50% de atención hospitalaria y 2/3 de la primario

D. Díaz - Servicios descentralizados - Fox 27.

D. Fierro: Cree q. se va por buen camino. Hay
un cambio en esta última etapa.

Problemas básicos:

- atención prioritaria
- " de urgencia
- municipalización
- Dapnes - q. atienden solo 20%
- Reorganización técnica y administrativa

Hay servicios donde adoran médicos; Hay 87 trabajos por

3.- - Reducción de recursos. Horas de atención en
hospitales.

- Falta participación y solidaridad
- Necesidad de apurar cosas.
- Falta comunicación

PARA UN MEJORAMIENTO PROGRESIVO Y RAPIDO DE LA SALUD PUBLICA

Alvaro Covarrubias Risopatrón

1.-Están adscritos al sistema de Salud Pública, el 70% de los Chilenos. La amplitud de cobertura y calidad de los servicios prestados en ella dependen de tres factores:

- * La calidad profesional y ética de los recursos humanos que la atienden
- * La cuantía de los recursos económicos asignados
- * La eficiencia en la administración de dichos recursos.

2.-El primer factor - la calidad profesional y ética de los recursos humanos - partiendo por su componente decisivo: los médicos chilenos, es de una calidad científica y moral que si se compara con la de países de análogo desarrollo, se aproxima como media a niveles de excelencia que son nacional e internacionalmente reconocidos. Esto también es extensible a parte significativa del personal paramédico y auxiliar.

El segundo factor - la cuantía de los recursos económicos asignados - es y será siempre insuficiente y todo lo que se haga por aumentarla será siempre deseable. Pero, por importante que sin duda es este factor, no nos parece que sea lo mas conducente centrar en este punto el debate; ya que partimos de la base de que este Gobierno está en el ánimo de asignar a la Salud los máximos recursos posibles, dentro de los complejos equilibrios y prioridades que exige el Bien Común. Y, en todo caso, aunque este factor mejore parcialmente, no es esperable en el corto plazo que esta mejoría sea a niveles tan significativos como para revertir sustantivamente la actual situación de prolongada crisis en que se encuentra el sector.

No ocurre lo mismo con el tercer factor - la eficiencia en la administración de los recursos humanos y económicos de la Salud Pública - cuya estructura organizacional extremadamente vertical y rígida, si bien pudo ser un modelo admirable y pionero en América Latina a la época de su fundación en el Gobierno del General Ibañez, ha ido quedando paulatinamente obsoleta ante los requerimientos de versatilidad, agilidad de reacción, descentralización y eficacia que hoy exige la pluralidad de situaciones y las crecientes demandas de salud de la sociedad moderna. Además, conviene recordar que la operación del sistema debe hacerse dentro de los rígidos marcos de la legislación pública aplicados por la Contraloría General de la República.

La obsolescencia de esta estructura administrativa se hace visible en muchas situaciones que son de todos conocidas: el bajo porcentaje de utilización de la capacidad instalada (quirófanos que operan 4 horas diarias mientras hay cola de años para operarse); larga estadía media de los pacientes hospitalizados; progresivo cierre de camas de hospital; uso de equipos y vehículos que han sobrepasado su vida útil; falta de pago oportuno a proveedores con el consiguiente recargo en los precios; no uso de los equipos sofisticados que tienen los hospitales por falta de personal calificado de operación y mantención; falta de incentivos al personal de salud, etc.

Estos y muchos otros ejemplos posibles no se refieren a carencia de recursos, sino a muy mala utilización de los existentes y son síntomas indicativos de una tan deficiente administración, que se hace inevitable la interrogante de si acaso las dramáticas carencias que se imputan en su totalidad a falta de recursos económicos - falta de elementos mínimos

en los Hospitales, escasez de camas y sobre todo, falta de incentivos profesionales, morales y económicos para el personal del sector Salud - no se deberán también en parte significativa a una organización administrativa que tiende estructuralmente al dispendio y a la ineficiencia; por alta que sea la calidad humana y notables los esfuerzos desplegados por sus Directivos.

3.-Una ya larga experiencia del mundo moderno, ha demostrado hasta la saciedad de que el Gasto social se maneja con una cobertura mas completa y eficiente cuando se canaliza, no mediante el subsidio a la oferta de servicios a base de grandes instituciones estatales (con su secuela inevitable de rigideces) sino mediante la canalización directa a los pobres, esto es mediante el subsidio directo a las personas.

Un buen ejemplo de ello es el cambio de modalidad en la canalización del subsidio a la vivienda social, efectuado por el Gobierno anterior y mantenido y en vías de mejorarse en el Gobierno actual.

4.-En nuestra opinión existen experiencias tanto en Chile como en el resto del Mundo, ilustrativas de que es posible el mejorar rápida y radicalmente la eficiencia administrativa de la Salud Pública.

Un camino es el que podríamos llamar la **Mutualización** de la Salud Pública, por analogía con las Mutuales de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que como se sabe son corporaciones de derecho privado, sin fines de lucro que, establecidas durante el Gobierno del Presidente Frei, han constituido una verdadera **Revolución Silenciosa** en el campo social otorgando un tan buen servicio, que en ella se atienden en los mismos locales y según los mismos procedimientos y personal, desde los gerentes a los mas modestos trabajadores de las empresas. El mas importante secreto de su éxito ha sido el que tienen un directo incentivo a la **prevención** antes que a la curación.

5.-No se advierte razón alguna por la cual el Fisco no pueda ir traspasando progresivamente los recursos que gasta en el sector, a un **aporte directo a las personas** de acuerdo al ingreso familiar de ellas. Con este subsidio, que complementaría parcial o totalmente el aporte personal, las familias podrían libremente elegir entre **prepagar** su salud en una de las Mutuales Regionales que se crearían o afiliarse a una ISAPRE. La forma práctica de entregar este subsidio es por la vía de los empleadores a los trabajadores dependientes, por la vía de los organismos previsionales a los pensionados y por la vía municipal a los cesantes; tal como se hace hoy día con la Asignación Familiar, el P.A.S.I.S. y el S.U.F.; con la diferencia que no se entregaría directamente a la persona sino a la Mutual de Salud que ella escoja, como **prepago** de la salud de la cual dicha Mutual se haría enteramente responsable.

Este cambio estructural administrativo presenta las siguientes ventajas:

A.-Los Hospitales fiscales podrían ser traspasados en su administración a la correspondiente Mutual de Salud Local o Regional, manejada autónomamente por las fuerzas vivas de cada Localidad o Región, Estas, deberían atraer por medio de la calidad de los servicios que prestan el máximo de afiliados que decidan personalmente a que Mutual se debe pagar su asignación de Salud; para lo cual deberían competir entre sí y contra las ISAPRE, con el consiguiente aumento de la eficiencia y de posibilidad de incentivar a su propio personal. Esto movilizaría las energías regionales para manejar sus propias instalaciones de Salud, rompiéndose las trabas del burocratismo y centralismo que han

caracterizado al Sistema Público desde su fundación en los años 50, con la flexibilidad y rapidez de las Corporaciones de derecho privado, que tienen una velocidad y economía de uso de los recursos, que supera estructuralmente por amplio margen todo lo que puede hacer nuestra actual organización vertical y rígidamente burocratizada; la que, con perdón y salvando las distancias, organizacionalmente es muy parecida a las estructuras jerárquicas soviéticas.

B.-Lo análogo podría hacerse en los Consultorios, hoy bajo administración Municipal, centralizando toda la prestación de servicios de salud a cada persona en un sólo organismo responsable bajo el concepto de **Salud Integral**.

C.-Por otra parte, el entregar los recursos **a la gente** para que sea cada familia la que decida donde buscará su atención de salud, dará a las personas una libertad que hoy día no poseen .

CONCLUSIONES

- 1).-No es posible que a estas alturas de nuestra historia, sigamos enredados en ideologismos obsoletos del corte de si la Salud es un **negocio privado** o una **responsabilidad estatal**.
- 2).-La **Mutualización** de la Salud supera esta añeja contraposición y presenta numerosas ventajas técnicas sobre el sistema ISAPRE, que no tengo tiempo de exponer aquí. Es también mucho mas consecuente con los requerimientos de nuestra modernización operativa y nuestra modernidad normativa.
- 3).-Así la modernidad de este Gobierno deja de estar basada en la mera continuidad de las modernizaciones del Gobierno anterior y se funda en sus propias instituciones, a la vez mas eficientes y mas humanas.
- 4).-Nuestro desafío en términos de sana ideología política es concretamente ser consecuentes con las conclusiones de nuestro último Congreso ideológico, que en la parte pertinente declara: "**Se propicia el fortalecimiento de la sociedad civil a través del respeto, protección y promoción de los cuerpos intermedios que posibilitan la participación y el acceso cercano a la toma de decisiones de los ciudadanos. Para ello entiende el proceso de descentralización como aquel destinado a traspasar el poder del gobierno central, acercando el ejercicio de éste a la comunidad, cambiando el lugar de toma de decisiones a instancias sometidas a un control efectivo de la población involucrada. El proceso de desarrollo local busca la participación de las comunidades locales y regionales en las políticas educacionales, de salud, de cultura, de deportes recreación y esparcimiento, que dan al habitante de cada lugar, razones positivas para radicarse y permanecer allí.**"
- 5).-Finalmente recalco que a mi modo de ver, la **Mutualización** de la Salud Pública mas allá de su fuerte sustento auténticamente ideológico y político, vale para mi por sobre todo, por la razón practica de una **mejor salud para los pobres** mediante la mejor administración de los limitados recursos de que disponemos.

MINISTERIO DE SALUD

Respecto de este Ministerio, los problemas principales son los siguientes:

1. Atraso en la ejecución presupuestaria.

Al terminar 1991, este Ministerio resultó ser uno de los más atrasados en la ejecución presupuestaria.

En una medida importante, ello se explica porque la mayor parte del presupuesto de inversión del Ministerio proviene del Banco Mundial, del Banco Interamericano de Desarrollo y de fuentes bilaterales, particularmente alemanas y francesas, créditos internacionales que están sujetos a una muy dilatada tramitación, independientemente de las capacidades de gestión del Ministerio de que se trate.

No obstante, también explican ese atraso deficiencias específicas en las capacidades de gestión en el sector salud, tanto al interior del propio Ministerio, como en los servicios descentralizados. A su vez, esas deficiencias se relacionan de manera importante con el hecho de que la gestión es llevada a cabo por médicos y no por especialistas en administración.

Es posible elevar las capacidades de gestión en el sector, bajo la condición de vencer las resistencias inveteradas de los médicos a la intervención de especialistas en administración en los procesos de gestión.

2. Las relaciones del Ministerio con los gremios de la Salud.

Las relaciones del Ministerio con los distintos gremios que agrupan a los recursos humanos del sector constituyen un área sensible.

Durante 1991, se produjeron paros generalizados en los servicios de salud. Para 1992, se pueden prever conflictos en relación con la discusión del Estatuto de Salud.

Sin perjuicio de las complejidades que el sector involucra en cuanto a recursos humanos, es necesario que el Ministerio desarrolle mayores capacidades en cuanto a la previsión y manejo de conflictos en esta área.

3. Necesidad de ejecutar medidas que dignifiquen la atención a los usuarios.

En este sector social, la opinión pública es muy sensible a las condiciones de prestación del servicio (tiempos de espera,

facilidades en la espera, trato personal, etc.). Con gastos menores, se pueden concebir medidas imaginativas y simples que mejoren la calidad del trato al público.

Esta es una materia donde la presencia de algún personal selecto, con calificaciones suficientes, más la voluntad de atacar efectivamente el problema, puede rendir frutos inmediatos cuya importancia política es obvia.

4. Decisiones pendientes sobre problemas esenciales en el sector.

Hay tres áreas donde hay que tomar decisiones sobre cuestiones relevantes, decisiones que no deberían postergarse por más tiempo.

Se trata de la transformación de FONASA, de los problemas de salud de la tercera edad y de los subsidios a las ISAPRES.

MINISTERIO DE SALUD
(Miles de pesos de 1992)

PRESUPUESTOS INICIALES a)	1990	1992	92/90
GASTOS a) b)	242,549,275	328,031,574	35.2%
GASTOS CORRIENTES	229,007,319	282,573,739	23.4%
Gastos de Operación	144,246,704	188,296,120	30.5%
(Personal) (a)	(80,802,001)	(100,781,244)	24.7%
Transferencias y Otros	84,760,615	94,277,619	11.2%
GASTOS DE CAPITAL	3,845,716	27,317,211	610.3%
Inversión Real	2,820,912	25,411,461	800.8%
Otros	1,024,804	1,905,750	86.0%
APORTE FISCAL (a)	9,696,240	18,140,624	87.1%
DOTACION MAXIMA VIGENTE (c)	58,262	62,387	7.1%

(a) Incluye efecto anual de los reajustes de remuneraciones de diciembre de 1989 (12%), y de diciembre de 1991 (18%).

(b) Excluye Servicio de la deuda pública y saldo final de caja.

(c) Dotaciones máximas de personal fijadas en las respectivas leyes de presupuestos. La dotación efectiva puede resultar inferior durante el año.