

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

PERIODO
PRESIDENCIAL
002258
ARCHIVO

GESTION DEL DESARROLLO

SOCIAL DEL SECTOR SALUD

MARZO 1990

MARZO 1991

I N D I C E

	Pág.-
I.- Presentación	3
II.- Introducción	6
III.- Mejoramiento condiciones de trabajo	17
IV.- Atención Primaria	26
V.- Manejo Cooperación Internacional	35
VI.- Planificación de la Inversión: Proyectos Bid y Banco Mundial	46
VII.- Programas de Salud	55
VIII.- Salud Privada: Sistema de Isapres	64

I. - PRESENTACION

PRESENTACION

El período de análisis, 11 de Marzo de 1990 a misma fecha de 1991, representa en el sector salud una etapa en la que se profundizó el diagnóstico de una crisis cuyo enfrentamiento era urgente. Es bueno recordar que el deterioro de la atención de salud fué uno de los temas recurrentes de las campañas políticas que llevaron al triunfo de la concertación de Partidos por la Democracia y en cuyas propuestas de solución se comprometieron importantes esfuerzos para la elaboración de un programa serio y realista destinado a enfrentar una crisis consensualmente admitida.

Sobre la base de lo anterior, en el recuento que se entrega a continuación se han privilegiado aquellas políticas y acciones desplegadas en los aspectos más notorios de la crisis. Es decir, se analizan las prioridades estratégicas aplicadas en las áreas donde la urgencia era mayor. Vale la pena recordar que el nuevo gobierno debió acomodar sus políticas sectoriales a un presupuesto fiscal restringido, que heredo de la anterior administración, hecho que -sin lugar a dudas- obligó a readecuar las prioridades de acción y las políticas previamente diseñadas.

De esta realidad surge el análisis de temas de contingencia, tales como el mejoramiento de las condiciones de trabajo de los funcionarios del sector y los esfuerzos realizados por hacer más eficiente la atención primaria, puerta de entrada al sistema de salud y lugar donde los usuarios esperaban mejoramientos casi inmediatos.

Igualmente relevante es el tema del deterioro de la infraestructura y equipamiento hospitalario. Para el análisis de este aspecto se dedican dos capítulos que resumen los vastos esfuerzos efectuados internacionalmente para conseguir recursos que permitan actualizar la tecnología de los hospitales chilenos.

La distribución de las unidades de coordinación insertas en esta área, recomiendo separar el análisis. Por un lado se aborda la cooperación internacional, entendida como la serie de gestiones destinadas a lograr aportes, donaciones y créditos bilaterales para salud y en capítulo específico, se detallan las negociaciones y proyectos efectuados con las fuentes multilaterales,

Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, entidades que serán las que harán los mayores aportes para el sector.

En dicho capítulo también se expone el espíritu global que anima a la política de planificación de la inversión, esbozándose conceptualmente el modelo que regirá a la salud pública chilena en el futuro.

El presente trabajo también incluye una versión resumida de la acción efectuada en materia de programas de salud, área donde la reorientación ha sido profunda y donde se logra ya perfilar lo que será el estilo de las políticas sanitarias específicas del nuevo gobierno.

Por último, se aborda la salud privada, básicamente de la perspectiva de la gestión de la Superintendencia de Isapres, ente que inició su gestión casi simultáneamente con la asunción de las nuevas autoridades, asumiendo un desafío clave: dar mayor transparencia al sistema.

II.- INTRODUCCION

INTRODUCCION

DIAGNOSTICO

El sector salud de Chile tiene una larga tradición organizativa en cuanto a una activa participación del Estado y un amplio consenso y orientación social. Desde los tiempos de la Colonia en la cual los Cabildos ejercían acciones tutelares sobre el ejercicio de la medicina junto a regulaciones precisas sobre múltiples aspectos del medio ambiente y la sanidad pública, hasta el desarrollo progresivo de un fuerte aparato público de salud desde los inicios del siglo XX, la preeminencia del papel del gobierno ha sido clara en el desarrollo del Sistema de Salud Chileno.

El período autoritario que terminó con la elección del Gobierno Democrático de 1989, produjo varios efectos contrarios a la tradición descrita pues incentivó la aparición de un sector privado cuyas manifestaciones ocurrieron en la década de los 80 en el área de los seguros de salud y la infraestructura privada, junto con una serie de otras medidas no directamente ligadas pero que produjeron como efecto final un severo deterioro del sector público de salud.

La descentralización a través de la fragmentación del antiguo S.N.S. (Servicio Nacional de Salud) y la municipalización de la atención primaria de la salud, ambas acciones realizadas con el uso de la fuerza y sin planificación ni apoyo adecuado, aportaron también una fuerte dosis al deterioro del sistema existente y constituyeron elementos que deberían ser tomados en cuenta en el diagnóstico previo.

El principal instrumento del daño fue la restricción financiera del sector público, concordante con la crisis económica de inicios del 80 y sus políticas subsiguientes de ajuste estructural. La restricción financiera afectó principalmente la inversión y las remuneraciones.

Sobre la base de la disminución de la inversión en salud producida básicamente en el período 1975-1989, la comisión sectorial de la Concertación de Partidos Políticos por la Democracia llegó a la conclusión, que el deterioro se podía revertir invirtiendo entre 250 a 300 millones de dólares. Sin embargo, una vez en el gobierno, se efectuaron una serie de estudios entre marzo

de 1990 y marzo de 1991, los cuales demostraron que dicha cifra estaba subestimada en el orden de cinco a seis veces. Es decir, el mejoramiento y modernización del sistema público de salud, tanto en equipamiento, gestión y recursos humanos, obligaba a una inversión de entre mil 500 y mil 800 millones de dólares.

Fue esta la discrepancia más importante entre el diagnóstico previo y el que se configuró una vez en el gobierno. La crisis de la infraestructura estatal que atiende directamente a nueve millones de chilenos, era considerablemente mayor que la prevista.

Por otra parte, problemas que se pensaba surgirían en el mediano plazo, tuvieron un desarrollo más acelerado.

La rápida reorganización del aparato sindical del sistema de salud público, pusieron en la pauta inmediata el tema de las remuneraciones y de las condiciones de trabajo de los 62 mil funcionarios del sector.

El tema se transformó en algo urgente, interfiriendo de algún modo con el plan global diseñado antes de asumir las responsabilidades gubernamentales. Así, las sucesivas crisis laborales dificultaron el control general del sector.

Sumado a las remuneraciones, la falta de recursos para el desarrollo de programas epidemiológicos dirigidos a determinados grupos de riesgo, produjo frustración especialmente en los profesionales del área paramédica, para quienes la organización estatal de salud es el principal empleador y formador.

Resumiendo, la crisis del sector público era más profunda que la diagnosticada, ya que muchos de los problemas económicos y técnicos estaban de alguna manera reprimidos en su expresión por el modelo político que rigió al país hasta el 11 de marzo de 1990. Al cambiar el escenario de uno autoritario a otro democrático, la fuerza de las variables se expresaron en forma totalmente distinta. La democracia permitió la expresión más decidida de la crisis.

MEDIDAS PARA ENFRENTAR LA CRISIS

Sobre la base de una realidad más grave que la que se previó, el Ministerio de Salud debió diseñar un plan de emergencia destinado prioritariamente a asegurar la continuidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y poner en práctica las medidas programáticas más urgentes.

Se logró un incremento del 15 por ciento en el presupuesto de salud de 1990, que permitió aumentar en un mil por ciento la inversión sectorial (de dos mil a 20 mil millones de pesos). Los recursos se destinaron a bienes y consumos de hospitales endeudados; reforzamiento de la atención urbana y rural en las 128 comunas más prioritarias; obtención de gratuidad del nivel primario para favorecer el acceso a la salud; y un aumento real de un 10 por ciento de las remuneraciones promedio de los trabajadores del sector.

La complejidad y magnitud de la crisis sectorial demandó un esfuerzo especial para organizar grupos de trabajo que diseñarán estrategias eficientes con miras a solucionar, con la mayor prontitud posible, los problemas encontrados.

De este modo, se formó una serie de comisiones y grupos de estudio, con la colaboración de distintos sectores.

A la vez, la capacidad normativa del Ministerio de Salud se reforzó a través de la reorganización del Fonasa y la creación de la Superintendencia de Isapres. Esto permitió asegurar un rol activo de dicha Secretaría de Estado, en la planificación y la supervisión de la salud, así como en la integración de los sectores público y privado.

OBJETIVOS BASICOS

El trabajo previo efectuado por la comisión técnica de la Concertación, junto a la de los grupos de estudio creados una vez en el gobierno, permitieron delinear los cinco objetivos básicos de la gestión ministerial.

1.- MEJORAR EL ACCESO A LA SALUD

Con este fin se pusieron en práctica diversas iniciativas, cada una de las cuales se basa en un objetivo o medida específica:

- **Reconstruir, fortalecer y mejorar la red de Atención Primaria.**

Desde el segundo semestre de 1990 se puso en práctica el Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, preliminarmente destinado a 62 consultorios urbanos de las 24 comunas de mayor prioridad en cuanto a riesgo de salud.

Esta en proceso su ampliación a 104 comunas rurales.

El reforzamiento consiste básicamente en aportes de equipamiento, medicamentos, ampliación horaria, de personal y de capacitación .

Para mejorar la coordinación en este nivel de atención se crearon y equiparon los Departamentos de Atención Primaria, tanto a nivel ministerial como en los respectivos Servicios de Salud.

A lo anterior se agrega la gratuidad de atención en este nivel, dispuesta en julio de 1990, que demandó 305 millones de pesos adicionales, obtenidos de la Reforma Tributaria.

Para ampliar la cobertura se distribuyeron seis unidades móviles para áreas poblaciones con mayor déficit asistencial.

- **Incorporar y reconocer la tarea de las organizaciones comunitarias y solidarias de salud.**

Se capacitó al personal incentivando la formación de líderes para lograr un efecto multiplicador de la atención primaria y favorecer la participación comunitaria. La integración del sector solidario se promovió a través del perfeccionamiento de la participación de organismos no gubernamentales.

- **Establecer mecanismos de coordinación entre Servicios del SNSS y otras organizaciones locales.**

Se ha desarrollado un programa de coordinación con las municipalidades y el estudio de eventuales reformas que mejoren la ineludible relación entre los dos niveles.

- **Ampliación de la atención primaria mediante acciones de emergencia.**

Con este objetivo se crearon 13 servicios de atención primaria de urgencia.

- **Modificación de la Ley de Prestaciones de Salud.**

Se estudia la modificación de la ley 18.469, ley de Salud, para mejorar la contribución estatal a determinadas prestaciones, como partos y consultas.

2.- RESOLVER LA CRISIS HOSPITALARIA

El fuerte deterioro en infraestructura y recursos que afecta a los hospitales públicos del país demanda una inversión estimada en mil 740 millones de dólares. La cifra, obtenida a través de estudios realizados una vez asumido el gobierno, se divide en mil 300 millones de dólares para los actuales hospitales tipo 1 y 2, y 440 millones de dólares para los tipos 3 y 4. Esta inversión considera dejar a los hospitales capacitados y dimensionados para absorber la demanda creciente por los próximos diez años, generada a partir del crecimiento de la población y los cambios en las necesidades de salud. La situación actual del país permite sólo planear una inversión sectorial de 564 millones de dólares.

Este significativo esfuerzo se financiará a través de préstamos del Banco Mundial y BID y otros organismos internacionales.

El presupuesto sectorial adicional del primer año de gobierno permitió dar solución a las crisis más urgente del sistema hospitalario, como eran las elevadas deudas que tenían los establecimientos estatales con sus proveedores.

A lo anterior se sumó el aumento de la dotación de médicos para el SNSS en 100 cargos (121 millones de pesos). Paralelamente, se iniciaron reparaciones de

mayor urgencia en establecimientos hospitalarios pertenecientes a 19 servicios de salud (600 millones de pesos). También se normalizó el funcionamiento del Hospital de Talca (588 millones de pesos); y se dió inició a las obras de terminación del Hospital Gustavo Fricke (329 millones de pesos). Por otra parte, el Hospital Grant Benavente recibió un scanner (117 millones de pesos) y el Hospital Caupolicán Pardo una bomba de cobalto (150 millones de pesos).

La inversión en la infraestructura hospitalaria se acelerará notablemente a partir de 1992, cuando culmine la tramitación de diferentes créditos externos negociados por el gobierno.

3.- IMPULSO A LA PREVENCION Y PROTECCION EN SALUD

La totalidad de las iniciativas dispuestas en atención primaria así como los programas específicos de atención a las personas y a las condiciones del ambiente, consideran tareas educativas específicas, enfatizando el aspecto preventivo.

Sobre la base de este objetivo global se han desarrollado iniciativas como la Comisión Nacional de Prevención y Protección del Adulto; estudios de prevención en programas de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus e hipertensión).

Otras tareas realizadas:

Elaboración de un anteproyecto de nueva ley de medicina preventiva; aumentó en cantidad y calidad de productos el Programa de Alimentación Complementaria; adecuación del programa SIDA y refuerzo de control de enfermedades de transmisión sexual; refuerzo de programas dental y salud mental.

4.- MEJORAR LA CALIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

El Ministerio de Salud está consciente del rol esencial que juega el medio ambiente en la salud general de la población. Por ello se ha empeñado en iniciativas tendientes, por ejemplo, a disminuir la contaminación del aire, especialmente en la Región Metropolitana y otras

cuatro regiones. Para ello se ha incrementado control de fuentes fijas industriales. En el caso de Santiago, se puso en práctica proyectos de equipamiento por dos millones de dólares en beneficio del Servicio de Salud M. del Ambiente.

Se halla en estudio una normativa de salud para la contaminación atmosférica y un proyecto que reforma el reglamento sanitario de alimentos.

5.- FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL

El rol clave del sector público en la administración de salud ha sido reforzado mediante la creación de la Superintendencia de Isapres y la reestructuración futura del FONASA.

Paralelamente, se crearon los departamentos de Atención Primaria en el Ministerio y en los servicios de salud, cuya función es colaborar con la coordinación, adecuación y desarrollo del nivel primario de atención.

La capacidad gerencial de los nuevos directivos en salud ha sido mejorada y homogeneizada a través de tres seminarios con la participación de las máximas autoridades del sector.

La coordinación con trabajadores, colegios profesionales, entidades sociales y centros académicos se ha llevado a través del Consejo Consultivo Nacional de Salud, creado en septiembre de 1990. Un mes más tarde fue creado el Consejo Nacional de Salud Privada, con el objeto de asesorar al Ministerio de Salud en el análisis del sector privado.

Las mejoras de las condiciones de trabajo para los funcionarios del sector fue un tema también prioritario en el primer año de gestión. Es así como se dispuso una asignación compensatoria en septiembre de 1990, con un efecto redistributivo que va desde 34 por ciento de incremento sobre el sueldo base en el grado 31, hasta ocho por ciento en el grado 4. El costo de esta medida ascendió a tres mil 300 millones de pesos efecto año.

Paralelamente se dispuso la atención de salud gratuita en el SNSS de los trabajadores de consultorios municipalizados.

Asimismo se trabaja en la creación de un estatuto personal de salud, que se espera regule el régimen laboral de los mismos.

RELACIONES INTERSECTORIALES

MINISTERIOS

Existen relaciones habituales con los demás Ministerios a través de diversos comités.

Es el caso del Comité Económico Social, que preside el Ministro de Hacienda, al cual se incorporan el Ministerio de Desarrollo y Planificación, Ministerio de Economía, Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Ministerio Secretaría General de Gobierno, Ministerio de Salud, Ministerio de la Vivienda y Ministerio de Educación. Su coordinador es un economista, quien también tiene a su cargo el estudio de los créditos externos. Mideplan también tiene una coordinación propia que le permite calificar la factibilidad de los proyectos de inversión, además controla y evalúa metas, objetivos y planes sectoriales.

En materia de medio ambiente, existe una comisión nacional presidida por el titular de Bienes Nacionales, al que se agregan Salud, Agricultura, Vivienda, Obras Públicas, Educación, Secretaría General de Gobierno, Secretaría General de la Presidencia y Transporte. La Comisión Nacional del Medio Ambiente CONAMA, opera como una secretaría ejecutiva interministerial.

Otra coordinación interministerial es la Comisión de Desarrollo Rural que preside el Ministro de Agricultura, la que ha tenido una actividad relativamente escasa.

Las demás coordinaciones sectoriales se producen en torno a problemas puntuales o concretos, por ejemplo, crisis laborales.

En términos globales las relaciones han sido buenas, pero lamentablemente han estado sujetas al peso que implica el aparato burocrático de la administración del Estado, que venía caminando a una velocidad muy lenta y se decidió darle un ritmo más acelerado.

Lamentablemente, y más allá de la relación entre Ministerios, se ha confirmado que la estructura administrativa del gobierno de Chile supone la deshonestidad como un hecho y, por lo tanto, rigidiza los procedimientos de asignación de recursos y de gastos, no sólo por criterios económicos, sino también de principios. Así, el control de la Dirección de

Presupuesto y de la Contraloría, hace eficiente el sistema en cuanto a la pulcritud del mismo, pero fomenta la lentitud del proceso al establecer excesivos filtros fiscalizadores.

También existe el centralismo mental entre los directivos de las regiones, a los que les cuesta tomar decisiones propias. Se mantiene una relación de dependencia desde la periferia hacia el centro.

PARLAMENTO

La falta de experiencia y los 17 años sin actividad parlamentaria en el país hizo compleja esta relación en el primer año de gobierno.

Problemas tan simples como la dignidad de los cargos han dificultado la labor. Hay comisiones parlamentarias que se niegan a aceptar que no vaya el Ministro o su subrogante a discutir un proyecto o idea determinada.

Esto se ha tratado de resolver a través de reuniones periódicas entre los parlamentarios de la Concertación y el Ministerio.

Esta relación con el Congreso también se ha visto obstaculizada por la ubicación del mismo, hecho que enerva, pues significa perder horas de viaje para trasladarse y, a la vez, dificulta la relación interpersonal.

Por otra parte, los parlamentarios, al ser portadores de las demandas de su comunidad, se transforman en personas que presionan a los Ministerios, rompiendo el margen regional y derivando problemas solucionables en las propias regiones o zonas, al nivel central, básicamente al ministro y Subsecretario. Lamentablemente, se ha podido comprobar que se hacen cargo de las demandas sin mayor análisis, transformándose en cadenas transmisoras de demandas de la comunidad.

PARTIDOS POLITICOS

Entre algunos profesionales de los partidos políticos de gobierno surgió cierta frustración por el grado de participación o involucramiento que se les dió en la gestión gubernamental. Esto generó problemas.

Asimismo, se ha detectado en este primer año de gobierno escaso desarrollo técnico en materia de salud a nivel de partidos políticos, tanto en colectividades de gobierno como de oposición. En el caso de los partidos de la Concertación se debió básicamente a que la mayoría de los miembros originales de estos grupos debieron asumir responsabilidades gubernamentales.

También, la temática de las situaciones expuestas en materia de salud por los partidos políticos se basan en la queja por hechos puntuales. Las expresiones de agradecimientos son escasas. La crítica prima casi por una deformación histórica.

En todo caso, es responsabilidad del propio Ministerio de Salud divulgar los logros sectoriales, fundamentalmente diferenciando lo pasado de lo presente.

PROYECCION A 1994

Existe la certeza de que se entregará un sector salud con un rostro absolutamente distinto al que se recibió. Lo anterior, pese a que cuatro años es un período escaso para lucir logros, en forma especial en salud, donde el deterioro es mayor al esperado y los cambios se alcanzan con un ritmo menor por el costo que implican cada una de las inversiones. También se está consciente de que será imposible financiar inversiones por más de mil 700 millones de dólares.

Pese a todo, las inversiones de 460 millones de dólares para cuatro años serán una cifra histórica para el país. Junto a la infraestructura renovada y eficiente, se espera lograr que los trabajadores del sector laboren bajo un espíritu y mística diferente al que vivieron durante el régimen pasado.

III MEJORAMIENTO CONDICIONES DE TRABAJO

MEJORAMIENTO CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL

En marzo de 1990, al asumir el Gobierno democrático, una de las áreas con mayor deterioro del sector salud era la de recursos humanos. Esta situación determinó la preocupación de las nuevas autoridades, iniciándose un vasto trabajo con miras a la solución gradual de los problemas.

Todas las iniciativas se centraron especialmente en el rol trascendental que juegan los funcionarios de la salud estatal en la atención del 80 por ciento de la población, espíritu que ya estaba inserto en el Programa de Salud de la Concertación de Partidos por la Democracia, que en su punto número 33 expresaba la decidida voluntad de "mejorar la condición de los trabajadores de sector mediante una política justa y realista de: remuneraciones, carrera funcionaria, formación continua y bienestar, que permitan rescatar su noble labor".

Sobre la base de este principio, una vez asumidas las responsabilidades, las autoridades del sector salud iniciaron un constructivo diálogo con las principales organizaciones gremiales (profesionales y no profesionales) haciendo realidad el concepto de "participación" de todos los agentes del sector, en la solución de sus problemas comunes.

La realidad laboral se caracterizaba por las bajas y exiguas remuneraciones, ausencia de carrera funcionaria y de un sistema de calificaciones adecuado; discriminación en relación con los demás trabajadores estatales; y las pésimas condiciones para ejercer sus labores de trabajo.

La principal organización gremial de los trabajadores de la salud carecía de dirigentes elegidos democráticamente, lo que afectó la orgánica sectorial pues dicha organización comprende aproximadamente 60.000 funcionarios.

Pese a lo anterior, el advenimiento de la Democracia motivó a los trabajadores a presionar por su reorganización democrática.

De este modo se gestó un proceso eleccionario en el cual el Gobierno facilitó, a través de los Ministerios de Justicia y de Salud, el marco jurídico y las condiciones necesarias para que los trabajadores lo realizaran en forma libre e informada, culminando con la elección democrática de la Directiva Nacional, Regional y Local de los trabajadores de la Salud (FENATS).

Esta situación puso termino a una serie de tensiones que se habían suscitado, pues al no haber dirigencia legalmente constituida imposibilitaba el reconocimiento por parte del gobierno y por ende los canales de participación no eran los adecuados.

De este modo, se gestó un proceso eleccionario que culminó con la elección democrática de nuevos dirigentes.

Las primeras medidas

Con el fin de solucionar gradualmente la desmadrada situación de los trabajadores del sector público de la salud, en septiembre de 1990 fue otorgado un reajuste especial a los funcionarios que demandó recursos por 1.075 millones de pesos, al que se sumó después el incremento general concedido a toda la administración pública.

Como resultado a estos esfuerzos los trabajadores de la salud habían obtenido a diciembre de 1990 un aumento promedio del 10 por ciento real de sus ingresos.

Con la posterior publicación de la ley 19.086, se hace efectivos mejoramientos que van desde el 10 al 30 por ciento, según los grados. Así mismo esta ley faculta al Presidente de la República para fijar nuevas plantas de personal; incorpora a las plantas a los 628 funcionarios interinos; devuelve la gratuidad de la atención médica a los beneficiarios de la ley 18.469, activos y pasivos, y sus cargas familiares.

Este esfuerzo se efectuó en el marco de reconocimiento de las organizaciones de los trabajadores y sus representantes, para mejorar progresivamente los canales de participación.

En enero de 1991 se hizo efectiva la disposición que permitió contratar 2.000 nuevos funcionarios. Cabe hacer notar la contratación de 521 nuevos cargos médicos en becas de perfeccionamiento de post-grado y de 251 médicos generales de zona para las regiones alejadas. Estas cifras muestran evidente contraste con el promedio de 95 cargos anuales provistos para médicos en el régimen anterior.

Negociaciones con FENATS

Durante 1991 se inició una ronda de conversaciones a través de grupos o comisiones de trabajos en el área económica, de bienestar, franquicias, capacitación y Estatuto de la Salud.

El 16 de mayo surgió un informe técnico de un grupo de trabajo de dirigentes de FENATS y de funcionarios del Ministerio. Sus resultados fueron rechazados por las autoridades del Ministerio, por presentar una serie de defectos.

Entre ellos cabe destacar:

- El partir de un supuesto erróneo al calcular promedios de metas por Ministerio, cuya composición relativa tiene grandes diferencias en cuanto a proporción de profesionales, técnicos y auxiliares.
- Su aplicación eventual significa que muchos funcionarios habrían quedado con incluso menor renta que la actual, ya que habría implicado la supresión de las asignaciones compensatorias.
- El costo global de este informe era inviable económicamente.

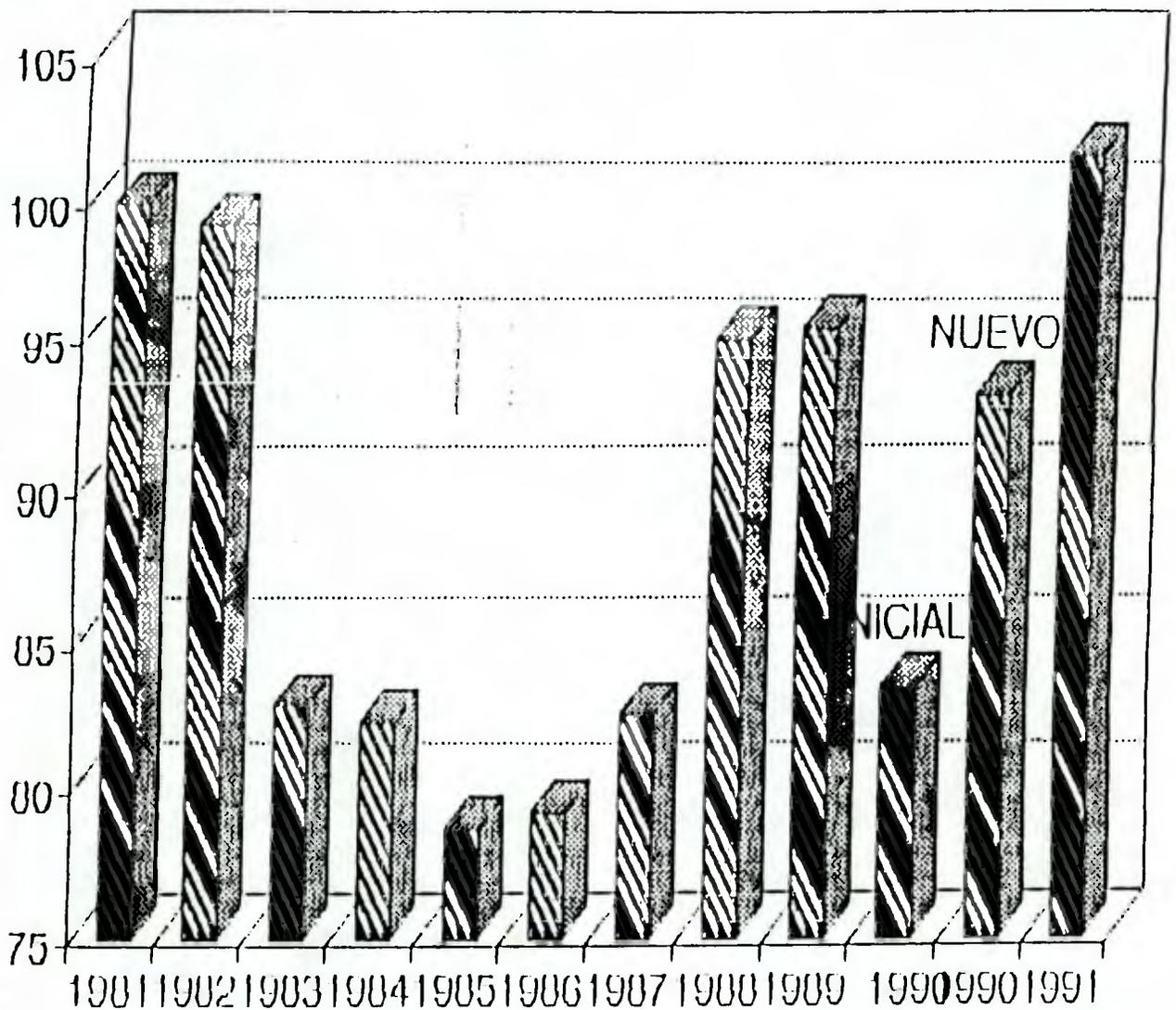
Es así como se propuso considerarlo sólo como un informe. FENATS, por su parte, pidió que dicho documento fuese el único estudio a considerar sobre la reubicación de grados.

Esto motivo un desacuerdo entre las partes, no concretándose la reubicación de grados a partir de enero de 1992 y un adelanto a cuenta de ese arreglo (asignación compensatoria 1991)

El 15 de julio de 1991 se formó una Comisión Interministerial, coordinada por el Ministerio de Salud e integrada por los Ministerios Secretaría General de la Presidencia, Secretaría General de Gobierno, Hacienda y Trabajo para elaborar un proyecto de ley que estableció una estructura y nivel de remuneraciones del personal de salud afecto a la ley 18.834 y al decreto ley 249.

GASTO EN REMUNERACIONES

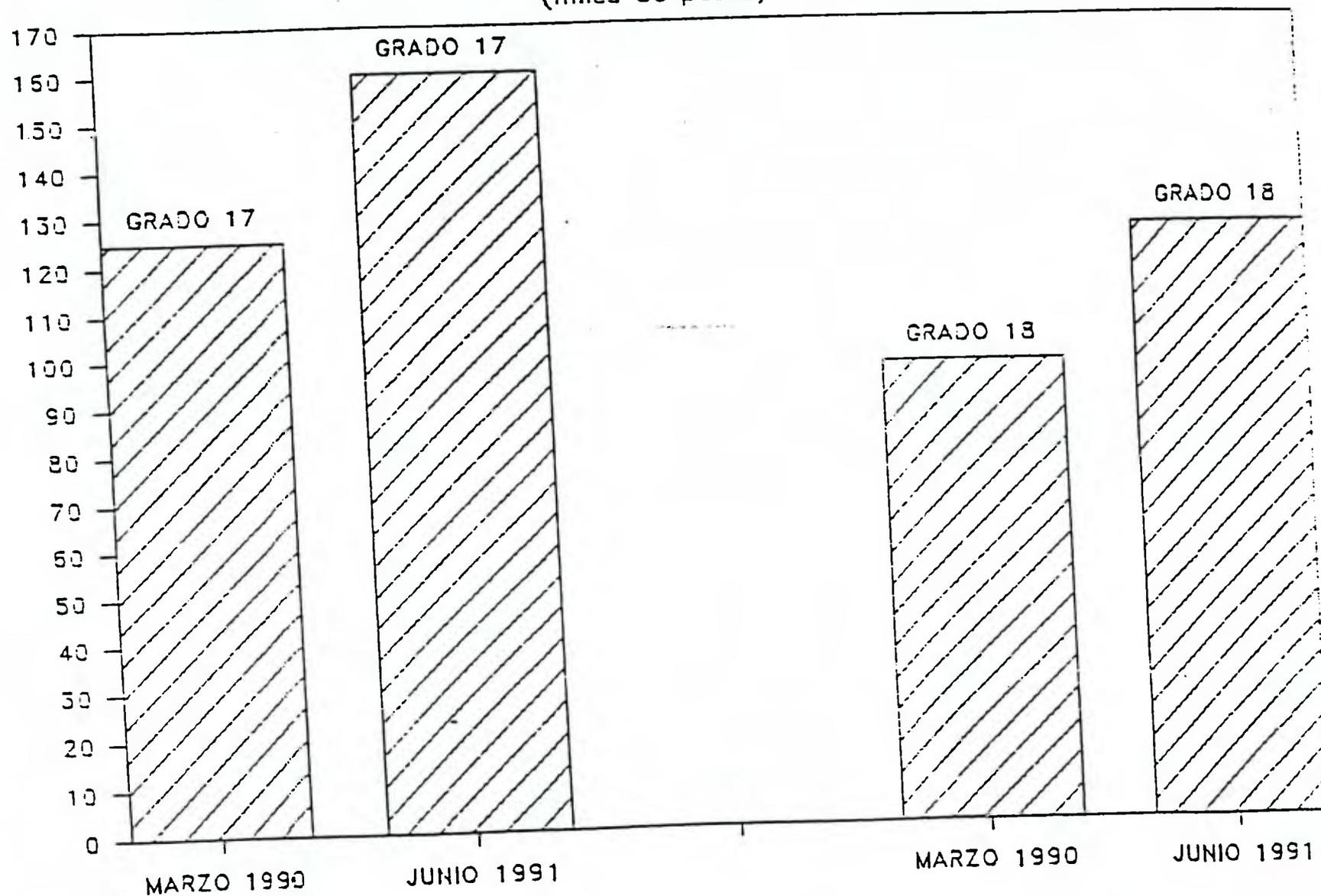
INDICE 1981=100



La crisis de 1985 produjo una fuerte contracción del gasto de remuneraciones. Si bien en los años siguientes hubo un incremento, el promedio de 1988 y 1989 fue de \$78 mil millones (en pesos de 1991). El presupuesto inicial para 1990 era de \$69 mil millones, que fuera complementado en \$7 mil millones. Para este año se superan los \$83 mil millones, la cifra más alta desde 1981.

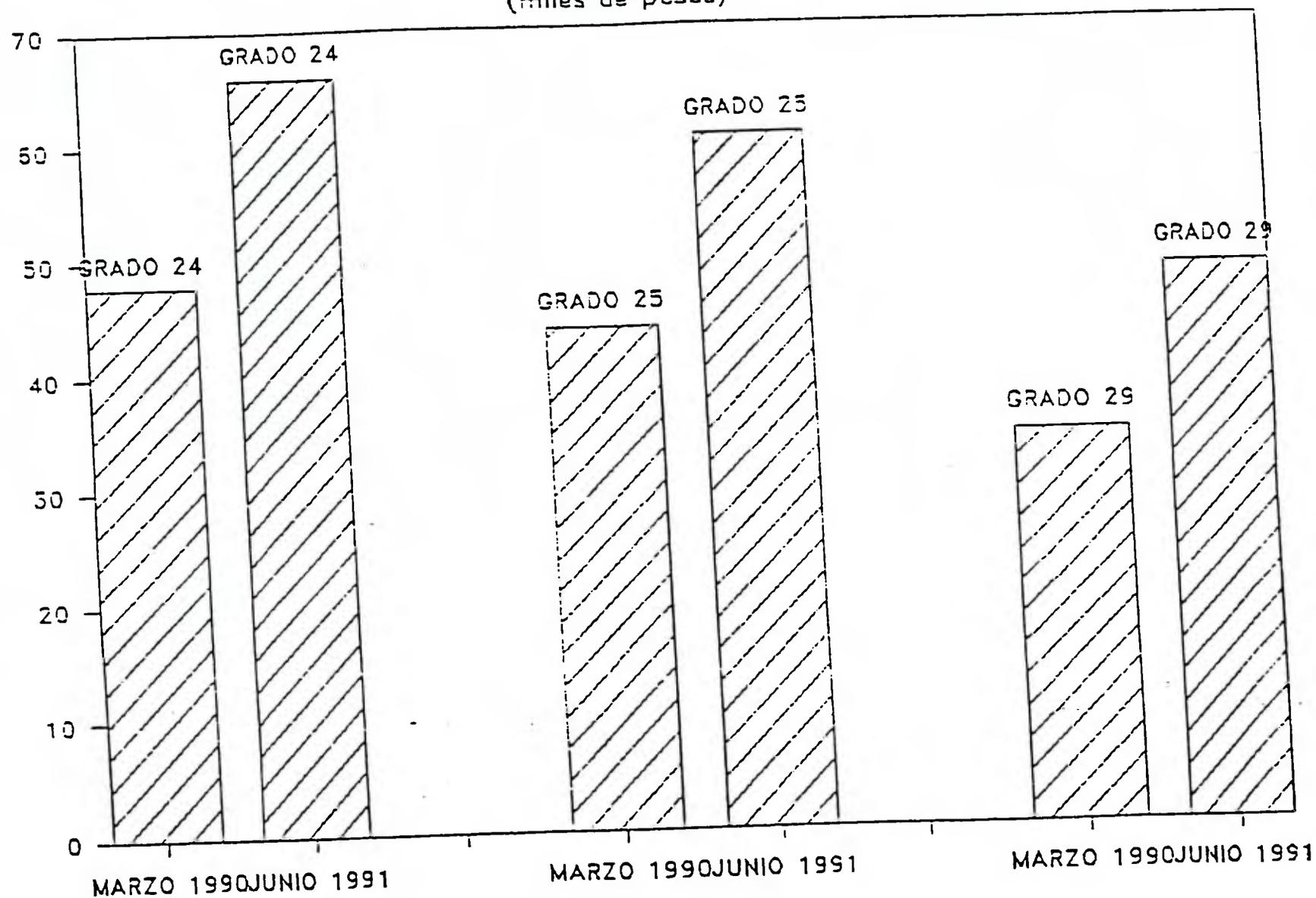
EVOLUCION DE LA RENTA GRADOS 17 Y 18

(miles de pesos)



EVOLUCION DE LA RENTA GRADOS 24,25 Y 29

(miles de pesos)



EVOLUCION DE LA RENTA DE PRINCIPALES
GRADOS DE PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES

PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES

GRADO 17		
MARZO 1990	124.843	
JUNIO 1991	160.073	Aumento en 28,2%
GRADO 18		
MARZO 1990	97.004	
JUNIO 1991	125.270	Aumento en 29,1%
GRADO 24		
MARZO 1990	47.787	
JUNIO 1991	65.020	Aumento en 37,7%
GRADO 25		
MARZO 1990	43.704	
JUNIO 1991	60.319	Aumento en 38,0%
GRADO 25		
MARZO 1990	34.187	
JUNIO 1991	40.387	Aumento en 41,5%

EVOLUCION DE LAS REMUNERACIONES SECTOR SALUD

JUNIO 1990 JUNIO 1991

GRADOS 22 AL 31

GRADO	REMUNERACION 15/06/90	REMUNERACION 15/06/91	AUMENTO %
22	53.129	72.931	37.3
23	50.339	69.436	37.9
24	47.787	65.820	37.7
25	43.704	60.319	38.0
26	41.514	57.548	38.6
27	37.109	52.034	40.2
28	35.791	50.395	40.8
29	34.187	48.387	41.5
30	32.582	46.375	42.3
31	31.876	45.506	42.8

Este cuadro refleja las mejorías ya realizadas en materia de remuneraciones del sector, en los grados más bajos de la escala. El promedio de aumento es superior al 10 por ciento, por sobre el IPC. En este caso se trata de un aumento real de un 10 por ciento.

IV. - ATENCION PRIMARIA

ATENCION PRIMARIA

DIAGNOSTICO PREVIO

La estrategia de atención primaria, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida de todos los individuos, contempla la decisiva participación de la comunidad y el trabajo intersectorial con otros segmentos estatales y fomento sobre la recuperación de la salud, así como el nivel primario de atención sobre el secundario y el terciario.

ATENCION PRIMARIA

El consultorio de atención primaria es el lugar de primer contacto del público con el sistema de salud y de su acción depende fuertemente la imagen que se forma en la población sobre la totalidad de su cuidado de salud.

Si bien en los últimos 30 años se han realizado inversiones importantes en este terreno, y que han llevado a que existan a 1990 340 consultorios y 1.000 postas rurales, al inicio del gobierno de la concertación sobreviven tres importantes problemas.

- a) Déficit de cobertura en zonas urbanas
- b) Prestaciones primarias se baja calidad en la percepción de los usuarios.
- c) Una descentralización imperfecta

El primer problema se debe a que porciones densamente pobladas de las grandes ciudades del país tienen consultorios diseñados para atender a 30.000 personas con una población de más de 100 o 150.000 personas. La situación, distancia, e incapacidad de regiones como la Sur y Sur Oriente de Santiago (Región Metropolitana) son muy notorias.

El segundo problema es documentable en la insatisfacción manifiesta de los usuarios de la atención primaria, en problemas tales como las colas de madrugada, la brevedad e impersonalidad del control médico o profesional, la carencia de medicamentos, etc.

El tercer problema, la descentralización imperfecta, es uno que se genera al entregar progresivamente los Servicios de Salud a los Municipios, los consultorios de atención primaria. Todo en proceso que desde 1981 convive con el autoritarismo local de los Alcaldes y que lleva a llamarlo "Alcaldización".

La ruptura del nexo entre nivel primario y secundario provoca un gran conflicto especialmente a los trabajadores que se sienten segregados y rebajados a una categoría secundaria. Su situación se caracteriza por inestabilidad, falta de carrera funcionaria, salarios insuficientes, capacitación escasa, etc. Los directores de los Servicios de Salud a su vez, cuentan con pocos medios de supervisión o control efectivos sobre los municipios en el manejo de los consultorios, lo cual crea un conflicto adicional. Súmese el mecanismo de financiamiento por atenciones prestadas, cuyo incentivo a lo curativo y falta de estímulo a lo preventivo, aportan un elemento adicional de imperfección al estado del primer nivel de salud.

ESTRATEGIA Y ACCIONES

El Gobierno del Presidente Aylwin adopta esta estrategia, propuesta por la OMS y la OPS, partiendo de la base que lo más urgente era lograr la accesibilidad de los sectores de bajos ingresos, alta necesidad y marginalidad en la atención en salud y mejorar la capacidad resolutoria de Consultorios y Postas.

Se destacaron los siguientes problemas frente a los cuales se realizaron las acciones que se señalan.

<u>Problemas</u>	<u>Acción</u>
1. Inaccesibilidad a la Atención de Salud por razones económicas.	1. Gratuidad de la Atención (Decreto Presidencial N°513 exento del 10 de julio de 1990).
2. Rechazo de la demanda de Atención de Salud del usuario.	2. Aumento de personal en la jornada diurna (8:30-16:30) en 61 consultorios a lo largo del país en 1990 y 20 más en 1991, haciendo un total de 81.

<p>3. Inaccesibilidad a la atención.</p>	<p>3.1 Creación de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (pequeñas postas adosadas a los consultorios o SAPU en 26 consultorios (ver anexos).</p> <p>3.2 Creación de Terceros Turnos en 57 consultorios (de 17:00 a 21:00 horas), orientados a dar atención a los trabajadores, mujeres trabajadoras, adolescentes y senescente.</p>
<p>4. Limitación de la capacidad resolutive.</p>	<p>4.1 Incremento y mejoramiento de la calidad de los medicamentos e insumos en algunos consultorios.</p> <p>4.2 Implementación de laboratorios básicos en algunos consultorios.</p> <p>4.3 Manejo de la obstrucción bronquial en 57 consultorios de la Región Metropolitana, con Oxígeno, equipos de aspiración, nebulizadores y medicamentos de origen línea. Dotación de especialistas capacitados.</p>

<p>5. Ausencia de atención o cobertura base en 104 comunas rurales en 1990 más de 23 comunas de menos 3.000 habitantes en 1991 y apoyo extra a las 20 comunas de extrema pobreza.</p>	<p>5.1 Elaboración de normas técnicas para la salud rural.</p> <p>5.2 Elaboración y ejecución de un sistema de información (encuesta familiar, clasificación por riesgo).</p> <p>5.3 Capacitación de todos los equipos rurales en Atención Primaria de Salud.</p> <p>5.4 Incentivación de la participación de la comunidad y el trabajo de intersectorialidad.</p> <p>5.5 Compra de 27 vehículos.</p> <p>5.6 Contratación de 25 funcionarios a nivel de los DAP regionales.</p>
<p>6. Insuficiente desarrollo de la Atención Primaria.</p>	<p>6.1 Realización de un taller para formar monitores (18) a nivel ministerial, 29 talleres APS en Servicios de Salud (640 monitores) y de 501 talleres de APS local (9.608 personas).</p> <p>6.2 Apoyo permanente desde el Ministerio a las DAP.</p> <p>6.3 Fomento de Atención Primaria en cada cicio de Salud de cada región.</p>

<p>7. Preparación de Proyectos de Estatuto de Salud, de ley de A.P.S. y de nuevas normas de financiamiento del sector.</p>	<p>7.1 "Programa de Salud integrado en comunas rurales pobres" con la Agencia Internacional de Desarrollo (A.I.D) (US\$ 2.000.000) en 1991-1992. La meta fundamental del programa consiste en mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población rural del país, con énfasis en grupos específicos que se encuentran en situación de mayor riesgo biomédico, socioeconómico y ambiental a través de acciones desarrolladas en las comunas más pobres.</p> <p>7.2 Programa de apoyo a proyectos de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) (MINSAL-AID). Su objetivo es integrar los esfuerzos del Estado, las Municipalidades, las ONGs y la comunidad en el desarrollo de la estrategia de la A.P.S. (2.000.000 dólares de la A.I.D.). Se llamó a un concurso al que se presentaron 227 proyectos, siendo aprobados 38. Para el presente año se contempla -con fondos del FOSIS. La aprobación de alrededor de 40 más.</p>
--	--

Se consiguió que la AID aportara US\$1.000.000.00 para 1991, con los mismos fines.

7.3 Proyectos. Apoyo a las acciones contra el Cólera El Departamento de Atención Primaria (DAP) envió su personal y sus esfuerzos de información y distribución para implementarse las medidas ordenadas por la Comisión Ad-hoc del Ministerio.

7.4 Programa de Mejormamiento de la Calidad de la Atención Primaria de Salud, financiado por la AID y realizado con el Center For Human Selences de la University Research Corporation su onto es de US\$ 5000.000.00 e involucra a todos los Servicios a lo largo de todo el país.

RESUMEN

Un resumen de los logros durante 1990 en relación a lo propuesto se aprecia en el siguiente cuadro:

PROGRAMA PARA 1991

En 1991 expandió los programas en marcha, con especial énfasis en las soluciones estructurales y funcionales del sector municipalizado, la incorporación de nuevos grupos de trabajo la creación de nuevas áreas de actividad en problemas de salud como adulto, mental, sexualidad y otros, la extensión hacia comunas de mayor mortalidad y ruralidad en búsqueda de equidad entre otras cosas.

ACTIVIDADES	M E T A S		% CUMPLI- MIENTO
	PROGRAMADO	CUMPLIDO	
A. <u>Gratuidad</u>	\$ 305.000.000	\$ 305.000.000	100
B. <u>Comunas Urbanas</u>			
1. Convenio Municipales	24	24	100
2. Personal (en consultorio)	602	544	93
3. Terceros Turnos	38	33	78
4. S.A.P.U	10	13	130
5. Farmacia	\$ 344.578.882	\$ 344.578.882	100
6. Laboratorios	\$ 63.719.724	\$ 63.719.724	100
7. Obstrucción Bronquial (Hospitaliz. abreviada)	29	29	100
C. <u>Comunas Rurales</u>			
1. Convenios Municipales	104	104	100
2. DAP Personal	28	26	93
3. Vehículo DAP	22	22	100
D. <u>Capacitación</u>			
1. Talleres/Central Monitores	1 12	1 18	100 150
2. Talleres/Servicios Salud Monitores	26 335	29 640	112 191
3. Talleres/Consultorio Participantes	451 6.765	501 9.608	111 142

Servicio de Salud Metropolitano Central por limitaciones de planta no ha contratado personal.

V. - MANEJO COOPERACION INTERNACIONAL

MANEJO DE LA COOPERACION INTERNACIONAL

I.- ANTECEDENTES.-

Chile es un país en transición de muchas maneras. Una de ellas, es la que se refiere a su ubicación en el contexto de la canalización, utilización y aprovechamiento de los recursos de la cooperación internacional, especialmente la cooperación financiera para el desarrollo.

El análisis del manejo de la cooperación internacional es un capítulo de alto interés, especialmente en el sector salud, desde que en el período inicial del Gobierno democrático, se generaron procesos de innovación que deberán ser analizados y aprovechados por otras naciones y por los mismos países que otorgan dicha cooperación.

La posición como país de desarrollo intermedio, hace que Chile no sea directamente elegible para la asistencia financiera preferencial. Pero, esta misma situación, que se refleja en los aspectos demográficos y epidemiológicos en un estado de transición, de cambio de perfiles, y en lo organizacional y sanitario en un sistema de salud fuerte y altamente capacitado - aunque sometido a las duras restricciones que sufrió en los años previos al cambio de gobierno - es un incentivo y un polo de atracción para los organismos financieros y de ayuda al desarrollo, tanto multilaterales como bilaterales.

Han sido especialmente importantes en este proceso, la alta prioridad que los problemas de salud han tenido para el país y el Gobierno de la Concertación y la necesaria adaptación de un amplio programa de recuperación del sector a la realidad institucional vigente.

Al llegar al Ministerio, las nuevas autoridades traían un programa que implicaba la decisión de fortalecer el sector público de salud, que había sufrido un deterioro que impactaba profundamente en la salud de la gran mayoría de la gente.

Esto significaba un cambio cualitativo y cuantitativo en las políticas sectoriales, que se materializa, entre otros aspectos, en la voluntad de canalizar recursos para el desarrollo de un programa que permita mejorar globalmente la prestación de servicios y satisfacer así una de las más sentidas necesidades de la población.

Para cumplir con la meta señalada, es indispensable contar con recursos financieros adicionales para la realización de importantes inversiones. Estos recursos no estaban disponibles en el país. Por ello el rol que juega la ayuda proveniente de la cooperación internacional en este proceso es de vital importancia.

En este contexto, las primeras prioridades en la acción estuvieron centradas en tres elementos:

1º.- Informar a las diversas instancias, nacionales e internacionales respecto del programa de gobierno en salud y su proyección en necesidades de inversión así como en el desarrollo nacional.

2º.- Profundizar el programa e iniciar su ejecución, llevándolo hasta el nivel de proyectos elegibles para la cooperación internacional, así como de las instancias institucionales del país.

3º.- Desarrollar una estructura eficaz para preparar y coordinar la ejecución de los proyectos de inversión con financiamiento internacional.

II.- EL PROCESO DE INFORMACION.-

Durante la campaña electoral que culminó en Diciembre de 1989, la Comisión de Salud de la Concertación preparó un Programa de Gobierno en Salud, que se llevó a nivel muy operacional, dado el nivel de información disponible.

Los puntos fundamentales del Programa de Gobierno en Salud, presentado a la consideración de la opinión pública y que determina las líneas principales de acción en este período, estaban basados en tres principios y cinco tareas.

Los principios básicos planteados eran:

Equidad: hacer justicia reduciendo las diferencias en los riesgos y daños de salud entre las personas y los grupos.

Dar más años a la vida: disminuyendo las muertes evitables y aumentando la expectativa de vida de los chilenos.

Dar más salud a los años: buscando que los años de vida sean más plenos a través del desarrollo y uso de las capacidades físicas y mentales de las personas para vivir saludablemente y aspirar a una vida feliz.

De estos tres principios, se derivan las cinco tareas prioritarias en el sector salud que, tal como se señaló en la introducción de este trabajo son :

- I. Mejorar el acceso a la Salud.
- II. Resolver la crisis hospitalaria.
- III. Dar un gran impulso a la prevención de enfermedades y promoción de Salud.
- IV. Mejorar la calidad del medio ambiente.
- V. Rescatar el sector público e integrar al sector privado y solidario.

Este conjunto de medidas conformaban un esfuerzo de, por una parte normalización de un sistema de salud en crisis y de adecuación del mismo al estado de transición demográfica y epidemiológica.

En Agosto de 1989, se preparó el primer set de información para las instituciones financieras y gubernamentales de la Comunidad Económica Europea, incorporando a ella los perfiles de los proyectos que en ese entonces se preveían como prioritarios para el sector.

Posteriormente, después de las elecciones del 14 de Diciembre, con importante participación de la cooperación internacional, canalizada a través de organismos no gubernamentales de carácter técnico, se pudo avanzar un importante trecho en el proceso de desarrollo del programa de gobierno, aumentando el nivel de información diagnóstica y elaborando proyectos a un nivel más detallado. Con esa información, una misión sectorial recorrió, invitada por entidades financieras, gubernamentales y no gubernamentales, los países de la Comunidad Económica Europea, señalando las prioridades programáticas, acompañando esta información con los respectivos perfiles de proyecto que daban cuenta de las necesidades de inversión que el programa de gobierno involucraba.

Un documento denominado "Proyectos de Inversión en el Sector Salud" fué conocido por las diversas instituciones financieras y de cooperación, orientando respecto de las áreas prioritarias de acción del futuro gobierno democrático en el sector.

Por otra parte, una misión conformada por representantes de primer nivel del futuro gobierno, entre ellos, el Ministro de Salud designado por el Presidente electo tomó contacto en Washington y Nueva York con los principales responsables de la Banca Multilateral para adelantar negociaciones tendientes a obtener financiamiento para el programa del gobierno electo. En estas conversaciones se entregaron tanto la misma información programática como los perfiles de proyecto, que fué entregada también a las diversas instituciones financieras y de cooperación del gobierno de los Estados Unidos.-

Culminando este proceso una serie de misiones visitaron el país, especialmente la de la Cooperación Financiera Alemana, con la cual se llegó a un acuerdo preliminar para financiar un proyecto de rehabilitación de hospitales de nivel secundario de dos Servicios de Salud. En esta etapa se obtuvo también un alto interés del Gobierno de Francia para focalizar un aporte no reembolsable al sector salud.

Como resultado de este proceso de información, se aglutinó un gran interés en apoyar, a través de programas y proyectos bien definidos, el proceso de recuperación del sistema de salud chileno y el programa que el nuevo gobierno traía para realizar.

Así, en mayo de 1990 se firmó en París un acuerdo entre ambos gobiernos, para un aporte financiero destinado a proyectos de transportes del sector salud, condicionado a la adquisición de material rodante francés. El Ministerio de Salud, a través de sus organismos operativos ejecutó este proyecto en 1990, completando la entrega de 156 ambulancias, 8 unidades de rescate y 6 unidades móviles, por un monto cercano a los US\$ 5.0 millones, en abril de 1991.

Por otra parte, en julio de 1990 se extendió el acuerdo básico con el Gobierno Alemán, permitiendo este financiar la rehabilitación de hospitales de otros dos Servicios de Salud, llegando el crédito a un monto de 30,0 millones de marcos alemanes.

En mayo de 1990, el Congreso de los Estados Unidos aprobó un aporte para fortalecer el Sistema de Salud Chileno, especialmente la Atención Primaria de Salud, en las áreas rurales y urbanas más pobres, por US\$ 10.0 millones. El proyecto específico para aplicar estas remesas se diseñó y negoció durante el segundo semestre de 1990, para firmar el acuerdo de donación en enero de 1991.

Los créditos bilaterales se negociaron, por parte de las entidades especializadas del Gobierno de Chile, con España, por US\$ 12,0 millones y Francia, por US\$ 20,0 millones, destinándose ambos a reequipamiento médico de hospitales.

Finalmente, el Gobierno de Italia, comprometió en julio de 1990 su aporte de aproximadamente US\$ 10.0 millones, en un proyecto integrado Salud - Vivienda en áreas pobres, incluyendo en este programa 3 Servicios de Salud.

Este conjunto de logros iniciales pueden entenderse como producto de una activa estrategia de difusión de información que que daba a conocer el diagnóstico, las metas y el programa de acción en el sector.

Con posterioridad, se concretaron otros acuerdos y aportes, principalmente de la Comunidad Económica Europea y otros países europeos.

III.- PROFUNDIZAR EL PROGRAMA E INICIAR SU EJECUCION

Ocurrió una situación paradójica en el primer período del Gobierno: el sector salud se presentaba como un sector con enormes déficits y necesidades evidentes de inversión, pero con absoluta carencia de proyectos técnicamente adecuados destinados a satisfacerlos.

Por otra parte, la activa estrategia de información generó un importante volumen de recursos y compromisos para aportar los mismos. Sin embargo, en la medida que no se dispusiera de proyectos, estos recursos no se podrían aplicar.

El "cuello de botella", por lo tanto, en la segunda fase del primer año, en esta materia, estuvo constituida por la falta de proyectos técnica y económicamente apropiados, en especial en el nivel hospitalario. Puede decirse en esta segunda fase de manejo el proceso de comunicación con los organismos financieros fué principalmente a través de proyectos.

Los proyectos requeridos por los organismos financieros no se presentan bajo formatos, criterios ni pautas de evaluación similares a los que exige el sistema de inversión pública chileno, lo cual conllevó un doble esfuerzo, dado los breves plazos para lograr los acuerdos técnicos, de preparar proyectos para los organismos financiados por una parte, y luego darles la presentación necesaria para el sistema nacional de inversiones.

Un rico diálogo técnico resultó de esta etapa, en el cual quedó de manifiesto la especial condición del Sistema de Salud Chileno, pero como un sistema orgánicamente fuerte, con gran tradición sanitaria, cuya acción se puede apreciar por los indicadores de salud más propios de un país de alto desarrollo que de uno subdesarrollado.

En esta fase se prepararon, negociaron y acordaron un conjunto de proyectos de corto plazo y rápida ejecución, complementarios a los proyectos de inversión sectorial o sistemática cuyo financiamiento proviene de la Banca Multilateral.

Estos proyectos son :

- El Programa de Rehabilitación de Hospitales para 4 Servicios de Salud, con financiamiento de la Cooperación Financiera Alemana.
- El Programa de Equipamiento de Transportes de los Hospitales del S.N.S., con financiamiento tanto del Gobierno Francés (donación) y del Gobierno de Chile.
- El Programa de Equipamiento Médico Hospitalario con similar financiamiento.
- El Programa de Intervención Integrado Extraordinario en Areas de Extrema Pobreza, con financiamiento del Gobierno de Italia.
- El Programa de Mejoramiento Inmediato de la Atención Primaria de Salud, con aportes del Gobierno de los Estados Unidos, a través de la AID.

Finalmente, debe mencionarse también, una donación hecha por el TDP (Trade Development Program) de los Estados Unidos, para estudios relacionados con el mejoramiento del Nivel Terciario y de los procesos de transferencia tecnológica.

Un breve análisis de cada uno de estos programas y proyectos demuestra el especial carácter que ha adquirido el proceso de movilización y manejo de los recursos de la cooperación financiera bilateral en Chile.

Es necesario recordar que el diagnóstico de la crisis hospitalaria, ubicaba el foco de la misma en la insuficiente capacidad resolutoria del nivel secundario, lo que produce una recarga de los hospitales de mayor complejidad. Esta situación se complica por la existencia de un sistema de atención primaria, que genera una demanda importante sobre el sistema hospitalario, especialmente en el área de enfermedades crónicas y degenerativas. La eficiencia de este nivel se veía afectada principalmente por la carencia de recursos de operación antes que por la insuficiencia de infraestructura.

Por otra parte, la disponibilidad del Crédito BID-FNDR permitía resolver las demandas de financiamiento para proyectos de inversión en el nivel primario. Por supuesto, la disponibilidad de recursos de inversión no resuelve la insuficiencia de los programas aplicados en la atención primaria, ante la situación de cambio epidemiológico.

Este análisis llevó a la misión de la KfW (Cooperación Financiera Alemana) a interesarse por un proyecto de rehabilitación de los hospitales del nivel secundario en servicios de salud escogidos, entendiéndose que la inversión en el nivel primario, que el foco de la ayuda al desarrollo del sector salud no sería tan relevante desde el punto de vista del mejoramiento del conjunto del sistema y de la atención de salud de la población. Por supuesto, la inversión que financia el crédito BID-FNDR, no permite generar programas adecuados a la cambiante realidad epidemiológica del país. Este esfuerzo de adaptación también fue materia de aportes específicos de la cooperación internacional, principalmente de los Estados Unidos, a través de la donación AID y del Gobierno de Italia, con un programa integrado de intervención en áreas pobres.

Estos elementos conforman un característico panorama de programas de apoyo al sector salud en países de desarrollo intermedio, que se están probando, a nuestro juicio exitosamente, en Chile.

Un último aspecto relevante para el análisis se refiere a las condicionantes que el gobierno de Chile estableció para la recepción y aplicación de recursos bilaterales, específicamente en cuanto a aceptar y utilizar solo líneas de crédito, condicionadas a la adquisición de equipos y financiamiento de otros proyectos, a través de procedimientos competitivos y abiertos. Esta condición significó una mayor participación del estado de Chile en el financiamiento de estos proyectos, pero, a la vez, una ventaja económica evidente respecto de la utilización de financiamiento atado.

IV.- ORGANIZACION PARA LA PREPARACION, COORDINACION Y EJECUCION.

La preparación de estos proyectos, significó movilizar una estructura que hasta el momento no estaba adecuada para ello, reclutando, tanto en el Ministerio de Salud como en los propios Servicios, un conjunto de profesionales en preparación y evaluación de proyectos.

La coordinación que esto requería significaba esfuerzos al menos en tres direcciones.

- Al interior del Sistema Público de Salud, relacionando el staff del nivel central con los servicios de salud.
- Hacia las demás instituciones de Gobierno, principalmente MIDEPLAN (entonces oficina dependiente de la Presidencia de la República) ODEPLAN (encargado de la evaluación y aprobación técnica de los proyectos de inversión) y la Agencia de

Cooperación Internacional (AGCI) encargada de la movilización y negociación de recursos de cooperación financiera bilateral; el Ministerio de Hacienda, como encargado de asignar recursos a través del Presupuesto Nacional.

- Hacia los organismos de cooperación externa, para presentar y negociar los proyectos respectivos e informar demandas específicas.

El Ministerio de Salud no contaba, en mayo de 1990 con una estructura apropiada para abordar este complejo conjunto de tareas. Para hacerlo se creó una estructura diversificada y especial, la Comisión de Cooperación Internacional, dependiente del más alto nivel del Ministerio, para coordinar la preparación de los proyectos y la presencia ante los organismos externos, bajo la orientación de las nuevas políticas del sector. Este organismo, formado por un grupo pequeño de profesionales que se desempeñaban en las Comisiones Técnicas de Salud de la Concertación, y en niveles directivos del Sector Salud, tomó a su cargo el conjunto de tareas propias de la preparación del Programa Sectorial de Inversiones, de relación con los organismos financieros, incluidos la Banca Multilateral y los bilaterales.

Una primera experiencia de contacto con estos organismos demostró la necesidad de especializar las estructuras de coordinación. El avance en el proceso de preparación y el inicio de la ejecución exigió estructurar un procedimiento de coordinación y supervisión adecuado a la realidad orgánica y a la velocidad necesaria para lograr la pronta movilización de los recursos.

Sucesivamente se organizó, a partir de la Comisión de Cooperación Internacional, la Unidad Coordinadora del Proyecto MINSAL/Banco Mundial, la unidad Coordinadora de la preparación del proyecto MINSAL/BID, y finalmente, la Oficina de Cooperación Internacional, para la preparación de los proyectos bilaterales y la coordinación de estos recursos.

Este proceso se formalizó, creando unidades funcionales dedicadas a estas tareas, de manera de racionalizar el proceso de preparación de proyectos de inversión que se presentarían para el financiamiento de fuentes externas, multi y bilaterales.

En este contexto, se creó un Comité de Inversiones, con las funciones asesoría en la coordinación y compatibilización del programa de inversiones, y compuesto por las más altas autoridades del Ministerio y los directivos de las diversas unidades de inversión.

Se dió forma, además, a una Unidad de Créditos Multilaterales, con funciones de preparación de los anteproyectos para la obtención de los recursos de la banca multilateral (Banco Mundial y BID, análisis de cuyos proyectos se detalla en el capítulo siguiente) y preparar los proyectos respectivos, así como de coordinación, dirección y supervisión de la ejecución de los proyectos.

La Oficina de Cooperación Internacional se formalizó principalmente con funciones de asesoría en la organización, preparación y coordinación de las actividades de movilización de recursos bilaterales, de coordinación de la preparación y ejecución de los aportes, especialmente en lo referido a su tramitación técnica y administrativa, coordinar la preparación de los proyectos de inversión para los créditos bilaterales y asesorar a los organismos y departamentos que corresponda en la inserción de estos proyectos en el proceso administrativo y presupuestario nacional, en especial en el Sistema Nacional de Inversiones.

Esta estructura, basada en proyectos y con fuerte énfasis en los resultados, ha permitido generar y echar a caminar el programa de inversiones más importante que ha enfrentado el sector salud en los últimos 20 años.

VI PLANIFICACION DE LA INVERSION

Proyectos BID y Banco Mundial

PLANIFICACION DE LA INVERSION: PROYECTOS BID Y BANCO MUNDIAL

I.- LA CRISIS HOSPITALARIA CHILENA

En las últimas décadas las obligaciones de cobertura del Servicio Nacional de Salud se fueron incrementando a un ritmo mucho mayor que al de la asignación presupuestaria requerida, lo que generó deterioros progresivos al sistema.

Esta situación se agrava a mediados de los años 70, producto de la brusca reducción del Gasto Fiscal y el condicionamiento de su crecimiento al de la economía como un globo, en función de preservar los equilibrios macroeconómicos del país.

Posteriormente, la reestructuración del sector salud en 1980 significó una sumatoria de obligaciones y una mayor demanda hospitalaria, consistente con el deterioro progresivo de la modalidad de Libre Elección.

La prolongada restricción de recursos financieros se tradujo en una dramática caída de la inversión para los hospitales de mediana y alta complejidad, con intensa focalización de los recursos en los niveles menos complejos y precipitó la crisis hospitalaria que comenzaba a vislumbrarse.

Vale la pena señalar que durante los últimos años, no existió voluntad para perfeccionar los modelos administrativos y flexibilizar y mejorar la capacidad de gestión de los servicios, lo que condujo al sector progresivamente a una situación de gran obsolescencia administrativa, que hoy día constituye uno de los factores de restricción más importantes para revertir la crisis.

Los elementos fundamentales que caracterizan esta crisis son:

- Existe un modelo de atención de salud disfuncional, donde los supuestos de atención progresiva, según complejidad y cobertura, no se cumplen.
- El sistema hospitalario público, en términos generales, presenta en la actualidad un importante retraso tecnológico y deterioro de su infraestructura.

- En los hospitales existe un volumen de actividades que podría realizarse ambulatoriamente, dadas las características clínicas de las patologías.
- Existe desproporción entre las necesidades y dotaciones, y severos desequilibrios en la composición de los distintos factores productivos, lo que conduce a largas listas de espera y a subutilizar algunos recursos y sobreutilizar los más escasos.
- Por otra parte, la red de consultorios de atención primaria también se encuentran saturada, en gran medida por pacientes que no han encontrado solución a través de las interconsultas.
- No existen tecnologías modernas para la recolección, procesamiento y análisis de la información hospitalaria, lo que se traduce en el uso de grandes volúmenes de horas hombre para satisfacer requerimientos de información del nivel central.
- Se observa todavía un elevado grado de centralización que ha generado falta de comprensión de los objetivos comunes entre el personal técnico y administrativo.

II.- RECOMENDACIONES CONCEPTUALES PARA LA CRISIS

La propuesta de soluciones o proposiciones factibles, se realiza teniendo en cuenta que la magnitud de los recursos que el país destina actualmente a la salud, hace muy difícil poder aspirar a un sistema sustancialmente mejor sin aumentar el nivel de recursos asignados.

a) Soluciones inmediatas

Se estiman de primera importancia las acciones tendientes a la recuperación de los niveles de calidad y cantidad de recursos humanos de las unidades hospitalarias. Será necesario generar rápidamente incentivos que promuevan la motivación, aumento de productividad y participación del personal que compone el equipo de salud, así como promover el desarrollo del personal idóneo para el trabajo intrahospitalario y desarrollar programas de capacitación para la gestión, así como estrategias de capacitación continua.

Los procedimientos y sistemas existentes en los hospitales, deben ser readecuados con el objeto de conseguir el logro de los objetivos de la institución.

Asociado a lo planteado anteriormente parece prioritario desarrollar un programa intensivo de capacitación para la gestión.

b) Soluciones a mediano y largo plazo: la readecuación

Se estima que en el mediano y largo plazo, la solución de esta crisis dice relación con poder resolver satisfactoriamente los siguientes temas básicos;

Descentralización:

La necesidad de alcanzar una mayor eficiencia en la administración de los recursos de salud controlados por el Estado es un imperativo social de primer orden. Si bien es cierto que los cambios organizacionales no necesariamente constituyen una garantía de mejora en la gestión, no es menos cierto que mantener vigentes los esquemas de centralización de las decisiones, que han demostrado sobradamente su ineficiencia, son un obstáculo para mejorar la administración del sistema.

Por ello resulta conveniente examinar modelos organizacionales orientados a una descentralización del sistema estatal de salud, sin perder el carácter eminentemente social.

Cualquier modelo de descentralización tiene por objeto traspasar a subsistemas intermedios las decisiones típicamente tomadas en un nivel superior.

En consecuencia, se considera necesario:

- Reservar para el nivel central - Minsal- la misión de orientar controlar y normar el sistema de salud.
- Incorporar en el corto plazo un nuevo mecanismo de asignación de recursos, distinto del FAO.
- Delegar en cada uno de los Servicios de Salud las funciones de planificación, asignación de recursos y control administrativo de las unidades operativas.
- Involucrar a nivel de Servicios de Salud a la comunidad organizada.

Redefinición del modelo de atención de salud:

Este tema está directamente vinculado a la descentralización real del sector. Se hace necesario repensar estos conceptos y revisar sus definiciones, teniendo a la vista los avances tecnológicos disponibles en la actualidad, que están permitiendo otorgar prestaciones complejas en un nivel de atención primario o secundario, y al mismo tiempo masificar métodos de diagnóstico y terapéuticos otrora reservados sólo para pacientes hospitalizados.

Desarrollo de un Programa de Inversiones:

Se requiere desarrollar metodologías eficaces que permitan encontrar las mejores alternativas de inversión, así como desarrollar una política y normativa para el mantenimiento de los recursos físicos. Esto se halla muy vinculado a la readecuación del modelo de atención, el que debe transformarse en un marco recto de las inversiones, así como al tema de la descentralización, por cuanto serán los propios servicios quienes deberán generar sus proyectos y sus mecanismos para la mantención de sus recursos.

La labor técnica obligará a recrear comisiones específicas en los servicios que orienten las demandas. La racionalidad en la asignación de recursos a proyectos de inversión deberá sustentarse en un diagnóstico profundo de la red asistencial y su entorno relevante, instrumento de uso cotidiano para la gestión estratégica, la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones en general.

III.- LOS ESFUERZOS DEL PRIMER AÑO

La magnitud de la crisis diagnosticada para el sector salud antes de asumir las responsabilidades gubernamentales motivó la coordinación inmediata de diversos esfuerzos destinados a conseguir los recursos que revirtieran esta situación.

De este modo se gesta el cumulo de negociaciones y contactos dirigidos a conseguir los recursos que se necesitaban para enfrentar esta verdadera catástrofe sectorial (el detalle de esas iniciativas esta relatado en el capítulo anterior).

Dimensionado el desafío que implicaba la planificación de la inversión para un sector como salud, donde la crisis resultó mayor que la prevista, y vista la necesidad de formalizar las relaciones con las fuentes crediticias, el gobierno acordó conformar dos unidades específicas destinadas a tramitar y negociar los préstamos con el Banco Mundial y con el BID.

En un comienzo, esta labor fue particularmente difícil debido a la carencia de un catastro fiel. A esto se sumaba la escasez de proyectos de inversión existentes en la entonces Oficina de Planificación Nacional, lo cual dejó en evidencia la baja prioridad que tuvo este sector para la anterior administración. El volumen de proyectos que se halló no se compadecía con la crítica realidad existente.

Tal como se dijo, los buenos propósitos y aproximaciones globales contenidos en el Programa de Salud de la Concertación, requerían el respaldo concreto de proyectos actualizados con elementos de apoyo para las decisiones efectivas en el campo institucional.

La urgencia fue otro elemento clave en el trabajo previo destinado a configurar el programa sectorial de inversiones. Esto, por la magnitud del daño encontrado, y por el compromiso adquirido con la ciudadanía antes de asumir el gobierno.

Fortalecimiento del Ministerio de Salud

Los esfuerzos desplegados en este campo durante el primer año permitieron fortalecer al Ministerio de Salud en su capacidad de elaborar proyectos de inversión y de desarrollo institucional. La conformación de equipos específicos de profesionales cuya misión central estaba dirigida a objetivos determinados con plazos y metas claras, fue configurando una línea de trabajo exitosa.

A mediados de 1990 comienzan a tomar forma los distintos proyectos. Los primeros estudios confirmaron la necesidad de concentrar esfuerzos financieros de gran magnitud en los hospitales más complejos (1 y 2), que hasta la fecha habían estado marginados en el acceso al financiamiento de los fondos regionales.

Conceptualmente, uno de los lineamientos centrales en esta área de trabajo fue desarrollar metodologías eficaces que permitieran encontrar alternativas de inversión, así como desarrollar una política y normativas para el mantenimiento de los recursos físicos. Esto estaba muy vinculado a la readecuación del modelo de atención, que debe transformarse en un marco rector de las inversiones, así como el tema de la descentralización, por cuanto en el futuro se espera que sean los propios Servicios quienes generen sus proyectos y sus mecanismos para la mantención de recursos. Se trabajó también sobre la base de la idea de que la racionalidad en la asignación de recursos a proyectos de inversión debía sustentarse en un diagnóstico profundo de la red asistencial y su entorno relevante, instrumento de uso cotidiano para la gestión estratégica, la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones en general.

Proyecto Banco Mundial

Organizada la unidad encargada de coordinar los créditos con el Banco Mundial, ésta comenzó a preparar los proyectos respectivos en julio de 1990, oficializándose la constitución del citado grupo de trabajo en octubre del mismo año.

En esa fecha se iniciaron gran parte de los estudios que dieron forma al proyecto "Readecuación del sistema de atención de salud; Financiamiento del Sector". Junto a esta labor se fijó un calendario de misiones con el banco y se comenzó a diseñar la metodología aplicable a los proyectos de inversión. Hasta esa fecha, no existía esa metodología y fue éste un logro del proyecto global. Este modelo de 'hacer las cosas' obligará a mantener una capacitación actualizada del personal de los respectivos Servicios de Salud, para que en lo sucesivo no sea necesario crear unidades especiales para preparar proyectos, sino sólo para coordinar iniciativas con las fuentes crediticias.

La negociación con el Banco Mundial requirió una cuota especial de esfuerzo de las autoridades nacionales ya que -por tradición- esta entidad tenía una aproximación marcada de trabajar en el área de la atención primaria. El énfasis logró ser reenfocado al analizar las necesidades del sistema hospitalario chileno.

Dos fueron los proyectos con el Banco Mundial cuya preparación se inició en el primer año de gestión gubernamental. Están contenidos en el plan global de fortalecimiento del sector público.

El primero de ellos comenzó a prepararse en octubre de 1990, esperando que sea sometido a pre-evaluación en febrero de 1992. El monto de los recursos negociados alcanza a 220 millones de dólares y será destinado a la construcción y reparación de infraestructura hospitalaria.

Este proyecto contiene un ítem para "desarrollo institucional", cuyo objetivo es mejorar la capacidad de gestión del sector.

El segundo proyecto involucra recursos por más de 40 millones de dólares y está destinado a reparaciones de urgencia en infraestructura de la Región Metropolitana que se halla en crítico estado.

La preparación de los proyectos de inversión que se financiarán con los créditos demandó también el trabajo de más de 30 técnicos y profesionales pertenecientes a la unidad coordinadora, además de la contratación de consultoras para la realización de estudios de infraestructura.

Los créditos del BID. Prioridad, las regiones

Definido como un plan integral de mediano plazo (cinco años), el proyecto negociado entre el Ministerio de Salud con Banco Interamericano de Desarrollo se divide en dos etapas. La primera, que concentró el mayor despliegue de esfuerzos durante el primer año de gestión gubernativa, se basó en un plan piloto de gran magnitud, para el cual se eligieron tres Servicios representativos del país, con hospitales 1 y 2: en el norte, Iquique; en el centro, San Felipe-Los Andes; y en el sur, Valdivia. La idea central es que estas reparticiones representen una muestra fiel del sector público de la salud en Chile. Esta iniciativa aprovecha la existencia de proyectos con algún grado de desarrollo, que incluyen obras inconclusas del régimen pasado.

Definidos los servicios de manera integral, se inició una carrera vertiginosa por gestar un proyecto global que fundiera a estas tres reparticiones en un plan piloto.

En julio de 1990 se concreta la "intención de crédito" ante al BID por un monto de 100 millones de dólares, 30 de los cuales son de contrapartida local. En febrero de 1991, se presenta oficialmente el proyecto ante la fuente crediticia.

En mayo de 1991, se cursan los primeros fondos a cuenta del crédito global, destinándose a los gastos y que demandaba el ítem de asistencia técnica y a todo lo relacionado con la gestión en salud.

Con esto se apoyó uno de los pilares de este proyecto BID-Minsal, como es la Información para la Gestión. A éste se suman Inversión y Capacitación.

La segunda etapa del proyecto BID-Minsal implicará un total de 150 millones de dólares y se espera concretarla a fines de 1992 o principios de 1993. Esta aplicará los logros del plan piloto puesto en práctica en los tres Servicios antes mencionados y también incluirá las correcciones de aquellos aspectos que eventualmente no den los resultados esperados.

A futuro, y al igual que en el caso del proyecto Banco Mundial-Minsal, se espera que sean los propios Servicios los que asuman la responsabilidad de preparar sus propuestas y postulen -sobre la base del modelo usado- a la obtención de recursos tanto en el ámbito bilateral como multilateral.

VII.- PROGRAMAS DE LA SALUD

PROGRAMAS DE SALUD

I.-INTRODUCCION

Definidos como un conjunto de normas destinados a solucionar problemas específicos, los programas de salud son herramientas claves para la gestión sectorial. A través de ellos se canalizan en términos prácticos los grandes lineamientos teóricos de la política global. Cada una de estas iniciativas contienen objetivos o metas, que son factibles de alcanzar a través de las actividades específicas propuestas en cada programa.

Asumido el Gobierno, las nuevas autoridades resolvieron crear la División de Programas de la Salud (DIPROG), que reemplazó al entonces Departamento de Programación. Se reforzó la capacidad de este organismo especialmente en la dictación de normas y supervisión del cumplimiento de las mismas. A la vez, los respectivos Servicios de Salud mantuvieron su rol ejecutor de las normas impartidas por el Nivel Central.

Para afinar las estrategias a aplicar se elaboró un documento base denominado "Orientaciones de Políticas de Programación", cuyo objetivo era definir las áreas de acción y determinar los énfasis de la gestión de las nuevas autoridades.

También permitió reorientar los programas a los nuevos desafíos en materia de salud; pues muchos de los existentes habían sido concebidos a principios de la década pasada obedeciendo a otra realidad.

Esta labor fue de trascendental importancia, pues permitió afinar el carácter normativo.

PROGRAMAS FUNDAMENTALES

Históricamente se ha trabajado en Chile sobre la base de tres programas básicos, denominados también programas de las personas.

- a) Programa de Salud Infantil, hoy llamado Programa de Salud del Niño y del Adolescente. Su objetivo es identificar problemas de salud del menor de edad, generando objetivos, identificando problemas y formulando políticas y actividades para hacer frente a estos problemas.
- b) Programa de Salud Materno Perinatal. Originalmente fue dirigido a la atención obstétrica, pero se ha extendido su ámbito, considerando muchos aspectos de la mujer. Se estima que en un futuro cercano debería transformarse en un Programa de reproducción humana.
- c) Programa Básico de Salud del Adulto. Es el de menor desarrolló, pues históricamente los problemas de salud en Chile se concentraron en el área Materno Infantil, por lo que el énfasis se dió en este campo. En la medida que el país ha ido solucionando este tipo de problemas, han surgido con mayor fuerza los desafíos de la tercera edad.

El Programa de Salud del Adulto es un Programa que en la parte preventiva enfatiza en los estilos de vida. Debe incluso adelantarse al Programa de Salud del Niño, pues hay algunos hábitos, costumbres y estilos de vida que el individuo adquiere tempranamente y que pueden repercutir en su salud ya en la tercera edad.

En países con mayor desarrollo, el Program de Salud del Adulto ha pasado a denominarse Programa de Promoción de la Salud modelo que en Chile está observando para aplicarlo gradualmente.

PROGRAMAS POR PROBLEMAS

Cruzando los programas básicos se hallan los programs por problemas. Se refieren a aspectos específicos circunscritos en cualquiera de las tres áreas fundamentales.

Generado el cambio administrativo y técnico se implicó la creación de la División de Programas de Salud, durante el primer año de gestión esto se tradujo en la creación de tres programas específicos que abordaron temas que para las nuevas autoridades eran prioritarios teniendo presente el actual patrón epidemiológico del país:

El Programa Odontológico. Para su aplicación se crea una División encargada de centralizar la coordinación de esfuerzos destinados a velar por la salud bucal de los Chilenos.

El Programa de Atención Primaria. Para su realización se funda del Depto. de Atención Primaria.

El Programa de Salud Mental. Por primera vez se dió real énfasis a esta materia, creando un grupo de trabajo específico que incorporó el legado represivo del régimen anterior como un desafío que había que abordar, brindando apoyo a las víctimas.

Por su trascendencia, esta iniciativa se explicará más detalladamente en un capítulo aparte.

II.- LAS REORIENTACIONES PRINCIPALES

Una vez asumida la conducción sectorial, los equipos multiprofesionales encargados de diseñar las líneas de acción en el área Materno Infantil identificaron serios problemas de atención en las maternidades de mayor magnitud, especialmente debido a la falta de recursos.

Esta situación era el fiel reflejo de la falta de preocupación registrada en los últimos años por parte de las autoridades sectoriales, que no invirtieron los recursos necesarios para permitir un funcionamiento adecuado de estos servicios.

El déficit en recursos humanos y en la planta física era considerablemente mayor al previsto. Al no existir fondos recursos inmediatos para invertir en las maternidades, las nuevas autoridades decidieron humanizar la atención a través de diversas medidas tales como la flexibilización de los horarios de visitas.

Los primeros meses de labor demandaron la conformación de comisiones de expertos para temas específicos en el área Materno Infantil. Es así como se creó la comisión de Neonatología, conformada por distinguidos profesionales de Santiago que asesoraron a las autoridades del sector en la toma de decisiones certeras y rentables, especialmente en la adquisición de nuevos equipos que se espera mejoren la asistencia al recién nacido.

En otra área de acción, el Ministerio de Salud decidió enfrentar el problema del embarazo precoz que afecta anualmente en Chile a 38 mil mujeres menores de 20 años.

Así se gestán los primeros estudios para la creación de consultorios que atenderán a adolescentes embarazadas y reponderán consultas de reproducción humana, tales como planificación familiar e infertilidad.

Se espera que a mediados de 1992, estas unidades sean una realidad.

El reenfoque del trabajo vinculado al área de la detección del cáncer, fué otro ámbito de acción trascendente.

Debido a la escasa cobertura alcanzada, se modificó la recomendación anterior de hacer un papanicolau a toda mujer una vez al año.

Ahora la norma será un examen cada tres años, para toda mujer entre 25 y 64 años. En esta acción el Ministerio de Salud trabajó coordinadamente con el Servicio Nacional de la Mujer.

INICIATIVAS POR LA INFANCIA

Especial mención cabe en esta área de trabajo a la labor desarrollada para hacer frente a las Infecciones Respiratorias Agudas.

Se diseñan dos estrategias diferentes. En Atención Primaria se crean unidades de hospitalización ambulatoria, donde son llevados los niños con graves problemas bronquiales. Para humanizar la atención y evitar experiencias que pueden llegar hacer traumáticas para los menores de edad, se procede a realizar los tratamientos de los niños ante la presencia de la madre, descartando - en los casos que es factible hacerlo - la hospitalización.

El interno pasa la crisis junto a su madre y luego es derivado a su hogar. Esta iniciativa es reforzada con una estrategia educativa que apoyó UNICEF, a través de la cual la madre aprende a identificar las crisis que ameritan el envío de su hijo a la unidad asistencial.

HACIA UNA POLITICA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Factor clave en las estrategias global del sector salud, es la política de planificación familiar. Las nuevas autoridades estimaron indispensable definir en cuanto asumieron la administración los principales lineamientos conceptuales y la enmarcarían.

En esta definición se reconoce que las actividades de paternidad responsable han sido causantes de algunos defectos demográficos y estos deben ser vigilados aunque no sean objetivos de ellas mismas. Sin embargo, el gobierno piensa que hasta la fecha estos efectos han sido positivos al establecer un crecimiento moderado de la población semejante al de hace 50 años atrás, pero con mucho menor cantidad de perdidas de vidas infantiles. También este crecimiento ha permitido un mejor equilibrio entre el crecimiento de las demandas de salud y las ofertas de servicio.

Otra consecuencia de las actividades de Paternidad Responsable ha sido la reducción de la frecuencia de embarazos no deseados, con la consiguiente reducción de la mortalidad materna por aborto inducido complicado. Del mismo modo permitieron parte de la disminución de la mortalidad infantil por causas asociadas a la desnutrición y al abandono infantil.

Sobre la base de estas consideraciones las nuevas autoridades propusieron mantener el apoyo a a las actividades de planificación familiar con objetivos de salud. Se consideró indispensable ampliar el concepto de Paternidad Responsable hacia el individuo, la pareja y la familia completa. Este nuevo enfoque permitirá abordar el problema de la adolescente embarazada desde una perspectiva de una responsabilidad de los padres hasta que el adolescente abandone el hogar.

Junto a lo anterior, se admite el derecho del individuo de la pareja y de la familia a decidir libremente con la información adecuada, el uso o no uso de los métodos de regulación de la fecundidad disponibles que les sean mas aceptables, para ello los Servicios de Salud los otorgarán según demanda espontánea y gratuitamente o al mínimo costo posible para el usuario, para no introducir discriminaciones

a los sectores de menos ingresos económicos que los soliciten. También se ampliará el acceso a más alternativas de métodos anticonceptivos, todos ellos dentro de los que no interfieran con el desarrollo de una nueva vida.

Con el fin anterior; incluso se capacitarán a los profesionales y técnicos en la administración de todos los métodos, incluidos los de abstinencia periódica.

La esterilización quirúrgica voluntaria seguirá siendo un acto médico ajeno a las alternativas anticonceptivas. Sin embargo, se mejorará su acceso a los grupos que las requieran por razones de alto riesgo especialmente para aquellos que arriesgan su vida al no disponerse ya de la alternativa de interrupción terapéutica del embarazo.

III.-EL FUERTE IMPULSO A LA SALUD MENTAL

Relevante en la estrategia global de la programación sectorial fué también el apoyo y énfasis que el nuevo gobierno dió al tema de la salud mental.

Con este fin se robusteció su Unidad de Salud Mental, incorporando un nutrido equipo multiprofesional destinado a aplicar a través de programas concretos las ideas delineadas en el programa de salud de la concertación de partidos por la democracia.

Es así como se amplía el concepto de salud mental incorporando mas propiamente el enfoque de riesgo, incluyéndolo entre los indicadores de calidad de vida y concibiéndolo como una disciplina que aporta al desarrollo humano de Chile.

La nueva administración respalda un cambio de perspectiva de acción desde los desórdenes mentales a la promoción de salud mental; desde un trabajo sólo intrasectorial, aislado y devaluado, a un decidido impulso para complementar los esfuerzos y experiencias de los sectores solidarios.

Se apoya una planificación moderna de los nuevos servicios clínicos, reorientando una iniciativa fracasada de la dictadura, como fueron los centros de adolescencia y drogas.

A nivel de política se establece que no habrá más nuevos hospitales psiquiátricos, sino servicios especializados en hospitales generales. No habrá un programa aparte de Salud Mental, sino uno de apoyo, transversal, pero definitivamente incorporado a cada uno de los programas matrices.

Se comenzó la ejecución de los programas catalizadores con criterios innovadores en relación con lo que tradicionalmente se había efectuado en el país. Es así como recién asumido el gobierno se empezó a preparar tres iniciativas con aportes de la cooperación internacional:

- Atención integral de salud para afectados por violaciones a los derechos humanos.
- Red de centros comunitarios de salud mental familiar. Un programa de amplio espectro en atención primaria, con marcado componente de intersectorialidad y participación social.
- Programa de prevención de educación en alcohol y drogas, dirigido a jóvenes entre 10 y 14 años, con una metodología participativa.

La serie de iniciativa gestada con la asunción de las nuevas autoridades motivo que los Servicios de Salud del país y algunos municipios aumentarán sus recursos humanos dedicados a la salud mental. En el caso de las unidades dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud, el número de siquiátras aumentó en un 17% (20 nuevos profesionales).

Paralelamente, desde la Unidad de Salud Mental se comenzó a apoyar proyectos específicos de diversos servicios:

- SSM Occidente : Servicio de Salud Mental del Adulto.
- SSM Sur : Servicio de Urgencias Siquiátricas, incorporado a Servicio de Urgencia Generales.
- SS Talcahuano : Programa y Servicio de Salud Mental del Adulto.
- SS Viña-Quillota : Servicio Salud Mental Niños.

La asesoría de profesionales en salud mental se ha constituido en una pieza fundamental en el desarrollo de iniciativas descentralizadas en los diversos Servicios de Salud. Los Directores, en este primer año de gestión, los respaldaron con tratos, asignación de funciones y autonomía para su labor, la cual permitió la elaboración, catálisis y evaluación de programas locales de salud mental, apelando a los recursos existentes localmente.

La labor efectuada en este primer año de gestión permite asegurar que habrá un acercamiento real a la meta de dar atención integral de salud a la población.

Sin embargo, todas las acciones y programas que se realicen en este campo deberán ser objetos de la evaluación y estudio crítico que ha permitido el desarrollo de nuestra medicina y Servicios de Salud a lo largo de la historia.

VIII.- SALUD PRIVADA
Sistema Isapre

SALUD PRIVADA : SISTEMA ISAPRE

I. ANTECEDENTES GENERALES :

El Sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) creado por el DFL N°3 del año 1981 está constituido por organismos privados que hasta la promulgación de la Ley 18.933 de marzo de 1990 y su modificación (Ley 18.989), estuvieron fiscalizados por FONASA. La Ley citada modifica la reglamentación vigente para estas Instituciones de Salud Previsional y crea la Superintendencia de ISAPRE que sustituye las funciones de fiscalización del FONASA asumiendo la regularización y supervisión del sistema.

Las ISAPRES otorgan prestaciones y beneficios de salud directamente o a través del financiamiento de las mismas, a cotizaciones y beneficiarios que se consignan en el Contrato de Salud, con cargo a la cotización de salud (7%) o una superior convenida en el contrato.

El sistema opera sobre la base de contratos individuales en los que se asegura un nivel de prestaciones de salud para el cotizante y sus beneficiarios.

Las ISAPRES complementan la acción del sector público de salud, sustituyendo a FONASA en el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud a un sector de la población.

II. SUPERINTENDENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADA

La Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional creada por la Ley 18.933 de 9 de Marzo de 1990, inició sus actividades en Septiembre del mismo año, el entrar en vigencia la citada Ley.

Como organismo fiscalizador, regulador y supervisor del Sistema ISAPRE le corresponde a la Superintendencia velar por el cumplimiento de la normativa legal vigente y de las obligaciones que emanen de los contratos de salud, por parte de las instituciones fiscalizadas, resolver en calidad de árbitro arbitrador las controversias que surjan entre ISAPRE y afiliados, autorizar el registro de nuevas ISAPRE, controlar la solvencia del Sistema y el cumplimiento de los requisitos de patrimonio y garantía y en general velar por el perfeccionamiento del Sistema y la equidad de las relaciones entre ISAPRE y afiliados.

Al cabo de un año de labores la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional ha consolidado su organización y rol institucional, logrando positivos avances en sus objetivos de perfeccionamiento del Sistema de Salud Privada y en el cumplimiento de sus funciones de regulación, fiscalización y resolución de controversias entre ISAPRE y Afiliados.

2.1- OBJETIVOS

Junto con implementar su organización administrativa y funcional interna, una de las tareas prioritarias desarrolladas por la Superintendencia fué el análisis y evaluación del funcionamiento de las ISAPRE en el marco de la Ley N°18.933 que regula el Sistema, labor que se reforzó con una encuesta a los usuarios realizada en Diciembre de 1990. En esta forma se determinaron los principales problemas y limitaciones del Sistema, cuya solución ha constituido el objetivo central que ha guiado la acción de la Superintendencia durante este primer año.

El diagnóstico del Sistema Privado de Salud permitió constatar que las principales debilidades del sistema se asociaban a imperfecciones del mercado, destacándose básicamente los siguientes problemas.

A.- Poca transparencia del mercado de las ISAPRE:

- Existe gran dificultad para comparar y elegir entre los distintos planes que ofrecen las ISAPRE a los usuarios del sistema.
- La estructura y contenido de los contratos dificultaban la adecuada comprensión por parte del usuario, de los beneficios y obligaciones de ambas partes implícitos en la suscripción del contrato e imposibilitaba la comparación entre las condiciones contractuales ofrecidas por las distintas ISAPRE.

B.- Rigidez del sistema :

- Existe inflexibilidad de modificación del contrato a solicitud del usuario, cuando las condiciones en que se originó el mismo, cambian para el cotizante (Ej.: variación de rentas).

- Existe una cotización legal obligatoria que fija un mínimo de gasto a desembolsar por parte del usuario, el que debe ser integrado obligatoriamente en la ISAPRE aún cuando eventualmente supere el precio del plan de salud contratado, sin que en tal caso involucre la posibilidad de beneficios adicionales sobre el plan pactado.

C.- Falta de equidad:

- Inexistencia de un mecanismo eficiente para resolver en forma expedita, y equitativa las controversias y reclamos entre ISAPRE y afiliados.
- Desigualdad en las condiciones que la Ley impone al usuario y a la ISAPRE en cuanto a la modificación del contrato.
- Excesivas restricciones al uso de beneficios. La libertad contractual en materia de determinación de exclusiones, carencias y topes al uso de beneficios tiende a afectar negativamente el objetivo de atención integral de salud a que debe propender el Sistema.
- Este sistema concebido sobre la base de contratos anuales de administración de los fondos previsionales de salud y cobertura de los riesgos respectivos, no dispone de mecanismos para financiar los mayores gastos de salud de la tercera edad, a través de la capitalización de recursos para salud durante la etapa de edad activa cuando la renta es mayor y los gastos de salud son más bajos.
- Debido al encarecimiento de los planes en la tercera edad, algunos cotizantes del sistema tendería a volver al sector público de salud cuando sus aportes decrecen y su gasto en salud es mayor.

D.- Otras deficiencias:

- Falta de instancias de análisis y coordinación entre los diversos agentes que participan en la atención de salud: Sistema Privado, Sector Público y Prestadores de Servicio.

2.2. PROGRAMA

Acorde con los objetivos planteados, el programa de acción de la Superintendencia se ha concentrado en las siguientes áreas.

- A.- Consolidación y fortalecimiento de su organización y rol institucional.
- B.- Perfeccionamiento de la normativa vigente a fin de propender a una mejor regulación del sistema, en el marco de la Ley 18.933.
- C.- Implementación y desarrollo de las funciones de fiscalización y resolución de controversias, para garantizar el eficiente funcionamiento del Sistema ISAPRE y el cumplimiento de las disposiciones legales y contractuales.
- D.- Desarrollo de un Plan de Educación e Información al Consumidor orientado a mejorar la transparencia del mercado y la competitividad del sistema.
- E.- Creación de instancias de coordinación entre los representantes y agentes del sector público y privado de salud.
- F.- Promoción del Perfeccionamiento y Desarrollo del Sistema en una perspectiva de mediano y largo plazo, en que prevalezca la atención integral de la salud en una marco de relaciones equitativas entre Isapre y afiliados.

2.3.- ESTRATEGIAS Y RESULTADOS

A.- Organización y fortalecimiento Institucional.

La Superintendencia a logrado conciliar exitosamente su etapa de organización y puesta en marcha con el fortalecimiento de su rol institucional y el desarrollo de múltiples acciones en pro del perfeccionamiento del Sistema; a la fecha se encuentra operando a plenitud y abocada a fortalecer su presencia en regiones a través de la implementación de Agencias Regionales, habiéndose establecido a la fecha las de Concepción y Antofagasta.

B.- Perfeccionamiento de la normativa.

Se ha revisado la normativa FONASA vigente para el Sistema ISAPRE para adecuarla a la nueva Ley 18.933 que regula el Sistema, propendiendo simultaneamente a mejorar la transparencia del mercado y la equidad de las relaciones entre ISAPRE y afiliados. Se destacan en este sentido la normativa sobre contratos de salud, y el establecimiento de procedimientos de reclamos en la ISAPRE. La primera estandariza la presentación de los contratos de salud y clarifica sus especificaciones, facilitando su correcta interpretación y la capacidad de decisión de los usuarios. El establecimiento del procedimiento de reclamos en las ISAPRE junto con la implementación de un sistema de resolución de controversias en la Superintendencia han constituido un positivo avance para resolver las discrepancias que surgen entre ISAPRE y afiliados en un marco de justicia y equidad.

C.- Implementación y desarrollo de las funciones de control y fiscalización, y resolución de controversias.

A fin de resguardar la eficiencia del Sistema y los intereses de los afiliados, se ha implementado y desarrollado un programa de fiscalización orientado a controlar el funcionamiento de las ISAPRE y su adecuación a la normativa vigente. A la fecha la acción se ha centrado en la fiscalización de los aspectos contables y financieros de las 34 ISAPRE y está por iniciarse la fiscalización del Sistema Operativo.

D.- Plan de Educación e Información al Consumidor.

La Superintendencia ha desarrollado un Programa de Comunicaciones y Relaciones Públicas y una Campaña sistemática de información y educación al consumidor, orientados a mejorar a los actuales y potenciales afiliados en la elección de ISAPRE y planes de salud y en el uso del Sistema. Para estos efectos se implementó una Campaña de avisos de prensa mensuales en los diarios "El Mercurio" y "La Tercera"; y la difusión de cartillas informativas distribuidas mensualmente por el Servicio Nacional del Consumidor en virtud de un convenio entre este Organismo y la Superintendencia.

Esta campaña de información se ha complementado con difusión en Programas de TV y Radio.

Adicionalmente, esta Superintendencia emite trimestralmente un Boletín Estadístico que contiene información actualizada y detallada del Sistema ISAPRE en términos de características de la población afiliada, prestaciones otorgadas, y antecedentes financieros de patrimonios, ingresos, costos y rentabilidad.

E.- Instancias de coordinación entre los agentes que intervienen en el sector público y privado de salud.

La creación del Consejo Nacional de Salud Privada con representantes del Sector Público y Privado de Salud ha contribuido a crear una instancia de discusión, análisis y acuerdo orientada a complementar esfuerzos y resolver los problemas que se detectan en el sector salud.

A lo anterior se agrega una constante posición de apertura y diálogo de la Superintendencia con los colegios Profesionales y la Asociación de ISAPRE.

F.- Promoción del perfeccionamiento y desarrollo del Sistema en un contexto de largo plazo y de atención integral de salud.

Con miras al logro de este objetivo, la Superintendencia ha evaluado el funcionamiento del Sistema en el contexto de la Ley 18.933, desarrollando una serie de estudios cuyos resultados y conclusiones se han vertido en un proyecto de modificación de esta Ley, que ha sido presentado recientemente al gobierno. En el punto siguiente se detallan los objetivos y las principales proposiciones del proyecto citado.

III.- PROYECTO DE MODIFICACION DE LA LEY 18.933 DEL SISTEMA ISAPRE.

1.- Objetivo de las Modificaciones

Las modificaciones propuestas están orientadas a superar los problemas y limitaciones actuales, y garantizar el desarrollo del Sistema en un contexto de largo plazo, relaciones equitativas entre ISAPRE y afiliado, y atención integral de salud durante toda la vida del afiliado y su grupo familiar.

1.1. Transparencia del mercado

Generar los mecanismos legales, contractuales, instrumentales y de información, que permitan al usuario disponer de la información básica necesaria para tomar decisiones acertadas en la elección de ISAPRE y planes de salud, y en el uso del sistema, mejorando la competencia del mercado.

1.2. Relaciones equitativas entre ISAPRE y afiliados.

Perfeccionar los contratos de salud, y los mecanismos de resguardo de la solvencia e idoneidad de las ISAPRE y de resolución de controversias, a fin de asegurar el respeto de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones de ambas partes, en un marco de justicia y equidad.

1.3 Atención integral de salud.

Ampliando de la cobertura de atención de salud del sistema ISAPRE, disminuyendo las restricciones actuales, y reglamentando su aplicación.

Generación de relaciones contractuales estables en el largo plazo que garanticen una calidad uniforme de la atención de salud durante toda la vida del afiliado y su grupo familiar, creando mecanismos de financiamiento para solventar los mayores gastos de salud de la tercera edad.

2.- Principales Modificaciones Propuestas:

De acuerdo a los objetivos señalados y a los resultados de los estudios realizados, las principales modificaciones que contempla el proyecto comprenden los siguientes aspectos:

- Adecuación de las facultades de la Superintendencia para lograr una mayor eficiencia en el cumplimiento de su rol fiscalizador y regulador del Sistema ISAPRE.
- Aumento de los requisitos de aprobación de Registro de nuevas ISAPRE y flexibilización de los mismos, previa calificación de la Superintendencia.
- Aumento de la cobertura de prestaciones de los planes de salud, definiendo causales y modalidad de aplicación de las restricciones al uso de los beneficios en los planes de salud.
- Proposición de mecanismos de ahorro para garantizar el financiamiento de una atención adecuada de salud en la tercera edad.
- Perfeccionamiento de aspectos contractuales de los planes de salud a fin de garantizar una mayor equidad.

IV.- Evolución del Sistema ISAPRE entre Marzo 1990 y Marzo 1991.

A Marzo de 1991 el sistema registró 2.219.183 beneficiarios, lo que comparado con igual mes del año 1990 representa un crecimiento anual de 21,3%.

Los ingresos de explotación del primer trimestre de 1991 (\$40.403 mills.) muestran un crecimiento de 18,5% respecto de igual trimestre del año anterior, tasa que por ser inferior al aumento en el número de cotizantes está denotando una disminución de las cotizaciones per cápita en términos reales del orden de 3,5%, lo que podría estar influido por la captación de nuevos cotizantes con rentas inferiores al promedio del Sistema.

En el período considerado, los costos de explotación aumentan menos que los ingresos, lo que permite un incremento de las utilidades del sistema de 21% real. En todo caso, la rentabilidad sobre el patrimonio disminuye denotando que este aumenta más que las utilidades.

El aumento de cotizantes corresponde exclusivamente a las ISAPRE abiertas, las cuales dada su importancia relativa (93% de los cotizantes) determinan la tendencia del sistema.

Respecto a las ISAPRE cerradas se aprecia un mejoramiento significativo en las cotizaciones per cápita de sus afiliados, en efecto, mientras el número de afiliados prácticamente se mantuvo entre marzo de 1990 y 1991 los ingresos de explotación aumentaron en 13,8%. Sin embargo dado que los costos de explotación de estas ISAPRE aumentan en mayor medida que los ingresos, las utilidades y la rentabilidad disminuyen.