

República de Chile
Ministerio de Salud

REPUBLICA DE CHILE			
PRESIDENCIA			
REGISTRO Y ARCHIVO			
NR.	91/20411		
A:	05 OCT 81		
P.A.A.	<input type="checkbox"/>	R.C.A.	<input type="checkbox"/>
C.B.E.	<input type="checkbox"/>	M.L.P.	<input type="checkbox"/>
M.T.O.	<input type="checkbox"/>	E.D.E.C.	<input type="checkbox"/>
M.Z.C.	<input type="checkbox"/>	J.R.A.	<input type="checkbox"/>

ARC.

MEMORANDUM 1A/127

ANT.: Lo planteado en Reunión del
10/01/91 de Directiva
Nacional FENATS y Sr.
Ministro.

MAT.: Plantea acción del trabajo
conjunto.

Santiago, 18 OCT 1991

DE: SR. MINISTRO DE SALUD

A: DIRECTIVA NACIONAL DE TRABAJADORES

- 1.- El Ministerio de Salud en esta oportunidad quiere saludar a todos los trabajadores de la Salud de Chile y manifestar su alegría de tener una Federación de Trabajadores de Salud elegida democráticamente.

Por lo anterior quiero expresar públicamente en nombre del Ministerio y de todas las autoridades regionales el reconocimiento a las Directivas Regionales y Nacionales de la Federación de Trabajadores de la Salud.

- 2.- Considerando este valioso paso dado por ustedes y frente a la importante tarea de Reconstrucción Democrática que se propone este Gobierno que es el Gobierno de todos los chilenos, invita a los trabajadores de la salud a través de sus respectivas organizaciones en este caso a FENATS a trabajar juntos y así participar en la búsqueda de soluciones, a los múltiples y graves problemas que tiene nuestro Sector Salud.
- 3.- En este sentido los trabajadores tienen el deber de manifestar sus legítimas aspiraciones, pero al mismo tiempo tienen el ineludible compromiso de cuidar y colaborar en la reconstrucción Democrática y de plantear soluciones entregando así un real aporte a las tareas de salud que tenemos por delante.
- 4.- La participación es fundamental en este periodo por ello las autoridades de Salud consideran importante las instancias de participación, para este efecto pongo en vuestro conocimiento lo siguiente:



República de Chile

Ministerio de Salud

1) Participación en el Consejo Consultivo Nacional que ya está en funciones de un representante de la FENATS. Para ello les enviaremos en marzo próximo los antecedentes para la designación de vuestro representante, de manera que asista a la reunión de dicho Consejo desde el mes de abril de 1991.

2) En marzo próximo comenzarán a crearse los Consejos Consultivos Regionales de Salud, en los cuales ustedes también tendrán participación de manera que funcionando dichos Consejos, los trabajadores de la salud de regiones a través de los mecanismos que ustedes se den, designarán dicho representante.

3) En el Nivel Central, Ministerio de Salud, les hemos propuesto tener una reunión de trabajo durante la tercera semana de cada mes, a través de la Subsecretaría, con los equipos técnicos que correspondan. De manera de tener una comunicación expedita, y plantear las inquietudes y problemas con sus respectivas soluciones.

La primera reunión sería el miércoles 20 de marzo en horario que comunicaremos oportunamente.

Esta reunión es con la Directiva Nacional.

4) En el nivel Servicio de Salud Dirección de Servicios de Salud, les proponemos que durante las segundas semanas de cada mes se reúnan con nuestros directores de Servicio en las respectivas Direcciones de Servicios de Salud.

5) En el Nivel Local Direcciones de Hospital, les proponemos que durante las primeras semanas de cada mes se reúnan los respectivos Directores de Hospitales de FENATS con nuestros Directores de Hospital.

6) Independientemente a los puntos anteriores es voluntad de esta Secretaría de Estado de contar con la participación de los trabajadores en múltiples grupos de trabajo e instancia tales como: Consejos Técnicos, comisiones de Bienestar, Estatuto Administrativo, carrera funcionaria y otras, que iremos implementando en los próximos meses.

7) Es para nosotros también muy importante contar con la opinión de todos los gremios y trabajadores frente a materias que son de común interés, tales como estatuto administrativo, sistema de calificaciones, etc. Oportunamente haremos llegar los documentos al respecto, sin perjuicio de la participación que puedan haber tenido ustedes.

8) En materia de remuneraciones estamos estudiando distintas alternativas para avanzar en este sentido. Nos interesa recoger inquietudes y alternativas que ustedes tienen al respecto y que podrán plantear en la Agenda de Reuniones conjuntas.

República de Chile

Ministerio de Salud

9) Otras materias tales como carrera funcionaria, calificaciones, fuero gremial, estamos también trabajando e iremos haciendo participar de acuerdo a los avances para enriquecer dichos estudios con vuestras opiniones.

10) Se le solicita a la Directiva Nacional de Trabajadores de la Salud para ir desarrollando nuestro trabajo conjunto, lo siguiente:

a) Hacer llegar al Ministerio de Salud la lista con los nombres completos de todos los directores de FENATS vigentes a la fecha. desde el nivel local al nacional. para dar las facilidades que correspondan.

b) Informe y evaluación sobre todos los beneficios que hemos conseguido para los funcionarios de salud durante 1990 (uniformes, colaciones en turnos, atención médica, etc.) y sus alternativas de perfeccionamiento.

c) Informe con las inquietudes y propuestas de mejoras en torno a los funcionamientos de los servicios de Bienestar, para perfeccionarlos y poder entregar nuevos y creativos beneficios.

Los tres puntos solicitados sería muy importante hacerlos llegar para la reunión en el Nivel Central del 20 de marzo de 1991.

Saluda atentamente a usted.



DR. JORGE JIMENEZ DE LA JARA
MINISTRO SALUD

DR. JJDLJ/RSC/svv.

República de Chile
Ministerio de Salud

Temas que se están estudiando para ver su factibilidad de desarrollar.

- 1) Médicos para la atención del personal
- 2) Estamos revisando y evaluando factibilidad de realizar planes habitacionales para los funcionarios
- 3) Plan Piloto de Jardín Infantil y de estadías de hijos de funcionarios (Hospital Salvador), queremos ver la factibilidad de multiplicar este plan.
- 4) Revisar los roles de los profesionales y fenómenos del equipo de salud.
- 5) Estamos haciendo gestiones para ver la factibilidad de lograr acceso a los concursos de Becas Presidente de la República, para hijos de funcionarios.
- 6) Revisando el Sistema de Servicio Social para mejorar en atención a nuestros usuarios como a los trabajadores como a los trabajadores (sistemas compras familiares, club deportivos, campeonatos, etc.)
- 7) Plan de capacitación y perfeccionamiento del personal
- 8) Exonerados. Oficina de Exonerados. Nivel Local.

ANÁLISIS Y SITUACION POLITICA

01) Los equipos Directivos y autoridades del Sector:

27 Directores de Servicios.

13 Secretarios Regionales Ministeriales.

4 Directivos Organismos autónomos.

(I.S.P. - FONASA - Central de Abastecimiento y Superintendencia de Isapres).

16 Directivos del Nivel Central Ministerio de Salud

y en total aproximadamente 200 colaboradores fueron nominados por el actual Gobierno. (Anexo 1).

Todos ellos provienen de un acuerdo político de los Partidos de la Concertación (DC-PR - PPD - PS - IC) y de las respectivas consideraciones técnicas y regionales.

02) La Concertación, en la base y en el nivel intermedio es de poca presencia o de muy baja relevancia en todo el país. Existen los Partidos Políticos.

Aparecen como tal ocasionalmente, especialmente, en las visitas Presidenciales y del Ministro.

03) En el frente de trabajadores de la Salud existen Partidos de la Concertación DC y PS principalmente junto al PR en menor cuantía, pero han actuado independientemente.

Estos han tenido recién una estructuración por la cual hemos colaborado activamente.

El PC, por otra parte, viene trabajando en el Sector desde casi 2 años junto a grupos más de izquierda (MAS - MIR - FPMR - UAUTARO).

Para las recientes elecciones Nacionales y Regionales de FENATS no hubo Concertación pese a los grandes esfuerzos que hicimos. Se fue a la elección a 5 bandas (DC - PC - PR - PS - RN).

Fueron elegidos los 6 Miembros de la Mesa Directiva FENATS: El PC (35%) sacó Presidente y Secretario General. La DC (26%) sacó el Vicepresidente y un Director. El PS (12%) Tesorero y un Director. El PR (6%) sacó Director.

En las elecciones se notó claramente el eje PC - PS Almeйда.

Actualmente gracias a nuestros esfuerzos la Mesa Directiva de FENATS con sus representantes de la Concertación están actuando como tales, lo que se ha traducido hasta el momento en un mayor grado de conducción político - gremial. Aunque no está exento del protagonismo personal de su Presidente.

El Ministerio ha logrado una base de acuerdo para desarrollar un trabajo conjunto y de participación. Ver Anexo 2.

04) Con los Partidos Políticos a través de sus Directivas Nacionales o de sus Comisiones de Salud se ha interactuado espaciadamente.

Desde marzo 1991 se estructuran oficialmente estas reuniones quincenalmente.

Principales áreas críticas:

a) Los Socialistas no se sienten representados en el Ministerio. Planteamiento realizado desde octubre 1990.

b) Desde el interior del Ministerio de Salud especialmente una instancia PPD ha generado problemas más bien de características personales, pero los suficientes para crear con rumores y ruidos laterales situaciones de desencuentros.

c) Algunas pocas personas DC y PS que no fueron considerados en cargos Directivos de Salud transmiten su malestar en distintas esferas con una posición muy crítica y no constructiva.

d) Representantes PPD y PS han pedido en algunas oportunidades un Comité Político de Coordinación, el cual hasta el momento ha sido descartado previas consultas a distintos niveles de Gobierno (Ministros Enrique Correa - Edgardo Boeninger, Asesores SEGPRES y de Partidos Políticos PDC y PR).

Actualmente se está reevaluando y buscando una alternativa con los Partidos Políticos y sus Comisiones de Salud y Parlamentarias.

e) La Derecha pareciera que le interesa no dar ninguna opción a las acciones de Salud que se están haciendo. Más aún están por generar una desestabilización del Ministro y su equipo para generar un cambio lo que implicaría un natural retroceso en la acción de Gobierno y posiblemente un definitivo enlentecimiento de los logros con el debido aprovechamiento político electoral. Creemos que en Vivienda también sucede lo mismo. No así en Educación.

05) Los Colegios Profesionales: El Colegio Médico tanto su Directiva Nacional como las Regionales han estado en una readecuación y reorientación. Sus principales dirigentes pasaron a cargos Directivos de Gobierno. Pese a tener una mayoría en el Consejo General la Concertación, ésta no actúa como tal, produciéndose permanentemente una actitud contraria a las Políticas Ministeriales de Gobierno. El resto de los Colegios Profesionales fuera del de los Cirujanos Dentistas está en manos de Partidos de izquierda.

Con todos ellos se ha trabajado en sucesivas reuniones especialmente con el Colegio Médico.

06) Con los Parlamentarios se trabajó con un Enlace Parlamentario del Ministerio de Salud y con reuniones con las Comisiones de Salud de la Concertación de frecuencia mensuales, que contaron inicialmente con participación de los Honorables para decaer hacia el final del año ostensiblemente.

Desde marzo 1991 se volverán a reanudar con una forma más estructurada y motivadora.

Se ha mantenido especial cuidado en las entrevistas con las autoridades en la forma más oportuna posible. Pero las inasistencias de los Parlamentarios especialmente de la Concertación ha sido aproximadamente de un 60%.

07) El tema centro - región no ha estado ajeno, por el contrario, pero ha sido manejado equilibradamente por las autoridades.

LA GESTION DE SALUD EN LAS TAREAS GUBERNAMENTALES PRIORITARIAS.

INTRODUCCION.

La labor del Ministerio de Salud se enmarca en las principales líneas de acción formuladas por la Comisión de Salud de la Concertación de Partidos por la Democracia. El conjunto de informes técnicos (resultantes de la colaboración de 200 profesionales en 25 comisiones específicas) permitió establecer el planteamiento de las bases programáticas del sector salud, basadas en la búsqueda de soluciones a los problemas percibidos como más importantes de Salud.

En este contexto, los objetivos básicos de la gestión ministerial son cinco:

1. Mejorar el acceso a la salud en el nivel primario de atención.
2. Resolver la crisis hospitalaria.
3. Impulsar la prevención y protección de la salud.
4. Mejorar la calidad del medio ambiente.

5. Fortalecer la capacidad institucional.

Al asumir las nuevas autoridades de salud, en sus distintos niveles, debieron abocarse en lo inmediato a profundizar y precisar el diagnóstico de la situación real en que se recibió el sector. Los resultados encontrados hicieron imprescindible la aplicación de un plan de emergencia para obtener mayores recursos, que permitieran asegurar la continuidad básica del S.N.S.S. e implementar las medidas programáticas más urgentes.

En consecuencia, el financiamiento adicional de 1990 fue destinado a solucionar aquellas necesidades más críticas mediante un aporte extraordinario para bienes y consumos en los 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 aumento de remuneraciones de los trabajadores del sector.

Además, dada la complejidad de las tareas y estrategias necesarias para cumplir con las metas globales propuestas en salud, durante los primeros meses se formó una serie de comisiones y grupos de estudio - con la colaboración de distintos sectores - con el fin de asesorar y proponer las medidas concretas para lograr los fines propuestos.

Como resultado, en la actualidad se cuenta con metas programáticas claras en torno a cada problema específico que va a afrontar el sector salud en los próximos años.

La normalización de FONASA y la creación de la Superintendencia de ISAPRES permiten aumentar en forma ostensible la capacidad normativa del Ministerio de salud, asegurándole un rol activo en la planificación normativa y la supervisión de la salud, así como en la integración de los sectores público y privado, y le permiten velar por el acceso de la población a una adecuada atención de salud.

En cada una de las áreas objetivos de la acción ministerial, existe una serie de actividades en distinto grado de implementación y aplicación:

I. MEJORAR EL ACCESO A LA SALUD.

1. Reconstruir, fortalecer y mejorar la red de atención primaria.

Desde el segundo semestre de 1990 se está aplicando el Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, que en una primera etapa se aplica a 62 consultorios urbanos de 24 comunas de mayor prioridad en cuanto a riesgo de situación de salud, y se está ampliando a 104 comunas rurales.

El reforzamiento consiste básicamente en aporte de equipamiento, medicamentos, ampliación horaria y de personal y su capacitación. En el sector rural, también incluye la contratación de auxiliares rurales, la adquisición de vehículos y de medios de comunicación (teléfono, radiotransmisor).

La extensión horaria en 38 consultorios urbanos significa un aumento de más de mil consultas diarias.

En los consultorios de la Región Metropolitana se ha dotado de nebulizadores, oxígeno, aerosoles, broncodilatadores, 40 kinesiólogos y mayor cantidad de horas especialistas en enfermedades respiratorias para afrontar la obstrucción bronquial causada por la contaminación atmosférica en Santiago.

Para una mejor coordinación de la atención primaria, se crearon y dotaron los Departamentos de Atención Primaria, tanto ministerial como en los Servicios de Salud, en este último nivel además se les ha proporcionado vehículos (22) para una mejor labor de control y supervisión.

Con el fin de mejorar el acceso a la salud, desde julio de 1990 se ha tomado medidas para asegurar la atención gratuita en la atención primaria, lo que ha significado 305 millones adicionales al presupuesto (obtenidos de la Reforma Tributaria).

Con el fin de aumentar la cobertura de la atención primaria, se ha formulado la distribución de 12 unidades móviles para áreas poblacionales con mayor déficit asistencial.

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

La capacitación que ya se está otorgando al personal de atención primaria incluye la capacitación de líderes, para un efecto multiplicador de la atención primaria y favorecer la participación comunitaria.

Además, dentro de las actividades encaminadas a la integración

del sector solidario, se ha formulado proyectos tendientes a perfeccionar la participación de organismos no gubernamentales en la atención de salud (financiados por donación de la Agencia Interamericana para el Desarrollo).

3. 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, junto con la necesaria supervisión. En este contexto, aún se mantiene en términos generales preliminares, la idea de un organismo de coordinación, ya sea consejos comunales, intercomunales, regionales o corporaciones de derecho público.

4. Ampliar la atención primaria mediante acciones de emergencia.

En el reforzamiento de la atención primaria, ya se ha logrado la extensión horaria en centros de las comunas seleccionadas, y la creación de 13 Servicios de Atención Primaria de Urgencia.

Durante 1990, ya se ha puesto en marcha 7 de los centros propuestos: Miraflores (Temuco), Colina, Pudahuel, La Florida, Barnechea, Conchalí y Concón (Viña del Mar).

Asimismo se ha readecuado y puesto en funcionamiento el Servicio de Atención Primaria de Urgencia 'Ariztia' en la Comuna de las Condes.

En la actualidad se está poniendo en marcha los Servicios de Atención Primaria en Cerro Navia, La Cisterna, Valparaíso, Estación Central y Concepción.

5. Modificar la Ley de Prestaciones de Salud.

Se encuentra en estudio la modificación a la ley 18.469, la Ley de salud, tendiente a mejorar la contribución estatal a determinadas prestaciones, como partos y consultas. El estudio técnico-jurídico actual también considera un manejo mas eficiente de los fondos de cotizantes y mejoramiento del sistema de aranceles, con el fin de recuperar y mantener adheridos al Sistema a los proveedores de la atención.

Estas medidas tienden a asegurar el funcionamiento del financiamiento del Sistema en sus modalidades institucional y de libre elección (FONASA) y el derecho de sus beneficiarios a un acceso de atención adecuada.

6. Modificar la ley de Isapres

Para estos efectos se ha creado la Superintendencia de Isapres, institución que está abocada al estudio y proposiciones de cambios del marco jurídico que favorezcan, entre otros aspectos, un mejor acceso a la salud de parte de los beneficiarios de Isapres.

Aún bajo la legislación actual, la reciente Superintendencia de ISAPRES ha conseguido desde ya, mediante negociaciones directas, obtener condiciones más ventajosas sobre las garantías y beneficios de los usuarios en las actuales ISAPRES.

En el estudio sobre la nueva ley de ISAPRES destaca que se procura asegurar a los beneficiarios una mayor estabilidad de contratos y ampliación de cobertura de beneficios, incluyendo aquellos de tipo preventivo que actualmente son subsidiados por el Estado.

7. Mantener y mejorar el sistema de medicamentos genéricos.

El nuevo listado de Formulario Nacional se encuentra en trámite, y será acompañado de las monografías correspondientes por expertos en la materia.

central de drogas quimioterápicas de excepción (básicamente usadas para cáncer) y se está estudiando la factibilidad de establecer un sistema de compra centralizada, que permita constituir un banco nacional de drogas de excepción.

8. Aumentar la atención dental en el nivel primario.

Con el apoyo de la creación del Departamento de Salud Dental del Ministerio, y del reforzamiento de la atención primaria, se ha formulado la ampliación del programa de salud dental en términos de cobertura y resolutiveidad de problemas.

La proposición programática actual busca mejorar la dotación y equipamiento de la atención dental de nivel primario en aquellos lugares más deficitarios, y dar énfasis al aspecto preventivo y educativo en ese nivel, con la activa participación de la comunidad.

II. RESOLVER LA CRISIS HOSPITALARIA.

inversiones en infraestructura por este concepto se efectuarán a partir de 1992.

10. Mejorar acceso a exámenes de laboratorio mediante centros diagnósticos de alta tecnología.

A través de créditos externos, se ha formulado la creación de un centro de especialidades en el actual Consultorio Los Andes y otro en San Ramón (Región Metropolitana).

11. Mejorar los sistemas de administración e información hospitalarias.

Entre las actividades de desarrollo de sistemas de información como apoyo de gestión, se ha planeado diseñar sistemas que permitan aumentar la producción y gestión hospitalaria (con subsistemas informativos específicos).

Uno de los estudios específicos es el de automatización de sistemas de atención al público en los hospitales.

12. Otorgar una acción digna y humanizada.

Entre las actitudes iniciales promovidas por las nuevas autoridades de salud, en sus distintos niveles, destaca el contacto dinámico entre los distintos trabajadores del sector asistencial y la de éstos para con el público beneficiario.

Ya se encuentra programado un sistema de sondeo de opinión pública y de beneficiarios, de aplicación periódica, con el fin de mejorar no sólo las actividades técnicas y administrativas, sino que también el trato al paciente.

El objetivo específico de que se reconozca el derecho del paciente a la información y la opción en los tratamientos, estipulado en las estrategias programáticas, aún no ha sido estudiado formalmente.

III. DAR UN GRAN IMPULSO A LA PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD.

13. Iniciar un programa educativo masivo.

Tanto las actividades que se están implementando en la atención primaria, como los programas específicos de atención a las personas y a las condiciones del ambiente, consideran tareas educativas específicas, enfatizando el aspecto preventivo.

14. Integrar a comunidad en prevención y protección de salud.

Esta medida está contemplada en las actividades de atención primaria y en el trabajo de coordinación y trabajo con la comunidad.

15. Recuperar y desarrollar programas de pesquisa y tratamiento en enfermedades crónicas y congénitas.

En el programa del adulto y del senescente se encuentran en desarrollo programas piloto de control de salud del adulto sano, de hipertensión arterial y de control de salud de trabajadores, así como medidas administrativas que facilitan el acceso de los ancianos.

Se cuenta con un proyecto específico para desarrollar el programa de pesquisa y tratamiento de hipertensión arterial y diabetes mellitus.

16. Mejorar y ampliar los programas de información epidemiológica.

Se está diseñando un sistema de información para perfeccionar la red de vigilancia de enfermedades transmisibles en los niveles regional y nacional. El sistema de Vigilancia Epidemiológica se está readecuando, mediante bipper, fax y télex, los que acorta el plazo de conocimiento de situación.

Se ha readecuado el programa de control de SIDA y se ha reforzado el control de enfermedades de transmisión sexual, con énfasis en lo preventivo

17. Desarrollar un programa de salud integral de la mujer.

La propuesta de reforzamiento del programa de atención de salud de la mujer, en sus principales problemas y en los niveles donde ella puede ser atendida, está claramente formulada.

Este programa abarca desde ya un importante recurso asistencial, y las actuales propuestas están definidas. Su aplicación será paralela al desarrollo de los diversos niveles asistenciales, de la labor educativa y de la participación de la comunidad.

En el programa de salud materno perinatal se refuerza la capacitación de personal del nivel primario, en control de la mujer, paternidad responsable y control de cánceres de cuello uterino y mama.

Se está participando en la Comisión Mixta de Salud y Servicio Nacional de la Mujer.

18. Mejorar y ampliar los programas de alimentación y nutrición.

Se ha estudiado la ampliación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, tanto en la cantidad como en calidad de productos, lo que se hará efectivo a partir de 1991, mediante

el aporte de leche 26% en el segundo año de vida y embarazadas.
se encuentra en estudio el cambio de sopa-puré por otro
producto de mayor aceptabilidad.

Se ha formulado la evaluación del programa PNAC, con el fin de
evaluar su rentabilidad social y mejorar su aspecto de
focalización.

19. Fortalecer la prevención de enfermedades profesionales y
accidentes del trabajo.

Se ha estado trabajando en la Comisión Conjunta de Central
Unitaria de Trabajadores y Ministerio de Salud para abordar el
tema de la salud ocupacional.

El anteproyecto de la nueva ley sobre medicina preventiva
considera aspectos sobre salud ocupacional.

Además, se ha programado reforzar la administración y
fiscalización del seguro que establece la ley 16.744 sobre
accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

20. Implementar un programa de salud mental con énfasis preventivo.

Se encuentra en desarrollo un programa de salud mental a nivel del Ministerio y Servicios de Salud para hacer efectiva la prioridad de la salud mental dentro del sector salud.

Se procede a la reorientación de centros de adolescencia a centros comunitarios de salud mental familiar, en las diversas comunas metropolitanas.

Están en ejecución programas de:

- Prevención y control de consumo de drogas en la juventud.
- Prevención y control de alcoholismo en el mundo rural (Araucanía)
- Promoción de salud mental del joven magallánico.

Entre los proyectos específicos a realizar, destacan:

- Apoyo a la estructuración de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar.
- Creación de la Oficina Nacional de Prevención de uso indebido de alcohol y drogas.

- Atención integral de salud a las personas afectadas por violación a los derechos humanos.

- Campañas preventivas de tabaquismo y alcohol.

21. Desarrollar la prevención de la salud dental.

Las actividades de educación en salud, del nivel primario de atención y del programa específico de salud dental, destacan el aspecto preventivo. Además se ha propuesto la fluoruración del agua potable en aquellos sectores que aún no la tienen.

22. Crear un programa nacional de rehabilitación.

Este tema específico aún se mantiene en sus condiciones previas.

23. Coordinar prevención y protección a nivel local.

En el programa de coordinación que se está desarrollando por las municipalidades y otros organismos locales, en el contexto de atención primaria, se contempla el énfasis en la prevención y

protección con participación comunitaria. Este rol se ha planteado como básico en las proposiciones preliminares de funcionamiento de las corporaciones de derecho público locales.

IV. MEJORAR LA CALIDAD DEL MEDIO AMBIENTE.

24. Disminuir significativamente la contaminación del aire.

Se ha formulado el incremento de la cobertura de control de fuentes fijas industriales en la Región Metropolitana y otras 4 Regiones.

Se encuentra en estudio la normativa de salud sobre la contaminación atmosférica.

Se esta participando activamente en la Comisión Nacional del Medio Ambiente, en especial en la Comisión Metropolitana de Descontaminación.

Se ha reforzado el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, para lo cual se han determinado proyectos de equipamiento de donaciones de donaciones por US\$ 2 millones y de obtención de mayores recursos provenientes de sus propias recaudaciones.

25. Reestablecer el programa de control de alimentos.

Se esta estudiando la reactualización del Reglamento Sanitario de Alimentos y se ha formulado el refuerzo de las

1 1

actividades de supervisión y control de alimentos.

26. Purificar las aguas de las grandes ciudades.

Se está formulando mejorar - en calidad y cantidad - la cobertura de control sobre el sistema de agua potable.

Se continuará con el control y fiscalización del manejo de residuos sólidos urbanos en las principales ciudades y se promoverá la incorporación de ciudades menores.

También se continuará con el control y supervisión del tratamiento de las aguas servidas en las principales ciudades, incorporando luego a otras de menor tamaño (menores a 20.000 habitantes).

27. Resolver casos dramáticos de contaminación en algunas ciudades.

A diferencia a lo planteado en el diagnóstico inicial, el problema del arsénico en el agua potable de Antofagasta se considera resuelto desde hace varios años.

Respecto a los olores pestilentes de los puertos pesqueros,

se ha negociado que el problema sea resuelto por las propias industrias mediante la incorporación de tecnologías que evitarán el problema.

28. Legislar para evitar contaminación de áreas no contaminadas.

En este contexto, se ha colaborado con otros sectores para velar y proteger a nuestro país, en especial aquellas zonas no contaminadas, del ingreso de contaminantes al territorio nacional.

29. Impulsar acciones con las comunidades locales.

En la labor educativa y participación de la comunidad en la atención primaria, se ha formulado el aspecto de cuidado y protección de las condiciones del ambiente.

V. RESCATAR EL SECTOR PUBLICO E INTEGRAR A LOS SECTORES PRIVADO Y SOLIDARIO.

V.a) RESCATAR AL SECTOR PUBLICO

30. Incrementar la capacidad normativa del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud ha reforzado su rol normativo mediante la creación de la Superintendencia de Isapres, la reestructuración y capacitación de FONASA y ha proyectado mejorar la capacidad institucional de las Secretarías Ministeriales de Salud, con el fin de cumplir adecuadamente sus funciones en los Distintos niveles del Sistema SNSS, las otras instituciones del sector salud y los otros sectores tanto a nivel nacional, como regional y local.

Está en estudio de un nuevo Reglamento Orgánico de Servicios de Salud.

31. Mejorar la gestión del sector.

Se ha proyectado estudios para el desarrollo e integración

de sistemas de información de apoyo a la gestión en los distintos niveles de decisión. Ello también se facilitará con la creación de una red computacional entre los distintos niveles de decisión.

Se ha creado los Departamentos de Atención Primaria en el Ministerio y en Servicios de Salud, cuya función es colaborar con la coordinación, adecuación y desarrollo del nivel primario de atención.

En el corto plazo se consolidará el proceso de planificación del sector, con el fin de operacionalizar el programa específico de salud para los próximos años.

Actualmente se encuentran en preparación los siguientes proyectos para el sector salud:

- Aumentar capacidad gerencial.
- Aumentar capacidad normativa de monitoreo y evaluación del nivel central.
- Optimizar la gestión de los Servicios de Salud.
- Mejorar los sistemas de información
- Optimizar el sistema de abastecimiento.

- Desarrollar un sistema de mantención de equipamiento e infraestructura.

- Desarrollar sistema de sistema de recuperación de costos.

- Rediseñar un sistema de asignación de recursos financieros.

- Aumentar la capacidad de gestión y producción del Instituto de salud Pública.

- Desarrollo de mecanismos de integración del sector p[úblico y privado.

- Desarrollo de política de recursos humanos al interior del sector.

Con el fin de mejorar y homogeneizar la capacidad gerencial de los nuevos directivos en salud, se han realizado tres seminarios con los equipos directivos y autoridades de Salud de todo el país con los del Nivel Central. Además, se han realizado dos encuentros de capacitación con los subdirectores de los Servicios de Salud.

El Ministerio de Salud ha mantenido una activa coordinación intrasectorial con los distintos grupos de trabajadores de la

salud, colegios profesionales, entidades sociales, centros académicos y ha concentrado expertos que asesoran al Ministerio sobre medidas específicas para cumplir las labores comprometidas en sus principios básicos.

En este contexto, una importante labor le atañe al Consejo Consultivo Nacional de Salud, funcionando desde septiembre de 1990. Además, en octubre fue creado el Consejo Nacional de Salud Privada, con el objeto de asesorar al Ministerio de Salud en el análisis del sector privado de la salud y en el estudio y propuestas que deben llevarse a cabo en este campo.

32. Reformar el código sanitario.

Este tema específico aún no tiene nuevos planteamientos explícitos al respecto.

33. Mejorar la condición de los trabajadores del sector.

Se ha obtenido aumento de remuneraciones y la recuperación de algunos beneficios como colación, uniformes y otros. Para una mejoría más significativa, se ha formulado las necesidades de aumentar la dotación de personal y mejorar aún mas sus

remuneraciones.

La asignación compensatoria de septiembre de 1990, con un efecto redistributivo que va desde 34% de incremento sobre sueldo base en grado 31 hasta 8% en grado 4. Ello implicaría un costo anual de \$ 3.300 millones.

Para 1991 se ha planteado aumentar la dotación de personal en 2.000 cargos.

Entre las principales prioridades de las autoridades del sector, está el obtener el estatuto del personal de salud. Además se está preparando un proyecto de ley para pasar a planta a aquellos funcionarios que tienen otra condición, lo que afecta a alrededor de 10.000 funcionarios.

En el caso de los médicos, se ha formulado mejoramientos para su posibilidad de especialización y adherencia laboral al SNSS.

A los trabajadores de consultorios municipalizados se les ha hecho llegar los beneficios de salud libre de pago en el SNSS.

Con el fin de mantener la estabilidad funcionaria de los médicos bajo contrato municipal, y de lograr su articulación al S.N.S.S., se está estudiando su incorporación al mismo régimen de

estatuto del personal de salud, lo que mejoraría sus relaciones contractuales, permitiría una carrera funcionaria, daría incentivos de perfeccionamiento e incentivos para desplazarse a trabajar en lugares geográficos apartados.

V.b) INTEGRAR AL SECTOR PRIVADO.

La integración del sector privado se verá facilitada gracias a la normalización de FONASA, la creación de la Superintendencia de ISAPRES, del Consejo Consultivo Nacional de Salud y del Consejo Nacional de Salud Privada.

34. Estudiar fórmulas para prestaciones privadas de salud a sectores medios.

Entre las formulaciones de estudios actuales se encuentra la reforma al sistema de libre elección FONASA, que eventualmente dará origen a una instancia competitiva, equitativa y eficiente.

35. Aceptar contratación de prestaciones privadas para beneficiarios públicos en áreas deficitarias.

Se está entregando una propuesta inicial sobre la administración de nuevos hospitales en una corporación del sector privado, organismos sociales y sector público sin fines de lucro y con una función social. Se plantea un plan piloto en Concepción tendiente a formar Hospitales Mixtos.

36. Integrar al sector solidaria.

Se ha planteado un proyecto para incorporar las organizaciones no gubernamentales en la atención de salud (financiado mediante aporte de la Agencia Interamericana para el Desarrollo).

PRINCIPALES ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD, SEGUN OBJETIVO BASICO, PRIMEROS 9 MESES DE GESTION.

OBJETIVO BASICO	ACCIONES REALIZADAS	ACCIONES IMPLEMENTANDOSE	ACCIONES FORMULANDOSE	RESTRICCIONES AL CUMPLIMIENTO
	<ul style="list-style-type: none"> - Actualización diagnóstico de situación - Propuestas específicas para reforzar programa del ambiente 1991 - Reforzamiento del Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente (proyectos de equipamiento US\$ 2 mill). - Reactivación de la Comisión Metropolitana de descontaminación. - Negociación para solucionar problema de pestilencia en puertos pesqueros 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio de Normativa de Salud para la contaminación atmosférica. - Proyecto que reforma el reglamento sanitario de Alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar supervisión y control de: <ul style="list-style-type: none"> - contaminación - saneamiento básico - alimentos - Incremento de cobertura de control de fuentes fijas en Región Metropolitana y otras 4 Regiones. - Colaboración con otros sectores para resolver contaminación litoral central 	<ul style="list-style-type: none"> - Se requiere aumentar la dotación de personal. - Cada problema específico, en especial la contaminación atmosférica, requieren de considerable recurso y tiempo para una eficaz solución. - Se requiere de apoyo legal para mejorar la capacidad de control de los problemas que afectan el ambiente.
IV. MEJORAR CALIDAD DEL MEDIO AMBIENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Normalización de FONASA - Creación de la Superintendencia de Isapres. - Capacitación de directivos de salud: <ul style="list-style-type: none"> - 3 seminarios nacionales - 2 encuentros de capacitación administrativa. - Estudios de diseños para mejorar capacidad de gestión, en distintos niveles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio reforma ley de salud - Estudio reforma ley de Isapres. - Preparación il proyectos de desarrollo institucional - Capacitación a funcionarios de atención primaria. - Consolidación metodología de planificación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar sistemas de información de apoyo a la gestión. - Plan nacional de informática, con red comunicacional interniveles. - Diseño sistema de recuperación de costos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se requiere adecuar el marco jurídico administrativo.
V. FORTALECER LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Normalización de FONASA - Creación de la Superintendencia de Isapres. - Capacitación de directivos de salud: <ul style="list-style-type: none"> - 3 seminarios nacionales - 2 encuentros de capacitación administrativa. - Estudios de diseños para mejorar capacidad de gestión, en distintos niveles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio reforma ley de salud - Estudio reforma ley de Isapres. - Preparación il proyectos de desarrollo institucional - Capacitación a funcionarios de atención primaria. - Consolidación metodología de planificación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar sistemas de información de apoyo a la gestión. - Plan nacional de informática, con red comunicacional interniveles. - Diseño sistema de recuperación de costos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se requiere adecuar el marco jurídico administrativo.

RESTRICCIONES AL CUMPLIMIENTO

ACCIONES FORMULANDOSE

ACCIONES IMPLEMENTANDOSE

OBJETIVO
BASICO

-Gratuidad en la atención primaria

- Creación de 7 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU): La Florida, Pudahuel, Conchalí, otros.

- Reforzamiento de Atención Primaria en 24 Comunas prioritarias:
- Aumento de medicamentos.
- Extensión horaria y de personal

- Creación de otros 6 centros S.A.P.U.: - Creación de 15 nuevos centros S.A.P.U.- Cerro Navia, Estación Central, La Cisterna, Concepción, otros. - Gratuidad Serv. Urgencia de hospitales signados del gobierno anterior.

- Reforzamiento Atención Primaria Rural (104 comunas, 1.350.000 benef.):
- Medicamentos
- Contratación auxiliares rurales
- Dotación vehículos
- Capacitación personal At. Primaria (11.500 funcionarios en todo el país).

- Alta rotación de profesionales en la atención primaria municipal.
- Comunas no prioritarias también tienen alguna necesidad en el área de atención primaria que requieren ser satisfechas.

- Diagnóstico de su real dimensión

- Saldar déficit inmediato deuda hospitalaria (suplemento presupuestario).

- Aumento dotación médicos SMSS en 100 cargos (\$ 121 millones).

- Formulación plan de inversiones

- Reparaciones mayores de urgencia en 19 Servicios de Salud (\$ 600 millones)
- Normalización Hosp. Talca (\$ 588 mill)
- Terminación H.G. Fricke (\$ 329 mill). en Vina del Mar.
- Scanner H.Grant Benavente (\$ 117 mill) en Concepción
- Equipo y Bomba de Cobalto Hosp. Pardo Correa (\$ 150 mill).

- Programa de inversiones 1991-1995 (Financiamiento B. Mundial, BID y otras fuentes internacionales).
- Plan Nacional de Mantenimiento de Infraestructura y Equipos.
- Aumento dotación asistencial en 2.000 cargos en 1991.

- Diseño de información y administración hospitalaria.

- Primer informe Comisión Nacional de Prevención y Protección del Adulto.

- Formulación de metas programáticas con énfasis preventivo.

- Estudio de proyectos de prevención en programas de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión)

- El impulso depende del desarrollo de la atención primaria y participación de la comunidad.

- En el corto plazo, el impacto en programas preventivos es menor percibidos que en programas curativos o inversión en infraestructura.

- Anteproyecto de nueva ley de medicina preventiva

- Aumento en cantidad y calidad de productos del Programa de Alimentación Complementaria PNAC. Leche 26% en segundo año de vida y embarazadas.

- Adecuación programa SIDA y refuerzo de control de enfermedades de transmisión sexual.

- Refuerzo de programas dental y salud mental, con énfasis preventivo

- Refuerzo de programas dental y salud mental, con énfasis preventivo

- El deterioro hospitalario es mayor que el estimado previamente a asumir.
- Posibilidad de aumentar dotación es limitada en el corto plazo.

II. RESOLVER
CRISIS
HOSPITALARIA

III. IMPULSAR
PREVENCIÓN
Y PROTECCIÓN
DE LA SALUD

INFORME SOBRE ADJUDICACIÓN DE LECHE DEL PNAC
A SR. SUBSECRETARIO DE SALUD

Antecedentes:

- 1.- La Central de Abastecimiento durante los últimos 10 años llama a propuesta pública con alternativas de importación para todos sus productos consecuente con la política social de mercado vigente.
- 2.- El consumo anual de leche polvo para el PNAC (aprox. 14.000 TM) representa en 1990 el 29% de leche en polvo que se comercializa y que incluye partidas importadas que se mezclan con la producción nacional.

Se estima que en 1991, con los cambios propuestos al PNAC este porcentaje subirá a un 33% aproximadamente. Estos datos demuestran que las adquisiciones del SNSS tienen relevancia en el total del consumo.

- 3.- En la producción nacional de leche participan 2 grandes sectores:
 - a) Los productores, mayoritariamente ubicados en las regiones X y IX, que están obligados a vender su producción a las principales industrias procesadoras.
 - b) Las industrias lecheras que además de comprar la producción nacional adquieren partidas importadas a bajos precios, las que mezclan con la nacional obteniendo altos márgenes de comercialización.

Los intereses de ambos sectores son contrapuestos. Recientemente se ha dispuesto una tasa arancelaria adicional para las leches importadas a fin de subsidiar la producción nacional.

- 4.- Antecedentes provistos por ODEPA de las importaciones de leche en polvo entera y descremada es la siguiente:

	US\$ 10 ⁶	TM
1985	3	3.270
1986	0,1	15
1987	12,9	13.160
1988	18,4	13.832
1989	24,5	13.996
1990	1,8	1.043

(hasta marzo)

- 5.- Ninguna de las 6 industrias nacionales está en condiciones de satisfacer el 100% de la demanda de la Central, por lo que existe el riesgo de repetirse las cuotas de compra vía precios.

República de Chile

Ministerio de Salud
Subsecretaría

Líneas de Acción

- a) Comprar solamente a nivel nacional, con un desmedro de la capacidad presupuestaria del PNAC; lo que disminuye la eficiencia de la gestión de la Central de Abastecimiento y de todo el Sector Salud. Ello representa un subsidio al Sector Lechero Industrial (del orden de US\$ 12.000.000.-) sin seguridad de que este beneficio alcance a los genuinos productores.
- b) Comprar sólo leche importada a bajos precios asegurando el ajuste presupuestario del PNAC.
- c) La adjudicación mixta nacional e importada en proporciones adecuadas a lo que se presente en la propuesta pública en función de los intereses del Sector Agrícola de acuerdo a los objetivos del Gobierno. Se considera imprescindible contar con un pronunciamiento fundado y justificado del Sector Agrícola del Gobierno.
- d) Si se pretende ayudar al productor lechero nacional existen varias vías directas, ya aplicadas en Chile como ser: bandas de precios o subsidio directo del Estado en proporción a su producción.

Cabe destacar que para 1991 se ha propuesto un mejoramiento del PNAC que permitirá hacer un aporte nutricional superior a bajo precio. Cualquiera que sea la medida de protección que se decida implementar, su efecto sobre los costos repercutirá sobre la capacidad financiera del PNAC y el cumplimiento de su fin último de reducir la desnutrición infantil.

De no adoptarse una decisión de acuerdo a los intereses del Sector Salud (bajos precios, etc.) implicaría adoptar una decisión política que debe ser asumida por otros niveles.

Santiago, noviembre 1990


NIBALDO LOREZ VILLARROEL
DIRECTOR CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SNSS

MEMORANDUM

A : Señor Presidente de la República
Don Patricio Aylwin Azócar

DE : Ministro de Salud
Dr. Jorge Jiménez de la Jara

FECHA : 22 de Agosto de 1990

REF. : Problemas del Sector

Se describen problemas inmediatos que requieren decisiones políticas de alto nivel, con opciones posibles.

I. Relaciones Laborales

Desde Marzo de 1990, se inició un proceso de agitación laboral de los trabajadores de Salud.

Hasta el momento han realizado tres "movilizaciones", con participación estimada del 20% según Ministerio, 60-70% según dirigentes.

El 26 de Julio se creó un Comité de Conciliación en el Ministerio, el cual elaboró una propuesta de bonificación escalonada para la mitad inferior de la E.U.S. Costo mensual de \$ 410 millones.

El 16 de Agosto, el Gobierno propuso una fórmula progresiva para todo el personal, incluyendo no-profesionales, profesionales no-médicos y ley 15.076 (médicos, químicos, dentistas). Tiene un costo mensual de 280 Millones.

FENATS, con fuerte control del PC plantea rechazo a esta oferta, continúa movilizaciones y escribe carta a S.E. Presidente de la República.

Consecuencia: persiste crisis laboral.

Opciones:

- a) Mantener oferta y aplicar Estatuto Administrativo.
- b) Responder negativamente por S.E. (escrito o en reunión).
- c) Responder con una nueva fórmula que mejore grados mas bajos quitando a los profesionales 15.076.
- d) Agregar otros beneficios: colación, vestuario, etc.

II Recursos Humanos

Hay un déficit estimado global de 12.000 cargos en los servicios de salud.

Hacienda otorgó 2.000 para 1990, que deben ir pronto en Ley al Parlamento.

Aún queda por resolver definitivamente

- Paso de personal código trabajo a planta (3.021)
- Paso de personal contratos EUS-15.076 (10.510)
- Interinos a Planta (900)

Opciones:

- a) Elaborar programa progresivo solución.
- b) Ley paso personal a planta.

III. Recursos Financieros

Reforma Tributaria entregó a Salud \$ 10.000 millones. De ellos:

65% para déficit presupuesto

35% proyecto nuevos.

Estos proyectos nuevos han sido, la Atención Primaria Salud (1.800 millones), Reparación de Hospitales (1.000 millones), Pago deudas y nuevos insumos hospitalares (2.500 millones).

Presupuesto 1991

Contempla un aumento real del 25% aprox., fundamentalmente destinado a personal y a inversión.

La inversión programada es creciente y contempla una renovación casi total del sector en 4 años, que se inicia en 1991, con fuentes bilaterales y multilaterales. (Ver anexo).

IV. Municipalización Salud

Crisis creciente

humanos

1. Insuficiencia recursos financieros insumos

2. Desarticulación del sistema de salud

- Dificulta referencias de pacientes en los niveles de mayor complejidad técnica.

-

- Limita adecuada normación, supervisión técnica y evaluación
- Mecanismo de asignación de recursos vigente, distorsiona el objetivo de la APS
- Ausencia de carrera funcionaria del personal municipalizado, que determina falta de incentivos, alta rotación y falta de capacitación.

Necesidad de definir la dependencia, estructura y atribuciones del sistema de atención primaria de salud

c) Opciones

1. Dependencia de APS del S.N.S.S. ✓
2. Creación de mecanismo institucional coordinado (grado de responsabilidad administrativa y técnica) con participación de la Municipalidad, S.N.S.S., otros sectores sociales, organizaciones sociales o comunitarias.
 - Corporaciones Comunales de Derecho Público
 - Consejos Comunales
 - Otras
3. Utilizar adecuadamente y perfeccionar lo existente

d) Consideraciones a tener presente

1. Problema que requiere de decisión política del más alto nivel de gobierno
2. Pueden concebirse soluciones distintas de acuerdo a las diferentes realidades regionales, teniendo en cuenta tamaño de las comunas, grado de ruralidad, concentración de población.

República de Chile
Ministerio de Salud

6.

3. Puesta en marcha de la Superintendencia de ISAPRE, está considerada como un avance en el control del sistema.

Opciones

1. Implementar la Superintendencia de ISAPRE a partir del 1º de Septiembre de 1990.
2. Aplicar la Ley durante un período de prueba de 6 meses a contar de la misma fecha, con el objeto de evaluar los resultados y proponer las modificaciones pertinentes.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DEPTO. ASESORIA JURIDICA

ORD. N° 2C/ _____/

ANT.: -----

MAT.: Remite anteproyecto de
Ley sobre Asignación
para trabajadores del
Sector Salud.

SANTIAGO,

DE: MINISTRO DE SALUD.

A : SEÑOR MINISTRO SECRETARIO GENERAL DE LA PRESIDENCIA.

De acuerdo a las instrucciones vigentes sobre tramitación de iniciativas legislativas del Ejecutivo impartidas por el Oficio Reservado SEGPRES (D.EJ) N° 17.800/6, de 20 de Abril de 1990, me permito remitir a US. un anteproyecto de ley elaborado por este Ministerio en conjunto con el de Hacienda, en cuya virtud se otorga una asignación compensatoria a los trabajadores del Sector Público de la Salud.

Como es de conocimiento de US., el actual Gobierno recibió el Sector Estatal de la Salud con carencias muy significativas tanto en la infraestructura física y de equipamiento de los establecimientos hospitalarios, cuanto en todo lo relacionado con los recursos humanos destinados a su funcionamiento.

La dotación de personal de todos los organismos estatales que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud es insuficiente para atender los requerimientos de la población del país que mayoritariamente recibe atención médica en los establecimientos hospitalarios públicos. Las plantas de personal que fueron aprobadas luego de la dictación del Decreto Ley N° 2763, de 1979, al reestructurarse el Ministerio de Salud y crearse los organismos que con él se relacionan, han permanecido casi inalterables pese al aumento experimentado por la población en estos últimos diez años.

Por otro lado, el nivel de las remuneraciones de los funcionarios de la Salud es notoriamente inferior al del resto de la Administración Civil del Estado, con lo cual se ha configurado un sector postergado injustamente. Los cargos de la generalidad de los estamentos de profesionales, técnicos, administrativos y de auxiliares tienen asignados en la Escala Unica de Sueldos grados bastante más bajos que sus equivalentes en el resto de la Administración. En algunos casos, esa diferencia es hasta de seis grados.

Consciente de esa grave situación, y pese a las severas restricciones presupuestarias que se presentan para este año, el Gobierno ha decidido afrontar el problema inspirado en la obtención de dos objetivos fundamentales: por una parte, la necesidad de obtener a la brevedad un alivio a la aflictiva situación económica de los funcionarios de la salud, especialmente de los de menores ingresos, y, por la otra, procurar que todo mejoramiento se inscriba en un proceso de nivelación de las remuneraciones de ese sector de trabajadores del Estado, con las de otros Servicios de la Administración Pública.

Teniendo en especial consideración esos dos objetivos, los Ministerios de Salud y de Hacienda elaboraron el anteproyecto de ley que más adelante se transcribe y que contempla - como ya se dijo - una bonificación compensatoria para los trabajadores de planta y a contrata, profesionales y no profesionales, del Ministerio de Salud, de los Servicios de Salud, del Fondo Nacional de Salud, del Instituto de Salud Pública de Chile y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, para ser pagada a contar del primero de Septiembre de 1990.

Dicho beneficio está concebido en el proyecto como una Asignación imponible sólo para los efectos de cotizaciones de pensiones y de salud, y que calculará sobre el sueldo base asignado al cargo, de acuerdo a porcentajes que se expresan en una tabla especial y que fluctúan entre el 8% para los grados 4 al 10 de la E.U.S. y el 34% para el grado 31 de la misma escala. Los mayores porcentajes se asignan al personal no profesional ubicado entre los grados 11 y 31 del E.U.S.

Respecto del personal profesional, el proyecto contempla - como se dijo - un 8% para los grados 4° a 10 de la E.U.S., porcentaje que va aumentando hasta el grado 23 de la escala, en que llega al 15,3%.

En cuanto a los profesionales de la Ley N° 15.076, que se desempeñan en los organismos públicos que conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud, el proyecto considera una asignación del 32% del sueldo base asignado al cargo que se desempeñe. Para evitar que dicha asignación pudiera no operar en algunas situaciones por aplicación del tope de la renta máxima a que se refiere el artículo 18 del decreto ley N° 249, de 1974, reemplazado por el artículo 1° del decreto ley N° 1.070, de 1975, el proyecto señala que el monto de la asignación no se considerará para los efectos del cálculo de dicha renta máxima.

Consecuente con el objetivo antes señalado de entender este mejoramiento como parte de un proceso más amplio de nivelación de remuneraciones del Sector Público de la Salud con resto de la Administración del Estado, el artículo 5° del proyecto establece que las asignaciones otorgadas a los funcionarios profesionales y no profesionales afectos a la Escala Unica de Sueldos, se extinguirán a contar de la fecha en que entre en vigencia una próxima reestructuración o modificación de las plantas de personal de los organismos públicos mencionados en el artículo 1°. Como eventualmente en esa situación pudiera algún funcionario quedar encasillado o nombrado en un cargo que implique una remuneración inferior a la que antes percibía, el proyecto contempla una norma de resguardo, ya que en tal caso el afectado percibirá la diferencia mediante planilla suplementaria que será absorbida por futuros aumentos de remuneraciones derivados de ascensos, nuevas designaciones y reajustes.

ASPECTOS FINANCIEROS DEL PROYECTO.

Cabe precisar a este respecto, que la asignación beneficiará a 56.817 funcionarios de los ya indicados organismos públicos, según el siguiente detalle:

PROFESIONALES D.L. N° 249/74	9.733 empleos
NO PROFESIONALES D.L. N° 249/74	40.050 empleos
PROFESIONALES LEY N° 15.076	7.034 empleos
<hr/>	
TOTAL	56.817 empleos

Es preciso señalar que de los 40.050 cargos correspondientes a funcionarios no profesionales afectos al D.L. N° 249, el 96,7% de ellos se encuentran ubicados entre los grados 22 al 31 de la E.U.S., cuya remuneración bruta flúctúa entre \$ 64.048.- para el primero de dichos grados, y \$ 31.211.- para el segundo. En el caso de los profesionales afectos a la misma escala única, de

sueldos, el 88,7% de ellos se concentra entre los grados 10 y 19.

Por último, cabe recordar que el sueldo base mensual de los profesionales de la ley N° 15.076 es el siguiente, según la jornada semanal de trabajo que corresponda:

11 HORAS SEMANALES		\$ 7.713
22 " "		\$ 15.426
33 " "		\$ 23.136
28 " "		\$ 19.632
44 " "		\$ 30.849

COSTO DE LA ASIGNACION

La asignación tiene un costo de mensual de M\$ 277.453,3, con lo cual, en el período comprendido entre Septiembre y Diciembre de 1990, significará un gasto total de M\$ 1.109.813,2. El costo anual del beneficio asciende a M\$ 3.329.439,6.

FINANCIAMIENTO

De conformidad a lo acordado con el Ministerio de Hacienda y la Dirección de presupuestos, el gasto que demande el cumplimiento de la ley que conceda la asignación, se imputará al Item 50-01-03-25-33-004, del presupuesto vigente de la partida Tesoro Público.

Con el mérito de lo expuesto, me permito remitir a US. para ser sometido a consideración de S.E. el Presidente de la República, el siguiente proyecto de ley:

PROYECTO DE LEY

ARTICULO 1°: OTORGASE a contar del primero de Septiembre de 1990, al personal profesional y no profesional, de planta, y a contrata de los grados de la Escala Unica de Sueldos fijada por el decreto ley N° 249, de 1974, que más adelante se indican, del Ministerio de Salud y demás organismos públicos mencionados en el artículo 15 del decreto ley N° 2.763, de 1979, una asignación que se calculará sobre el sueldo base, de acuerdo al porcentaje que en cada caso se expresa en la siguiente tabla:

GRADO ESCALA UNICA	PERSONAL NO PROFESIONAL PORCENTAJE	PERSONAL PROFESIONAL PORCENTAJE
4	-----	8.0
5	-----	8.0
6	-----	8.0
7	-----	8.0
8	-----	8.0
9	-----	8.0
10	-----	8.0
11	12.8	8.0
12	13.9	8.2
13	15.0	8.2
14	16.2	8.2
15	17.5	8.6
16	18.9	9.3
17	20.4	10.1
18	22.0	10.9
19	23.2	11.6
20	23.2	12.5
21	23.2	13.3
22	23.2	14.3
23	24.8	15.3
24	24.8	-----
25	24.8	-----
26	26.4	-----
27	28.2	-----
28	30.2	-----
29	32.3	-----
30	33.1	-----
31	34.0	-----

ARTICULO 2°: Los profesionales funcionarios de la Ley N° 15.076, de cualquiera de las entidades públicas a que se refiere el artículo anterior, a contar de la misma fecha, tendrán derecho a una asignación equivalente al 32,00% del sueldo base asignado al cargo que desempeñen. El monto de esta asignación no se considerará para los efectos de calcular la renta máxima a que se refiere el inciso segundo del artículo 18 del decreto ley N° 249, de 1974, reemplazado por el artículo 1° del decreto ley N° 1070, de 1975.

ARTICULO 3º: Los funcionarios que por haber sido eximidos de cumplir el requisito de título profesional y que al 1º de Septiembre de 1990 ocupen cargos de planta o a contrata hasta el grado 10 de la Escala Unica de Sueldos en los ya aludidos organismos públicos, tendrán derecho a percibir, desde igual fecha, una asignación equivalente al 8% del sueldo base.

ARTICULO 4º: Las asignaciones establecidas por esta ley serán imponibles, exclusivamente para los efectos de cotizaciones de pensiones y de salud pero no serán consideradas como base de cálculo para ningún otro efecto legal.

ARTICULO 5º: Las asignaciones que se otorgan en virtud de los artículos primero y tercero de esta ley, se extinguirán a contar de la fecha en que entre en vigencia un proceso de reestructuración o modificación de plantas de personal de los organismos públicos mencionados en el artículo 1º de esta ley.

Los funcionarios que sean encasillados o designados en un cargo cuyo grado implique una disminución de sus remuneraciones permanentes, incluidas aquellas asignaciones, tendrán derecho a percibir la diferencia mediante planilla suplementarias que será absorbida por los aumentos de remuneraciones derivados de ascensos, nuevas designaciones y reajustes.

ARTICULO 6º: El mayor gasto que signifique la aplicación de esta ley, se financiará con cargo al Item 50-01-03-25-33-004 del Presupuesto Vigente de la Partida Tesoro Público.

SANTIAGO, AGOSTO 20 de 1990

EXCELENTISIMO SEÑOR
PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
DON PATRICIO AYLWIN AZOCAR
PRESENTE

Señor Presidente :

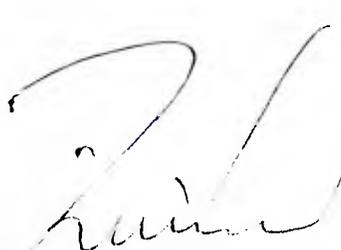
El Consejo Directivo Nacional de la FEDERACION NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD, FENATS, reunido el día 17/08/90, ha tomado conocimiento de la propuesta económica entregada por el Ministerio de Salud, para mejorar la desmedrada situación de los trabajadores de este Sector, y estudiado exhaustivamente en forma conjunta con los Presidentes Regionales y hemos concluido lo siguiente:

- 1.- Que la propuesta ~~no~~ satisface las aspiraciones mínimas de nuestros representantes, por cuanto el monto ~~de la Asignación~~ Compensatoria, ni siquiera permite llegar a un sueldo mínimo líquido mensual de \$30.000. Ej.: grado 31° líquido \$24.719 + Asig. líquida de \$3.622, total = \$28.341 líquido.
- 2.- En consecuencia y agotada la instancia ministerial, hemos decidido dirigirnos respetuosamente a Ud. con el propósito y conociendo esta realidad, acoja favorablemente la propuesta mínima que esta Federación considera necesaria para satisfacer por el resto de este año nuestras justas peticiones y sostiene la siguiente proposición o una similar.
- 3.- Que el mejoramiento económico en términos porcentuales entregado por el Ministerio de Salud, a contar del mes de Agosto del presente año, sea incrementado en un 100%; y cuyo costo global sería similar a la última proposición de consenso del Comité de Conciliación que trabajó en esta materia patrocinada por el propio Sr. Ministro de Salud.
- 4.- Que por otra parte este Consejo Directivo Nacional, considera indispensable que se constituya una Comisión de Trabajo permanente dentro del Ministerio de Salud para que se avoque al estudio generalizado de los problemas del sector como son: la aplicación del D.L. 3551 sobre readecuación de las plantas, Estatuto Administrativo, Carrera Funcionaria, etc.

Por último los trabajadores de la Salud que representamos (60.000), confían plenamente en que su Excelencia no defraudará sus legítimas aspiraciones y posibilitará que la postergación a que fue sometido por el gobierno anterior, pueda ser ahora superada.

Saludamos atentamente a Ud.

POR EL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL


VICTOR DGO. SILVA ALARCON
SECRETARIO GENERAL


HUMBERTO CABRERA TORRES
PRESIDENTE

AA

21/8/90



RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS
21 AGO 1998
Vain - 85

PARLAMENTO:

COMISION DE SALUD
CAMARA DE DIPUTADOS
10 DE JULIO DE 1990

PRESENTACION SEÑOR MINISTRO DE SALUD:

He sido invitado por la Comisión de Salud para ilustrarla respecto del tema del SIDA, de la Política de Recursos Humanos y adecuaciones de plantas de los Servicios de Salud y de la Legislación actual y necesidades legislativas referentes al medio ambiente y salud.

Además he recibido un oficio del 03/07/90 en que se me hace presente:

"La inquietud y preocupación de los miembros que la integran respecto al retraso en el envío de la iniciativa legal sobre plantas del personal de los servicios de salud".

Con esta amplia convocatoria he decidido hacer una breve exposición sobre los temas en cuestión, los cuales abarcan una gama diversa de tópicos.

En mérito a la Comisión, he concurrido acompañado por el Señor Subsecretario, Dr. Patricio Silva, el Jefe de Planificación y Presupuesto Dr. Giorgio Solimano y el Encargado de SIDA, Dr. Rodrigo Hess. Con ellos presentaremos a continuación los elementos básicos que responden las inquietudes de la Honorable Comisión.

S I D A

EPIDEMIOLOGIA:

1. 1984 - 1990 (11.03.90)

Portadores : 210

Casos : 200

TOTAL : 410

2. 1984 - 1990 (al 11.03.90)

CNR (ISP) MUESTRAS CONFIRMADAS POSITIVAS: 1.013

3. 1984 - 1990 (al 11.03.90)

Nº Casos y Portadores, por año de diagnóstico:

----	Casos	Portadores	TOTAL
1984	5	2	7
1985	8	1	9
1986	20	1	21
1987	45	22	67
1988	60	59	119
1989	58	119	177
1990	4	6	10
	200	210	410

4. PROBLEMAS EPIDEMIOLOGICOS

- a) Sólo ha habido vigilancia a través de los bancos de sangre por la seropositividad de los donantes.
- b) El resto es notificación espontánea.
- c) No hay intención de hacer seroprevalencia poblacional por:
 - caro
 - baja aceptabilidad comunitaria
 - baja utilidad para evaluar impacto de la intervención.
- d) Tenemos subnotificación
- e) Estamos ideando nueva forma de notificación, salvaguardando confidencialidad y asegurando veracidad.
- f) Vigilancia se hará básicamente por grupos centinelas en cons. ETS, grupos de prostitutas, grupos homosexuales, mujeres embarazadas y donantes de sangre.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR CONASIDA

1. SUBSECRETARIO: Convocatoria y Constitución de la Comisión Permanente Intersectorial.

2. Formación de CONASIDA

2. CONASIDA

- 2.1. Formulación Programa mediano Plazo
- 2.2. Trabajo conjunto con Misión Expertos OPS
- 2.3. Creación catastro ONG que trabajan y SIDA
- 2.4. Conversación con todas esas ONG
- 2.5. Evaluación de proyectos colaborativos para el trabajo en SIDA
- 2.6. Visitas a Va, VIIIA y Xa Regiones
- 2.7. Participación en eventos científicos y educativos de distintas Instituciones del Sector Salud, otros organismos del Estado y ONGS.

PLAN 1990

1. EPIDEMIOLOGIA

- 1.1. Revisión de la información epidemiológica y difusión de la información.
- 1.2. Rediseñar formulario de vigilancia y de auditoría.
- 1.3. Jornada nacional encargados de notificación de los 26 Servicios de Salud

2. ATENCION INTEGRAL

- 2.1. Constitución Comité SIDA en los 26 Servicios Salud.
- 2.2. Capacitación de 1 médico y 1 enfermera de cada uno de los S.S. con mayor Incidencia de SIDA.
- 2.3. Elaboración norma de atención, terapéutica y bioseguridad
- 2.4. Contribución al Centro Modelo Paula Jaraquemada.

3. LABORATORIOS Y BANCOS DE SANGRE

- 3.1. Taller capacitación de tecnólogos de Bancos de Sangre y laboratorios (Chile)= 100 pers.
- 3.2. Confirmación de los Indeterminados (RIPA)

4. ONGS

4.1. Taller de Capacitación de Grupos de Riesgo (Instituto de la Mujer)

4.2. Jornada "Informar es Vida"
(Barrio Bellavista)

5. ADMINISTRACION

5.1 Inicio Campaña Comunicación Social

6. AREA JURIDICA Y LEGISLATIVA

6.1. Manual de bases legales de Programa Mediano Plazo: Ordenamiento Jurídico Nacional e Internacional.

2. PLANTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Tal como ha sido públicamente expresado por algunos miembros de la H. Comisión de Salud, la Planta de Funcionarios del SNSS, ha permanecido sin modificarse desde su dictación en 1980. Mas aún, ha sufrido una continua merma desde 61.164 cargos en 1982 a 59.833 en 1990. (Anexo N° 1).

No ha recibido ajustes por crecimiento vegetativo de la población, el cual ha correspondido a un 18,2% en los últimos 10 años con un ritmo de 1,65% anual.

Estimaciones por la vía de indicadores de personal por 1.000 habitantes o las demandas directas de los directores de Servicios de Salud, nos llevan a concluir que la necesidad de mayor personal en el sector público de salud bordea los 12.000 cargos.

El proyecto respectivo ha sido puesto en consideración del Ministerio de Hacienda para su análisis y posterior resolución.

Sin embargo, cabe hacer algunas consideraciones sobre las razones por las cuales el sector llegó a esta dramática carencia de recurso humano.

En el anexo N° 2, puede verse, en moneda constante, la tendencia estática o decreciente del gasto público en salud, particularmente en remuneraciones e inversión real. El bajo nivel de remuneraciones crea además un muy bajo atractivo para el trabajo en los hospitales de los servicios públicos.

La responsabilidad de este deterioro recae plenamente sobre los directivos del anterior gobierno y eventualmente sobre sus sostenedores. Esto, a pesar de existir un reconocimiento explícito del Ministro Giaconi de estas deficiencias en Agosto de 1989. (Anexo N° 3).

3. LEGISLACION SOBRE MEDIO AMBIENTE

La mayor parte de la legislación sobre medio ambiente se encuentra contenida en el Código Sanitario, revisado en 1968. Se considera que estas atribuciones son suficientes, existiendo algunas materias susceptibles de ser perfeccionadas por medio de reglamentos.

La necesidad de entregar mayores recursos a los servi cios del medio ambiente y la de otorgar status recono cido en los Inspectores Sanitarios, son dos necesida- des sentidas en el sector. (Anexo N° 4).

4. CONCLUSION:

Esto es cuanto puedo informar a la Honorable Comisión de Salud.

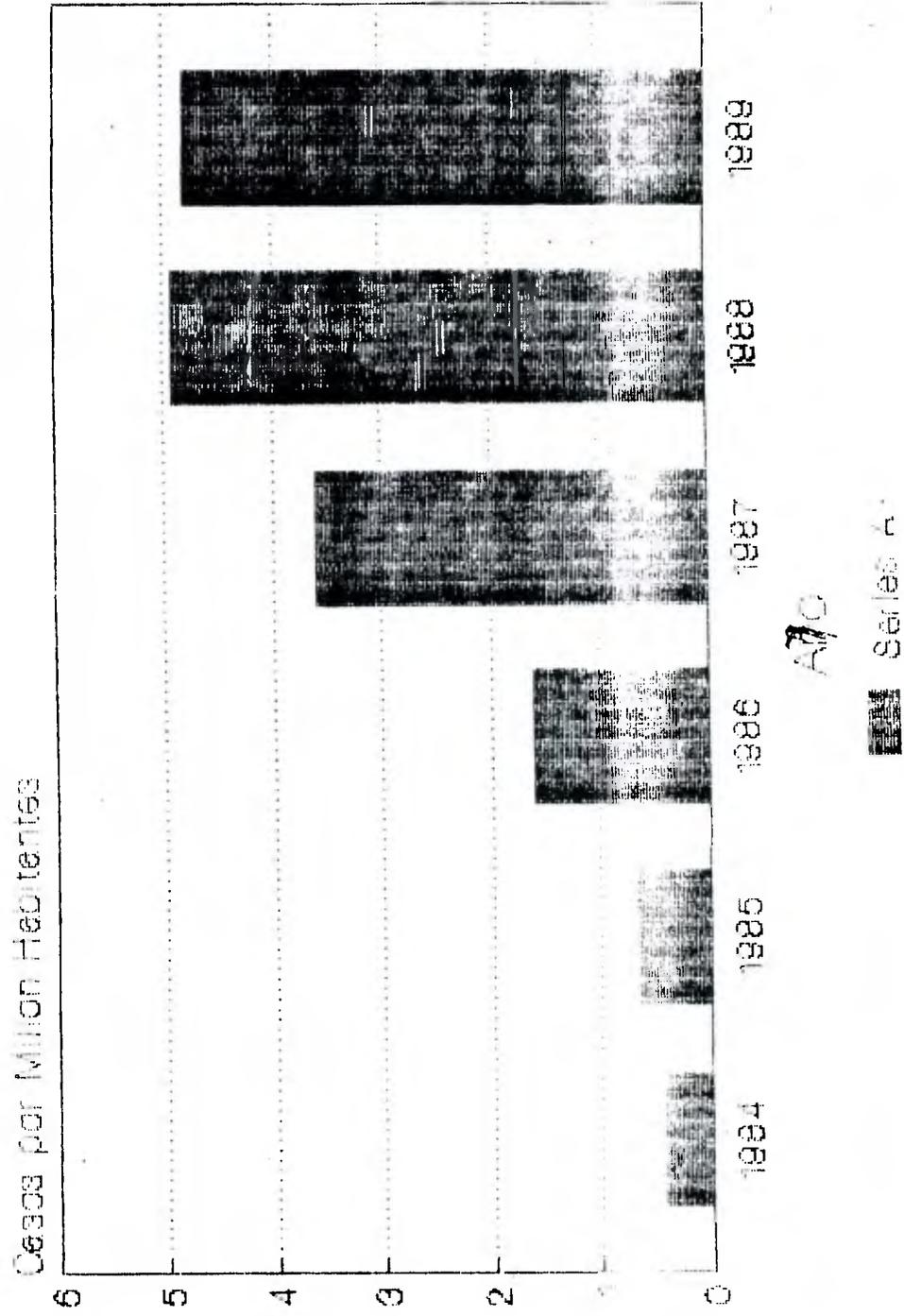
Atentamente,

Dr. JORGE JIMENEZ DE LA JARA
Ministro de Salud

Santiago, 10 de Julio de 1990.

SIDA 84-89

Incidencia



SECTOR SALUD PUBLICO

PLANTA DE PERSONAL

1.- SITUACION HISTORICA

AÑO	DOTACION TOTAL	MEDICOS	ENFERMERAS	AUXILIARES PARAMEDICOS
1982	61.164	5.416	2.717	23.172
1983	61.318	5.527	2.710	23.277
1984	63.557	6.067	2.777	23.346
1985	63.046	5.544	2.800	23.589
1986	62.963	5.928	2.715	23.377
1987	59.929	5.744	2.461	21.943
1988	56.081	5.348	2.186	20.418
1989	56.157	5.438	2.367	20.089
1990	59.833	5.731	2.423	20.654

2.- NECESIDADES DE PERSONAL 1980 - 1990

- Crecimiento vegetativo de la población:

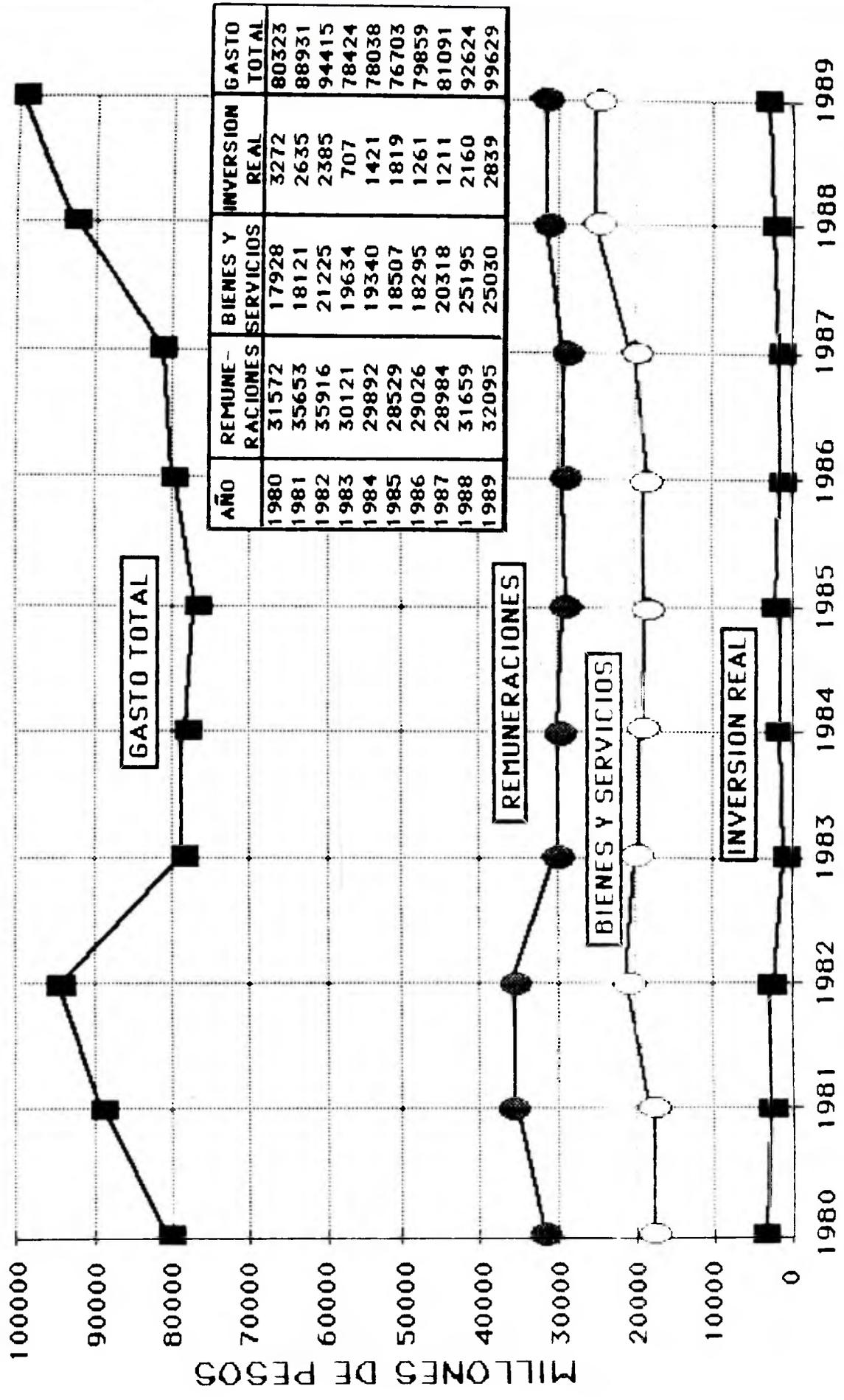
AÑO	POBLACION TOTAL 1.	% CRECIMIENTO	% CRECIMIENTO VEGETAT.3.
1980	11.144.769	-.-	1,62
1981	11.327.271	1,64	1,68
1982	11.518.800	3,36	1,77
1983	11.716.769	5,13	1,59
1984	11.918.590	6,94	1,59
1985	12.121.677	8,77	1,55
1986	12.327.030	10,61	1,62
1987	12.536.374	12,49	1,67
1988	12.748.207	14,39	1,75
1989	12.961.032	16,30	1.75(*)
1990	13.173.347	18,20	-.-

Fuente Información: 1. INE-CELADE
 3. Ministerio de Salud
 (*) Estimación

GASTO PÚBLICO EN SALUD

1980-1989

(MILLONES DE PESOS 1986)



AÑOS

3.- LAS FINANZAS DE LA SALUD

Mucho se ha discutido sobre las finanzas del sector público de salud, una opinión oficial del Ministerio de Salud ha dicho lo siguiente:

a) El gasto en Salud del sector estatal llegó en 1988 a ser sólo el 2,4% del PGB. Entre 1974 y 1988 se ha movido entre el 2,37 (año 1987) y el 3,56 en 1982, con un promedio de 2,66%.

Demás está reconocer que el porcentaje es muy bajo

b) El aporte fiscal que en 1974 era de 1,92 de ese PGB se redujo progresivamente año a año hasta llegar en 1988 al valor mas bajo (0,86%).

c) La relación cotización de cargo del trabajador versus aporte fiscal ha variado desde 1:4,31 (1974) a 1:1 años 1986 a 1988

d) Si se estima que el gasto en salud del sector público debe equivaler al 3,3% del PGB, deberían : o duplicarse las cotizaciones (lo que es socialmente no aceptable) o duplicar el aporte fiscal.

Reservado 1A/161

04-08-89

MINISTRO DE SALUD

MINUTA

LEGISLACION Y REGLAMENTACION
SOBRE LA CONTAMINACION ATMOSFERICA
EN LA REGION METROPOLITANA

El Código Sanitario en su Libro III (arts. 67° al 93°), dispuso el marco de la competencia de la Autoridad Sanitaria en la higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo.

De acuerdo a sus normas generales, corresponde a Salud velar porque se eliminen o controlen todos los factores, elementos o agentes del medio ambiente que afecten la salud, la seguridad y el bienestar de los habitantes.

El Título II de este Libro III se refiere a las aguas y sus usos sanitarios, a las viviendas, locales, campamentos, los desperdicios y basuras. Cada uno de estos párrafos tiene su reglamentación correspondiente, a través de la potestad reglamentaria de este Ministerio de Salud.

El Título III, se refiere a la higiene y seguridad de los lugares de trabajo con su correspondiente reglamentación.

El Título IV dispone normas generales sobre la contaminación del aire, de los ruidos, vibraciones y de las sustancias tóxicas o peligrosas para la salud.

En referencia a la contaminación del aire, en la Región Metropolitana un Servicio especializado, el Servicio de Salud Metropolitana del Ambiente, tiene a su cargo, entre otras, la acción operativa del Código en este aspecto.

El Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente forma parte de la Comisión Especial de Descontaminación de la Región Metropolitana. A este ente administrativo le corresponde diagnosticar y/o medir la calidad de la atmósfera regional en un momento determinado y a fiscalizar las llamadas "fuentes fijas de contaminación".

Sus normas técnicas, procedimientos de medición y fiscalización están contenidas en los Decretos Supremos de Salud N°s.

- 144/61. que ESTABLECE NORMAS PARA EVITAR EMANACIONES O CONTAMINANTES ATMOSFERICOS DE CUALQUIER NATURALEZA.
- 32/90. que REGLAMENTA EL FUNCIONAMIENTO DE FUENTES EMISORAS DE CONTAMINANTES ATMOSFERICOS QUE INDICA, EN SITUACIONES DE EMERGENCIA DE CONTAMINACION ATMOSFERICA.
- 148/90 que PROHIBE FUNCIONAMIENTO DE CHIMENEAS PARA CALEFACCION EN VIVIENDAS DE LA REGION METROPOLITANA EN DIAS QUE INDICA.
- Resolución N° 1215/78, que da NORMAS SANITARIAS MINIMAS DESTINADAS A PREVENIR Y CONTROLAR LA CONTAMINACION ATMOSFERICA.

La norma que establece el índice de calidad del aire para determinar el nivel de contaminación atmosférica de la Región Metropolitana está contenida en la Resolución n° 369/88, de este Ministerio de Salud.

Esta potestad reglamentaria ha estado en plena aplicación durante lo que va transcurrido del año en curso por el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, en coordinación con la Comisión Regional respectiva.

Entre la legislación y reglamentación que está en estudio en el Ministerio de Salud para completar la acción del sector, en materia de preservación del medio ambiente, se puede mencionar la reforma del Reglamento Sanitario de los Alimentos y la supresión de la letra d) del artículo 1° de la Ley N° 18.122, que creó el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, permitiendo que los fondos que provengan de la aplicación del Código Sanitario sean invertidos en las acciones de salud que este Servicio ejecuta.

También se está estudiando la dictación de una reglamentación única que defina los factores de emisión obligatoria para el medio-largo plazo por cada rama de actividad para fuentes fijas. La definición de niveles técnicos máximos de emisión por tipo de fuente, en el contexto del sistema de licencias de emisión transables. La creación de un mecanismo de declaración de emisiones por parte de fuentes fijas.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

30 Mayo 1990
18:30 horas.

FAX

A : EXMO. SR. PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
DON PATRICIO AYLWIN

DE: MINISTRO DE SALUD
DR. JORGE ZIMENEZ

REF: GRATUIDAD DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA

ME ES GRATO INFORMAR A UD. DE LA SITUACION DEL TRAMITE DEL
OTORGAMIENTO DE LA GRATUIDAD DE LA ATENCION PRIMARIA:

-CON FINCA DE 23 DE MAYO LA OFICINA DE PRESUPUESTO DEL
MINISTERIO DE HACIENDA OTORGO LOS \$60.000 PARA CUBRIR EL
COSTO DE ESTA MEDIDA.

EL PROCESO DE TRAMITE DE LA GRATUIDAD FUE CURSADO Y FIRMADO
POR LOS MINISTERIOS DE SALUD Y HACIENDA. ACTUALMENTE ESTA EN
SU TRAMITE FINAL DE TONA DE RACION DE CONTRALORIA.

-EN LAS PRIMERAS JORNADAS DE COORDINACION Y FORMACION DE
EJECUTIVOS SUPERIORES DEL MINISTERIO A REALIZARSE ESTE FIN DE
SEMANA (31/5 A 1/6) SEBAN IMPLEMENTADAS LAS NORMATIVAS PARA
IMPLEMENTAR ESTA MEDIDA A NIVEL DE TODOS LOS SERVICIOS DE
SALUD DEL PAIS.

ESTA MEDIDA FORMA PARTE DEL TOTAL DE ACCIONES EN ATENCION
PRIMARIA CONSUMIDAS EN EL MENSAJE PRESIDENCIAL DEL 23 DE
MAYO. TODAS LAS CUALES SEBAN IMPLEMENTADAS ORDE EL 1RO DE
JULIO. LA OFICINA DE PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE HACIENDA
HA OTORGADO \$ 1.251.300.000 PARA CUBRIR EL COSTO DE ESTAS
ACCIONES.

República de Chile
Ministerio de Salud

Santiago, 26 de Abril de 1990.

Señor
Presidente de la República
Don Patricio Aylwin Azócar
Presente

Estimado don Patricio:

Le envío junto a la presente, un Informe del viaje que realicé a UNICEF en Estados Unidos, entre los días 16 y 18 de Abril en curso.

Afectuosamente,



Dr. JORGE JIMENEZ DE LA JARA
Ministro de Salud

INFORME VIAJE A USA - ABRIL 1990

Dr. Jorge Jiménez de la Jara
Ministro de Salud

Entre los días 16 y 18 de Abril de 1990 permanecí en USA, participando en la Junta Directiva Anual del UNICEF (Fondo N.U. Infancia) y en Washington visitando el Congreso norteamericano.

De esta visita, junto a las conversaciones sostenidas con los embajadores chilenos, Sres. Somavía (NU) y Silva (USA), puedo informar lo siguiente:

UNICEF

Mi participación en la Junta Anual consistió en un discurso ante ella, el primero de un Ministro chileno en algún organismo de NU después del inicio de nuestro Gobierno. El contenido y la relevancia de este hecho fué destacado por el Director Ejecutivo de UNICEF, Sr. James Grant al finalizar el evento. (adjunto)

Sostuve entrevistas con todos los directivos de esta institución, invitando a su Director Ejecutivo para visitar Chile en fecha indeterminada pero durante 1990.

UNICEF es hoy día la Agencia mas activa y prestigiada del sistema de NU por su excelente trabajo en pro de la infancia en el mundo.

El Sr. Grant me entregó copia informal de invitación para el Presidente Aylwin a participar en el Encuentro en la Cumbre de UNICEF a realizarse en New York el 29-30 de Septiembre, junto con la Asamblea de NU. Este

encuentro es patrocinado por el Presidente Bush y pretende hacer una opción radical por los niños, lo cual coincide con nuestras posiciones. (adjunto carta).

UNFPA - UNDP

Se visitó también a los ejecutivos de las Agencias para la Población (UNFPA) y el Desarrollo (UNDP) con los cuales se discutió los proyectos pendientes de Chile Salud con ellos y se obtuvo aportes adicionales.

Congreso USA

En compañía de los Sres. Ted Weihe y Marc Schneider, antiguos amigos de la causa chilena, me entrevisté con el Senador Tom Harkin y el Representante Matt mc Hugh, asistentes legislativos de 6 senadores (demócratas y republicanos) y varios Comités técnicos del Congreso.

Quedó presentada una indicación al presupuesto por US 10 millones, destinada a Chile en el área de Salud infantil. Esto era lo único posible en este momento.

En el Congreso americano se me expresó el deseo y la necesidad de visitas del mas alto nivel posible, idealmente el Sr. Presidente Aylwin a Washington con el propósito de revitalizar la presencia de Chile y su renaciente democracia. Existen ante la opinión pública y política muchos competidores por espacio en USA (Nicaragua, Panamá, Europa del Este).

Embajador Somavía

Se encuentra ya plenamente instalado en sus funciones, con bastante éxito, le preocupa el asunto Cardoen - Sud-Africa, cuya conexión industrial continúa siendo un problema serio de imagen para Chile, ruego ver documentación adjunta.

Su visión es de urgencia en la solución previa al viaje a NU en Septiembre.

Santiago, 24 de Abril de 1990.

JUNTA DIRECTIVA UNICEF, 16 ABRIL 1990

INTERVENCION DEL MINISTRO DE SALUD DE CHILE DR. JORGE JIMENEZ, MD, MPH.

MADAME CHAIRPERSON:

- AGRADEZCO LA OPORTUNIDAD QUE EL SECRETARIADO DE LA JUNTA EJECUTIVA DEL FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS HA CONCEDIDO A CHILE PARA HACER USO DE LA PALABRA DURANTE EL DEBATE GENERAL DEL PERIODO DE SESIONES DE 1990.

- ES ESTA LA PRIMERA OCASION EN QUE, EN MI CONDICION DE MINISTRO DE SALUD DEL GOBIERNO DEMOCRATICO DEL PRESIDENTE PATRICIO AYLWIN, CONCURRO A UN FORO DE CARACTER INTERNACIONAL.

- COMO USTEDES SABEN, A PARTIR DEL 11 DE MARZO DE ESTE AÑO, CHILE TIENE UN NUEVO ESCENARIO POLITICO; DESPUES DE UN PERIODO DE 16 AÑOS, LA DEMOCRACIA SE ESTA RECONSTRUYENDO CON LA RECUPERACION DE LOS HABITOS Y COSTUMBRES DE CONVIVENCIA QUE NOS HABIAN CARACTERIZADO DESDE NUESTRA INDEPENDENCIA EN 1810.

LOS CHILENOS ESTAMOS VIVIENDO UN PROCESO DE CURACION DE LAS PROFUNDAS HERIDAS QUE PROVOCA EL AUTORITARISMO CON SUS ABUSOS.

- EL GOBIERNO DEMOCRATICO DEL PRESIDENTE AYLWIN HA DEFINIDO COMO SUS POLITICAS PRIORITARIAS AQUELLAS REFERIDAS A LA SOLUCION DE LOS PROBLEMAS DE DERECHOS HUMANOS, EL PAGO DE LA DEUDA SOCIAL Y LA MANTENCION DE UN CRECIMIENTO ECONOMICO SOSTENIDO CON DISTRIBUCION JUSTA DE SUS FRUTOS.

- MADAME CHAIRPERSON:

CHILE AGRADECE LOS ESFUERZOS DEL DIRECTOR EJECUTIVO POR PRESENTAR ANTE ESTA JUNTA UN INFORME QUE, A LA VEZ QUE DESTACA LOS AVANCES

DEL FONDO EN SUS ACTIVIDADES EN FAVOR DE LOS NIÑOS DURANTE 1989, TAMBIEN PRESENTA LLAMADOS DE ATENCION MUY OPORTUNOS Y PRECISOS HACIA AQUELLAS AREAS DONDE ES NECESARIO AMPLIAR O FORTALECER ACTIVIDADES. HEMOS LEIDO CON MUCHO INTERES Y COMPARTIMOS AMPLIAMENTE, LOS COMENTARIOS DEL DIRECTOR EJECUTIVO RESPECTO AL AJUSTE CON UNA DIMENSION HUMANA.

- MI GOBIERNO ESTA CONVENCIDO QUE LA ACTUAL SITUACION SOCIAL ES INCOMPATIBLE CON LA ESTABILIDAD ECONOMICA Y POLITICA. LA NECESIDAD DE MEJORAR LA SITUACION DE LOS MAS POBRES Y DE AMPLIOS SECTORES DE LA CLASE MEDIA, ES UNO DE LOS COMPROMISOS CENTRALES ASUMIDOS PARA LOS PROXIMOS CUATRO AÑOS. UNA CONSIDERABLE PROPORCION DE LA POBLACION CHILENA VIVE ACTUALMENTE EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD, POR LO MENOS 4.589.627 PERSONAS, DE LAS CUALES 1.177.627, SON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. SI BIEN EL PORCENTAJE DE POBLACION CONSIDERADA EN EXTREMA POBREZA HA IDO DISMINUYENDO, EL VOLUMEN DE LOS GRUPOS VULNERABLES, O SEA, AQUELLOS QUE SE ENCUENTRAN EN CONDICIONES DE RIESGO O PRECARIEDAD, EVIDENCIA LOS EFECTOS DE LA DESIGUALDAD EN LA DISTRIBUCION DEL INGRESO. LA IMPRESION ES QUE LOS BENEFICIOS PROVEDIENTES DE EXITOS EN EL SECTOR FINANCIERO, BAJAS TASAS DE INFLACION Y UNA MEJORA EN LA POSICION RELATIVA DEL ENDEUDAMIENTO EXTERNO, NO HAN SIDO TRANSFERIDOS A TODOS LOS CHILENOS. ES NOTORIA LA DISPARIDAD O DESIGUALDAD ENTRE DATOS REGIONALES Y PROMEDIOS NACIONALES, LAS CIFRAS LOCALES SOBRE MORBIMORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, DE FECUNDIDAD, DE DESERCIÓN Y REPITENCIA ESCOLAR BASICA, DE DESNUTRICION INFANTIL, DE EMPLEO Y DESEMPLEO, DE OPORTUNIDADES DE CAPACITACION Y EMPLEO PARA MUJERES Y HOMBRES JOVENES, DE ATENCION AL NIÑO EN EDAD PREESCOLAR Y DE AQUELLOS QUE SE ENCUENTRAN EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALMENTE DIFICILES, NOS DEMANDAN UNA REORIENTACION URGENTE DE POLITICAS Y PROGRAMAS QUE PROMUEVEN EL DESARROLLO SOCIAL.

NUESTRA POLITICA DE SALUD REPRESENTA LA CONTINUIDAD HISTORICA DE UN SISTEMA DE ATENCION CON SENTIDO SOCIAL DE LARGA DATA, POR ELLO, EL MINISTERIO A MI CARGO HA DECLARADO PRIORITARIO EL FORTALECIMIENTO Y EXPANSION DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD CON ENFASIS EN LAS ZONAS POBRES URBANAS Y RURALES. EN EL NIVEL PRIMARIO SE DESARROLLARAN LOS PROGRAMAS TRADICIONALES SOBRE MADRE Y NIÑO, JUNTO CON INTERVENCIONES INNOVADORAS QUE PROTEJAN LOS ADOLESCENTES, PRINCIPALES VICTIMAS DE LOS ULTIMOS AÑOS.

EN LAS ZONAS RURALES AMPLIAREMOS UN PROGRAMA EN CURSO CON EL APOYO DE UNICEF DESDE 33 A 99 MUNICIPALIDADES CUYO IMPACTO HA SIDO MUY POSITIVO.

EL ENFASIS EN LO PRIMARIO NO IMPEDIRA LA RECONSTRUCCION DE NUESTRA RED HOSPITALARIA, SERIAMENTE DAÑADA POR LA CRISIS.

EN TERCER LUGAR, DAREMOS GRAN ENFASIS A LA PROMOCION DE SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD, EN UNA REFORMA QUE ADAPTE NUESTRO SISTEMA DE SALUD A LA TRANSICION EPIDEMIOLOGICA. LAS ESTADISTICAS CHILENAS INDICAN QUE LAS ENFERMEDADES CRONICAS Y CANCER, LOS ACCIDENTES Y LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS COMO CAUSAS PREVALENTES DE MORBIMORTALIDAD.

NUESTRA CUARTA TAREA SERA EL MEDIO AMBIENTE Y SALUD, LA QUINTA TAREA SERA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL SECTOR PUBLICO Y LA INCORPORACION DEL SECTOR PRIVADO Y NO GUBERNAMENTAL AL TRABAJO COMUN.

- MADAME CHAIRPERSON:

QUIERO REFERIRME AL DOCUMENTO E/ICEF/1990/L.5 OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DE DESARROLLO PARA LA INFANCIA; PRIORIDADES PARA LAS ACTIVIDADES DEL UNICEF EN EL DECENIO DE 1990. COMPARTIMOS EL PRINCIPIO GENERAL EN QUE SE FUNDAMENTAN LOS OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS ALLI EXPRESADAS, DE QUE EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD HUMANA Y LA SATISFACCION DE LAS NECESIDADES HUMANAS BASICAS DEBEN SER LOS ELEMENTOS CENTRALES DE PREOCUPACION DEL UNICEF EN EL DECENIO DE LOS 90. EL NUEVO GOBIERNO CHILENO ESTA DISPUESTO A ORIENTAR SU POLITICA SOCIAL POR EL OBJETIVO CENTRAL DE INVERTIR EN LAS PERSONAS Y PARTICULARMENTE EN LOS NIÑOS. DESDE LOS INICIOS DE LA DECADA DE LOS AÑOS OCHENTA EN CHILE, LA TENDENCIA OBSERVADA EN EL GASTO DE SECTORES COMO SALUD Y EDUCACION HA SIDO DE PERMANENTE DISMINUCION, CON EL CONSECUENTE EFECTO DEL DESMEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA OFERTA INSTITUCIONAL EN AMBAS AREAS. POR EJEMPLO LA COBERTURA ACTUAL DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACION PREESCOLAR, EN CHILE ALCANZA SOLAMENTE AL 30% DE LA POBLACION DE 2 A 5 AÑOS. LO LIMITADO DEL ALCANCE DE ESTOS PROGRAMAS SEÑALA LA MAGNITUD DEL ESFUERZO QUE EL PAIS REQUIERE HACER PARA OFRECER A SU INFANCIA EL BENEFICIO DEL DESARROLLO DE SUS POTENCIALIDADES EN LAS AREAS INTELECTUAL, EMOCIONAL, MOTORA Y SOCIAL, PARTICULARMENTE DE AQUELLOS NIÑOS QUE VIVEN EN CONDICIONES DE POBREZA.

- COMO MUY ACERTADAMENTE DICE EL DOCUMENTO E/ICEF/1990/L.5, LA INFANCIA Y SUS NECESIDADES NO ATENDIDAS MERECE EL MAXIMO GRADO DE PRIORIDAD DURANTE ESTE DECENIO COMO PUNTO DE PARTIDA DE UNA ESTRATEGIA INTERNACIONAL DE DESARROLLO. SI BIEN COINCIDIMOS CON LAS PRINCIPALES METAS PARA LA SUPERVIVENCIA, EL DESARROLLO Y LA PROTECCION DEL NIÑO HACIA EL AÑO 2000 QUE EL DOCUMENTO PROPONE, EXPRESAMOS NUESTRO INTERES PARTICULAR HACIA LA NECESIDAD DE PRESTAR MAYOR ATENCION A LA SALUD Y NUTRICION DE LAS NIÑAS; MAS OPORTUNIDADES EDUCACIONALES Y DE CAPACITACION PARA LAS MUJERES, MANTENER ELEVADOS NIVELES DE COBERTURA DE VACUNACION, REDUCIR LA MORBI-MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR LAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS, RESOLVER PROBLEMAS VINCULADOS AL MEDIO AMBIENTE, LA REDUCCION DE LA DESNUTRICION Y DOS TEMAS QUE PARA MI PAIS DEMANDAN ESPECIAL CONSIDERACION: EL DESARROLLO FISICO Y PSICOSOCIAL DE LA PRIMERA INFANCIA Y LOS NIÑOS EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALMENTE DIFICILES.

- EN RELACION A LAS ESTRATEGIAS QUE SE PROPONEN EN EL MENCIONADO DOCUMENTO, NUESTRO PAIS VE CON ENTUSIASMO, Y SEÑALA SU DISPOSICION PARA INVOLUCRARSE CON ACTIVIDADES QUE FAVOREZCAN LA REDUCCION DE LAS DISPARIDADES, LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD, EL ENFOQUE DE PROGRAMAS POR ZONAS, LA INVESTIGACION APLICADA, LA COMUNICACION Y MOVILIZACION SOCIAL, LA RECOPIACION Y TRATAMIENTO SISTEMATICO DE DATOS PARA VIGILANCIA Y EVALUACION DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE NIÑOS Y MUJERES, EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL

DEL SECTOR SOCIAL Y LA CREACION DE UNA BASE ECONOMICA PARA SATISFACER LAS METAS DEL DESARROLLO HUMANO.

- DESDE YA COMPROMETO LA COLABORACION DE CHILE EN LA CREATIVIDAD, DESARROLLO Y EVALUACION DE METODOS E INTERVENCIONES, CONDUCENTES A MEJORAR LOS PROCESOS PROPUESTOS POR UNICEF. NUESTRO PAIS TRADICIONALMENTE HA APORTADO EN ESTE SENTIDO A LA REGION, Y ESPERO QUE EN DEMOCRACIA ELLO SE RECUPERE.

- MADAME CHAIRPERSON: HEMOS LEIDO CUIDADOSAMENTE EL DOCUMENTO E/ICEF/1990/L.4 SOBRE EL FUTURO DE LAS RELACIONES EXTERNAS EN EL UNICEF; QUEREMOS EXPRESAR NUESTRO APRECIO Y RECONOCIMIENTO HACIA LA PROPUESTA DE MEJORAR LA COMPLEMENTARIDAD ENTRE EL PROCESO DE PLANIFICACION Y LA GESTION DE LAS RELACIONES EXTERNAS DEL UNICEF, PARTICULARMENTE POR LOS EFECTOS BENEFICIOSOS DE ESTA ACCION CON LA COOPERACION A NIVEL DE CADA PAIS.

- CHILE QUIERE APROVECHAR ESTA OPORTUNIDAD PARA AGRADECER AL UNICEF LOS APORTES RECIBIDOS DEL FONDO ESPECIAL DE AJUSTE PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE. SU DISPONIBILIDAD HIZO POSIBLE QUE LA OFICINA DE UNICEF EN CHILE DESARROLLARA UNA ESTRATEGIA DE MOVILIZACION Y COMUNICACION SOCIAL PARA INTRODUCIR EL TEMA DE LAS NECESIDADES DE LA INFANCIA Y DE LA MUJER EN EL CONTEXTO DE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS DURANTE EL PERIODO ELECTORAL. CANDIDATOS A LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, A PARLAMENTARIOS, Y OTRAS FIGURAS CONOCIERON EL TEMA Y EXPRESARON PUBLICO COMPROMISO. Y LA SOCIEDAD EN GENERAL RECIBIERON, A TRAVES DE VARIOS MEDIOS DE COMUNICACION, UN CONJUNTO DE INFORMACION CUANTI-CUALITATIVA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS CHILENOS, SUS NECESIDADES INSATISFECHAS Y SUGERENCIAS PARA LA ACCION. LOS RESULTADOS DE ESTE ESFUERZO, PARTICULARMENTE LAS LECCIONES APRENDIDAS SOBRE EL POTENCIAL

DE LA COMUNICACION SOCIAL PARA MOVILIZAR A LA SOCIEDAD CIVIL EN RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS, NOS LLEVAN A APOYAR LA SOLICITUD DE AUMENTAR LA ASIGNACION ANUAL DEL SAFLAC, DE 2 A 3 MILLONES DE DOLARES.

- RESPECTO A LA CONVENCION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, QUIERO MANIFESTARLES QUE NUESTRO GOBIERNO ENVIARA SU TEXTO AL PARLAMENTO, PARA PRONTA RATIFICACION.

- LA REUNION CUMBRE MUNDIAL DE LA INFANCIA SERA, SIN DUDA, UNO DE LOS ACONTECIMIENTOS MEMORABLES DE ESTA DECADA. TENEMOS LA SEGURIDAD DE QUE LA ACTUACION DEL UNICEF COMO SECRETARIA DE ESTA REUNION, SERVIRA PARA REAFIRMAR ANTE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL LA MISTICA Y DEDICACION DE ESTE ORGANISMO POR LA CAUSA DE LOS NIÑOS, DE MANERA MUY ESPECIAL DE SU DIRECTOR EJECUTIVO EL SR. JAMES P. GRANT.

- MI GOBIERNO DESEA ANUNCIAR SU DISPOSICION PARA UNIRSE A LAS CONTRIBUCIONES ESPECIALES QUE SE NECESITAN PARA CUBRIR LOS GASTOS QUE REQUIERE LA REALIZACION DE LA CUMBRE, DE ACUERDO A NUESTRAS CAPACIDADES, TAMBIEN DEBO TRANSMITIR A USTEDES EL INTERES DEL PRESIDENTE PATRICIO AYLWIN DE PARTICIPAR EN TAN TRASCENDENTAL REUNION.

- MADAME CHAIRPERSON:

LOS VINCULOS ENTRE CHILE Y UNICEF PARTEN DESDE SU ORIGEN (1950) A LA FECHA, DURANTE TODOS ESTOS AÑOS LA COOPERACION TECNICA Y FINANCIERA DEL FONDO HA PRIVILEGIADO LAS AREAS DE SALUD, PROGRAMAS CONTRA LA POBREZA, EL DESARROLLO LOCAL, LA EDUCACION PREESCOLAR Y LA PROMOCION DE LA MUJER. DURANTE LOS ULTIMOS AÑOS, LA OFICINA DE UNICEF EN CHILE

SE HA DEDICADO DE MANERA SISTEMÁTICA A LA RECOPILOCIÓN, ANÁLISIS Y PUBLICACIÓN DE INDICADORES SOCIO-ECONÓMICOS A NIVELES REGIONALES Y LOCALES, LO CUAL LE HA PERMITIDO PONER A DISPOSICIÓN DEL NUEVO GOBIERNO, DE ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES, DE UNIVERSIDADES, CENTROS DE INVESTIGACIÓN, MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y PÚBLICO EN GENERAL, INFORMACIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS NIÑOS Y LAS MUJERES EN EL PAÍS, SOBRE PAUTAS DE CRIANZA Y SOCIALIZACIÓN, SOBRE VULNERABILIDAD, POBREZA Y DISPARIDADES REGIONALES Y SOBRE VACÍOS DE COBERTURA DE LA ATENCIÓN A NIÑOS EN EDUCACIÓN PREESCOLAR A NIVEL REGIONAL Y COMUNAL. ACTUALMENTE LA OFICINA DE UNICEF EN SANTIAGO ESTÁ EN PROCESO DE EJECUCIÓN DE UN ANÁLISIS DE SITUACIÓN SOBRE NIÑOS EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALMENTE DIFÍCILES Y DE PREPARACIÓN DEL NUEVO PROGRAMA DE COOPERACIÓN PARA EL PERÍODO 1991-95. AL HACER ESTA REFERENCIA, EXPRESO LA GRATITUD DEL GOBIERNO CHILENO AL UNICEF POR AUMENTAR LOS RECURSOS GENERALES ASIGNADOS AL PAÍS A PARTIR DEL PRÓXIMO AÑO.

PERMITANME ESTIMADOS AMIGOS FINALIZAR ESTAS PALABRAS CON UN TESTIMONIO PERSONAL. HACE 41 AÑOS, EN UN PEQUEÑO PUEBLO AL SUR DE SANTIAGO, MI PADRE ERA EL DIRECTOR DEL DISTRITO SANITARIO Y SE ORDENÓ UNA CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA LA VIRUELA. SE MOVILIZARON LOS RECURSOS TÉCNICOS Y HUMANOS PARA VACUNAR UN MILLÓN DE PERSONAS EN DOS DÍAS. LA MOTIVACIÓN SE HACÍA CON UN FILM DE WALT DISNEY LLAMADO "DEFENSA CONTRA LA INVASIÓN", ESE FILM, LA PROYECTORA DE 16 mm, LA CAMIONETA EN QUE SE TRANSPORTABA, LAS CAJAS DE VACUNAS, TODAS LLEVABAN EL EMBLEMA NUEVO DE NACIONES UNIDAS Y UNICEF SOBRE FONDO AZUL.

JUNTO A MIS HERMANOS, TODOS PEQUEÑOS PERO CURIOSOS, AYUDAMOS A VACUNAR A OTROS NIÑOS. LA PLUMA Y LA CRUZ EN EL HOMBRO FUERON EL PRIMER SIGNO DE NUESTRO COMPROMISO SOCIAL COMO VOLUNTARIOS DE UNICEF.

HOY COMO PEDIATRA Y MINISTRO, DESEO REITERAR ANTE USTEDES ESE COMPROMISO Y VOCACION DE SERVICIO PARA CON LOS NIÑOS, MISION TAN NOBLE Y EFICAZMENTE CUMPLIDA POR EL UNICEF.

MUCHAS GRACIAS

EL SECRETARIO GENERAL

11 de marzo de 1990

Excelentísimo Señor,

Los Excelentísimos Señores Brian Mulroney, Primer Ministro del Canadá, Mohamed Hosni Mubarak, Presidente de Egipto, Moussa Traoré, Presidente de Malí, Carlos Salinas de Gortari, Presidente de México, Ingvar Carlsson, Primer Ministro de Suecia, y la Excelentísima Señora Benazir Bhutto, Primera Ministra del Pakistán, me han solicitado que lleve a su conocimiento su común propuesta de organizar una Reunión Mundial en la Cumbre en pro de la Infancia, con el objeto de afianzar el compromiso político en beneficio de la infancia, tanto en el orden nacional como internacional. Esta iniciativa recibió el respaldo de la Junta Ejecutiva del UNICEF en un período extraordinario de sesiones celebrado en diciembre de 1989.

La Reunión en la Cumbre en pro de la Infancia se llevará a cabo en la Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, el sábado por la tarde, 29 de septiembre, y el domingo, 30 de septiembre, y de ser necesario se prolongaría hasta la mañana del lunes, 1 de octubre de 1990, para la presentación del comunicado de la Reunión.

El propósito de la Reunión Mundial en la Cumbre en pro de la Infancia es poner de relieve, al más alto nivel político, los objetivos y estrategias para garantizar la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño, así como comprometer a todos los Gobiernos al cumplimiento de esos objetivos y estrategias, que son elementos decisivos para el desarrollo socioeconómico de sus países. Con ello se procurará promover nuevas iniciativas en todos los países y a nivel de la comunidad internacional para abordar, con miras a los decenios futuros, las cuestiones que afectan más profundamente a los niños. Se prevé que al finalizar la reunión se hará una declaración sobre el logro de esos objetivos en el decenio de 1990. Los citados patrocinadores estiman que la Reunión en la Cumbre puede acelerar en particular la ratificación y la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño, que fue aprobada el 20 de noviembre de 1989 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

La experiencia recogida en los últimos años a través de las actividades denominadas en general "Revolución en pro de la supervivencia y el desarrollo del niño" ha demostrado que es posible lograr avances considerables en la reducción de la mortalidad infantil y el mejoramiento de la salud y el bienestar del niño.

Su Excelencia
Dr. Patricio Aylwin
Presidente de la República de Chile
Santiago

-2-

La necesaria movilización de múltiples sectores del gobierno y de la sociedad para lograr esos avances requiere invariablemente el compromiso personal y activo de los dirigentes nacionales. También ha quedado demostrado que ese aumento de la supervivencia de los niños con la activa participación de los padres redundará en una mayor reducción voluntaria de los nacimientos.

Las repercusiones cada vez mayores que varios problemas mundiales críticos tienen en los niños - sobre todo la guerra, la violencia, la pobreza, el endeudamiento, el deterioro del medio ambiente y las drogas - deben también constituir una preocupación importante de todos los dirigentes políticos. Estas cuestiones constituyen un desafío que exige una acción internacional concertada.

Los mencionados Jefes de Estado y Gobierno me han pedido que convoque en su nombre a esta Reunión Mundial en la Cumbre en pro de la Infancia y que invite a participar personalmente a los Jefes de Estado y de Gobierno de los Estados Miembros de las Naciones Unidas o de sus organismos especializados. Me es grato poner los buenos oficios de las Naciones Unidas a disposición de esta iniciativa histórica. Espero que Vuestra Excelencia pueda participar personalmente en dicha Reunión.

Considero que el compromiso renovado de los dirigentes del mundo de proteger la vida de los niños y promover su bienestar constituye una reafirmación de las obligaciones que nos impone la Carta de las Naciones Unidas de "preservar a las generaciones venideras". Si se logra que la supervivencia, el avance y el bienestar de los niños sean una medida del éxito de las actividades de desarrollo, se reafirmará que el propósito último del desarrollo es mejorar la capacidad y la condición humanas.

Los Patrocinadores agradecerían que Vuestra Excelencia me comunicara a la brevedad posible si se propone participar en la Reunión Mundial en la Cumbre en pro de la Infancia.

La secretaría del UNICEF, dirigida por el Sr. James P. Grant, Director Ejecutivo, prestará servicios de secretaría a esta reunión bajo la dirección de los Patrocinadores y del Comité de Planificación de la Reunión en la Cumbre.

Los Patrocinadores, con el apoyo de la Junta Ejecutiva del UNICEF, instan a los gobiernos y a las organizaciones no gubernamentales a aportar contribuciones voluntarias para ayudar a sufragar los gastos de la Reunión y las actividades conexas. A su debido tiempo, la Secretaría proporcionará información adicional a las autoridades competentes de su país.

Me valgo de la oportunidad para reiterar a Vuestra Excelencia las seguridades de mi consideración más alta y distinguida.

Javier Pérez de Cuéllar

LAS INSTITUCIONES PRIVADAS DE SALUD PREVISIONAL Y LA CREACION
DE LA SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

I. ANTECEDENTES

- 1.1. El Sistema Privado de Salud en Chile, Isapres, a Febrero de 1990 cubre a un total de 1.800.000 personas y recauda un total de \$ 99.149.951 (Miles de \$ Anuales) (Anexo No. 1)
- 1.2. El Sistema está constituido por 21 Instituciones Abiertas y 14 Cerradas (solo cubren a trabajadores de una Empresa en particular). (Anexo No. 1)
- 1.3. La Ley No. 18.933 publicada en el Diario Oficial del 9 de Marzo de 1990 establece:
 - a. Crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.
 - b. Modifica el DFL No. 3 que rige a las Isapres.

II. OBJETIVOS QUE CUMPLIRA LA SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES:

- 2.1. Fiscalizar a las Isapres, en aspectos Jurídicos, Financieros y Operacionales para cautelar el debido cumplimiento de la Ley y de las obligaciones que emanen de los Contratos de Salud.
- 2.2. Efectuar estudios y evaluaciones que permitan generar directrices y normas tendientes a lograr un desarrollo del Sistema dentro de un marco de relación equitativo y transparente.
- 2.3. Desarrollar proposiciones a la Autoridad tendiente a perfeccionar el Sistema de Salud Privado con una perspectiva de largo plazo y dentro del contexto de las políticas globales de desarrollo y de salud del país.

III. PRINCIPALES BENEFICIOS DE LA CREACION DE UN ENTE FISCALIZADOR:

- 3.1. Se crea una Instancia efectiva de resolución de problemas entre Afiliados e Isapres en todo el país.

3.2. Se generará una normativa para el Sistema Privado de Salud que permita:

- Que los afiliados conozcan a plenitud sus derechos y obligaciones, como asimismo las principales variables de decisión en la adquisición de los productos que ofrece el sistema.
- Que las Isapres operen en el otorgamiento de los beneficios con claridad y oportunidad.
- Que las Isapres cumplan oportunamente con la legislación en aspectos de información y garantías económicas para el normal funcionamiento del Sistema.

3.3. Se efectuarán estudios del sistema para lograr:

- Generar los incentivos para que el Sistema Privado de Salud se desarrolle en un esquema de largo plazo.
- Desarrollar un Sistema Técnico y Financieramente evaluado que contribuya a enfrentar el problema de salud en la tercera edad.
- Desarrollar los incentivos correctos para lograr que las Isapres ejecuten programas de Salud Preventivos.
- Eliminar o reducir los Sistemas de Carencias y Preexistencias que limiten injustificadamente el acceso a los beneficios.

IV. PLAZOS MAXIMOS INVOLUCRADOS EN LA CREACION DE LA SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES.

- 4.1. Confección y Aprobación del DFL que fija la Planta y el D.S. que fija el Financiamiento: 20 de Mayo de 1990.
- 4.2. Trámite de Toma de razón de ambos decretos por la Contraloría General de la República: 20 de Junio de 1990.
- 4.3. Instalación y Puesta en marcha de la Superintendencia: 30 de Julio de 1990.
- 4.4. Publicación DFL que fija la Planta de Personal y que en la práctica pone en operación el Título I y II de la Ley 18.933 (Ley de Isapres): 01 de Agosto de 1990.

A N E X O N o . 1

PRINCIPALES ANTECEDENTES DE AFILIADOS Y FINANCIAMIENTO DEL
SISTEMA ISAPRES ABRIL 1990

VARIABLES	INSTITUCIONES	I S ABIERTAS	A P R CERRADAS	E S TOTAL
No. de Instituciones		21	14	35
No. de Contratos		666.115	61.863	727.978
No. de Beneficiarios		1.606.907	199.440	1.806.347
Ingresos del Sistema		87.226.867	11.923.084	99.149.951

PRESUPUESTO 1990

(MILLONES DE PESOS)

	<u>S.N.S.S.</u>	<u>SECTOR</u>
<u>INGRESOS</u>	129.285	181.180
- Propios	8.021	32.138
- Transferencias	118.262	78.097
- Aporte Fiscal	---	65.489
- Saldo Inicial	3.002	5.456
<u>EGRESOS</u>	129.285	181.180
- Personal	54.577	56.888
- Bienes y Servicios	42.230	50.762
- Prestaciones Previsionales	6.662	33.004
- Transferencias	16.967	21.188
- Inversión Real	1.632	1.986
- Otros Egresos	2.340	6.246
- Saldo Final	4.877	11.106

2/5/90.-

SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

SITUACIÓN PRESUPUESTARIA 1990

(MILLONES DE PESOS)

MAYOR GASTO	REQUERIMIENTOS			
	DEFICIT TOTAL	AUTORIZADO CON MAYOR APOORTE FISCAL	NO FINANCIADO	PORCENTAJE FINANCIADO %
GASTOS EN PERSONAL	3.609	1.955	1.654	54,2
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	8.635	1.430	7.205	16,6
INVERSION REAL	696	516	180	74,1
P.N.A.C.	2.478		2.478	0
ATENCION PRIMARIA	1.952		1.952	0
ALZA ARANCEL FONASA	1.841		1.841	0
TOTAL	19.215	3.901	15.310	20,3

2/5/90

SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (S.N.S.S.)

SITUACION PRESUPUESTARIA 1990

Los requerimientos presupuestarios mínimos del S.N.S.S. para 1990, son de 19.211 millones de pesos. Ellos permitirían:

- a) Mantener la operación de los servicios básicos en la forma observada hasta ahora. Estos se han estimado sobre la base del gasto devengado el año anterior, al cual se le aplica el inflator utilizado en la elaboración de la actual Ley de Presupuestos, y
- b) Recursos para poner en marcha, de acuerdo a una calendarización, las soluciones propuestas para los problemas más graves y urgentes del Sector.

En este momento el Ministerio de Hacienda ha autorizado un mayor aporte fiscal de 3.901 millones, que representa 20.3% del total de los requerimientos.

A continuación se presenta la justificación de los 15.310 millones restantes.

- Gasto en Personal: \$ 1.654 millones

Esta cifra está compuesta, por una parte, por las vacantes que posee actualmente el Sistema, y que se encuentran sin financiamiento (\$ 338 millones). Por otra parte, este Ministerio estima que la actual dotación de personal resulta insuficiente, siendo crítica la situación en algunos escalafones, producto de los sucesivos recortes presupuestarios a que ha estado expuesto el Sector Salud. Para recuperar los niveles de personal que aseguren la eliminación de los rechazos y se posibilite gradualmente una normalidad en la operación del Sistema, se ha establecido para el presente año una mayor dotación de 2 % (equivalente a \$ 1.316 millones).

- Bienes y Servicios de Consumo: \$ 7.205 millones

Este déficit es producto de la imperiosa necesidad de cubrir las brechas que se han producido en los diversos componentes del Subtítulo; siendo más evidente el deterioro en los

Items Farmacia, Prótesis y Productos Quirúrgicos (\$ 3.910 millones), si bien es cierto que el gasto en este rubro se ha mantenido en términos reales, el resultado es desfavorable si se efectúa en términos de cantidad de productos disponibles. Otros Items que presentan una situación crítica es mantención y reparaciones (\$ 2.450 millones). Dado que en años anteriores, el presupuesto para mantención era mínimo, se ha registrado un aumento considerable en el deterioro de los activos del Sector: infraestructura hospitalaria y equipamiento médico, vehículos, lavandería y centrales térmicas; muchos de ellos paralizados y otra parte importante funcionando en el límite de su capacidad, lo que no permitirá enfrentar las mayores necesidades del invierno.

Otros déficit importantes lo constituyen el rubro textiles y vestuario, alimentos y bebidas, y combustibles y lubricantes, los cuales repercuten adversamente en el funcionamiento del Sector.

- Inversión Real: \$ 180 millones

Necesarios para llevar a cabo los estudios de prefactibilidad de inversiones contempladas a partir de 1991.

- P.N.A.C.: \$ 2.478 millones

Esta estimación se elaboró sobre la base de condiciones de precio más realistas del mercado de la leche.

- Atención Primaria: \$ 1.952 millones

- Alza del Arancel FONASA: \$ 1.841 millones

Cifra proporcionada por FONASA, sobre la base de los nuevos valores del arancel y de considerar la misma frecuencia de uso del año anterior.

ATENCION PRIMARIA DE SALUD
ACTIVIDADES 1990

A C T I V I D A D E S	COSTO ESTIMADO (Millones de pesos)
1) COSTO GRATUIDAD DE LA ATENCION (8.125.000 habitantes)	600,0
2) AUMENTO DE PERSONAL EN 60 CONSULTORIOS (2.060.465 habitantes)	119,1
3) AUMENTO CAPACIDAD RESOLUTIVA EN 60 CONSULTORIOS (2.060.465 habitantes)	72,0
4) SUPLEMENTO 50% FARMACIA EN 60 CONSULTORIOS Y 100 COMUNAS RURALES. (3.704.450 habitantes)	643,6
5) CREACION TERCER TURNO DE PERSONAL EN 44 CONSUL- TORIOS. (2.060.465 habitantes)	44,6
6) CREACION SERVICIO ATENCION PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU) EN 12 CONSULTORIOS. (2.060.465 habitantes)	284,2
7) FUNCIONAMIENTO DE 15 UNIDADES MOVILES (2.060.465 habitantes)	44,5
8) REFORZAMIENTO ATENCION PRIMARIA RURAL EN 100 COMUNAS. (1.618.266 habitantes)	144,0
T O T A L	1.952,0

**ANEXO: ATENCION PRIMARIA DE SALUD
ACTIVIDADES 1990**

1. Costo de gratuidad de la atención

Menores ingresos a los establecimientos por concepto de no cobro de las prestaciones.

2. Aumento de personal en 60 consultorios

Cada Consultorio será dotado con una jornada de 44 horas semanales de médico y dos auxiliares de enfermería.

3. Aumento de la capacidad resolutive en 60 consultorios

Cada consultorio será dotado con un equipo de micro método de diagnóstico de Boheringer.

4. Suplemento 50% de farmacia en 60 consultorios y 100 comunas rurales

Se suplementará en \$ 150 per cápita anual el gasto en farmacia, considerando que hacen uso de la atención primaria el 70% de la población en el medio urbano y el 80% en las áreas rurales.

5. Creación de un tercer turno de personal en 44 consultorios.

Cada consultorio se dotará de un médico de 22 horas semanales, cuatro auxiliares paramédicos y un auxiliar de servicio.

6. Creación del Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en 12 consultorios

Para el funcionamiento de los SAPU se adecuará el espacio actualmente existente en los consultorios, dotándolo de mobiliario, equipamiento y ambulancias. Los recursos considerados incluyen los costos de operación.

7. Funcionamiento de 15 unidades móviles

Se dispondrá de quince unidades móviles donadas por el gobierno francés, que requieren de personal e insumos para su funcionamiento.

8. Reforzamiento de la atención primaria rural en 100 comunas

El Ministerio de Salud en conjunto con UNICEF desarrollará un proyecto de promoción de la salud de los sectores rurales pobres, de mayor daño.

60 CONSULTORIOS URBANOS SELECCIONADOS
ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA 1990

COMUNA	CONSULTORIOS	
	NOMBRE	NUMERO
REGION METROPOLITANA		39
Lo Prado	Santa Anita R. Yazigi C. Avendaño	3
Cerro Navia	A. Steeger A. Albertz	2
Pudahuel	Pudahuel Poniente La Estrella	2
Renca	Renca Huamachuco	2
La Cisterna	Lo Valledor N° 3 Santa Anselma Cisterna Sur Julio Acuña Pinzón Clara Estrella	5
San Joaquín	La Legua San Joaquín	2
Puente Alto	Alejandro del Río San Jerónimo	2
La Granja	La Granja	1
San Ramón	La Bandera	1

La Pintana	Pablo de Rokha San Rafael Santiago del Nuevo Extremo	3
La Florida	Las Perdices Bellavista Villa O'Higgins Los Castaños Los Quillayes	5
Conchalí	Lucas Sierra Quinta Buín La Pincoya Eneas Gonel A. Scroggie José Symon El Cortijo	7
Peñalolén	La Faena Peñalolén	2
Estación Central	San José de Chuchunco Los Nogales	2
P. Aguirre Cerda	Cerrillos Lo Valledor	2
V REGION		8
Valparaíso	Cordillera Quebrada Verde Reina Isabel Esperanza Placeres Barón Rodelillo P. Negras	8

VIII REGION		6
Concepción	O'Higgins Tucape Costanera San Pedro Lorenzo Arenas Chiguayante	6
IX REGION		5
Temuco	Pueblo Nuevo Padre Las Casas Las Quilas Villa Alegre Santa Rosa	5

INVERSIONES EN EL SECTOR SALUD

1990

-

1993

(Miles de Dólares)

	ATENCION PRIMARIA	ATENCION SECUNDARIA Y TERCIARIA	CAPACIDAD INSTITUCIONAL	T O T A L
INFRAESTRUCTURA (1)	33.500	209.000		242.500
EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL (2)	12.750	84.900		97.650
TRANSPORTES (3)	4.440	5.810		10.250
PROGRAMAS DE ACCION (4)	18.600			18.600
CAPACIDAD INSTITUCIONAL (5)			17.000	17.000
T O T A L	69.290	299.710	17.000	386.000

NOTAS:

- (1) INFRAESTRUCTURA COMPRENDE REPARACION, CONSTRUCCION Y MANTENCION DE ESTABLE CIMENTOS.
- (2) EQUIPOS E INSTRUMENTAL COMPRENDE RECUPERACION, MANTENCION Y REPOSICION DE EQUIPAMIENTO MEDICO E INDUSTRIAL, Y UNIDADES MOVILES.
- (3) TRANSPORTE COMPRENDE AMBULANCIAS DE TRANSPORTE Y DE RESCATE, Y TRANSPORTE DE PASAJEROS Y CARGA.
- (4) PROGRAMAS DE ACCION COMPRENDE PROGRAMAS DE PREVENCION, DE APOYO A LA ATENCION DE SALUD Y DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES.
- (5) CAPACIDAD INSTITUCIONAL COMPRENDE SISTEMAS DE INFORMACION PARA GESTION Y DISEÑO DE MECANISMOS DE ASIGNACION RECURSOS.

2/5/90.-

CALENDARIO DE INVERSIONES SECTOR SALUD 1990 - 1993
(Miles de Dólares)

	ATENCIÓN PRIMARIA				ATENCIÓN SECUNDARIA Y Terciaria				CAPACIDAD INSTITUCIONAL				T O T A L					
	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993	1990	1991	1992	1993	TOTAL	
INFRAESTRUCTURA	5.500	10.000	12.800	5.200	2.500	78.500	71.860	56.140					8.000	88.500	84.660	61.340	242.500	
EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL	5.750	4.000	1.700	1.300	5.500	30.200	26.400	22.800					11.250	34.200	28.100	24.100	97.650	
TRANSPORTES	2.030	1.410	500	500	2.200	2.200	965	445					4.230	3.610	1.465	945	10.250	
PROGRAMAS DE ACCION	3.360	6.360	4.670	4.210									3.360	6.360	4.670	4.210	18.600	
CAPACIDAD INSTITUCIONAL									1.000	11.000	5.000		1.000	11.000	5.000		17.000	
SUB - TOTAL	16.640	21.770	19.670	11.210	10.200	110.900	99.225	79.385	1.000	11.000	5.000		27.840	143.670	123.895	90.595	386.000	
T O T A L	69.290				299.710				17.000									386.000

República de Chile

*Ministerio de Salud
Subsecretaría*

SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD - S.N.S.S.

1	MINISTERIO
13	SEREMIS
26	SERVICIOS DE SALUD
1	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO DEL AMBIENTE
1	CENTRAL DE ABASTECIMIENTO
1	INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA - I.S.P.
1	FONDO NACIONAL DE SALUD - FONASA

P R O B L E M A S

MINISTERIO

- 1.- DÉFICIT DE PERSONAL EN CANTIDAD Y CALIDAD
- 2.- MUY COMPORTAMENTALIZADO
- 3.- DÉFICIT DE SUPERVISIÓN, VIÁTICOS INSUFICIENTES

I.S.P.

- 1.- FINANCIAMIENTO DEFICIENTE
PRESUPUESTO 1990, 7,5% INFERIOR AL DE 1989.
- 2.- DÉFICIT DE SUPERVISIÓN PROGRAMAS TBC; ETS
POR VIÁTICOS INSUFICIENTE Y FALTA DE DESARROLLO
TÉCNOLÓGICO EN EQUIPOS.
- 3.- SE HA DEBIDO ACREDITAR LABORATORIOS EXTERNOS.
- 4.- SE HA PRIVILEGIADO EL CONTROL DE ALIMENTOS QUE VAN AL
EXTERIOR EN DESMEDRO DE LOS QUE VAN AL CONSUMO INTERNO.
- 5.- PRODUCTIVIDAD INADECUADA POR RETRASO TECNOLÓGICO EN LOS
EQUIPOS.

FONDO NACIONAL DE SALUD

- 1.- DÉFICIT DE PRESUPUESTO \$ 2,700,000,000.-
- 2.- DÉFICIT DE PERSONAL
- 3.- ATRASO ADMINISTRATIVO
- 4.- DISMINUCIÓN MONTÓ DE PRÉSTAMOS
- 5.- AUMENTO DEL ARANCEL A COSTA DEL USUARIO.

CENTRAL DE ABASTECIMIENTO

- 1.- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DESCOORDINADA
EJ: 1989 BAJA DE MEDICAMENTOS POR \$ 46.000.000.- POR
FECHA DE VENCIMIENTO.
- 2.- RECURSOS HUMANOS DEDICADOS A FUNCIONES ADMINISTRATIVOS.
POCO PERSONAL PROFESIONAL, SISTEMA COMPUTACIONAL
DEFICIENTE.
- 3.- 40% DE LOS PRODUCTOS TIENEN REAL MOVIMIENTO.

RECURSOS FINANCIEROS

ENDEUDAMIENTO SERVICIOS DE SALUD AL 31 DE MARZO DE 1990
EN MILES DE PESOS:

\$3381822

INGRESOS: \$4188223

INGRESOS POR PERCIBIR: \$598239

SERVICIOS DE SALUD EN DEFICIT AL 31 DE MARZO DE 1990
EN MILES DE PESOS

COQUIMBO	\$63203	
SAN FELIPE	\$12949	
L. B. O'HIGGINS	\$67563	
CONCEPCION	\$25660	
BIO- BIO	\$52667	
ARAUCANIA	\$10967	
LLANCHIPAL	\$106722	INGRESOS: \$53059
AYSEN	\$35366	
MAGALLANES	\$47268	
SUR	\$32185	
OCCIDENTE	\$250822	INGRESOS: \$82355
SUR ORIENTE	\$140464	

C U A D R O N° 2

MEDICOS CICLO DE DESTINACION EN FASE ASISTENCIAL

AÑOS	NUMERO
1974	340
1975	142
1976	469
1977	278
1978	296
1979	408
1980	419
1981	150
1982	163
1983	123
1984	108
1985	115
1986	50
1987	58
1988	36
1989	45
1990	64

PERSONAL POR MIL HABITANTES

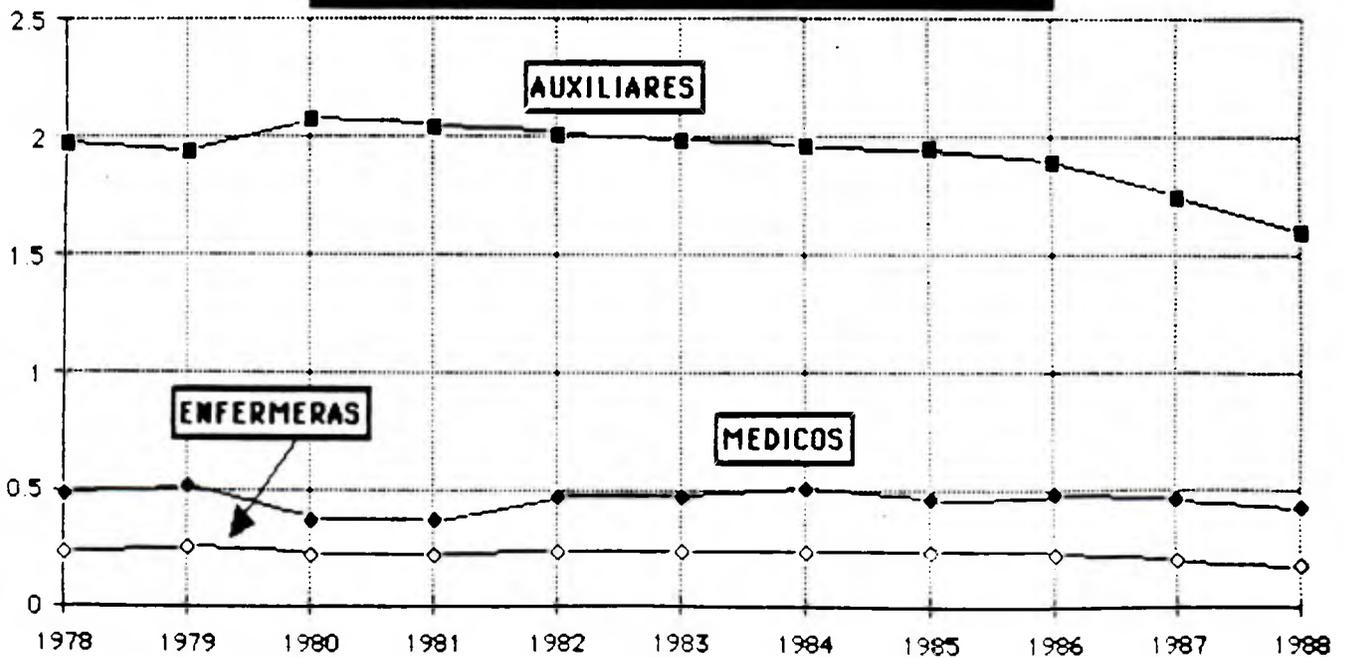
S.M.S.S. 1978-1988

AÑO	MEDICOS		ENFERMERAS		AUXILIARES	
	Nº	POR MIL HTES.	Nº	POR MIL HTES.	Nº	POR MIL HTES.
1978	5,248	0.49	2,550	0.24	21,389	1.98
1979	5,671	0.52	2,780	0.25	21,286	1.94
1980	4,128	0.37	2,509	0.23	23,136	2.08
1981	4,128	0.36	2,509	0.22	23,136	2.04
1982	5,416	0.47	2,717	0.24	23,172	2.01
1983	5,527	0.47	2,710	0.23	23,277	1.99
1984	6,067	0.51	2,777	0.23	23,346	1.96
1985	5,549	0.46	2,800	0.23	23,589	1.95
1986	5,928	0.48	2,715	0.22	23,377	1.90
1987	5,744	0.46	2,461	0.20	21,943	1.75
1988	5,348	0.42	2,186	0.17	20,418	1.60

FUENTE : ANUARIOS DE ATENCIONES Y RECURSOS 1978 - 1988

- NOTAS: - NO SE INCLUYEN LOS DATOS DE LOS ORGANISMOS INDEPENDIENTES
 TALES COMO FONASA, ISP, CENABAST Y SUBSECRETARIA DE SALUD
 - LA INFORMACION ESTA REFERIDA A CARGOS (Y NO A PERSONAS)
 - NO SE INCLUYEN CARGOS DE LA ESTRUCTURA JERARQUICA

PERSONAL POR MIL HABITANTES



RECURSOS FISICOS

- BAJO VOLUMEN DE INVERSION REAL

1974: **9.7%** RESPECTO AL GASTO PUBLICO EN SALUD
1975-1988: **4%** RESPECTO AL GASTO PUBLICO EN SALUD

- POLITICA INADECUADA DE MANTENCION

RECOMENDACION: 5% DEL GASTO DE OPERACION ANUAL
1985-1989: **2.4%**

EJEMPLOS:

703 AMBULANCIAS: **53%** MAL ESTADO O FUERA DE SERVICIO

CENTRIFUGAS O LAVADORAS: **90%** MALAS O FUERA DE SERVICIO

CENTRALES TERMICAS: **40%** DE CALDERAS PARALIZADAS

RECURSOS HUMANOS

- DEFICIT DE PERSONAL

EJEMPLO:

MEDICOS:

1982 191.11 HORAS MEDICAS
1988 182.28 HORAS MEDICAS

ODONTOLOGOS:

1982 57.25 HORAS DENTISTA
1988 41.17 HORAS DENTISTA

- SALARIOS INSUFICIENTES

EJEMPLO:

ENFERMERAS: DESPLAZAMIENTO DE PERSONAL

- AUSENCIA DE CAPACITACION

EJEMPLO:

ATENCION PRIMARIA: EDUCACION DE POST GRADO

RECURSOS FINANCIEROS

ENDEUDAMIENTO SERVICIOS DE SALUD AL 31 DE MARZO DE 1990
EN MILES DE PESOS:

\$3381822

SERVICIOS DE SALUD EN DEFICIT AL 31 DE MARZO DE 1990
EN MILES DE PESOS

COQUIMBO	\$63203
SAN FELIPE	\$12949
L. B. O'HIGGINS	\$67563
CONCEPCION	\$25660
BIO- BIO	\$52667
ARAUCANIA	\$10967
LLANCHIPAL	\$106722
AYSEN	\$35366
MAGALLANES	\$47268
SUR	\$32185
OCCIDENTE	\$250822
SUR ORIENTE	\$140464

Subsecretaría

RESERVADO N° 2A/ 47 /

A.F.L.

MAT.: Texto refundido de la Ley
de Propiedad Industrial.

SANTIAGO, 29 MAR 1990

DE : MINISTRO DE SALUD

A : SR. SUBSECRETARIO DE ECONOMIA, FOMENTO Y RECONSTRUCCION

- 1.- El Ministro infrascrito cumple con expresar su reconocimiento por la deferencia de esa Subsecretaría al remitirle el texto refundido de la ley de Propiedad Industrial, con el objeto de formular observaciones a su articulado.
- 2.- Al respecto, en lo que interesa a este Ministerio, debe anotarse que esta Secretaría de Estado no participó en la redacción de las disposiciones de la ley 18.935 ni, en consecuencia, en la que concierne a patentes de medicamentos y otras sustancias que menciona su artículo transitorio, cuyos términos se reproducen literalmente en el precepto transitorio del texto refundido.
- 3.- Esta norma transitoria aparece orientada a impedir que se obtenga patentes en Chile por medicamentos, preparaciones farmacéuticas y reacciones químicas, cuyas solicitudes de patente se hayan presentado en su país de origen hasta el 31 de Diciembre de 1984, y fija las condiciones para solicitar patente por las que se pidieron en el extranjero después de esa fecha y antes de la vigencia de la ley.
- 4.- Este Ministerio concuerda ciertamente con este criterio y con las exigencias que condicionan el otorgamiento de patente, señaladas en las letras a) b) y c) de la disposición transitoria, en la medida que están inspiradas en el mismo predicamento restrictivo.
- 5.- Con todo, debe hacer presente que la aplicación literal de las exigencias señaladas, especialmente la de la letra a), impediría otorgar patentes respecto de productos que, no obstante haberse pedido de su país de origen después del 31 de Diciembre de 1984, obtengan la respectiva autorización de comercialización en una fecha posterior a la vigencia de la ley.
- 6.- Efectivamente, respecto de esos productos bien podría ocurrir que a la fecha de obtener tal autorización, el plazo previsto en la letra b) del artículo transitorio estuviese vencido y que, en consecuencia, no pudiera solicitarse patente para ellos, por cuanto carecerían de uno de los requisitos fijados en el carácter de copulativos por esta norma transitoria.

7.- El Ministro infrascrito ha creído su deber hacer presente esta observación, con la idea de prevenir confusiones o equívocos en la aplicación del precepto citado.

Saluda atentamente a Ud.,



DR. JORGE JIMENEZ DE LA JARA
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCION:

- Sr. Subsecretario de Economía, Fomento y Reconstrucción
- Sr. Ministro Secretario General de la Presidencia
- Gabinete Sr. Ministro de Salud
- Gabinete Sr. Subsecretario de Salud
- Depto. Asesoría Jurídica

HISTORIA Y VIDA DEL CONSULTORIO

1.- La reposición del Consultorio Pueblo Nuevo se efectuó considerando la situación crítica que existía en el antiguo Consultorio de 172 M2 de superficie , su reducido tamaño y la falta de atención hacia el adulto , los que tenían que concurrir a otros centros Asistenciales para satisfacer sus necesidades de Salud, éste fué construído en 1970.

2.- Junto con el reducido Consultorio, se tenía además , una distribución deficiente del recinto y un atochamiento diario de personas .

3.- En consideración a lo anterior fué indispensable completar la Atención Primaria , satisfaciendo la demanda con la reposición del Establecimiento mediante una remodelación de la construcción existente (172 M2) y la construcción adicional de 745 M2 para llegar a obtener un Consultorio de un total de 917 M2, el que está en funcionamiento desde Septiembre de 1989.

4.- La población estimada para el presente año del Consultorio Pueblo Nuevo es de 21.098 Habitantes, lo que equivale a un 8,58 % de la Población de la Comuna de Temuco.

5.- Las atenciones prestadas en el Consultorio durante el año 1989 son las siguientes :

- Controles de Salud	9.111
- Atención de la Mujer	7.616
- Morbilidad Infantil	8.083
- Morbilidad Adulto	4.687
- Atención Odontológica	3.001
- Visitas Domiciliarias Integrales	1.208
- Educación Grupal	314

Pese a estas atenciones, permanente mente se estan produciendo rechazos con el consiguiente rebalse de pacientes hacia el Consultorio Miraflores y Servicio de Urgencia del Hospital, como consecuencia de lo cual se podría colegir un deficit de Recursos Humanos.

6.- La dotación actual de personal en el Consultorio es la siguiente :

- Médicos	02
- Dentistas	02
- Enfermeras	02
- Matronas	02
- Asistente Social	01
- Nutricionista	01
- Auxiliar Paramédico	08
- Administrativos	02
- Auxiliar de Servicio	03
	<hr/>
Total	23

CONSULTORIO PUEBLO NUEVO

=====

Según Decreto Supremo N° 711 del 24 de Diciembre de 1987 , fué traspasado a la I. Municipalidad de Temuco el Consultorio Pueblo Nuevo , ubicado en Calle Nahuelbuta S/N , construido en terreno de propiedad de la Municipalidad de Temuco , el que fué ampliado en el año 1989.-

Santiago, 19 de Marzo de 1990.

Señor
Enrique Silva Cimma
Ministro Relaciones Exteriores
Chile
PRESENTE

Señor Ministro:

En relación a las instrucciones emanadas de S.E. el Presidente de la República, este Ministerio se ha preocupado de la candidatura de Chile a la Dirección de la Organización Panamericana de la Salud Organismo Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Al respecto, la situación actual se resume a continuación:

1. El actual director (Carlyle Guerra de Macedo) está presentándose a una 2da. reelección, esto es, a un tercer período de 4 años.

Bolivia está presentando candidato, el Dr. Luis Valle y Costa Rica, por su parte, tendría también la intención de postular, en la persona de su actual Ministro de Salud, el Dr. Edgard Moos.

Lo anterior, de acuerdo a la información que se tiene, estaría revelando un descontento con la actual gestión.

2. Indagaciones realizadas en más o menos 12 países, a alto nivel político, indican que existe simpatía por una eventual candidatura chilena, y, a la inversa, reticencia para un tercer período del actual Director.
3. Chile adviene a la democracia con el respaldo de una concertación de partidos de un amplio espectro político, lo que representa una sólida base de sustentación y le permite el acceso a la mayoría de los gobiernos panamericanos.

4. El candidato que representaría a Chile, Dr. Manuel A. Bobenrieth, tiene una trayectoria de 21 años en la Organización, goza de un sólido y reconocido prestigio profesional internacional y sus características humanas, éticas y morales constituyen una garantía que se suma a los antecedentes.

5. A mayor abundamiento, Chile con su prestigio y liderazgo histórico en la Salud Pública Continental, ofrece un modelo renovado para enfrentar los desafíos de la década que viene, lo que también constituye un mecanismo para la reinserción en el ámbito internacional.

En mérito a todo lo anterior, el Ministro de Salud que suscribe, apoya la candidatura de Chile en la persona del Dr. Manuel A. Bobenrieth.

Atentamente



Dr. JORGE JIMENEZ DE LA JARA
Ministro de Salud

DIRECCION DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD,
OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD,
CON SEDE EN WASHINGTON, D.C.

1. El 26 de Septiembre de 1990 los 38 gobiernos miembros de la OPS/OMS (35 gobiernos soberanos del hemisferio occidental más Inglaterra, Francia y Holanda) se reunirán en la Conferencia Sanitaria Panamericana, en Washington, D.C. para evaluar la marcha de la Institución, fijar las políticas para el cuatrienio 1991-94 y elegir Director para el próximo cuatrienio.
2. La Organización Panamericana de la Salud es el organismo especializado de cooperación técnica más importante del Sistema de la Organización de Estados Americanos el cual actúa, además como agencia ejecutora de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Su presupuesto regular es de alrededor de 200 millones de dólares, a lo cual se agrega más de un 100% de fondos extra presupuestarios que se canalizan de otras agencias internacionales y nacionales, públicas y privadas. Su estructura incluye una sede en Washington D.C., más 30 oficinas de representación en los diversos países de la Región y 10 Centros especializados de docencia, investigación y servicios en 9 países. Su personal de planta incluye 500 profesionales y 800 funcionarios de apoyo. Además anualmente se contratan 1.200 expertos como consultores de corto plazo y se otorgan 1.500 becas.
3. Durante los últimos 16 años, el regimen militar mantuvo una actitud general de indiferencia -y a veces de hostilidad- hacia los Organismos Internacionales. Se quebró de esta manera, la tradición de Chile que se ha caracterizado por una participación activa, influyente y respetada en la comunidad internacional organizada. El triunfo de la elección del Presidente Aylwin hace imperioso el recuperar la presencia chilena en los Organismos Internacionales por medio de una representación activa y experta, por una parte, y de una posición de liderazgo en el nivel más alto de Dirección, por la otra.
4. La elección de Chile en la Dirección de la OPS/OMS involucra un doble beneficio para el nuevo gobierno democrático de Chile: a) la reposición del Chile nuevo y de su imagen de justicia, de equidad, de eficiencia y de eficacia en el verdadero ejercicio del derecho a la salud de los pueblos; b) la oportunidad de fortalecer y acelerar la recuperación del sector salud, a nivel nacional y local, mediante la canalización de recursos extraordinarios, financieros, tecnológicos y humanos.

- 5. El Dr. Manuel A. Bobenrieth Astete, actualmente médico-jefe del Programa de Información Científico-Técnica en Salud de la OPS/OMS, posee una amplia y extensa experiencia internacional (21 años) tanto con el Sistema Interamericano como en el de Naciones Unidas. Nacido en Concepción en 1931 cursó estudios de Medicina en la Universidad de Chile (1950-56), de Maestría en Salud Pública en la Universidad de Chile (1960-61) y de Maestría en Administración Hospitalaria en la Universidad de Minnesota, E.U.A. (1964-66). Fue Médico General de Zona del S.N.S. en Concepción, Lota y Yumbel (1958-62) y Director del Hospital Clínico de la Universidad Católica (1962-68). Fue electo regidor de la I. Municipalidad de Yumbel (P.D.C. 1960-62) y fue precandidato a Diputado por Concepción (P.D.C. 1962) Casado, tiene 7 hijos.

El Dr. Bobenrieth ingresó a la OPS/OMS en 1968 donde ha tenido una brillante carrera a lo largo de estos 21 años, desempeñándose en los campos de la atención médica, desarrollo de recursos humanos, investigación en salud e información científico-técnica en salud. La experiencia y prestigio del Dr. Bobenrieth tanto en los diversos países del hemisferio occidental como en las sede de la OMS-Ginebra, y en las regiones de OMS de Alejandría, New-Delhi y Copenhagen, como su fidelidad invariable a los principios del gobierno del Presidente Aylwin, hacen de él un candidato excelente en un momento político único en las Américas para llevar a Chile a la Dirección de la OPS/OMS para el cuatrienio 1991-94.

RESUMEN

PROYECTO NACIONAL

DE

DESARROLLO

SISTEMA PUBLICO DE SALUD

INDICE

DIAGNOSTICO DE PROBLEMAS	1 - 5
CUADRO RESUMEN DE PROYECTO NACIONAL	6
DESCRIPCION DEL PROYECTO NACIONAL	7 - 13
CUADRO RESUMEN DE FUENTES Y MONTOS	14

PROYECTO NACIONAL DE DESARROLLO DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD

1. PROBLEMAS Y DESAFIOS DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

El Sistema de Salud chileno se enfrenta hoy a una diversidad de problemas y desafíos como consecuencia de cuatro problemas generales:

(i) El cambio epidemiológico emergente que pone al país en una situación de transición epidemiológica, expresada en la creciente incidencia y prevalencia de patologías crónicas no trasmisibles y sus complicaciones, coexistiendo con patologías de primer nivel.

(ii) La insuficiencia en la capacidad de gestión del Sector Público de salud.

(iii) La prolongada restricción financiera del sector público que ha generado un fuerte déficit de inversión (infraestructura y equipamiento), así como también ha afectado en forma significativa la operación del sector (escasez de insumos, recursos humanos, mantención).

(iv) El Desarrollo inorgánico y descoordinado de los subsectores Público y Privado de Salud.

A partir de estos cuatro problemas generales se derivan problemas específicos, que se señalan a continuación:

GESTION -----

Insuficiencia en la capacidad de gestión de los Servicios de Salud del Sector Público principalmente debido a: obsolescencia de los sistemas administrativos del sector; falta de recursos humanos capacitados para la gestión; ausencia de sistemas de información adecuados. Los sistemas de abastecimientos, mantención, recuperación de costos, asignación de recursos, así como los mecanismos de incentivos gerenciales adolecen de severas falencias.

FALTA DE ADECUACION DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS

Falta de adecuación del Sistema Público de salud al emergente perfil epidemiológico de morbi-mortalidad de la población chilena. En la actualidad la organización del sistema es inadecuada para solucionar oportuna y eficientemente las complicaciones de este tipo de patologías y no están suficientemente desarrollados los programas preventivos que pudieran evitarlas.

DESCENTRALIZACION

El Sector Público de Salud ha sido objeto de un proceso de descentralización, el cual se ha caracterizado por una insuficiente coordinación entre el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, así como entre estos últimos y los organismos locales (Corporaciones Municipales). Por otra parte este proceso se ha visto afectado por una insuficiencia de recursos humanos calificados a nivel regional y local, lo que ha traído como consecuencia una baja capacidad de gestión y una inadecuada integración del Nivel Primario de Atención Médica y los niveles secundario y terciario, disminuyendo la eficacia y la eficiencia del Sistema de Salud Público.

FALTA DE ACCESO

Existen problemas para acceder a la atención de Salud, en especial en el subsector público, por vacíos de cobertura en el nivel primario de atención en determinadas localidades urbanas pobres densamente pobladas y localidades rurales muy alejadas de los centros de atención. Por otra parte, existe dificultad para acceder a la atención en los niveles secundario y terciario, expresadas en esperas prolongadas para procedimientos diagnósticos y terapéuticos, cirugía y hospitalizaciones.

ESCASEZ DE RECURSOS HUMANOS CALIFICADOS EN ATENCION DE SALUD

El Sistema Público de Salud enfrenta una escasez de recursos humanos calificados en atención de salud, causado principalmente por bajos sueldos relativos, falta de incentivos para el ejercicio de profesionales en ciertas localidades geográficas y/o nivel primario de atención, falta de formación de algunos

profesionales por parte del Sistema Universitario chileno.

PERDIDA DE LA CAPACIDAD NORMATIVA, DE EVALUACION Y DE CONTROL DE LOS NIVELES SUPERIORES DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

El Sector Público de Salud ha experimentado una pérdida de la capacidad Normativa, supervisora y de control en el nivel superior del Sistema Público de Salud. Lo anterior se refleja, tanto a nivel central del Ministerio de Salud y sus servicios dependientes como en los niveles superiores de regiones y del sistema local.

INCAPACIDAD RESOLUTIVA

Falta de capacidad resolutoria en todos los niveles de complejidad en la atención de salud, lo que se traduce en derivación de un gran volumen de patologías susceptibles de resolver en el respectivo nivel, agravando el problema del acceso.

FALTA DE COMPLEMENTACION ENTRE LOS SUBSECTORES PUBLICO Y PRIVADO

Ausencia de una adecuada integración de los subsectores público y privado, fundamentalmente por la falta de desarrollo de mecanismos que la incentiven. A modo de ejemplo, los mecanismos existentes respecto del uso de la infraestructura de atención médica disponible, principalmente hospitalaria, adolece de serias imperfecciones.

PROBLEMA EN EL SISTEMA ISAPRE

Existen imperfecciones en el funcionamiento de las Instituciones de Salud Previsional, los que se traducen en problemas para sus beneficiarios. Entre ellos destacan: La inestabilidad contractual, falta de incentivos para el desarrollo de actividades preventivas, exceso de barreras al uso de los beneficios, falta de sistemas de financiamiento de los problemas de salud para la tercera edad e insuficiente transparencia.

INCAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA CRECIENTE CONTAMINACION AMBIENTAL

El Servicio de Salud del Ambiente no cuentan con la capacidad suficiente para efectuar la función de monitoréo y control de fuentes contaminantes. Lo anterior se traduce en una incapacidad para enfrentar la creciente contaminación ambiental que caracteriza al país.

INSUFICIENCIAS EN EL SISTEMA DE SEGURO PUBLICO "MEDICINA DE LIBRE ELECCION"

Existen insuficiencias en el funcionamiento del sistema de seguro público de Medicina de Libre Elección, producto de su alto nivel de centralización y rigidez operativa y administrativa. Asimismo, las prestaciones y cobertura son insuficientes y el copago establecido es excesivo para la capacidad real de pago de los beneficiarios, constituyéndose en una alternativa de seguro de salud poco atractiva. Lo anterior resulta en un subsidio cruzado desde los beneficiarios de la Modalidad de Libre Elección a la Modalidad de Atención Institucional.

DETERIORO DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

Existe gran deterioro de la infraestructura y equipamiento médico e industrial del sistema público, lo que afecta la productividad hospitalaria y la capacidad resolutive del sistema, a esto se debe en parte las esperas prolongadas.

CRECIMIENTO INORGANICO INTRA E INTERSUBSECTORES

El crecimiento inorgánico entre los diferentes subsectores se expresa en el desarrollo de infraestructura de especialidades y técnicas en cada subsector por separado, con casi absoluta prescindencia de lo que ocurre en el subsector complementario. El desarrollo inorgánico dentro del Sector Público se da tanto a nivel intra como interhospitalario y se expresa en el desarrollo de especialidades e inversiones sin la suficiente

planificación que en ocasiones se ha traducido en duplicaciones y subutilización de los recursos. Existe un menor desarrollo de los sistemas no médicos de apoyo a la función hospitalaria. Lo anterior trae como consecuencia el surgimiento de importantes factores de restricción en el proceso productivo.

2. FUNDAMENTOS DEL PROYECTO

Como resultado del diagnóstico descrito y en el marco de las políticas formuladas, el Gobierno de Chile considera necesario llevar a efecto un proyecto nacional cuyo objetivo se señala a continuación.

3. OBJETIVO DEL PROYECTO

Aumentar la calidad y el acceso a la atención de salud de la población en un marco de mayor equidad. Para esto se busca perfeccionar formas de prestación de servicios de atención de salud que demuestren la mayor costo-efectividad. Estas deberán contemplar mecanismos de asignación de recursos con adecuados incentivos económicos y técnicos. Deberá desarrollarse conjuntamente la necesaria infraestructura de atención médica y de apoyo, para lograr el desarrollo de un sistema de salud eficiente e integrado, que responda al patrón epidemiológico emergente.

A la realización de este proyecto nacional concurren esfuerzos tanto del gobierno como de agentes externos.

Los componentes del PROYECTO NACIONAL DE DESARROLLO DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD se señalan en el cuadro No 1 así como se señalan en el mismo cuadro las fuentes.

CUADRO No 1

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD

SISTEMA ATENCION DE SALUD	DESARROLLO INSTITUCIONAL
NIVELES DE RESOLUCION	CAPACIDAD MONITOREO Y EVALUACION MINSAL
ROLES PROFESIONALES INTRASECTOR	CAPACIDAD GERENCIAL E INCENTIVOS
SISTEMAS DE REFERENCIA	RECURSOS HUMANOS ATENCION DE SALUD
PROGRAMAS DE ATENCION	SISTEMAS DE INFORMACION
DESARROLLO INTEGRADO DE S.S.	SISTEMA DE ABASTECIMIENTOS
INFRAESTRUCTURA	SISTEMA DE MANTENCION
EQUIPAMIENTO MEDICO E INDUSTRIAL	SISTEMA DE RTECUPERACION DE COSTOS
TRANSPORTES	SIST. ASIGNACION REC. FINANCIEROS INTRASEC. INSTITUTO DE SALUD PUBLICA
PROYECTOS ESPECIFICOS	
PROYECTOS DEL AMBIENTE	
PROYECTOS SALUD DE LA MUJER	
EVALUACION PNAC	
BANCO DATOS PARA PROY.	

<p>BILATERALES</p> <p>NACIONAL</p>	<p>MINSAL-BID</p> <p>SAN FELIPE VALDIVIA IQUIQUE TALCA</p>	<p>MINSAL-BM</p> <p>8686 A. METROPOLITANA LLANCHIPAL ANTOFAGASTA</p>	<p>SECTORIAL</p> <p>NACIONAL</p>
------------------------------------	--	--	----------------------------------

4. COMPONENTES DEL PROYECTO NACIONAL

Los componentes del PROYECTO NACIONAL DE DESARROLLO DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD se señalan en el cuadro No 1 así como se señalan en el mismo cuadro las fuentes.

El proyecto que se ha definido preparar considera los siguientes componentes:

I DESARROLLO INSTITUCIONAL

JUSTIFICACION

La obsolescencia de los sistemas administrativos del sector, la falta de recursos humanos capacitados, la ausencia de los sistemas adecuados en lo que se refiere a información, evaluación, abastecimiento, mantención, recuperación de costos, así como también, la ausencia de mecanismos correctos en lo que se refiere a sistemas de asignación de recursos financieros y recursos humanos, tanto gerencial como técnico en salud, se ha traducido en una capacidad normativa de monitorèo evaluación y gestión insuficiente para enfrentar la provisión de servicios de salud en un ambiente dinámico y crecientemente complejo.

OBJETIVO DEL COMPONENTE

Diseñar e implementar sistemas y mecanismos que permitan un desarrollo institucional orgánico y coordinado del Sistema de Salud chileno, en el marco de desarrollo del Proyecto Nacional de Salud.

DESCRIPCION DEL COMPONENTE

El desarrollo institucional del Sistema de Salud Público chileno requiere del desarrollo de los siguientes subcomponentes.

1) Capacidad Normativa de Monitorèo y Evaluación.

Diseñar los sistemas referentes a la capacidad normativa de monitorèo y evaluación de las acciones de salud por parte del nivel superior, entendiendo por éste al Ministerio de Salud en el nivel central y regional (SEREMI). De igual forma diseñar los sistemas de monitorèo y evaluación a nivel de los Servicios de Salud y nivel local de atención.

ii) Capacidad Gerencial

Diseñar los sistemas administrativos necesarios que permitan aumentar la capacidad de gerencia del Sistema de Salud Público chileno.

Capacitar a los recursos humanos de los servicios públicos de atención de salud en técnicas de administración de salud, incluyendo la planeación, programación y asignación de recursos de inversión y operación, como asimismo, la oportuna evaluación de los resultados. Lo anterior deberá considerar además el desarrollo de los mecanismos de incentivo correctos respecto del personal gerencial y administrativo de los servicios públicos de atención.

Recursos Humanos en Atención de Salud.

iii) ~~Capacidad de Producción de Servicios de Salud.~~

Diseñar la estructura de personal técnico en salud adecuada a la etapa de transición epidemiológica que caracteriza al país.

Capacitar a los recursos humanos técnicos en salud de acuerdo a las necesidades inferidas de la estructura diseñada y la realidad.

Lo anterior deberá contemplar además el desarrollo de incentivos correctos respecto del personal técnico en atenciones de salud.

iv) Sistemas de Información

Diseñar los sistemas de información para la gestión en materias tales como: Información financiera, epidemiológica, de prestaciones, de abastecimiento, mantención etc.

v) Sistema de Abastecimiento

Diseñar un sistema de abastecimiento eficiente y eficaz, en el marco de la política de descentralización. El sistema de abastecimiento deberá referirse a medicamentos, artículos farmacéuticos y de laboratorio, material quirúrgico, instrumental y demás elementos e insumos necesarios para el ejercicio de acciones de fomento, protección, rehabilitación y recuperación de la salud de responsabilidad del Sector Público.

vi) Sistema de Mantención

Diseñar un sistema de mantención eficiente y eficaz, en el marco de la política de descentralización. El sistema de mantención deberá referirse a infraestructura, equipamiento, y vehículos de responsabilidad del Sector Público.

vii) Recuperación de Costos

Diseñar e implementar un sistema de recuperación de parte del costo de las prestaciones, en el marco de la política de focalización de los recursos fiscales en los sectores de menores ingresos. El diseño deberá contemplar los sistemas de costo, la modalidad de cobro y los sistemas de gestión necesarios.

viii) Asignación de Recursos Financieros al Interior del Sector.

Diseñar e implementar los sistemas de asignación de recursos financieros desde el nivel superior, tanto a los Servicios de Salud como a los establecimientos traspasados a administración local. Los diseños deberán contemplar mecanismos de incentivo que favorezcan la contención de costo y la calidad de las prestaciones de salud.

vii) Capacidad de Gestión y producción del Instituto de Salud Pública

Diseñar los mecanismos, sistemas y acciones necesarias para aumentar la capacidad de gestión y producción del Instituto de Salud Pública como oferente de aquellos productos biológicos en que tenga ventajas comparativas.

viii) Seguro de Salud "Medicina de Libre Elección"

Diseñar los mecanismos que permitan transformar el seguro de salud "Medicina de Libre Elección" en una alternativa de seguro real para sus beneficiarios.

II DESARROLLO DE MECANISMOS DE INTEGRACION DE LOS SUBSECTORES PUBLICO Y PRIVADO

JUSTIFICACION DEL COMPONENTE

Debido a la ausencia de mecanismos adecuados de integración de los subsectores público y privado, se hace necesario realizar esfuerzos por perfeccionar los actualmente existentes y diseñar nuevos en aquellas áreas donde sean requeridos.

OBJETIVO DEL COMPONENTE

Impulsar la creación y perfeccionamiento de los mecanismos de integración Público- Privado, con el fin de mejorar la eficiencia y eficacia del Sistema de Salud chileno como un todo.

DESCRIPCION DEL COMPONENTE

Diseñar e implementar mecanismos de integración de los subsectores públicos y privados orientados a asegurar el uso eficiente de los recursos existentes en el sector, a la vez que impidan el traspaso de subsidios desde el sector público al privado.

III DESARROLLO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD

JUSTIFICACION DEL COMPONENTE

Entre las características más relevantes del Sistema de Salud chileno se encuentra su acentuado deterioro de infraestructura y equipamiento, tanto médico como industrial, producto de un largo periodo de restricción financiera que afectó al sector, disminuyendo en forma significativa su nivel de inversión y mantención.

Lo anterior conjuntamente con el crecimiento inorgánico intra e inter subsectores señalado en el diagnóstico, trae como consecuencia el surgimiento de importantes factores de restricciones en el proceso productivo, lo que unido a la falta de adecuación de éste al patrón epidemiológico emergente, afecta notablemente la capacidad resolutoria del Sistema Público de Salud.

La falta de capacidad resolutive del Sistema Público se observa en todos los niveles de complejidad de atención de salud, lo anterior se traduce en esperas prolongadas para procedimientos diagnósticos y terapéuticos, derivación de un gran número de patologías susceptibles de resolverse en el respectivo nivel, así como también, esperas prolongadas para cirugía y hospitalizaciones.

Las limitaciones de la capacidad resolutive, unido a los vacíos de cobertura en determinadas localidades urbanas pobres densamente pobladas o alejadas de otros centros de atención, trae como consecuencia dificultades para acceder a la atención de salud.

OBJETIVO DEL COMPONENTE

Como una forma de dar solución a la falta de capacidad resolutive y de acceso a la salud se ha diseñado como uno de los componentes de este proyecto el "Desarrollo Integrado de Servicios de Salud en Áreas Geográficas Específicas".

DESCRIPCIÓN DEL COMPONENTE

Este componente consiste en el desarrollo integrado de servicios de salud que incluye servicios ambulatorios y de hospitalización (niveles secundario y terciario) y los sistemas de apoyo respectivos (habilitación).

Los elementos específicos de este componente dependerán de los requerimientos identificados en los estudios que se deberán efectuar en la materia en cada una de las áreas seleccionadas (ver Actividades del Proyecto). A continuación se señalan los eventuales elementos constitutivos del componente.

- i) Inversión en equipamiento médico e industrial.
- ii) Inversión en rehabilitación de Infraestructura, tanto a nivel ambulatorio como en los niveles secundario y terciario.
- iii) Inversión en nueva infraestructura, tanto a nivel ambulatorio como en los niveles secundario y terciario.

IV EVALUACION DEL PROGRAMA DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

JUSTIFICACION DEL COMPONENTE

Considerando que el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) constituye una proporción significativa del presupuesto sectorial (aproximadamente un 9%) y que la última evaluación de dicho plan se realizó en 1980, se estima necesario realizar una nueva evaluación del PNAC.

OBJETIVOS DEL COMPONENTE

Efectuar una evaluación económica del Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

DESCRIPCION DEL COMPONENTE

Efectuar una evaluación económica del Programa Nacional de Alimentación Complementaria que permita medir su eficacia y eficiencia, con el fin de mejorar su costo-efectividad. De igual forma, la evaluación deberá entregar elementos que permitan identificar imperfecciones, susceptibles de ser corregidas, en lo que se refiere a la focalización de los recursos fiscales en los sectores más pobres de la población.

V ESTUDIOS Y PROGRAMAS ESPECIFICOS

Los cambios modernizadores que el Sistema de Salud chileno experimentaría, como resultado de la puesta en marcha del Proyecto Nacional señalado, requiere, adicionalmente a los componentes descritos, de acciones concretas en ciertas áreas geográficas y/o respecto de problemas de salud específicos, algunos de los cuales se señalan a continuación:

1) ACCIONES EN SALUD DEL AMBIENTE

JUSTIFICACION DEL COMPONENTE

El País enfrenta una creciente contaminación ambiental y los organismos encargados del monitoreo y control de las fuentes de contaminación (Servicio de Salud del Ambiente y Departamentos del Ambiente en los Servicios de Salud) no cuentan con la capacidad para efectuar las funciones que al respecto le corresponden.

OBJETIVO DEL COMPONENTE

Aumentar la capacidad de monitorèo, supervisiòn y control de las fuentes contaminantes por parte de los organismos pertinentes del Sistema de Salud.

DESCRIPCION DEL COMPONENTE

Rediseñar y perfeccionar los mecanismos y sistemas de monitorèo, supervisiòn y control del Servicio de Salud del Ambiente sobre las fuentes de contaminaciòn. De igual forma, diseñar e implementar los programas educativos y los mecanismos e incentivos necesarios para incorporar al sector privado a las acciones de salud del medio ambiente.

ii) ACCIONES PREVENTIVAS ORIENTADAS A LA MUJER

JUSTIFICACION DEL COMPONENTE

Considerando que el Càncer de Cuello Uterino es la primera causa de muerte en mujeres en edad fèrtil y que el programa nacional de prevenciòn de este càncer tiene una cobertura muy por debajo de las necesidades nacionales, se considera necesario aumentar las acciones en este campo.

OBJETIVO DEL COMPONENTE

Implementar un programa para la mujer orientado a prevenir y disminuir las muertes por càncer al cuello del ùtero.

DESCRIPCION DEL COMPONENTE

Estudiar y diseñar un programa para la mujer orientado a prevenir y disminuir las muertes por càncer al cuello del ùtero.

El programa anterior deberà contemplar mecanismos que fomenten la participaciòn de organizaciones comunitarias en las actividades de prevenciòn.

iii) BANCO NACIONAL DE INFORMACION PARA DESARROLLO DE PROYECTOS

JUSTIFICACION DEL COMPONENTE

El Ministerio de Salud y los Servicios de Salud a lo largo del país continuamente están sometidos a la evaluación y formulación de proyectos en Salud. En la actualidad en cada ocasión en que dichas actividades se realizan se debe recolectar y procesar la información necesaria: epidemiológica, socioeconómica y de infraestructura en su ubicación microgeográfica correspondiente. Este proceso debe repetirse continuamente, ya que no hay un banco de datos que la almacene y mantenga actualizada con este fin, perdiéndose tiempo y recursos en este proceso.

OBJETIVO DEL COMPONENTE

Disponer de un banco de datos para la elaboración de proyectos en el sector.

DESCRIPCION DEL COMPONENTE

Diseñar un Sistema de recolección de la información requerida para la elaboración de proyectos y confeccionar un banco de datos que la contenga. La información deberá permitir la elaboración de mapas epidemiológicos y de infraestructura a nivel nacional.

Para el financiamiento de los diversos componentes del Plan de Desarrollo se ha recurrido a diversas fuentes tanto bilaterales como multilaterales. En el cuadro No 2 se señalan las fuentes de financiamiento así como los montos preliminares involucrados.

CUADRO No 2

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

PROYECTO NACIONAL DE DESARROLLO

BILATERALES

	MILL. US\$
FRANCIA DONACION	5
FRANCIA CREDITO	20
ALEMANIA CREDITO 1	10
ALEMANIA CREDITO 2	7.5
USA DONACION	10
ITALIA DONACION	10
ESPAÑA CREDITO	12

MULTILATERALES

BANCO MUNDIAL	215
BANCO INTERAMERICANO 1	80
BANCO INTERAMERICANO 2	160

PRINCIPALES MEDIDAS IMPLEMENTADAS DEL
11 DE MARZO DE 1990 AL 15 DE AGOSTO DE 1990

1) REFORZAMIENTO DEL SISTEMA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

EN LAS COMUNAS URBANAS QUE PRESENTAN UN MAYOR RIESGO SANITARIO A LO LARGO DEL PAIS. COMUNAS COMO: BARNECHEA, PEÑALOEN, LA FLORIDA, LA PINTANA, SAN JOAQUIN, VALPARAISO, VIÑA DEL MAR, CONCEPCION, TEMUCO, ENTRE OTRAS.

a) REFORZAMIENTO, SIGNIFICA EXTENSION HORARIA, PROVISION DE MEDICAMENTOS, MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA (EXAMENES DE LABORATORIO, EQUIPOS Y PROCEDIMIENTOS), IMPLEMENTACION DE LA DOTACION DE PERSONAL, ETC. ETC.

SE ENCUENTRAN EN PLENO PROCESO DE IMPLEMENTACION.

b) PUESTA EN MARCHA DE 3 DE LOS 13 SERVICIOS DE ATENCION PERIFERICOS DE URGENCIA. SAPU. LO BARNECHEA, CONCHALI, CONCON. READECUACION Y FUNCIONAMIENTO SAPU ARIZTIA EN COMUNA LAS CONDES. EN LOS PROXIMOS 30 DIAS INICIARIAN SUS ACTIVIDADES SAPUS DE RENCA Y PUDAHUEL Y PROBABLEMENTE EN CONCEPCION.

AMBAS MEDIDAS BENEFICIAN A APROXIMADAMENTE 6.362.753 PERSONAS Y TIENE UN COSTO DE ALREDEDOR DE 1.200 MILLONES DE PESOS SUPLEMENTARIOS CUYO ORIGEN ES TAMBIEN LA REFORMA TRIBUTARIA.

c) PROGRAMA DE CAPACITACION HACIA LOS 26 SERVICIOS DE SALUD CON 18 MONITORES QUE YA HAN REALIZADO TALLERES CON 600 PROFESIONALES EN TODO CHILE, LOS CUALES MULTIPLICARAN SU CONOCIMIENTO A 8.000 FUNCIONARIOS DE LA APS.

d) PROGRAMA DE COORDINACION CON LAS MUNICIPALIDADES Y EL ESTUDIO DE EVENTUALES REFORMAS QUE MEJOREN LA INELUDIBLE RELACION ENTRE LOS DOS NIVELES, JUNTO CON LA NECESARIA SUPERVISION. EN ESTE TERRENO HEMOS POSTERGADO, PERO NO DESECHADO LA IDEA DE UN ORGANISMO DE COORDINACION, YA SEAN CONSEJOS COMUNALES, INTERCOMUNALES O REGIONALES O CORPORACIONES MAS FORMALIZADAS.

2) PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE ATENCION PRIMARIA A NIVEL RURAL.

- MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE GESTION, SUPERVISION Y APOYO DE DIRECCIONES DE ATENCION PRIMARIA EN 18 SERVICIOS DE SALUD.
- REFORZAMIENTO DEL PRESUPUESTO DESTINADO A FARMACIA Y A CONTRATACION DE AUXILIARES DE POSTA RURAL EN 104 COMUNAS RURALES DEL PAIS.
- EL PROGRAMA BENEFICIA A 1.350.000 CHILENOS EN LAS 104 COMUNAS RURALES MAS POBRES DEL PAIS. (EJ.: ERCILLA, CHEPICA, SANTA BARBARA, CHONCHI, SAN PEDRO DE ATACAMA, SALAMANCA).
- COSTO TOTAL : 258 MILLONES DE PESOS.

3) GRATUIDAD ATENCION PRIMARIA.

ASEGURAR GRATUIDAD PARA LA ATENCION DE SALUD EN TODOS LOS CONSULTORIOS Y POSTAS RURALES DEL PAIS EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION PARA TODOS LOS BENEFICIARIOS DEL SECTOR PUBLICO DE SALUD (LEY 18.469) VIGENTE DESDE JULIO 1990 A LA FECHA.

ESTO HA SIGNIFICADO 600 MILLONES DE PESOS SUPLEMENTARIOS AL PRESUPUESTO CUYA FUENTE ES LOS TRIBUTOS DE LA REFORMA TRIBUTARIA.

BENEFICIA APROXIMADAMENTE 6 MILLONES 363 MIL PERSONAS.

4) MANTENCION DE LA CONTINUIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD.

EXISTIA UN DEFICIT DE FINANCIAMIENTO PARA REMUNERACIONES DEL PERSONAL, DE SUBSIDIOS, DEUDAS CON LA CENTRAL DE ABASTECIMIENTO Y OTROS PROVEEDORES, DEFICIT EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO PARA LO CUAL SE CONSIGUIO UN SUPLEMENTO PRESUPUESTARIO CONSISTENTE EN:

REMUNERACIONES Y PREVISIONES.....	\$ 1.972 MILLONES
SUBSIDIOS MATERNALES.....	\$ 1.378 MILLONES
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO.....	\$ 3.847 MILLONES
OTROS.....	\$ <u>48</u> MILLONES
	\$ 7.245 MILLONES

5) AUMENTO DOTACION PROFESIONALES.

AUMENTO EN APROXIMADAMENTE 114 PROFESIONALES LA DOTACION DE MEDICOS DEL S.N.S.S. A TRAVES DEL CICLO DESTINACION MEDICOS GENERALES DE ZONA. (CARGOS QUE ESTABAN VACANTES PERO NO FINANCIADOS).

EL COSTO FUE DE 121 MILLONES DE PESOS.

SE ENCUENTRA EN IMPLEMENTACION. 80 CARGOS HAN SIDO LLAMADOS YA A CONCURSO POR EL MINISTERIO.

6) MANTENCION EQUIPOS INDUSTRIALES.

INVERSION EN MANTENCION EQUIPOS INDUSTRIALES DE HOSPITALES (CALDERAS, COCINAS, ETC.) Y DE EQUIPOS CLINICOS POR \$ 588 MILLONES DE PESOS. MAS 180 MILLONES PARA ESTUDIOS DE NUEVAS INVERSIONES. LO QUE HACE UN TOTAL DE 768 MILLONES DE PESOS.

SE ENCUENTRA EN PLENA EJECUCION PARA TODO EL S.N.S.S.

6) TERMINACION OBRAS DE INFRAESTRUCTURA Y DE EQUIPAMIENTO.

SE ESTAN TERMINANDO HACIA FIN DE AÑO LAS SIGUIENTES OBRAS DE INFRAESTRUCTURA Y DE EQUIPAMIENTO:

- NORMALIZACION HOSPITAL DE TALCA.
- LAVANDERIA Y COCINA HOSPITAL TALCA.
- LAVANDERIA HOSPITAL VALDIVIA.
- HOSPITAL DE VIÑA DEL MAR.
- EQUIPAMIENTO CONSULTORIO ESPECIALIDADES VALPARAISO.
- BOMBA DE COBALTO HOSPITAL CAUPOLICAN PARDO DE SANTIAGO.
- EQUIPAMIENTO OFTALMOLOGICO ASISTENCIA PUBLICA SANTIAGO.

7) ESTUDIOS INVERSION.

SE HAN TERMINADO LOS ESTUDIOS QUE PERMITIRAN INVERTIR MAS DE 200 MILLONES DE DOLARES EN LA NORMALIZACION TOTAL O PARCIAL DE LOS DISTINTOS SERVICIOS DE SALUD ENTRE 1990 Y 1994. VER ANEXO 1 INVERSION i) a v).

8) ESTUDIOS Y NEGOCIACIONES CREDITOS.

SE HAN TERMINADO LOS ESTUDIOS Y LAS NEGOCIACIONES DE LOS CREDITOS QUE PERMITIRAN RESTAURAR O FINALIZAR LOS HOSPITALES DE IQUIQUE, SAN FELIPE Y VALDIVIA.

9) IMPLEMENTACION DE AMBULANCIAS Y VEHICULOS PARA EL SECTOR.

SE FIRMO Y LICITO LA DONACION DEL GOBIERNO FRANCES QUE PERMITIRA RENOVAR ALREDEDOR DE 100 NUEVAS AMBULANCIAS Y VEHICULOS HACIA FINES DE 1990 O COMIENZOS DE 1991. ADEMAS DE 6 AMBULANCIAS DE RESCATE.

10) BENEFICIOS A LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DE SALUD (ACTIVOS Y PASIVOS).

- ATENCION DE SALUD EN CONSULTORIOS Y HOSPITALES DEL SISTEMA LIBRE DE PAGO PARA LOS FUNCIONARIOS Y SUS CARGAS.
- ENTREGA DE IMPLEMENTOS PARA EL TRABAJO: UNIFORMES, DELANTALES, ETC.
- RESTITUCION DE COLACIONES Y MEJORAS DE ELLAS EN LOS SISTEMAS DE TURNOS.
- SUSPENSION TRANSITORIA POR UN AÑO DE LAS CALIFICACIONES.
- FACILIDADES A LOS DIRIGENTES GREMIALES. FUERO GREMIAL.
- ASIGNACION COMPENSATORIA PARA LOS TRABAJADORES Y PROFESIONALES DEL SECTOR PUBLICO DE SALUD.
CON EFECTO REDISTRIBUTIVO: QUE VAN DEL 34% DE AUMENTO SUELDOS BASE DESDE LOS GRADOS 31 AL 8% DE AUMENTO EN EL GRADO 4.
INCLUYE LEY 15.076 (MEDICOS, ODONTOLOGOS Y QUIMICOS FARMACEUTICOS).
COSTO EFECTO AÑO 3.300 MILLONES DE PESOS.

- EN ELABORACION ANTEPROYECTO DE LEY PARA AUMENTAR EN 2.000 NUEVOS CARGOS TANTO PROFESIONALES COMO NO PROFESIONALES Y AUXILIARES LA PLANTA DEL S.N.S.S. (HOSPITALES CON FALLA DE FUNCIONAMIENTO DE SERVICIOS CLINICOS POR FALTA DE PERSONAL).

- SE ESTA PREPARANDO ANTEPROYECTO DE LEY EN EL CUAL SE PASAN A LA PLANTA LOS CARGOS A CONTRATA, LOS INTERINOS Y LOS FUNCIONARIOS CODIGO DEL TRABAJO. SITUACION MUY ANHELADA AFECTA ALREDEDOR DE 10.000 FUNCIONARIOS.

11) BENEFICIOS A TRABAJADORES DE CONSULTORIOS MUNICIPALIZADOS.

A LOS TRABAJADORES DE LOS CONSULTORIOS MUNICIPALIZADOS SE LES HA HECHO LLEGAR LOS BENEFICIOS DE ATENCION DE SALUD LIBRE DE PAGO EN LOS HOSPITALES DEL S.N.S.S.

12) ANTEPROYECTO DE LEY DE MEDICINA PREVENTIVA.

SE ENCUENTRA EN ELABORACION ANTEPROYECTO DE NUEVA LEY DE MEDICINA PREVENTIVA.

13) LEY ANTITABACO.

SE ENCUENTRA LISTO ANTEPROYECTO LEY ANTITABACO.

14) LEY ATENCION DEL PARTO.

SE ENCUENTRA EN TRAMITE LEY QUE DISMINUYE EL PAGO PARA LA ATENCION DEL PARTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL S.N.S.S. BENEFICIA ALREDEDOR DE 30.000 MUJERES DE NIVELES DE INGRESOS MEDIOS BAJOS.

15) COMISION NACIONAL DE SIDA.

FORMACION DE LA COMISION NACIONAL DEL SIDA QUE SE HA TENIDO QUE DEDICAR A RECONSTRUIR PASO A PASO LAS CIFRAS, CASOS Y NORMAS. SE ELABORO UN PRIMER PROGRAMA DE CONTROL DE SIDA A NIVEL NACIONAL QUE SE ENCUENTRA IMPLEMENTADO.

16) P.N.A.C.

SE REFORMULO Y READECUO EL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA.

17) PROGRAMA SALUD MENTAL.

SE ENCUENTRA EN DESARROLLO UN PROGRAMA DE SALUD MENTAL A NIVEL DEL MINISTERIO Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD, PARA HACER EFECTIVA LA PRIORIDAD DE LA SALUD MENTAL DENTRO DEL SECTOR SALUD.

REORIENTACION DE CENTROS DE ADOLESCENCIA A CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL FAMILIAR, EN LAS DIVERSAS COMUNAS DE LA REGION METROPOLITANA.

EN EJECUCION PROGRAMAS DE:

- PREVENCION Y CONTROL CONSUMO DROGAS EN LA JUVENTUD.
- PREVENCION Y CONTROL ALCOHOLISMO MUNDO RURAL. (ARAUCANIA).
- PROMOCION DE SALUD MENTAL DEL JOVEN MAGALLANICO. (XIIa. REGION).

ATENCIÓN DE SALUD Y SALUD MENTAL DIGNA Y HUMANA A LOS AFECTADOS POR ATENTADOS A LOS DERECHOS HUMANOS, INCORPORANDO AL SECTOR SALUD EN LA TAREA DE REPARACIÓN SOCIAL (INICIADA EN IQUIQUE HACE UN MES).

18) CONTROL EPIDEMIAS.

SE CONTROLÓ EFICAZMENTE LAS EPIDEMIAS DE INFLUENZA Y MENINGITIS MENINGOCÓCICA EN PLAZO RECORD.

INICIÁNDOSE READECUACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

19) LEY SOBRE TRASPLANTES Y DONACIÓN DE ÓRGANOS.

SE ENCUENTRA EN PREPARACIÓN LEY SOBRE TRASPLANTES Y DONACIÓN DE ÓRGANOS POR PROFESIONALES DESTACADOS EN LA MATERIA. DRES. KAPLAN, MORAN, CHARLIN, HEPP, MORALES, BARRIA, ENTRE OTROS.

20) CREACIÓN SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES.

SE ENCUENTRA CREADA LA SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES QUE COMENZARÁ A FUNCIONAR EL 1º DE SEPTIEMBRE DE 1990.

21) CREACIÓN DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO.

SE HA CREADO EL DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO A NIVEL DEL MINISTERIO. SENTIDA ASPIRACIÓN DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS.

22) CREACION UNIDAD PARA EMERGENCIAS Y DESASTRES.

TAMBIEN SE CREO LA UNIDAD PARA EMERGENCIAS Y DESASTRES EN EL MINISTE-
RIO DESTINADA A PLANIFICAR, ORGANIZAR, COORDINAR Y SUPERVISAR PROGRA-
MAS PARA ENFRENTAR EN SALUD Y CON EL RESTO DE LOS SECTORES LAS EMER-
GENCIAS Y DESASTRES EN GENERAL EN TODO EL PAIS.

23) NORMALIZACION FONASA.

SE HA IDO A LA NORMALIZACION DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA)
LO QUE HA IMPLICADO UNA OPTIMIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS Y METODOS
DE OPERACION. SE ENCUENTRA TRABAJANDO EN LA PESQUISA DE LA SITUA-
CION DE LA RECAUDACION DEL 7% DE LA COTIZACION DE SUS AFILIADOS YA
QUE ACTUALMENTE FONASA NO LA RECAUDA.

SE ENCUENTRA INICIADO EL ESTUDIO SOBRE REESTRUCTURACION Y MODERNIZA-
CION DE ESTE ORGANISMO.

24) COMISION NACIONAL DEL MEDIO AMBIENTE.

SE ESTA PARTICIPANDO ACTIVAMENTE EN LA COMISION NACIONAL DE MEDIO
AMBIENTE EN ESPECIAL EN LA COMISION METROPOLITANA DE DESCONTAMINA-
CION.

25) REFORZAMIENTO SERVICIO SALUD METROPOLITANO DEL AMBIENTE.

SE HA REFORZADO EL SERVICIO DE SALUD DEL AMBIENTE DE SANTIAGO, PARA LO CUAL SE HAN TERMINADO PROYECTOS DE EQUIPAMIENTO DE DONACIONES POR 2 MILLONES DE DOLARES Y DE OBTENCION DE MAYORES RECURSOS PROVENIENTES DE SUS PROPIAS RECAUDACIONES.

26) REGLAMENTO SANITARIO DE ALIMENTOS.

SE ESTA POR TERMINAR PROYECTO QUE REFORMA EL REGLAMENTO SANITARIO DE ALIMENTOS.

27) COORDINACION INTRASECTORIAL.

a) CONSEJO CONSULTIVO NACIONAL DE SALUD: SE HA CREADO POR RESOLUCION ESTE ORGANISMO ASESOR. SU PRIMERA SESION SERA EN LOS PRIMEROS 15 DIAS DE SEPTIEMBRE PROXIMO.

b) SE HA ESTABLECIDO EL CONVENIO DE DOCENCIA Y ASISTENCIA SOCIAL (CONDAS) EN LO REFERENTE A LA RELACION DOCENTE - ASISTENCIAL ~~EXCLUSIVAMENTE~~ CON DECANOS DE MEDICINA.

c) SE ENCUENTRA EN REALIZACION REUNIONES PERIODICAS CON EL COLEGIO MEDICO A TRAVES DE SU MAXIMA DIRECTIVA CON LA CUAL SE ESTA TRABAJANDO EN BASE A UNA AGENDA DE TEMAS.

d) SE HAN REALIZADO REUNIONES DE TRABAJO CON EL RESTO DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES: ODONTOLOGOS, ENFERMERAS, NUTRICIONISTAS, TECNOLOGOS MEDICOS, ETC.

e) SE HAN TENIDO MULTIPLES Y VARIADAS REUNIONES Y PARTICIPACIONES CON LOS DISTINTOS GRUPOS DE TRABAJADORES DE LA SALUD A LO LARGO DE TODO EL PAIS.

28) DESARROLLO CAPACIDAD INSTITUCIONAL.

A LA FECHA SE ENCUENTRAN PREPARANDOSE LOS SIGUIENTES PROYECTOS PARA:

a) AUMENTAR LA CAPACIDAD GERENCIAL DEL SECTOR.

b) AUMENTAR LA CAPACIDAD NORMATIVA DE MONITOREO Y DE EVALUACION DEL NIVEL CENTRAL.

c) OPTIMIZAR LA GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

d) MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACION DEL SECTOR.

e) OPTIMIZAR EL SISTEMA DE ABASTECIMIENTO DEL SECTOR.

f) DESARROLLAR UN SISTEMA DE MANTENCION DE EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURA DEL SECTOR.

g) DISEÑAR UN SISTEMA DE RECUPERACION DE COSTOS.

- h) REDISEÑAR UN SISTEMA DE ASIGNACION DE RECURSOS FINANCIEROS AL INTERIOR DEL SECTOR.
- i) AUMENTAR LA CAPACIDAD DE GESTION Y PRODUCCION DEL INSTITUTO DE SALUD PUBLICA.
- j) DESARROLLO DE MECANISMOS DE INTEGRACION DEL SECTOR PUBLICO Y PRIVADO.
- k) DESARROLLAR UNA POLITICA DE RECURSOS HUMANOS AL INTERIOR DEL SECTOR BAJO CRITERIOS MODERNOS DE ADMINISTRACION DE PERSONAL. (CARRERA FUNCIONARIA, CAPACITACION).

29) CAPACITACION.

SE HAN REALIZADO 3 SEMINARIOS CON LOS EQUIPOS DIRECTIVOS, AUTORIDADES DE SALUD DE TODO EL PAIS CON LOS DEL NIVEL CENTRAL.

SE HAN REALIZADO 2 ENCUENTROS DE CAPACITACION CON LOS SUBDIRECTORES ADMINISTRATIVOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

30) PROGRAMAS DE SALUD.

REFORMULACION Y MODERNIZACION DE PROGRAMAS DE SALUD, TALES COMO: EL MATERNO INFANTIL, DEL ADULTO, DEL SENESCENTE, DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS), DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS, ENTRE OTROS.

31) TRABAJO DE PROGRAMAS DE SALUD INTERSECTORIAL.

PARTICIPACION EN COMISIONES MIXTA SALUD Y EDUCACION, SALUD Y SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER, SALUD E INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD.