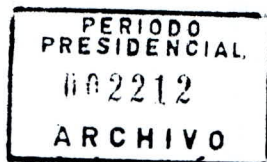


I. ESTADO DE SITUACION DEL MINISTERIO DE SALUD

Condición actual del Ministerio de Salud



- a) Funciones asignadas al Ministerio de Salud según la legislación vigente.

La legislación vigente más importante está constituida por el Decreto Ley 2.763 de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y el S.N.S. dando origen a los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

a.1.) Nivel Central-Ministerio de Salud

Este Decreto Ley establece que al Ministerio de Salud le corresponde formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Supremo Gobierno y desempeñará las siguientes funciones:

- Dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas al Sistema, de acuerdo con las políticas fijadas;
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras, a las que deberán ceñirse los organismos y las entidades del sistema para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas;
- Formular los planes y programas generales del Sistema, en concordancia con las políticas del gobierno;
- Coordinar la actividad de los organismos del Sistema y propender, en la forma autorizada por la ley, al desarrollo de las acciones de salud por otros organismos y personas del sector;
- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas y planes de salud; y

- Cumplir con las demás funciones que le asigne el Código Sanitario y otras leyes y reglamentos.

Corresponderá asimismo, al Ministerio de Salud, en conformidad con las directivas que señale el Supremo Gobierno, fijar las políticas, dictar normas, aprobar los planes y programas generales y evaluar las acciones respecto de las construcciones, transformaciones y reparaciones de edificios destinados a establecimientos hospitalarios de los Servicios.

La Ley 18.469, que crea un Régimen de Prestaciones de Salud otorga al Ministerio de Salud facultades para:

- fijar los planes y programas y determinar las acciones de promoción, protección y otras relativas a las personas o al ambiente;
- definir las acciones de salud y fijar aranceles conjuntamente con el Ministerio de Hacienda y a proposición del Fondo Nacional de Salud para la modalidad de atención de Libre Elección.

El Decreto con Fuerza de Ley N° 3 de 1981, fija normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

El Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 1980 del Ministerio del Interior que norma el traspaso de establecimientos del nivel primario, otorga al Ministerio de Salud la facultades de:

- Aprobar por decreto los convenios de traspaso de establecimientos asistenciales celebrados entre los Servicios de Salud y las Municipalidades;
- Asignar, mediante decreto con la firma del Ministerio de Hacienda, recursos presupuestarios a las Municipalidades

con establecimientos traspasados y, mediante resolución conjunta, suspender su entrega.

Esta legislación fue complementada por la Ley 18.591, Ley miscelánea 1986 y Ley 18.681, Ley miscelánea 1987, respectivamente en sus artículos 26 b) y 23, donde se faculta al Ministerio para aprobar por decreto los convenios de asignación de recursos celebrados entre los Servicios de Salud y las Municipalidades.

Otra legislación pertinente se encuentra en:

- Decreto Supremo N° 60 de 1982, de Salud que modifica el Reglamento Sanitario de Alimentos;
- Código Sanitario. Disposiciones contenidas en diferentes decretos y resoluciones facultan al Ministerio de Salud para reglamentar la aplicación del Código Sanitario en diferentes áreas.

Programas de Salud.

En relación a los programas de salud se pueden mencionar los siguientes:

- Salud Materno-Perinatal, que comprende control de embarazo, atención del parto y del recién nacido.
- Salud del Niño y del Adolescente, con actividades de control de niños sanos de 0 a 5 años y de morbilidad en todo el grupo etáreo, incluyendo actividades de educación.
- Programa Salud del Adulto y Senescente, enfocado hacia la morbilidad, incluyendo subprogramas de patología crónica como hipertensión y diabetes, con escaso componente de salud del anciano y sin integrar la salud del trabajador.
- Programa enfocado a los daños específicos, incluye programa de Tuberculosis, Infecciones Respiratorias

Agudas, Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA y las Infecciones Intrahospitalarias.

- Programas de apoyo y de enfoque integral que complementa los anteriores, entre los que se cuentan:

* Programa Ampliado de Inmunizaciones, del cual el Ministerio de Salud es el responsable del 100% de la población.

* Programa Nacional de Alimentación Complementaria, apoya al programa infantil y programa maternal, siendo beneficiarios las embarazadas y menores de 6 años. Cubre aproximadamente al 70% de la población de estos grupos del país (1.200.000 personas). Incorpora dos líneas: una de enfoque preventivo que es el programa básico y que se dirige a todos los beneficiarios y el otro, la línea curativa en que reconociendo la desnutrición o el riesgo de ella, el beneficiario recibe un programa de refuerzo para superar la situación detectada.

* Programa de Salud Odontológica, que se dirige básicamente a escolares y embarazadas.

* Subprograma de Rehabilitación, que se reconoce insuficiente.

* Programa de Salud Mental, que complementa actividades en todos los programas de las personas.

* Programa de Educación para la Salud que es también una actividad complementaria de todas las anteriores.

a.2.) Organismos dependientes:

En cuanto a las funciones asignadas al Ministerio de Salud respecto a sus entidades dependientes (Servicios de Salud, Instituto de Salud Pública, Fondo Nacional de Salud y Central

de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud), ellas se encuentran contenidas también en el Decreto Ley 2.763 de 1979 y sus respectivos reglamentos.

SERVICIOS DE SALUD

Los Servicios de Salud constituyen organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y de patrimonio propio, cuyo propósito es la realización de las acciones integradas de fomento o promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.

Además, deben controlar las actividades de salud que realizan las instituciones que, por convenio, han asumido el compromiso de llevar a cabo las prestaciones que corresponden a los Servicios de Salud.

Los Servicios de Salud son 26 a lo largo del país, más el Servicio de Salud del Ambiente, los que deben desarrollar funciones asistenciales y sobre el ambiente, para la satisfacción de las necesidades de salud de la población a través de postas rurales, consultorios generales urbanos y rurales y hospitales.

Facultades de los Servicios de Salud

Entre las principales facultades destacan las siguientes:

- a) Dirigir y ejecutar los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todos los establecimientos del Servicio;
- b) Organizar la dirección del Servicio y su estructura interna, así como la de los establecimientos que lo integran;
- c) Proponer al Ministerio la creación, modificación o fusión de los establecimientos del Servicio y su clasificación;

- d) Ejecutar el presupuesto del Servicio, aprobar y modificar los presupuestos de sus establecimientos dependientes;
- e) proponer al Ministerio las tarifas y aranceles correspondientes a las prestaciones que otorgan los establecimientos del Servicio;
- f) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas a fin de que tomen a su cargo, por cuenta del Servicio, acciones de salud.

Situación actual:

Los Servicios de Salud presentan déficits importantes para el cumplimiento de sus funciones, en las áreas de los recursos humanos, físicos y financieros. Ello se explicita más adelante en la letra b) de este informe.

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA

Funciones

Las funciones del Instituto de Salud Pública son, de acuerdo con la Ley, las siguientes:

- servir de laboratorio de referencia, normalizador y supervisor de los laboratorios de salud pública determinados por el Ministerio;
- ejercer las actividades relativas al control de calidad de medicamentos, alimentos de uso médico y demás productos sujetos a control sanitario;
- ser el organismo oficial del Estado para la elaboración de productos biológicos;
- prestar servicios de asistencia y asesoría a otros organismos;

- promover y efectuar trabajos de investigación aplicada relacionada con sus funciones, y
- desarrollar actividades de capacitación en áreas de su competencia.

Situación actual

Las deficiencias del servicio están caracterizadas por los siguientes aspectos:

- ~~falta casi total de supervisión a los laboratorios de la Red Nacional del Instituto;~~
insuficiente
- ~~el equipamiento de los laboratorios presenta un 30% de obsolescencia tecnológica, lo que se traduce en falta de equipamiento e infraestructura;~~
menor productividad y dificultad para implementar las medidas de bioseguridad que corresponden;
- déficit presupuestario para 1990 de 7.5% en relación al año anterior;
- ~~Inadecuados Sistemas de Información;~~
disminución de la planta de personal de 602 funcionarios
- ~~deterioro de las condiciones de trabajo del personal y en 1980 a 567 en la actualidad, lo cual ha implicado deudas contractuales;~~
en las condiciones de trabajo;
- ~~pérdida de la capacidad de fiscalización de las enfermedades profesionales y accidentes del trabajo.~~
- *Como el* programa de salud ocupacional no ha contado con un mínimo de atención, se ha disminuido la capacidad de fiscalización de las enfermedades profesionales y accidentes del trabajo.

FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA)

Funciones

Las funciones que realiza este Servicio Público son básicamente las siguientes:

- recaudación, administración y distribución de los recursos financieros contemplados en la Ley de Presupuesto;
- financiamiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y del Sistema de Prestaciones de Libre Elección;

- fiscalización de la Modalidad de Libre Elección;
- fiscalización de los Institutos de Salud Previsional;
- financiamiento, mediante Préstamos Médicos, a los afiliados.

Situación actual

El presupuesto en 1990 presenta un déficit de 2.702 millones de pesos el cual afecta a los siguientes Item:

- Medicina Curativa, al considerar el mayor costo del Arancel de Prestaciones de Salud, producto del reajuste aplicado en Diciembre de 1989 y no contemplado en el Presupuesto de 1990;
- Gastos de Personal, al proyectar el comportamiento del primer trimestre e incluir el financiamiento de cargos paralelos y trasposos de funcionarios desde el Instituto de Normalización Previsional;
- ~~- Indemnizaciones por renuncia a cargos de confianza;~~
- Préstamos Médicos, al proyectar una mayor inversión de los mismos y un déficit en su recuperabilidad;
- La creación de la Superintendencia de ISAPRE genera un requerimiento adicional de recursos financieros (200 millones de pesos) ^{este} ~~no~~ ^{que} considerado en el Presupuesto de 1990.

En relación al Personal, se observa una alta rotación, inestabilidad funcionaria y falta de interés por permanecer en el Servicio, producto de las bajas remuneraciones. Adicionalmente, existe un sentimiento de frustración y malestar debido al encasillamiento efectuado con un criterio discriminatorio y arbitrario en Agosto de 1989.

En el aspecto administrativo cabe destacar las siguientes ineficiencias:

- atrasos en el pago ^{de contribuciones de las propiedades de} ~~a los servicios contratados a terceros;~~
la institución
- deficiencias de control en el abastecimiento de bienes y servicios de consumo e incapacidad para racionalizar su distribución, como consecuencia de un inadecuado sistema de información;
- convenios de mantención de servicios ^{significativamente} ~~no~~ favorables para la Institución;
- ^{insuficiente} ~~falta~~ de personal de planta para ^{atender las 72 oficinas} ~~realizar las funciones~~ ^{de territorio que cubren el territorio nacional} asignadas;
- incapacidad de racionalizar la distribución de los bienes y servicios de consumo, debido a un inadecuado sistema de información;

La inexistencia de una política de informática ha significado la adquisición de ^{diferentes líneas} ~~una gran variedad~~ de equipos, difícilmente conectables entre sí y no necesariamente compatibles, ^{Esta realidad afecta al 95% del} ~~parque computacional.~~

Otros aspectos de diagnóstico importantes de mencionar dicen relación con el desconocimiento de la real calidad técnica de los prestadores de Libre Elección, errores en el Arancel de Prestaciones y desconocimiento de los afiliados al Sector Público y Privado acerca de las instancias de protección que puede brindarles el Servicio.

CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL S.N.S.S.

Funciones

Las funciones de la Central de Abastecimiento son, básicamente, las siguientes:

- proveer medicamentos, equipos, instrumental y demás elementos e insumos para el desarrollo de las actividades y el cumplimiento de los programas y objetivos del sector;

- administrar el Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

Situación actual

~~A consecuencia de la falta de continuidad en la Dirección Ejecutiva,~~ No existen políticas claras para la gestión de la Central de Abastecimiento, apreciándose, además, falta de coordinación entre las diferentes actividades al interior del servicio y desconocimiento de sus problemas reales. Esto se ha traducido en:

- pérdidas considerables por manejo inadecuado del vencimiento de los medicamentos (46.2 millones de pesos en 1989);
- *política inadecuada de adquisición de medicamentos, que ha originado carencia de productos fundamentales*
- *sobrestock de medicamentos: los (antibióticos y otros) y sobrestock de otros;*
- alto porcentaje de Item sin movimiento (60%);
- sistema burocrático de adquisiciones (más de 90 días para la adquisición de medicamentos estratégicos);
- altos precios de medicamentos en relación con los precios *de los laboratorios ofrecen directamente a hospitales;*
- inadecuados sistemas de información.

Tareas por realizar

- Con el objeto de diseñar una *adecuada política de adquisiciones,* *de ha propuesto* crear un *Único* Registro Nacional de *Único* Proveedores;

- * reformular las bases de licitación;
- * aumentar la participación de productos de importación *directa;*
- * depurar el listado de productos *concentrándose en productos básicos, estratégicos y masivos;*
- ← * readecuar la estructura organizacional, tanto para superar problemas internos como para satisfacer los requerimientos del país en materia de abastecimiento.

a.3.) Situación legal y administrativa

Como se estableció en la sección sobre funciones del Ministerio de Salud, la legislación vigente ha significado un

grave cercenamiento de las atribuciones del Ministerio, especialmente en aspectos de supervisión y control, mediante el traspaso de facultades ~~propias~~ del sector salud hacia otros sectores, ~~de la Administración del Estado~~. *Ello como consecuencia de una falta de política de protección del medio ambiente, que implica la participación intersectorial en esta materia.*

Por otra parte, se ha constatado que en ocasiones, si bien se ha actuado dentro del marco de las facultades legales, no se ha tenido presente el interés *comunidad por solucionar los problemas del sector*. Asimismo, ~~se han observado prácticas administrativas poco transparentes.~~ *de salud.*

Lo ocurrido con las disposiciones referentes a problemas del medio ambiente, son ilustrativas:

- el artículo 26 del Decreto Ley 3.063 de 1979, sobre Rentas Municipales, facultó a las Municipalidades para otorgar patentes provisionales para el funcionamiento de locales comerciales o para el ejercicio de aquellas actividades que, de acuerdo a lo señalado en el Código Sanitario, requieren de autorización previa de la Autoridad Sanitaria;
- posteriormente, se modificó el Código Sanitario facultando además a las Municipalidades para conceder directamente permisos transitorios para el funcionamiento de los mismos locales. Asimismo, las Municipalidades pueden otorgar patentes transitorias para la instalación, ampliación o traslado de industrias, a la vez que suprime la necesidad de contar para ello con el informe favorable de la Autoridad Sanitaria.

Asimismo, no se efectúa un adecuado control de calidad de los alimentos y vigilancia del consumo de sustancias tóxicas y cancerígenas, cuyo uso está prohibido en países desarrollados.

En lo que respecta a la Atención Primaria de Salud destacan los siguientes problemas:

- el personal municipalizado se encuentra adscrito al Código del Trabajo, situación que difiere de la del personal del S.N.S.S.;

- ^{falta de} incumplimiento de la responsabilidad legal de los Servicios de Salud, ^{en relación al} ~~al no implementar~~ el funcionamiento de las Direcciones de Atención Primaria (DAP);

- ^{falta de} ~~incumplimiento~~ de la función supervisora y normativa del Ministerio de Salud sobre los consultorios municipalizados;

- ~~no existe participación de la comunidad en el nivel primario de atención, a pesar del traspaso a las Municipalidades de los establecimientos asistenciales.~~

En cuanto a los mecanismos de asignación de recursos establecidos por la legislación vigente, éstos se han mostrado altamente inadecuados. La facturación por atención prestada (FAP y FAPEM) ha significado privilegiar aquellas acciones de salud que generan un mayor ingreso a un menor costo, lo que ha provocado un mayor desarrollo relativo de las actividades curativas frente a las acciones de protección de salud.

b) Condición actual de los recursos del Ministerio

Es ampliamente conocida la condición de deterioro en que el actual Gobierno ha encontrado al sector público de salud. Sin duda este deterioro se debe fundamentalmente a la opción política de privilegiar al sector privado. La caída del aporte fiscal en relación al aporte directo de los usuarios y la caída en la inversión real son muestras claras de esta opción.

En relación al mecanismo para la asignación de recursos, la facturación por atención prestada (FAP y FAPEM) constituye una forma de reparto de los insuficientes recursos presupuestarios, independientemente del costo real de las prestaciones.

Como consecuencia de lo anterior, la menor disponibilidad de recursos del sector salud se expresa, a lo menos, en los siguientes aspectos:

- disminución de las inversiones, tanto en el área de establecimientos asistenciales, como en el equipamiento médico e industrial;
- disminución cualitativa y cuantitativa de los recursos humanos, además de caída en los salarios reales;
- disminución de la disponibilidad de bienes y servicios de consumo tales como productos farmacéuticos, prótesis, alimentos, ropa y otros que se relacionan directamente con la calidad y oportunidad de la atención otorgada a los pacientes.

Respecto a la salud de las personas, esta situación ha significado:

- en las comunas pobres los indicadores de salud tradicionales muestran diferencias significativas con los promedios nacionales;
- falta de respuesta cuantitativa a las demandas y falta de oportunidad de la atención, producto del retraso tecnológico, la insuficiencia de recursos humanos, la falta de renovación de la planta física y otros, en los niveles secundario y terciario;
- desarticulación del nivel primario traspasado a las municipalidades, del resto del sistema. En este nivel existe un desfinanciamiento de aproximadamente un 50%, baja capacidad resolutive y carencia de supervisión técnica por parte del Ministerio de Salud. Lo anterior se ha traducido en una creciente demanda insatisfecha y, por lo tanto, rechazos y demoras en la atención;

- deterioro en la atención de salud de los trabajadores, quienes, por razones de horarios de su actividad, tienen limitado acceso a la atención médica. Además, no existen programas específicos para la prevención y disminución de los riesgos ocupacionales.

En el área del medio ambiente, las acciones que competen al Ministerio de Salud se han visto debilitadas en los últimos años debido a la progresiva pérdida de respaldo legal por el traspaso de facultades y funciones ~~propias~~ del sector salud, ~~a otros sectores de la Administración del Estado, como se señala en la página 13.~~ Ello ha contribuido a acrecentar las deficiencias públicamente conocidas sobre esta materia.

b.1 Situación de los Recursos Humanos

Las nuevas autoridades de Gobierno han podido constatar la gravísima situación que afecta a los recursos humanos del sector salud, la que podría resumirse en los siguientes aspectos:

- dotaciones de plantas de personal insuficientes para cumplir adecuadamente sus funciones, en todos los niveles asistenciales y en todos los escalafones. Al respecto, es importante destacar que las dotaciones fijadas por ley en 1980 no se han modificado, situación que ha impedido absorber los mayores requerimientos de personal. (Cuadros N° 1 y 2);
- inexistencia de carrera funcionaria para los profesionales del sector. Esta situación está especialmente deteriorada en el nivel primario ya que, como resultado de su traspaso a la administración municipal, quedaron afectos al Código del Trabajo, con remuneraciones y beneficios inferiores a los del sector ministerial, al igual que el resto del personal;

- carencia de política para el desarrollo de recursos humanos, lo que se traduce, entre otros, en falta de oportunidades de perfeccionamiento;
- fuga de personal calificado desde el sector público al privado, motivado por mejores ofertas de remuneraciones y de condiciones de trabajo.

b.2 Situación Presupuestaria

La evolución sufrida por las fuentes de financiamiento del sector durante el gobierno anterior, significó una caída importante del aporte fiscal y un aumento del aporte de los usuarios. Esto implica que el costo de las reformas del sector salud han recaído fundamentalmente sobre los beneficiarios, en decir, sobre aquellos sectores más desposeídos de la población.

El gasto fiscal per cápita en salud registra una significativa reducción entre 1974 y 1989. En términos reales, pesos 1986, este ascendía a 3.910 pesos en 1974, mientras que en 1989 sólo llegó a 2.228 pesos, lo que representa una disminución del 43%. (Cuadro N° 3 y Gráfico N° 1).

Por otra parte, si se examina la participación del aporte fiscal a salud respecto del total del gasto fiscal, el sector salud disminuye su participación relativa en la distribución de los aportes fiscales. En 1974, salud obtenía el 7.2% de la totalidad del aporte fiscal, mientras que en 1989 sólo logra el 3.5%, la participación más baja del período 1974-1989.

El aporte fiscal como fuente de financiamiento del sector resulta cada vez menos importante; 61.7% en 1974 versus 31.0% en 1989. Como contrapartida, los aportes previsionales han aumentado su participación de un 14.3% a un 45.0% en el mismo período.

En la modalidad de Libre Elección de Fonasa, el aporte del beneficiario es actualmente un 67.5% del valor total de la

prestación, aportando el Estado el 32.5% restante. En la medida que los aranceles se han incrementado en los últimos años, el costo de la salud para el usuario ha aumentado. Asimismo, el monto máximo del préstamo médico ha disminuido.

Por otra parte, la posibilidad de adherirse libremente a los diferentes niveles establecidos para los profesionales e instituciones de salud, ha llevado a un alto porcentaje de ellos a inscribirse en el nivel más alto de la modalidad Libre Elección (60.7%), lo cual significa mayor costo para los beneficiarios.

Concretamente, la evaluación efectuada a partir del 12 de Marzo, muestra que durante 1990 el sector salud requiere de un mayor aporte fiscal de \$ 19.211 millones (Cuadro N° 4).

El desfinanciamiento del presupuesto se origina en los siguientes items: gastos en personal, \$ 3.609 millones; bienes y servicios de consumo \$ 8.635 millones, inversión real \$ 696 millones; y Programa Nacional de Alimentación Complementaria \$ 2.478 millones, los cuales son producto por un parte, del análisis comparativo del actual Ley de Presupuestos con la proyección para el año de los ingresos y gastos efectivos que registra el Sector durante el primer trimestre; y por otra, de requerimientos mínimos que permitan normalizar gradualmente el funcionamiento del sistema. Asimismo, el presupuesto vigente no contempla el mayor gasto que resulta de reforzar el programa de atención primaria, \$ 1.952 millones, y el mayor costo que representa el alza del arancel FONASA, \$ 1.841 millones.

Situación de los Recursos Físicos

Los recursos físicos juegan un rol preponderante en el cumplimiento de los programas de salud. Una de las causas fundamentales del deterioro del sector es el bajo volumen de inversión real efectuada.

Como se aprecia en el Cuadro N° 5, el porcentaje de inversión real respecto del gasto público en salud ha disminuído desde 9.7% en 1974 a 5.7% en 1988. Durante el período comprendido entre esos años, se observan momentos en que esta disminución fue extremadamente significativa, como por ejemplo, entre 1975 y 1978, en que el monto de las inversiones cayó en aproximadamente un 60% con respecto a 1974. Asimismo, en el período 1983-1987, el porcentaje de inversión real se mantuvo en un promedio de 2.6%, prácticamente la cuarta parte de lo que era en 1974.

Como resultado de lo anterior, se han acumulado aproximadamente 200 proyectos de inversión sin financiamiento, por un monto de 20.000 millones de pesos, cifra que equivale a 10 veces el presupuesto anual de inversiones de que dispone el Ministerio de Salud. Considerando las estrictas restricciones presupuestarias vigentes en el pasado, lo que significó autolimitación de los Servicios de Salud en la elaboración de proyectos, es posible concluir que el déficit de inversiones del sector es mucho mayor que el calculado.

Además de las necesidades de inversión, es necesario tener presente el concepto de Mantenición, que involucra aspectos referentes a infraestructura, instalaciones, equipamiento médico e industrial y vehículos. Una adecuada política de mantención requiere por lo menos, un presupuesto del 5% del gasto operacional anual en que incurren los establecimientos. De acuerdo a las cifras que se muestran en el Cuadro N° 6, el promedio destinado a mantención ha sido sólo de un 2.4%.

Como los efectos de la política seguida por el gobierno anterior son acumulativos, el nivel de conservación de los edificios, equipos y vehículos es críticamente deficitario. Por tal motivo, aún cuando se duplicaran los recursos presupuestarios a partir de 1990,

se requiere efectuar una inversión considerable en reparaciones mayores, a fin de recuperar el estándar normal de calidad de la infraestructura del sistema. En esta área, a modo de ejemplo, destacan:

- de las 703 ambulancias existentes en el sector público, un 53% está en mal estado o fuera de servicio;
- el equipamiento de lavandería ha excedido largamente su vida útil, siendo crítico el caso de las lavadoras y centrífugas, en que el 90% de ellas están malas, fuera de servicio o dadas de baja;
- en cuanto a las centrales térmicas, equipamiento básico de los hospitales por cuanto proveen servicios de calefacción y esterilización, estudios recientes revelan que a nivel nacional que el 40% de las calderas están paralizadas;
- en el caso de los edificios, existe un deterioro manifiesto de las techumbres, pisos, muros e instalaciones en general, destacándose la situación de las redes eléctricas, que por su antigüedad y deficiente estado de conservación, constituyen grave riesgo de incendio;
- como dato ilustrativo se puede señalar que el 23% de los hospitales del país fueron construidos antes de 1940 y el 48% entre 1940 y 1970. Por otra parte, una encuesta practicada recientemente en hospitales de la Región Metropolitana señala que el 75% de ellos se encuentran en condiciones de riesgo para resistir a situaciones de emergencia como sismos, incendios y otras.

Una primera estimación del déficit en equipamiento médico e industrial significa una inversión de US\$ 60 millones en equipos nuevos y de US\$ 17 millones de recuperación de equipos existentes.

Finalmente, la situación de la infraestructura en el nivel de atención primaria es también insuficiente y deficitaria. De acuerdo a las normas internacionales de 40.000 habitantes por consultorio, el déficit alcanza a 67 establecimiento a nivel urbano; en el área rural se estima aceptable la dotación existente de establecimientos, debido principalmente al desarrollo del programa con el Banco Interamericano del Desarrollo.

Por otra parte, el déficit en equipamiento de los Consultorios y Postas, ha sido estimado preliminarmente en US\$ 10.5 millones.

II. PROGRAMA BASICO DE GOBIERNO

1.- Delineamientos de los bases programáticas de salud

Las bases programáticas de Salud del Gobierno definen como objetivos prioritarios:

- mejorar el acceso de la población a la salud;
- resolver la crisis hospitalaria que afecta al sector público;
- impulsar la prevención y protección de la salud de las personas;
- mejorar la calidad del medio ambiente;
- fortalecer la capacidad institucional del sector;

Para el logro de estos objetivos el Gobierno pondrá énfasis inicialmente en la estrategia de Atención Primaria, procurando que se produzca un desarrollo armónico y bien coordinado de los tres niveles de atención, de modo tal que el aumento de cobertura y la detección precoz de las enfermedades se acompañe de atención oportuna e integral en los niveles de mayor complejidad.

Lo anterior implica el desarrollo de un conjunto de líneas de acción, entre las que destacan las siguientes:

- articular la Atención Primaria con el Sistema Nacional de Servicios de Salud;
- ampliar la actual infraestructura de atención en todos los niveles, a objeto de satisfacer los requerimientos de la población;
- desarrollar y mejorar la capacidad institucional del sector público de salud, fortaleciendo su capacidad de programación, gestión y evaluación, tanto a nivel central como regional, procurando una descentralización efectiva y haciendo énfasis en la incorporación de sistemas modernos de información.;

- implementar programas adecuados a las nuevas realidades epidemiológicas propias de un país de desarrollo intermedio y en transición demográfica. En este sentido destaca la necesidad de realizar programas innovadores de prevención de los riesgos y enfermedades prevalentes;
- integrar a los sectores solidario y privado a las diferentes acciones de salud a objeto de ampliar la cobertura y capacidad resolutive del S.N.S.S.

Para implementar las estrategias y hacer realidad los objetivos prioritarios de la política de salud del Gobierno, se requiere, entre otras medidas, modificar los mecanismos de asignación de recursos; realizar un programa sectorial de inversiones para el período 1991-1993, y ampliar la planta de personal y desarrollar una política de formación y capacitación de recursos humanos.

2.- Cuenta de la labor realizada.

A partir del 12 de Marzo de 1990, se inició el programa concebido por la Comisión de Salud de la Concertación de Partidos por la Democracia, a través del desarrollo de un conjunto de acciones tendientes a adecuar la marcha de la institución a las nuevas políticas de salud del actual gobierno. Entre estas, destacan las siguientes:

- profundización y precisión el diagnóstico del sector;
- estudio de diversas modificaciones legales que permitan implementar la nueva política;
- gestión ante el Ministerio de Hacienda los recursos financieros necesarios que permitan asegurar la continuidad de la gestión.
- estudio y propuesta al Ministerio de Hacienda los requerimientos financieros mínimos de expansión, destinados

- a iniciar en forma gradual el proceso de solución de los problemas más urgentes;
- evaluación y priorización de los proyectos de inversión, desarrollando un programa calendarizado de inversiones para todo el período de gobierno;
 - gestión ante la OPS de un aporte adicional para el desarrollo de un programa de movilización de recursos externos en el Ministerio de Salud;
 - gestión ante diversos gobiernos extranjeros de donaciones o créditos bilaterales ventajosos, para el financiamiento del programa de inversiones, con resultados concretos a la fecha;
 - estudio de las condiciones necesarias y proponer la gratuidad de la atención para los beneficiarios en el nivel primario;
 - definición de algunas comunas como áreas de validación de programas innovadores, dando inicio a un programa de capacitación para equipos de trabajo en el nivel primario, de acuerdo con las nuevas políticas de salud del gobierno.
 - implementación del Programa Nacional contra el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA);
 - estudio de la puesta en marcha de la Superintendencia de ISAPRE;
 - estudio de la restitución de beneficios a los trabajadores de la salud;
 - creación de tres Comisiones Nacionales en las áreas de Promoción en Salud, Crisis Hospitalaria y Salud Comunitaria, cuyo propósito es evaluar la situación de cada una de estas áreas y formular propuestas de acción.

3.- Tareas programadas.

a) Tareas inmediatas 1990

A partir del segundo semestre del presente año se desarrollarán las siguientes tareas, en cumplimiento de los objetivos señalados precedentemente. El Cuadro N° 4 muestra los requisitos mínimos de mayor aporte fiscal para llevar a cabo estas tareas.

Objetivo 1: Mejorar el acceso a la salud en el nivel primario de atención.

<u>Tareas:</u>	<u>Costo (Mill \$)</u>
1) Eliminar el cobro directo a beneficiarios	600,0
2) Aumentar la capacidad resolutive y los re cursos humanos en 60 consultorios	191,1
3) Suplemento de los gastos en farmacia en 60 consultorios y 100 comunas rurales	643,6
4) Creación de un tercer turno de personal en 44 consultorios	44,6
5) Creación de los Servicios de Atención Pri maria de Urgencia (SAPU) en 12 consultorios	284,2
6) Funcionamiento de 15 unidades móviles	44,5
7) Reforzamiento de la atención primaria rural en 100 comunas	144,0

Objetivo 2: Resolver la crisis hospitalaria

Tareas:

- 1) Iniciar los estudios tendientes a materializar el plan de inversiones 1991-1993.
- 2) Estudiar la reestructuración de la planta del personal del S.N.S.S., para que su financiamiento sea considerado en el proceso presupuestario 1991.

3) Dotar a los establecimientos hospitalarios de recursos adicionales en bienes y servicios de consumo, para mejorar la situación de farmacia, ropería y mantención de los edificios y equipos, entre otros. Para ello se requieren 8.635 millones de pesos.

4) Dotar a los establecimientos de medios de transporte (ambulancias, transporte de personas y de carga y rescate).

Objetivo 3: Impulsar la prevención y protección de la salud.

Tareas:

- 1) Fortalecer el programa de inmunizaciones.
- 2) Fortalecer la capacitación del personal en áreas específicas de prevención y protección de la salud.
- 3) Estudiar las modificaciones legales tendientes a fortalecer la protección de la salud del trabajador y de la mujer.
- 4) Revisar la legislación sobre medicina preventiva.

Objetivo 4: Mejorar la calidad del medio ambiente.

Tareas:

- 1) Estudiar la política de protección del medio natural y social.
- 2) Controlar el empleo acrítico de plaguicidas y productos químicos potencialmente tóxicos para el hombre y la biósfera.

Objetivo 5: Fortalecer la capacidad institucional.

Tareas:

- 1) Formular el Plan Nacional Estratégico de Salud.
- 2) Constituir un Consejo Consultivo Nacional.

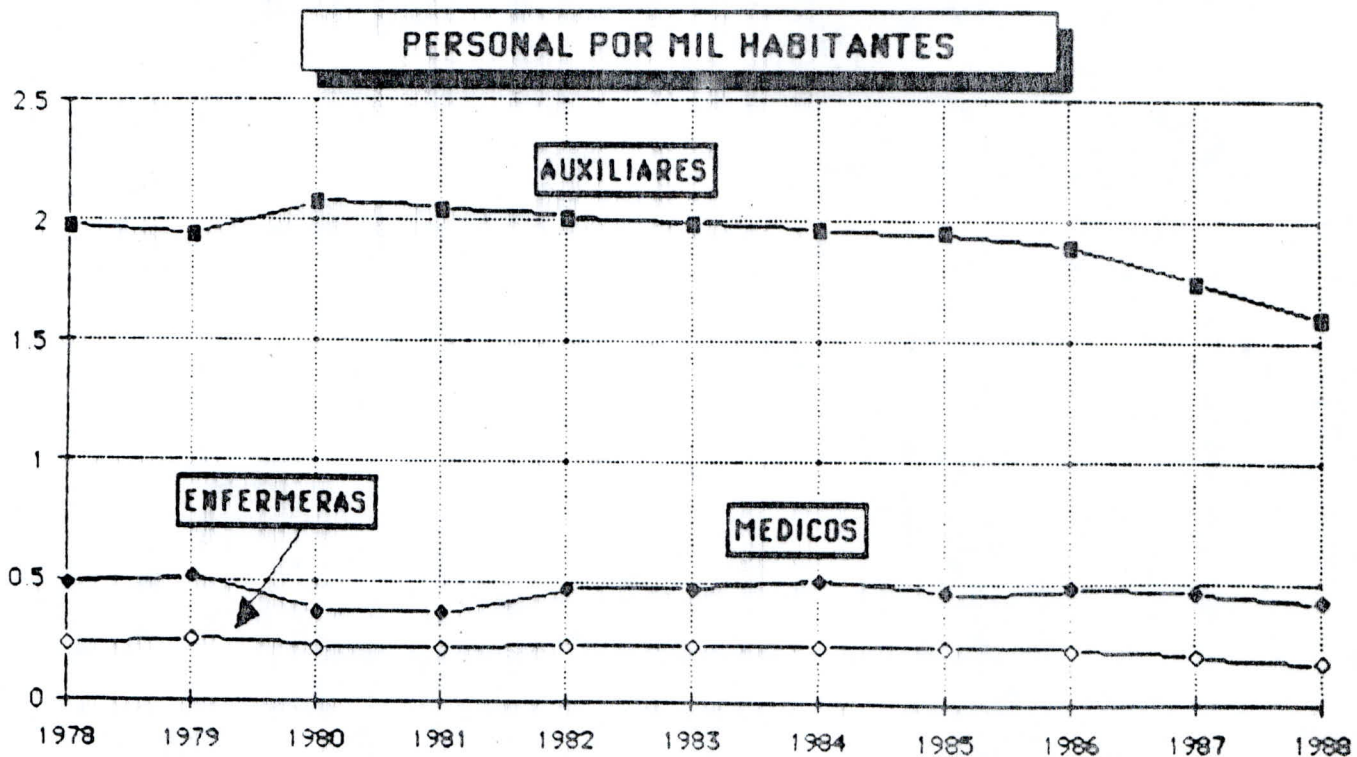
PERSONAL POR MIL HABITANTES

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



CUADRO Nº 2

MÉDICOS CICLO DE DESTINACIÓN 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	53
1988	36
1989	45
1990	64

CUADRO N° 3
GASTO FISCAL EN EL SECTOR SALUD

(\$ 1986)

	TOTAL GASTO FISCAL (Millones \$)	GASTO FISCAL PER CAPITA (pesos)
1974	39.828	3.910
1975	27.488	2.656
1976	27.270	2.595
1977	31.818	2.984
1978	37.521	3.469
1979	39.106	3.563
1980	48.200	4.325
1981	48.382	4.271
1982	46.459	4.033
1983	38.398	3.227
1984	36.445	3.058
1985	33.141	2.734
1986	30.768	2.496
1987	30.810	2.458
1988	33.958	2.631
1989	28.520	2.223

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD

C U A D R O N° 4

SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

SITUACIÓN PRESUPUESTARIA 1990

(MILLONES DE PESOS)

M A Y O R G A S T O	R E Q U E R I M I E N T O S			
	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
T O T A L	19.215	3.901	15.310	20,3

2/5/90

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

CUADRO Nº 5

INVERSIONES SECTOR SALUD

(en Millones \$ 1986)

AÑO	FCNDOS SECTORIALES	FNDR - BID FNDR TRADIC.	TOTAL	PORC. (%) INV. REAL RESPECTO A GASTO PUBLICO
1974	6.313	-	6.313	9,7
1975	3.169	113	3.282	6
1976	2.728	774	3.502	6,3
1977	1.646	676	2.322	3,7
1978	1.910	845	2.755	3,6
1979	2.609	1.037	3.646	4,4
1980	3.272	1.095	4.367	5,4
1981	2.635	1.126	3.761	4,2
1982	2.385	2.352	4.737	4,9
1983	707	655	1.362	1,7
1984	1.421	420	1.841	2,3
1985	1.819	233	2.052	2,6
1986	1.261	1.234	2.495	3
1987	1.211	1.578	2.789	3,3
1988	2.160	3.443	5.603	5,7

Factor de Actualización: IPC Ajustado

FUENTE: Indicadores Financieros Sector Salud Pùblico 1974- 1988. MINSAL

CUADRO Nº 6

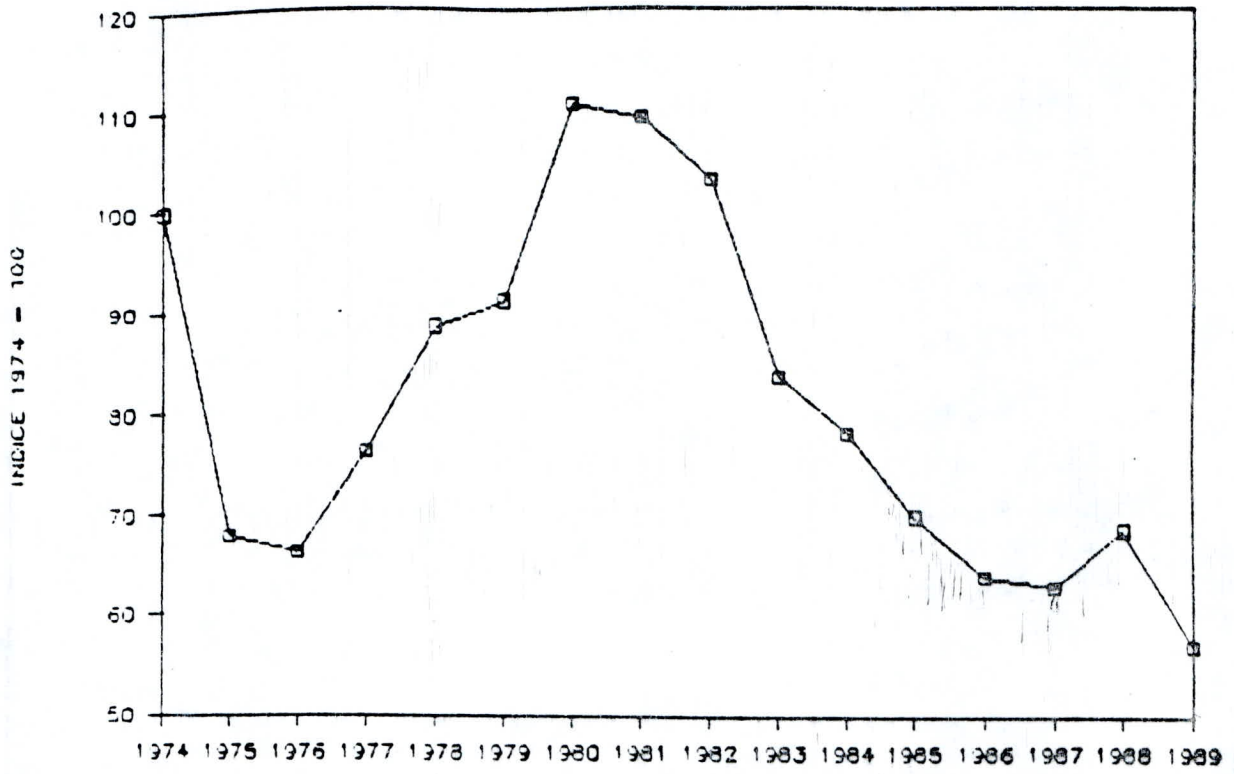
GASTOS EN MANTENCION Y REPARACION EN EL S.N.S.S.
(EN MILLONES \$ DE CADA AÑO)

AÑO	GASTO OPERACION	GASTO EN MANTENCION Y REPARACIONES	PORC. (%) GASTO MANTENC. RESPECTO GASTO OPERACION
1981	23.185	634	2,7
1982	26.863	601	2,2
1983	28.473	654	2,3
1984	34.042	712	2,1
1985	42.069	909	2,2
1986	50.443	1.084	2,2
1987	62.942	1.504	2,4
1988	90.897	2.634	2,9
1989	112.720	2.594	2,3

FUENTE: BALANCES EJECUCION PRESUPUESTARIA SNSS. (1981-1989)

GRAFICO Nº 1

SECTOR SALUD
APORTE FISCAL PER CAPITA



PORCENTAJE DE INVERSIÓN REAL RESPECTO A GASTO PÚBLICO

