

XII. MINISTERIO DE SALUD

www.archivopatriciaoywin.cl

A. FUNCIONES DEL MINISTERIO

La legislación pertinente está constituida por el Decreto Ley 2.763, de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y el Servicio Nacional de Salud (SNS) y da 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.

1. Nivel central

El decreto ley mencionado establece que al Ministerio le corresponde formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Gobierno y desempeñar 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.
- Cumplir con las demás funciones que le asigne el Código Sanitario y otras leyes y reglamentos.
- Le corresponde, en conformidad con las directivas que señale el 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 N° 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 DFL N°3 de 1981 fijó normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres).

El DFL N°1 de 1980, del Ministerio del Interior, que norma el traspaso de establecimientos del nivel primario, otorga al Ministerio de Salud las facultades de aprobar por decreto los convenios de traspaso de establecimientos asistenciales celebrados entre los Servicios de Salud y las Municipalidades; y 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 N° 18.591, Ley miscelánea 1986 y Ley N° 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.

Otras legislación pertinente se encuentra en: Decreto Supremo N°60, de 1982, de Salud, que modifica el Reglamento Sanitario de Alimentos y 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

a) Salud materno-perinatal, que comprende control de embarazo, atención del parto y del recién nacido.

b) 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 etario, incluyendo actividades educativas.

c) 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.

d) Programa enfocado a los daños específicos; incluye programa de tuberculosis, infecciones respiratorias agudas, enfermedades de transmisión sexual y SIDA y las infecciones intrahospitalarias.

e) Programas de apoyo y de enfoque integral que complementan los anteriores, entre los que se cuentan:

- Programa ampliado de inmunizaciones: el ministerio financia y ejecuta la totalidad de las acciones ejercidas en este programa.
- Programa nacional de alimentación complementaria: apoya al programa infantil y programa maternal y beneficia a las embarazadas y menores de seis años. Cubre aproximadamente al 70 por ciento 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 se dirige a todos los beneficiarios; y una línea curativa en que al ser reconocida 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.
- Programa de educación para la salud, que es también una actividad complementaria de todas las anteriores.

2. Entidades 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 Servicio de Salud), ellas se encuentran contenidas también en el Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y sus respectivos reglamentos.

a. 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.

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 -además del 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.

Entre las principales facultades de los Servicios de Salud destacan las siguientes:

- Dirigir y ejecutar los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todos los establecimientos del Servicio.
- Organizar la dirección del Servicio y su estructura interna, así como la de los establecimientos que lo integran.
- Proponer al Ministerio la creación, modificación o fusión de los establecimientos del Servicio y su clasificación.
- Ejecutar el presupuesto del Servicio, aprobar y modificar los presupuestos de sus establecimientos dependientes.
- Proponer al Ministerio las tarifas y aranceles correspondientes a las prestaciones que otorgan los establecimientos del Servicio.

- Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas a fin de que tomen a su cargo, por cuenta del Servicio, acciones de salud.

b. Instituto de Salud Pública

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.
- Desarrollar actividades de capacitación en áreas de su competencia.

La situación actual del Instituto adolece de una serie de deficiencias, que incluyen la insuficiente supervisión a los laboratorios de la Red Nacional del Instituto; el equipamiento de laboratorios presenta un 30 por ciento de obsolescencia tecnológica, que se traduce en menor productividad y dificultad para implementar las medidas de bioseguridad que corresponden; déficit presupuestario para 1990 de 7,5 por ciento en relación al año anterior; disminución de la planta de personal de 602 funcionarios en 1980 a 567 en la actualidad, lo cual ha implicado deterioro en las condiciones de 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 de trabajo.

c. Fondo Nacional de Salud (Fonasa)

Sus funciones abarcan básicamente la recaudación, administración y distribución de los recursos financieros contemplados en la Ley de Presupuesto; el financiamiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y del Sistema de Prestaciones de Libre Elección; la fiscalización de la modalidad de libre elección y de los Institutos de Salud Previsional; y financiamiento, mediante préstamos médicos, a los afiliados.

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.

En el aspecto administrativo también hay ineficiencias, como los atrasos en el pago de contribuciones de las propiedades de la institución, la falta de control en el abastecimiento de bienes y servicios de consumo e incapacidad para racionalizar su distribución.

Existen convenios de mantención de servicios significativamente desfavorables para la institución e incapacidad de racionalizar la distribución de los bienes y servicios de consumo. Por último, falta personal de planta para atender las 72 oficinas que cubren el territorio nacional.

La inexistencia de una política de informática ha significado la adquisición de diferentes líneas de equipos, difícilmente conectables entre sí y no necesariamente compatibles. Esta realidad afecta al 95 por ciento del parque computacional.

Otros aspectos de diagnósticos importantes de mencionar tienen que ver 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

d. Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Salud

Sus funciones son, básicamente, 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; y administrar el Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

Por la falta de continuidad en la Dirección Ejecutiva, no existen políticas claras para

la gestión de la Central de Abastecimiento; fallas en la coordinación entre las diferentes actividades en el interior del servicio han producido 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 (antibióticos y otros) y sobrestock de otros, alto porcentaje de ítem sin movimiento (60 por ciento); un sistema burocrático de adquisiciones (más de 90 días para la compra de medicamentos estratégicos); altos precios de medicamentos en relación con los precios que los laboratorios ofrecen a los hospitales e inadecuados sistemas de información.

Las tareas que deberá realizar la Central de Abastecimiento incluyen: crear un registro nacional de proveedores; reformular las bases de licitación; aumentar la participación de productos de importación; depurar la lista de productos, concentrándose en productos básicos estratégicos y masivos; readecuar la estructura de organización, tanto para superar problemas internos como para satisfacer los requerimientos a nivel nacional en materia de abastecimiento.

3. Situación legal administrativa

Como se estableció en la sección sobre funciones del Ministerio de Salud, la legislación vigente ha significado una restricción de las atribuciones del Ministerio, especialmente en aspectos de supervisión y control, mediante el traspaso de facultades del sector salud hacia otros sectores.

Lo ocurrido con las disposiciones referentes a problemas del medio ambiente es ilustrativo. El artículo 26 del DL 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, mientras se suprime la necesidad de contar para ello con el informe favorable de la autoridad sanitaria. Tampoco 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, existen varios problemas, como que el personal municipalizado se encuentra adscrito al Código del Trabajo, situación que difiere de la del personal del SNS. No se ha cumplido la responsabilidad legal de los Servicios de Salud, al no poner en práctica el funcionamiento de las Direcciones de Atención Primaria (DAP) ni la función supervisora y normativa del Ministerio de Salud sobre los consultorios municipalizados.

Los mecanismos de asignación de recursos establecidos por la legislación vigente 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. Esto ha provocado un mayor desarrollo relativo de las actividades curativas frente a las acciones de protección de salud.

B. CONDICION ACTUAL DE LOS RECURSOS DEL MINISTERIO

Es conocida la condición de deterioro en que el gobierno ha encontrado al sector público de salud. Sin duda, este deterioro se debe 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 esto, la menor disponibilidad de recursos del sector salud se expresa en la disminución de las inversiones, tanto en el área de establecimientos asistenciales, como en el equipamiento médico e industrial; en la disminución cualitativa y cuantitativa de los recursos humanos, además de caída en los salarios reales; y en la 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 que, en las comunas pobres, los indicadores de salud tradicionales muestran diferencias significativas con los promedios nacionales. No hay respuesta cuantitativa a las demandas ni oportunidad de la atención, como 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.

A eso se suma la desarticulación del nivel primario traspasado a las municipalidades, del resto del sistema. En este nivel, existe un desfinanciamiento de aproximadamente un 50 por ciento, baja capacidad resolutive y carencia de supervisión técnica por parte del Ministerio de Salud. Esto se traduce en una creciente demanda insatisfecha y, por lo tanto, rechazos y demoras en la atención; sobre todo, en el deterioro en la atención de salud de los trabajadores, quienes, por razones de horarios de su actividad, tienen limitado acceso a la atención médica. Tampoco 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 debilitaron en los últimos años debido a la progresiva pérdida de respaldo legal por el traspaso de facultades y funciones del sector salud.

1. Situación del personal

El gobierno ha podido constatar la gravísima situación que afecta a los recursos humanos del sector salud. Las dotaciones de plantas de personal son insuficientes para cumplir adecuadamente sus funciones, en todos los niveles asistenciales y en todos los escalafones. Es importante destacar que las dotaciones fijadas por ley en 1980 no se han modificado, situación que impide absorber los mayores requerimientos del personal. (Cuadros N° 1 y 2).

No existe carrera funcionaria para los profesionales del sector. Esta situación está especialmente deteriorada en el nivel primario pues 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.

Falta una política para el desarrollo de recursos humanos, lo que limita, entre otras cosas, las oportunidades de perfeccionamiento. Por último, se produce una fuga del personal calificado desde el sector público al privado, motivado por mejores ofertas de remuneraciones y de condiciones de trabajo.

Cuadro N°1

PERSONAL POR MIL HABITANTES (S.N.S.S. 1978 - 1988)

| AÑO | MEDICOS | | ENFERMERAS | | AUXILIARES | |
|------|---------|-----------------|------------|-----------------|------------|-----------------|
| | Nº | Por Mil habtes. | Nº | Por Mil habtes. | Nº | Por Mil habtes. |
| 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 | 6,60 |

Fuente: Anuarios de atenciones y recursos 1978-1988

Notas: —No se incluyen los datos de los organismos independientes tales como Fonasa, ISP, Ccnabast, Subsecretaría de la salud.
— La información está referida a cargos (y no a personas)
— No se incluyen cargos de la estructura gerárquica.

Cuadro N° 2

MEDICOS CICLO DE DESTINACION EN FASE ASISTENCIAL

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

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 de los usuarios.

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

Cuadro N° 3

GASTO FISCAL EN EL SECTOR SALUD

| AÑOS | (Millones de \$ 1986) | AÑOS | (Millones de \$ 1986) |
|------|-----------------------|------|-----------------------|
| 1974 | 39.028 | 1982 | 46.459 |
| 1975 | 27.488 | 1983 | 38.398 |
| 1976 | 27.270 | 1984 | 36.445 |
| 1977 | 31.818 | 1985 | 33.141 |
| 1978 | 37.521 | 1986 | 30.768 |
| 1979 | 39.106 | 1987 | 30.810 |
| 1980 | 48.200 | 1988 | 33.958 |
| 1981 | 48.382 | 1989 | 28.520 |

Fuente: Ministerio de Salud

Si se examina la participación del aporte fiscal a salud respecto del total del gasto fiscal, este sector disminuyó su participación relativa en la distribución de los aportes fiscales. En 1974, obtenía el 7,2 por ciento de la totalidad del aporte fiscal, mientras que en 1989 sólo logró el 3,5 por ciento, la participación más baja del período 1974-1989.

El aporte fiscal como fuente de financiamiento directo del sector resulta cada vez menos importante: 61,7 por ciento en 1974, versus 47,3 por ciento en 1989.

En la modalidad de libre elección de Fonasa, el aporte del beneficiario es actualmente un 65 por ciento del valor total de la prestación; el Estado aporta el 35 por ciento 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 por ciento), lo cual significa mayor costo para los beneficiarios.

3. Infraestructura

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. Como se aprecia en el Cuadro N° 4, el porcentaje de inversión real respecto del gasto público en salud ha disminuido desde 9,7 por ciento en 1974, a 5,7 por ciento en 1988. En ese período, se observan momentos en que la disminución fue extremadamente significativa; por ejemplo, entre 1975 y 1978, en que el monto de las inversiones cayó en aproximadamente un 60 por ciento con respecto a 1974. En el período 1983-1987, el porcentaje de inversión real se mantuvo en un promedio de 2,6 por ciento, prácticamente la cuarta parte de lo que era en 1974.

Cuadro N° 4
INVERSIONES SECTOR SALUD
(en Millones \$ 1986)

| AÑO | Fondos Sectoriales | FNDR - BID FNDR Tradic. | TOTAL | Porc. (%) Inv. real respecto a gasto público |
|------|--------------------|----------------------------|-------|---|
| 1974 | 6.313 | — | 6.313 | 9,7 |
| 1975 | 3.169 | 113 | 3.282 | 6,0 |
| 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 | 3,0 |
| 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 Público 1974- 1988 Ministerio de Salud

Además de las necesidades de inversión, hay que tener presente el concepto de **mantención**, que involucra aspectos referentes a infraestructura, instalaciones, equipamiento médico e industrial y vehículos. Una adecuada política de mantención requiere, por lo menos, de un presupuesto del cinco por ciento del gasto operacional anual en que incurren los establecimientos. De acuerdo a las cifras que se muestran en el Cuadro N° 5, el promedio destinado a mantención ha sido sólo de un 2,4 por ciento.

Como los efectos de la política seguida por el gobierno anterior son acumulativos, el nivel de conservación de los edificios, equipos y vehículos es deficitario. Por tal motivo, aun cuando se duplicaran los recursos presupuestarios a partir de 1990, se requiere efectuar una inversión considerable en reparaciones mayores, a fin de recuperar el nivel normal de calidad de la infraestructura del sistema. Algunos ejemplos: de las 703 ambulancias existentes en el sector público, un 53 por ciento está en mal estado o fuera de servicio. El equipamiento de lavandería ha excedido largamente su vida útil. Es crítico el caso de las lavadoras y centrifugas: el 90 por ciento de ellas están malas, fuera de ser-

vicio 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, el 40 por ciento de las calderas están paralizadas.

Cuadro N° 5

GASTOS EN MANTENCION Y REPARACION EN EL SNSS (En millones de pesos de cada año)

| | | | |
|------|---------|-------|-----|
| 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 ejecución presupuestaria SNSS. (1981-1989)

Respecto a los edificios, existe un deterioro manifiesto de las techumbres, pisos, muros e instalaciones, en especial 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 por ciento de los hospitales del país fueron construidos antes de 1940 y el 48 por ciento, entre 1940 y 1970. Una encuesta reciente en hospitales de la Región Metropolitana señala que el 75 por ciento de ellos se encuentran en condiciones de riesgo para resistir a situaciones de emergencia como sismos o incendios.

La situación de la infraestructura en el nivel de atención primaria es también insuficiente y deficitaria. De acuerdo a las normas internacionales de 40 mil habitantes por consultorio, el déficit alcanza a 67 establecimientos a nivel urbano; en el área rural se estima aceptable la dotación existente de establecimientos, debido principalmente al programa con el Banco Interamericano de Desarrollo.

C. PROGRAMA BASICO DE GOBIERNO

1. Bases programáticas para el sector

El gobierno define 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, y 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. El objetivo es 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.

Esto implica el desarrollo de un conjunto de líneas de acción:

- Articular la atención primaria con el Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Ampliar la actual infraestructura de atención en todos los niveles, para 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 énfasis en la incorporación de sistemas modernos de información.

- Poner en práctica 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 con el fin de ampliar la cobertura y capacidad resolutive del SNSS.

2. Cuenta de la labor efectuada

El gobierno inició la puesta en marcha de un conjunto de acciones tendientes a adecuar la marcha de la institución a las nuevas políticas de salud. Esto incluyó profundizar y precisar el diagnóstico del sector; estudiar diversas modificaciones legales que permitan concretar la nueva política; gestionar ante el Ministerio de Hacienda los recursos financieros necesarios que permitan asegurar la continuidad de la labor; estudiar y proponer dicho Ministerio los requerimientos financieros mínimos de expansión, destinados a iniciar en forma gradual el proceso de solución de los problemas más urgentes, y evaluar los proyectos de inversión, desarrollando un calendario de inversiones para todo el período de gobierno.

Otro elemento importante fue una gestión ante la OPS de un aporte adicional para el desarrollo de un programa de movilización de recursos externos en el Ministerio de Salud y solicitar a diversos gobiernos extranjeros donaciones o créditos bilaterales ventajosos, para financiar programas de inversiones, con resultados concretos a la fecha.

También se han estudiado las condiciones necesarias para proponer la gratuidad de la atención para los beneficiarios en el nivel primario. Se han definido 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.

Se puso en práctica el programa nacional contra el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

Se estudió la puesta en marcha de la Superintendencia de Isapres y la restitución de beneficios a los trabajadores de la salud.

Por último, se crearon 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 partir del segundo semestre de este año, se pondrán en práctica varias políticas de acuerdo a cinco objetivos básicos:

- Para mejorar el acceso a la salud en el nivel primario de atención, el Ministerio se propone: eliminar el cobro directo a los beneficiarios en establecimientos de atención primaria; aumentar la capacidad resolutive y los recursos humanos en consultorios; suplementar los gastos de farmacia en consultorios y comunas rurales; crear un tercer turno de personal en consultorios; crear los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU); poner en funcionamiento unidades móviles, y reforzar la atención primaria rural en comunas.
- Para resolver la crisis hospitalaria, el programa del Ministerio comprende iniciar estudios tendientes a materializar el plan de inversiones 1991-1993; estudiar la reestructuración de la planta de personal del SNSS y dotar a los hospitales de recursos adicionales en bienes y servicios de consumo.
- Para impulsar la prevención y protección de la salud, se fortalecerá el programa de inmunizaciones; mejorará la capacitación del personal en áreas específicas de prevención y protección de la salud; estudiarán las modificaciones legales necesarias para proteger la salud del trabajador y la mujer, y revisará la legislación sobre medicina preventiva.
- Para mejorar la calidad del medio ambiente, es necesario estudiar la política de protección del medio natural y social, y controlar el empleo de plaguicidas y productos químicos potencialmente tóxicos para el hombre y la biósfera.
- Con el objetivo de fortalecer la capacidad institucional, se formulará el Plan Nacional Estratégico de Salud y la constitución de un Consejo Consultivo Nacional.