

MEMORANDUM

ARCHIVO

A: SE PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
DE: MINISTRO DE SALUD

REPUBLICA DE CHILE					
PRESIDENCIA					
REGISTRO Y ARCHIVO					
NR.	92/19575				
A:	29 AGO 92				
P.A.A.	<input checked="" type="checkbox"/>	R.C.A.	<input type="checkbox"/>	F.W.M.	<input type="checkbox"/>
C.B.E.	<input type="checkbox"/>	M.L.P.	<input type="checkbox"/>	P.V.S.	<input type="checkbox"/>
M.T.O.	<input type="checkbox"/>	EDEC	<input type="checkbox"/>	J.R.A.	<input type="checkbox"/>
M.Z.C.	<input type="checkbox"/>				

18 DE AGOSTO DE 1992

MEMORANDUM

DE MINISTRO DE SALUD
A SE PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

18 DE AGOSTO DE 1992

En relación a la marcha del Ministerio a mi cargo cumpla con informar a SE lo que sigue:

1.- ENCASILLAMIENTO

Como es de su conocimiento el Minsal se encuentra preparando a través de sus equipos técnicos el proceso de tercera etapa de la ley 19.086 de mejoramiento de remuneraciones del personal no médico de nuestros servicios de salud. La segunda quincena de Abril US se entrevistó con los dirigentes de FENATS después de lo cual dichos personeros argumentaron que "no se estaban respetando los acuerdos" de ellos con el Presidente. Entiendo que se referían a sus instrucciones de aclarar con la Contraloría el monto de dinero disponible para encasillar y el criterio a utilizar para ubicar la prelación de los funcionarios. Al respecto en este momento la situación es la siguiente:

1.1 Los servicios de salud descentralizadamente han realizado ensayos de aplicación de los criterios de antigüedad en la administración pública y han diseñado plantas en las cuales se considera el monto de dinero del 5% de la planilla de los funcionarios de planta.

Previo a este proceso, los servicios de salud han debido cursar los ascensos pendientes, que en algunos casos eran del año 1987, con la correspondiente cancelación de los haberes adeudados.

1.2 Siguiendo sus indicaciones se hizo una consulta a la Contraloría sobre el monto del 5%. En esta materia existe una discrepancia que no ha sido aún respondida. Sobre ello existe más de una interpretación sobre el texto de la ley, lo cual da cantidades muy diversas según el criterio que se emplee. Para el caso menor, la cantidad sería de alrededor de 4000 millones de pesos, versus 14.000 millones por arriba. Esta última tesis es sostenida por FENATS.

1.3 FENATS , en acuerdo con la CUT, ha tomado el tema del encasillamiento como una causa de movilización gremial. Persistentemente han agredido verbalmente a las autoridades del Ministerio diciendo que se está dilatando el proceso para ahorrar recursos por orden de Hacienda, que se ha negado la posibilidad de participación, que se ha roto el diálogo, que no se ha demostrado disposición para favorecer a los funcionarios a contrata, etc. El viernes recién pasado han realizado una poco concurrida asamblea en la cual han manifestado su voluntad de realizar un plebiscito que les permita efectuar marchas y paros de protesta. Hay claramente una concertación con la CUT para buscar agitar el ambiente.

1.4 Desde nuestro punto de vista se han ido cumpliendo perfectamente los plazos para el encasillamiento, proceso bastante complejo en lo administrativo. Tanto a nivel nacional como de cada región se han establecido instancias de participación e información para los dirigentes de FENATS. Esto involucra a 31 organismos distintos a lo largo del país.

1.5 Pendiente se encuentra la posibilidad de mejorar un porcentaje variable de aquellos funcionarios a contrata mas antiguos para que después, mediante una ley especial sean pasados a la planta manteniendo su grado y así hacerles justicia. Esta iniciativa legal sería posible sin mayor costo para nuestra planilla de remuneraciones y debiera ser presentada a la brevedad.)) OK

2.- LEY DE ATENCION PRIMARIA

Este proyecto se encuentra en la Cámara , a la espera de un conjunto de indicaciones que recogieran las observaciones de distintos grupos que se han opuesto sistemáticamente a la municipalización de la salud (Colegio Médico especialmente). Después de seis meses de trabajo, tenemos un conjunto de indicaciones que establecen entre otras cosas:

2.1 Las escalas de remuneraciones dejan nivelados a los funcionarios de salud municipal con los del sector público, con mínimas diferencias.

2.2 La propiedad e los bienes queda definitivamente en las municipalidades, ya que en insistencia de SEGPRES y MINTERIOR es preciso dar estabilidad al proceso de descentralización.

2.3 Se establece un sistema de planificación anual bajo la tutoría de los servicios de salud, lo cual permitirá respetar los niveles técnicos de la atención de salud. En caso de controversias, será el Intendente el que resolverá, asesorado por su Seremi de Salud.

2.4 Para los médicos, todo aquello que no esté precisado en el estatuto, se regirá subsidiariamente por la ley 15076.

2.5 Se establece la posibilidad de jornadas compartidas entre municipio y servicio de salud, con el propósito de que, especialmente los profesionales puedan desempeñarse en ambos sectores, acumulando antecedentes así en su carrera funcionaria y satisfaciendo las necesidades de atención de las poblaciones, particularmente las rurales.

3.- HOSPITAL JJ AGUIRRE- U. CHILE

Después de nuestra reunión del 2 de Julio pasado, se constituyó un grupo técnico que comparó los costos del hospital mas caro de los del MINSAL versus aquellos del JJ Aguirre. Las conclusiones de estos auditores independientes fueron las siguientes:

3.1 El JJ Aguirre es un 6% mas caro que el mas caro de los hospitales del sistema público.

3.2 Las variables que explican estas diferencias son fundamentalmente dos : un promedio de dias de estada en la hospitalizaciones de casi tres veces y un importante mayor gasto en farmacia.

3.3 A los precios de producción que trabaja el JJ Aguirre, claramente se les hace insuficiente la cantidad de recursos que recibe de parte del ministerio de salud, pero ello escapa a las responsabilidades de este sector.

4.- PLAN DE INVERSIONES

SE ha manifestado preocupación por las decisiones que se han tomado en torno a las inversiones del sector salud. Al respecto debo manifestar que el proceso de toma de decisiones es muy complejo, compartido, técnico y político. La responsabilidad por lo tanto no es individual, experimenta variaciones a veces inesperadas o de contingencias técnicas o financieras que dependen de terceras instancias.

Desatar este proceso de inversiones , en un sector que no realizaba inversiones en los 15 años precedentes, requirió de un esfuerzo gigantesto. Totalmente distinto al de Vivienda o de OOPP en donde había mecanismos funcionantes y expeditos para gastar dinero. En salud no había proyectos, no había técnicos, no había hábitos administrativos. Se tuvo que iniciar el proceso desde la capacitación de los equipos humanos hasta los procedimientos de licitación, instalación, operación, etc. Aquí también se debe pensar que la diversidad y complejidad de las inversiones en salud es muy grande y obliga a caminar con pies de plomo. Es muy fácil cometer errores que quedan visibles por varias generaciones.

En todo caso es preciso recordar que este plan de inversiones será el mayor que se haya realizado en la historia del sistema chileno de salud. Definitivamente el lapso de tiempo de este gobierno no nos daba un espacio como para iniciar e inaugurar muchas obras. Por ello se elaboró un plan que en la práctica se inició en 1991 y terminaría en 1997. Se privilegió para comenzar aquellos proyectos que tenían antecedentes (San Felipe, Valdivia, Iquique, Chillán) y la incorporación de equipamientos modernos en una primera etapa. (ambulancias, electrónicos, imagen, scanners, ecógrafos, etc). Igualmente hospitales pequeños como los de Maullín, Rengo y Diego de Almagro, ya inaugurados.

Este año estamos iniciando la Operación Metropolitana con el Banco Mundial por 300 millones de dólares y que dará en 5 años soluciones a la salud de esta postergada región del país.

En el intertanto ocurren hechos que dificultan o enlentecen el proceso de inversión, como son los ajustes al marco financiero que debe precaver los equilibrios macroeconómicos o defectos en los estudios previos a las inversiones y que provocan pequeños o grandes conflictos. Debimos postergar la normalización del Hospital de Talca y hemos debido hacer algo parecido con Los Andes. Pero les hemos compensado con otras inversiones como el scanner y el equipamiento de la placa técnica (2,5 millones de US) en Talca y la primera etapa de la normalización en Los Andes.

SE ha dicho que le parece inonveniente la construcción del hospital San José al lado del JJ Aguirre. Adjunto encontrará el resúmen del estudio con las razones que nos llevaron a tomar esa decisión, la cual no ha sido ni arbitraria ni inconsulta, sino que muy fundamentada técnicamente.

Un anexo con las obras realizadas, en proceso y que quedan comprometidas está disponible. Insisto en que seremos el sector que , partiendo de cero, realizará un esfuerzo mayor y significativo durante su gobierno.

CRONOGRAMA DE EJECUCION DE INFRAESTRUCTURA PROYECTO HSRP MINSAL-BIRF

SERVICIO DE SALUD	1993	1994	1995	1996	1997
Sur Oriente					
CRS San Ramón		■			
Unid. Emerg. H.San Ramón		■			
Hospital San Ramón				■	■
CDT H. Sótero del Río		■			
Placa Quirúrg. H.S. del Río				■	
Norm. Pens. H.S.del Río					■
Sur					
CRS H. El Pino		■			
Hospital El Pino				■	■
CDT H. Barros Luco			■		
Norm. H. Barros Luco			■		
Occidente					
CRS Pudahuel		■			
CDT H.Sn.Juan de Dios		■	■		
Emerg. H.Sn.Juan de Dios		■	■		
Norte					
CDT Hospital San José		■	■		
Emerg. H. San José		■	■		
Hospital San Jose				■	■
Oriente					
CRS H. Santiago-Oriente		■			
Hospital Santiago-Oriente			■	■	
Emerg. H. El Salvador			■	■	
Pab. Quirúrg. H.Calvo Mackenna	■				
CAE y SOME H. Calvo Mackenna				■	
Central					
CRS Maipú			■		
CDT y Emerg. H.San Borja A.		■			

MONTO POR COMPONENTE DEL PROYECTO

SERVICIO DE SALUD	Total por Servicio miles de US\$	Total por Componente miles de US\$
Sur Oriente	30,903	
CRS San Ramón		5,638
Unid. Emerg. H.San Ramón		553
Hospital San Ramón		17,849
CDT H. Sótero del Río		3,000
Placa Quirúrg. H.S. del Río		2,903
Norm. Pens. H.S.del Río		961
Sur	34,098	
CRS H. El Pino		4,056
Hospital El Pino		10,796
CDT H. Barros Luco		10,014
Norm. H. Barros Luco		9,233
Occidente	17,870	
CRS Pudahuel		4,553
CDT H.Sn.Juan de Dios		11,876
Emerg. H.Sn.Juan de Dios		1,440
Norte	39,545	
CDT Hospital San José		9,003
Emerg. H. San José		1,147
Hospital San Jose		29,395
Oriente	19,047	
CRS H. Santiago-Oriente		3,775
Hospital Santiago-Oriente		8,755
Emerg. H. El Salvador		4,121
Pab. Quirúrg. H.Calvo Mackenna		2,214
CAE y SOME H. Calvo Mackenna		182
Central	19,951	
CRS Maipú		4,553
CDT y Emerg. H.San Borja A.		15,398

Supuestos Cronograma de Ejecución Proyecto Minsal-Birf

En la elaboración del cronograma de ejecución del proyecto Minsal-Birf, se ha tenido presente que:

- La programación de fondos para los años 92, 93 y 94 se mantiene constante de acuerdo a lo ajustado para el presente año y lo negociado por esta oficina con la DIPLAP para los períodos 93 y 94, que corresponden a MMUS\$ 55.2 y 68.5 respectivamente.
- La programación de fondos para los años 95, 96 y 97 es referencial, y se ha realizado de acuerdo al costo base de cada proyecto y su duración estimada.