

MINISTERIO DE SALUD
METAS Y PROGRAMAS 1991

29 ENERO 1991



INTRODUCCION

Estas metas y programas surgen después de un periodo de análisis necesariamente distinto al realizado antes del inicio del Gobierno.

Se ha priorizado por grandes problemas entregando una descripción de cada uno y sus estrategias de solución. Igualmente se solicita las intervenciones de nivel presidencial y de carácter intersectorial imprescindibles para su éxito.

Durante 1991 se espera mostrar realizaciones concretas en este sector que permitan dar el espacio necesario para los proyectos de mayor plazo.

PROBLEMAS

- 1.- Cambio Epidemiológico
- 2.- Crisis hospitalaria
- 3.- Deterioro sistema libre elección FONASA
- 4.- Incapacidad municipal para manejo atención primaria
- 5.- Deficiencia en estructuras y funcionamiento sector público
- 6.- Otros problemas: SIDA, ISAPRES, CENTRAL DE ABASTECIMIENTO

1.- CAMBIO EPIDEMIOLOGICO

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

La población en Chile tiene una expectativa de vida de 10 años al nacer y una mortalidad infantil decreciente de 17.1 por mil nacidos vivos en 1989.

Esto crea una condición de mayor envejecimiento (1.000.000 mayores de 65 años en el año 2000) y el predominio de enfermedades crónicas y cáncer como causa predominante de muerte.

Las enfermedades cardiovasculares (hipertensión, infarto, accidentes vasculares cerebrales) están ligadas a factores de riesgo como el uso del tabaco, la dieta grasa y la falta de ejercicio. Muchos cánceres están ligados también al tabaco.

La cirrosis hepática, causa importante de enfermedad y muerte en Chile, está ligada al consumo inmoderado de alcohol desde edades tempranas, tanto en varones como en mujeres.

La solución de este conjunto de problemas, llamado cambio epidemiológico, es primordialmente Preventiva, ya que su costo final en atención médica es altísimo y difícilmente eficaz.

ESTRATEGIAS DE SOLUCION

- 1.- Énfasis en la promoción de Salud y prevención de enfermedad a todo nivel, desde edades tempranas.
- 2.- Elaboración de normas nacionales para la pesquisa precoz y la prevención de enfermedades, que afecten obligatoriamente a todos los subsistemas de salud (público y privado).
- 3.- Desarrollo de una estrategia de información masiva y educación dirigida a los grupos de riesgo.
- 4.- Dotación de recursos financieros para la realización de las estrategias enunciadas.
- 5.- Normas que desincentiven el consumo de tabaco y alcohol. ACCIONES CONCRETAS en 1991.
 - a) Elaboración de una Ley de Medicina Preventiva o de Salud del Adulto.
 - b) Motivación del tema desde los más altos niveles del Gobierno.
 - c) Creación de un Fondo Nacional de Promoción de Salud para financiar las acciones de Promoción y Prevención.
 - d) Patrocinio a leyes que limiten el consumo de alcohol y tabaco.

2.- CRISIS HOSPITALARIA Y EQUIPAMIENTO

I.- PROBLEMAS

La incapacidad del sector público para satisfacer adecuadamente las necesidades de atención médica de su población beneficiaria se debe principalmente a las siguientes razones:

- a) Inadecuación del modelo actual de atención médica y Programas de Salud del sector al nuevo perfil epidemiológico del país, en que han surgido en forma importante enfermedades de tipo crónicas, ejemplo: cardiovasculares, diabetes renales, etc. (Hipertensión, infarto, accidentes vascular cerebral).
- b) Disminución muy importante de las inversiones del sector en Infraestructura Hospitalaria y en equipamiento médico, que ha dejado a un sector importante de los hospitales del país en un estado de gran deterioro que impide enfrentar adecuadamente las necesidades de la población. Los Estudios Económicos efectuados con motivo del Proyecto BID-1a. ETAPA, permiten tener una primera proyección del déficit a nivel nacional en una cifra cercana a 1.500 millones US\$, frente a un techo de US 540 millones para cuatro años, determinado por Hacienda.
- c) La gestión de los Establecimientos de Salud del sector es inadecuada, con sistemas de información y administrativos obsoletos y con ausencia casi absoluta de incentivos para lograr un mayor desempeño del personal orientado a lograr una mayor productividad y un mejor nivel de calidad de las prestaciones que se otorgan.

II.- ESTRATEGIAS DE SOLUCION

Existe una política de inversiones que tiene los siguientes objetivos:

2.1.- Objetivo general:

Los proyectos de Inversión pretenden lograr una racionalización funcional y física de los Servicios de Salud del Sector Público, entendiendo por Servicios de Salud las unidades territoriales operativas encargadas de ejecutar los programas de salud y la atención médica directa de la población.

2.2.- Objetivos específicos:

- a) Producir una adecuación del Modelo de Salud y Atención Médica al nuevo perfil Epidemiológico.
- b) General proyectos específicos orientados a mejorar el manejo del sector influyendo en los modelos actuales de gestión; generación de herramientas para la administración; generación de esquemas de incentivos al personal; y capacitación del recurso humano.
- c) Diseño y Ejecución de los Diagnóstico del Estado actual de la Infraestructura y equipamiento de los 26 Servicios de Salud del país, efectuando una contrastación con la Demanda Real para determinar las necesidades de inversión en Infraestructura y Equipamiento.
- d) Ejecutar las obras civiles y dotar de equipamiento a los establecimientos que de acuerdo a los estudios que priorice, para el

uso de los recursos que se han asignado al sector (US\$ 540 millones) para los próximos años.

III.- DESARROLLO Y EJECUCION DE LOS PROYECTOS DE INVERSION

Los Proyectos de Inversión del sector se ejecutan con las siguientes fuentes de financiamiento:

- Recursos nacionales
- Crédito del Banco Mundial
- Crédito del Banco Interamericano de Desarrollo
- Crédito de países (Francia, Alemania, España, etc.)

3.1 Proyecto financiado con créditos multilaterales BID-BM

3.1.1 Proyectos financiados con créditos BID Etapa Ia. *80 millones US*

Estos proyectos consideran además de la racionalización administrativa de los Servicios, la reposición, normalización y construcción de diferentes establecimientos hospitalarios principalmente de los niveles 1 y 2. Afectan a los Servicios de Iquique, San Felipe Los Andes y Valdivia (Anexo 1).

3.1.2 Proyectos financiados con crédito BID Etapa II (Periodo 1992-1995)

140 millones US

Este proyecto cuyos estudios se desarrollarán en el periodo 1991 y 1992, serán ejecutados a partir del último trimestre de 1992 y hasta 1995 y afectará a los Servicios de Salud de: Arica - Copiapó - Coquimbo - Valparaíso - Viña del Mar - Rancagua - Maule - Chillán - Los Andes - Concepción - Talcahuano - Temuco - Puerto Montt - Aysén y Punta Arenas.

Es posible que dado el marco presupuestario otorgado al sector y la magnitud del déficit, sólo se pueda resolver una reducida parte de las necesidades de estos Servicios.

El monto estimado para esta 2a. etapa del proyecto BID son US\$ 140 millones.

3.1.3 Proyecto financiado con fondos Banco Mundial:

sólo en ejecución
Este proyecto considera una racionalización administrativa del sector (Ministerio, Seremi, Servicios de Salud) y de los Servicios afectados con el proyecto, como asimismo, la construcción, reposición y normalización de establecimientos de los siguientes Servicios de Salud:

- Todos los Servicios de Salud de la Región Metropolitana.
- Servicio de Salud de Antofagasta.
- Servicio de Salud Llanquihue X Región

El monto estimado para este proyecto alcanza a un total de US\$ 214 millones.

3.1.4 Proyectos financiados con Créditos Bilaterales:

De 18 a 30 millones US en equipamientos

Los fondos obtenidos de créditos bilaterales se han destinado principalmente a dotar de equipamientos a los Servicios de Salud de las áreas geográficas no cubiertas por el crédito de BM y del BID etapa Ia. Asimismo a reponer y reemplazar vehículos asistenciales a los Servicios de Salud del país, como también a reponer y normalizar determinados establecimientos hospitalarios, en el anexo 2-3 y 4, se puede observar el impacto a lograr con estos fondos.

CRISIS SISTEMA DE LIBRE ELECCION DE FONASA

I.- DESCRIPCION PROBLEMA

- a) La estructura del Sector definida hace menos de diez años ha concentrado a los trabajadores de rentas más altas en el Sistema ISAPRE.
- b) El presupuesto del Ministerio de Salud integra a su vez cotizaciones previsionales de FONASA (7%) con los aportes fiscales, estableciéndose en la práctica un subsidio desde los menos pobres a los más pobres.
- c) La estructura organizacional de FONASA es la de un Servicio Público que sufre un conjunto de inflexibilidades de gestión. En especial se reflejan el nulo manejo financiero y engorrosa gestión administrativa y de recursos humanos, todo lo cual en definitiva redundando en una baja eficiencia, que se traduce en una pérdida de competitividad de sus beneficios.
- d) Negativo también es el hecho de que FONASA no recauda directamente las cotizaciones de salud de sus afiliados puesto que carece de los sistemas de información y control mínimos necesarios. Debemos recordar que FONASA aún atiende a los 2,3 millones de beneficiarios de menores recursos y el Sistema ISAPRE a los dos millones de mayores rentas. El resto de la población corresponde a carentes de recursos e indigentes (beneficiarios del Estado) y la población beneficiaria del regimen previsional de las Fuerzas Armadas y Carabineros de Chile.

Frente a esta situación, el Ministerio de Salud postula un cambio profundo que resumidamente se presenta a continuación.

II.- ESTRATEGIA DE SOLUCION PARA LA REFORMA DEL FONDO NACIONAL DE SALUD, se postulan los siguientes objetivos contenidos en un Proyecto de ley en preparación:

- a) Limitar las funciones de FONASA a colaborar con el Ministerio en la planificación y cocontrol presupuestaria de los Servicios de Salud.
- b) Traspasar las funciones de recaudar, administrar y distribuir las cotizaciones previsionales de salud y los demás recursos que las leyes establezcan, a una Empresa Autónoma del Estado, cuyo objeto será otorgar las prestaciones y beneficios de salud señalados en la Ley N° 18.469. Las principales características de la Empresa son:

III CARACTERISTICAS BASICAS DEL NUEVO SISTEMA DE LIBRE ELECCION

a) ORGANIZACION:

El sistema de Libre Elección será administrado por una Empresa autónoma del Estado que se relacionará con el gobierno a través del Ministerio de Salud.

Su Dirección corresponderá a un Directorio y la administración a un Gerente General.

b) BENEFICIARIOS

La EMPRESA proporcionará cobertura de atención médica a toda la población cotizante que no opta o no puede acceder al Sistema de ISAPRE.

c) BENEFICIOS

La EMPRESA tendrá facultades para establecer Planes y Programas de Salud diferenciados que le permitan maximizar los beneficios de salud.

d) PRESTADORES

La EMPRESA tendrá facultades para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, ya sea directamente o a través del financiamiento de los mismos con facultades para establecer Convenios de Prestaciones con el Sector Público y Privado.

e) FINANCIAMIENTO

- Recaudará y administrará directamente las cotizaciones previsionales de sus afiliados.

- Incorporará un concepto de homogeneidad en la aplicación del 2% de cotización adicional que establece la Ley N° 18.566 en favor de los afiliados de ISAPRE.

- Posibilitará la aplicación de aportes libres de Empleadores o Trabajadores con el objeto de que estos obtengan mayores beneficios de Salud.

En esta materia, deberá existir igualdad de condiciones entre la Empresa Autónoma del Estado y el Sistema ISAPRE.

IV.- PLAZOS INVOLUCRADOS EN EL PROYECTO

- Formulación del proyecto de Ley al 30 de Abril de 1991 para dar inicio a su proceso de negociación.

- Discusión del Proyecto a nivel de las Organizaciones Sindicales, Gremiales u otras. Periodo mayo-julio 1991.

- Discusión del Proyecto al interior del Gobierno periodo mayo-agosto 1991.

- Presentación del Proyecto de Ley definitivo al Poder Legislativo septiembre 1991.

REQUISITOS DE APOYO:

- Político del más alto nivel
- Financiero

ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPALIZADA

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La transferencia a las Municipalidades, de los Consultorios de Atención Primaria a partir de 1981 perseguía los siguientes objetivos:

- 1.- Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud, llevándolas al nivel comunal.
- 2.- Manejar localmente el control y fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las Direcciones de Servicios del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- 3.- Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población.
- 4.- Permitir la canalización de los fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura.
- 5.- Hacer posible una mejor participación comunitaria en la base social.
- 6.- Permitir una mayor integración multisectorial, en especial con los sectores más importantes para salud, como son educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental, etc.

Sin embargo, la situación de la atención primaria en el país con el correr de los años presenta claros problemas:

- 1.- No ha incorporado a la comunidad en la identificación de sus problemas de salud.
- 2.- Existe dificultad en la captación y permanencia de profesionales en las comunas rurales y de escasos recursos.
- 3.- Se evidencia un alto grado de insatisfacción del personal que fue incorporado al sistema municipalizado según las normas del código del trabajo y con rentas y previsión aplicables al sector privado, careciendo de acceso a una carrera funcionaria, seguridad en el trabajo, capacitación, posibilidad de traslados y pérdida de beneficios sociales en caso de cambio de empleador.
- 4.- Los alcaldes designados permanentemente dificultan la acción de los Servicios de Salud y acentúan los conflictos por razones de oposición política. Se ha producido duplicación del aparato administrativo y de administración municipal a un costo muy alto (18% de gastos de administración).
- 5.- Precaria articulación con los otros niveles: secundario y terciario de atención.

6.- Tiende a priorizar las actividades curativas en relación a las de promoción de salud y la prevención específica de las enfermedades.

7.- Presenta significativas diferencias en la calidad y características de las prestaciones, según las posibilidades financieras de cada municipalidad.

Por las razones expuestas, es necesario ir a la revisión y eventual corrección de la organización actual, sin dejar de considerar los principios de descentralización, desconcentración y participación social.

ESTRATEGIAS DE SOLUCION

Mientras esta organización se concrete, la atención primaria de salud continuará rigiéndose según convenios de traspasos, D.F.L. 1-3063 del Ministerio del Interior, excepto situaciones específicas en las cuales fuese necesario que el Servicio de Salud respectivo reasumiera la administración de uno o más establecimientos (XI Región).

1.- Facultar a los Servicios de Salud para convenir con una o más de las municipalidades que existan en su territorio, la aorganización de corporaciones de salud para que tomen a su cargo la ejecución de las acciones propias de la atención del nivel primario de salud de sus habitantes. Estas corporaciones serán de derecho público y estarán dotadas de autonomía técnica y administrativa, personalidad jurídica y patrimonio.

Las corporaciones de salud que se organicen en virtud de esta facultad formarán parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

2.- Creación de un fondo de atención primaria regional, que de la necesaria flexibilidad a la programación local y las normas para asignar y monitorear los recursos que se entregan a las municipalidades como programas especiales.

3.- El financiamiento se hará a través de un FAPEM reformulado que finacie el costo real de los problemas de salud, teniendo en consideración la prioridad de las acciones de fomento y protección de la salud y haciéndolo compatible con el enfoque de riesgo en salud.

4.- En el año 1991 se incia la utilización de la Donación de AID destinada al mejoramiento de la atención primaria por US 10 millones.

DEFICIENCIAS EN ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL SECTOR PUBLICO

su 62.000 funcionarios

I REMUNERACIONES

El tema de las remuneraciones ha sido el más discutido durante el año 1990 con los diversos estamentos que componen la dotación de personal del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Las bajas remuneraciones generan una fuga permanente del personal más capacitado, situación que se ha visto especialmente agravada en el caso de las enfermeras, quienes perciben más del doble en el área privada de lo que gana en el sector público.

Recientemente fue elegida la nueva directiva nacional de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud -FENATS-, siendo uno de los principales postulados de prácticamente todas las candidaturas la obtención de mejores remuneraciones, tema que se convierte en prioritario para ellos este año. Esto significa que el Ministerio debe tener respuestas claras al respecto y un proyecto que ofrecer, ya que de lo contrario éste será causa de un agudo enfrentamiento.

En el mediano plazo, esto es en los años 91 y 92, el Ministerio de Salud pretende **replantear los tramos** en que se mueven los diferentes escalafones dentro de la Escala Unica de Sueldos, lo que implicaría un proceso de reencasillamiento del personal y una mejora de grados y por consiguiente remuneraciones, que afectaría principalmente al presupuesto de 1992. Durante 1991 se efectuarán, además, estudios técnicos que deben establecer adecuadas descripciones de cargos y sus interrelaciones, lo que debe, a su vez, permitir conocer de un **modo más apropiado las funciones del personal**, los requisitos técnicos para proveer los cargos y una estructura de remuneraciones en concordancia con estos criterios.

II CARRERA FUNCIONARIA

El tema de la carrera funcionaria es tan sentido en el personal como el de las remuneraciones. El Ministerio de Salud estudiará en 1991 la estructura de los Servicios de Salud y postulará para éstos modificaciones a su organización, incorporado el criterio de la carrera funcionaria tanto para el personal afecto a la ley 15.076 como a la ley 18.834. En el mediano y largo plazo esto significará que el personal experimentará un desarrollo funcionario a través de una

carrera preestablecida y de programas de entrenamiento, capacitación y educación permanentes.

III MODIFICACIONES ESPECIFICAS PARA EL SECTOR SALUD DEL ESTATUTO ADMINISTRATIVO

El sector salud difiere, por sus características de trabajo, fuertemente en varios aspectos al resto de la Administración Pública y estas diferencias deberían quedar establecidas en el nuevo proyecto de Estatuto Administrativo que prepara el Gobierno, razón por la cual el Ministerio de Salud solicitará su incorporación a la Comisión Gubernamental que se preocupa de este tema.

IV DOTACION DE PERSONAL

Un estudio preliminar del Ministerio de Salud reflejó un déficit de 11.894 cargos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, de los cuales 2.000 han sido autorizados para 1991, razón por la cual será necesario considerar al menos esta última cifra para 1992.

V ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La actual estructura organizacional de los diferentes niveles y organismos que dependen del Ministerio de Salud no ha tenido modificaciones importantes desde su creación en 1980. Durante este periodo han surgido obviamente nuevas necesidades y se han ido extinguiendo otras que dieron origen a ciertos niveles y dependencias.

Por esta razón se iniciarán estudios técnicos, apoyados por el Banco Mundial, destinados a diagnosticar y recomendar nuevas estructuras para el sector público de la salud. Estos estudios se iniciarán en ocho servicios de salud en 1991 y deberán proseguir en los próximos años hasta completar la totalidad de los servicios del país.

En definitiva deberán plantearse nuevas estructuras para la reorganización del sector a nivel del Ministerio, las Secretarías Regionales Ministeriales, los servicios de salud y los establecimientos hospitalarios tal que, en conjunto con las demás transformaciones propuestas, se obtenga una mayor flexibilización de las estructuras, con una adaptación a procesos más modernos en la toma de decisiones, todo lo cual se orienta finalmente a una gestión más eficiente.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

El SIDA en Chile ha sido catalogada como una epidemia inicial, en virtud de la existencia de 257 enfermos conocidos en un universo estimado de aproximadamente 6.000 personas infectadas. Sin embargo, en el mediano plazo, todos los infectados deberían enfermar.

En una primera etapa la infección y la enfermedad afectaron principalmente a homosexuales varones. En 1987 la proporción hombre/mujer era de 15:1; en 1990 es de 7:1, lo que significa que progresivamente es la población heterosexual joven el país la que se ha visto más expuesta al riesgo de enfermar. Consecuentemente, han aparecido los primeros casos de SIDA neonatale infantil.

La principal vía de transmisión de la enfermedad es la sexual. Sangre y drogas han tenido una baja significación en la transmisión de la epidemia.

En virtud de lo expuesto, el Ministerio de Salud, a través de la Comisión Nacional del SIDA, ha estimado que el momento de la epidemia da la posibilidad de desarrollar una estrategia preventiva. Esta estrategia es principalmente educativa. Dicha educación va inserta en el amplio concepto de la educación para la sexualidad. El objetivo final de este particular proceso educativo, es la modificación del comportamiento sexual de los jóvenes chilenos.

REALIZACIONES

Durante 1990 la Comisión Nacional del SIDA se abocó a elaborar el Programa de Mediano Plazo de Prevención y Control del SIDA en Chile. Para su elaboración se contó con el apoyo de expertos de la Organización Panamericana de la Salud. Este Programa fue aprobado con felicitaciones por la O.P.S./O.M.S. En él se fija un cronograma de actividades que responden a objetivos muy precisos, con sus correspondiente presupuestos y personas muy responsables de su ejecución.

Las áreas de interés del Programa son: Educación, Capacitación y Comunicación Social, Epidemiología, Laboratorios y Bancos de Sangre, Atención Integral, Jurídico Legislativa, Organismos no Gubernamentales y Administración.

Este Programa se encuentra en pleno proceso de movilización de recursos para su financiamiento, ya que su presupuesto total para los tres años que dura es de US\$ 22.532.533 (veintidós millones quinientos treinta y dos mil quinientos treinta y tres dólares), de los cuales se estaban solicitando al exterior US\$ 8.612.124 (ocho millones seiscientos doce mil ciento veinticuatro dólares), y para el primer año (1991), US\$ 295.707 (tres millones doscientos noventa y cinco mil setecientos siete dólares).

Durante 1990 además se perfeccionó el sistema de vigilancia epidemiológica del SIDA e infección por virus VIH, que adolecía de serias fallas. Se movilizó a los Organismos no Gubernamentales que trabajan en SIDA para su coordinación y para instarlos a la elaboración de proyectos de intervención educativa, especialmente en poblaciones de riesgo. Se perfeccionó el diagnóstico de la infección en todos los laboratorios de Chile. Se elaboró la Campaña de Comunicación Social de SIDA, que entra en fase de producción para salir a los medios en el mes de abril de este año.

NECESIDAD DE APOYO PRESIDENCIAL

Político:

- 1.- Considerar al SIDA como problema nacional de alta prioridad política.
- 2.- Apoyar una política de educación para la sexualidad.
- 3.- Respaldar públicamente la Campaña de Comunicación Social.

Económico:

- 1.- Aprobar la asignación de US\$ 500.000 (quinientos mil dólares) de fondos adicionales del presupuesto nacional, para poner en marcha el Programa de Mediano Plazo.
- 2.- Estudiar un aumento presupuestario del Sector Salud para el próximo año, con el fin de prevenir y controlar el SIDA, en virtud del aumento que se prevé del número de enfermos.

Estructura:

- 1.- Apoyar en las regiones del país las acciones de prevención y control: Constitución de los Comités de Iniciativa Regional para la Prevención y Control de SIDA. Estos se constituirán por los sectores Salud, Educación, Trabajo, Justicia, Planificación, Interior y O.N.G. de cada Región.

CENTRAL DE ABASTECIMIENTO

Es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio.

Tiene una dotación de 270 funcionarios, afectos a la Escala Unica y sujeta a las normas de la Contraloría General de la República.

Este Servicio no recibe aporte estatal y el gasto de remuneraciones de su personal, alcanza al 1,3% de los gastos totales de administración.

No obstante lo señalado, desde el punto de vista operativo en relación a sus funciones, tareas y actividades que realiza, es una empresa comercial que compra y vende, sin que los Servicios de Salud, Hospitales y Corporaciones Municipales tengan la obligatoriedad de adquirir sus insumos en esta Central.

Las principales funciones que realiza se pueden agrupar en 5 grandes actividades:

- 1.- Provisión de Medicamentos y Elementos de Curación
Facturación Anual US\$ 25.000.000
- 2.- Provisión y Adquisición de Elementos para el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)
Facturación Anual US\$ 70.000.000
- 3.- Provisión del Programa Nacional de Inmunización y Vacunación.
Facturación Anual US\$ 3.000.000

República de Chile

Ministerio de Salud

4.- Provisión y Adquisición de las Necesidades de Equipamiento de los Servicios Hospitalarios (Ambulancias, Scanner, Radiología, etc.)
Facturación Anual US\$ 10.000.000

5.- Provisión y Adquisición de Ropa Quirúrgica y Hospitalaria.
Facturación Anual Estimada US\$ 7.000.000

Total de Acciones de la Central de Abastecimiento 1991:
US\$ 115.000.000

ACCIONES ESTRATEGICAS 1991

- Mejorar y modernizar el arsenal farmacológico.
- Habilitar bodegas y estructuras físicas para mejor conservación de medicamentos.
- Surtir y abastecer de ropa hospitalaria y quirúrgica a los Servicios del país e incluye un programa de 28 items diferentes (pañales, sábanas, etc.)
- Desarrollar un nuevo producto que sustituya la Sopa Puré, pero que éste nazca de un concurso abierto entre las empresas de alimentos nacionales (Luchetti, Nestlé, Maggi, Soprole, Costa, etc.), en el cual se obtenga un nuevo "producto comercial" que se expendan en Supermercados y tenga gran aceptabilidad en los estratos populares.
- Mantener la actual norma de arroz, que es un producto de bajo costo para el Programa y un gran complemento nutricional para los niños, aparte que es de gran aceptabilidad y genera un efecto masivo importante de la donación que realiza el Gobierno.

PROBLEMAS URGENTES Y FUNDAMENTALES A RESOLVER

1.- Aporte extraordinario para la Central, para cubrir el déficit actual de los Servicios de Salud, que ha absorbido el capital de trabajo de la Central, y a la fecha alcanza a \$1.800.000.000.

Proposición:

El Fondo Nacional de Salud deberá girar esos fondos con cargo al Presupuesto 1991, mediante un aporte a la Central de Abastecimiento.

2.- Impulsar y Concretar el Programa de Ropería Hospitalaria. Este programa constituye un impacto público, no realizado por ningún Gobierno.

Significa resolver la crisis endémica de ropa de todos los Hospitales del país, con una cobertura nacional, que llegará a satisfacer la necesidad de 33.000 camas hospitalarias durante el gobierno actual.

Significa llevar una imagen de dignidad, de respeto y sanidad a todos los enfermos que pasan por sus peores momentos de la vida.

La ropa hospitalaria mostrará la nueva cara del Gobierno a los hospitales.

Esta acción tiene un impacto político y social de corto plazo, en el cual 850.000 enfermos obtendrán un resultado directo del nuevo Gobierno. Esto implica favorecer en forma directa e inmediata al sector más desposeído del país.

Para imple en ar st programa
e r que ere disponer de US\$ 7.000.000 anuales, es decir,
\$2.450.000.000.

3.- Proyecto de creación de una Empresa Autónoma del Estado. La crisis institucional del Servicio, se ha visto agravada por la rigidez de los sistemas administrativos vigentes, normas de Contraloría, Hacienda y Salud; que dilatan las decisiones, las cuales deben tomarse en forma inmediata.

A modo de ejemplo, puede decirse que para importar insulina, que es vital para la salud de los diabéticos, el proceso dura 150 días, esto es ilógico en cualquier país del mundo.

La rigidez, inflexibilidad de los métodos del Sector Público, no pueden ser aplicables a una empresa de distribución de alimentos y medicamentos, es por eso que es imperioso modificar el status jurídico de la Central.

Proposición:

Transformar a Central de Abastecimiento en una empresa mixta autónoma, con aporte minoritario del sector privado y con características de Sociedad Anónima Cerrada, pero de carácter estatal, similar a empresas Corfo. Ello, permitiría mayor agilidad en su operación, mayor eficiencia, mayor flexibilidad y autonomía, con remuneraciones del personal acordes al mercado.

La presencia de una empresa de estas características, es fundamental para regular los precios de los materiales de curación y productos farmacéuticos.

Este proyecto debe estar inserto en los convenios con el Banco Mundial, de modo de adaptar a este Servicio Público en condiciones similares a aquellas con quienes debe competir en el mercado.

**SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE
(PLAN OPERACIONAL 1991)**

I DESCRIPCION DEL PROBLEMA

1.- A NIVEL DE AFILIADOS

- Un bajo nivel de conocimiento sobre el sistema: sus planes, beneficios y obligaciones.
- la Imagen existente sobre el Sistema está deteriorada. En general se piensa, que las ISAPRE no tienen una preocupación muy grande por la persona, se movilizan principalmente en función del lucro, no dan suficiente seguridad de que otorguen salud en los siniestros graves, etc.
- El afiliado en general, es un consumidor pasivo y muy poco exigente, lo cual, tiene la implicancia que las ISAPRE no se sienten presionadas para mejorar sus planes y calidad del servicio, frenándose así la velocidad de evolución del sistema.
- Los afiliados reales son "preferentemente" del Nivel Socio Económico

2.- A NIVEL DE LA ISAPRE

- Altas restricciones en los beneficios ofrecidos, debido a que existe una inadecuada evaluación del riesgo y una administración de corto plazo.
- Condiciones generales Oligopolicas del sistema, lo cual determina que se afecte la calidad de la Competencia y esto frena la mejora en los beneficios que se ofrecen al Mercado.
- Escasa diferenciación entre los "productos" que las ISAPRE ofrecen al mercado, frenando competencia y crecimiento del sistema.
- Escasa entrega de información a los beneficiarios del sistema, por parte de las ISAPRE, sobre los planes, beneficios, restricciones, derechos, obligaciones, etc.

3.- A NIVEL DE LOS PRESTADORES MEDICOS E INSTITUCIONALES

- Desconfianza de los Prestadores Médicos respecto al sistema.
- Falta de mecanismos de negociación efectivos, entre los Médicos, Paramédicos y las ISAPRE, lo cual ha implicado insatisfacción e incomprensión de estos Prestadores respecto al sistema.
- Desequilibrio entre la Demanda de servicios de atención secundaria y terciaria y la capacidad de Oferta de Clínicas Privadas, lo que ha implicado que los precios de las prestaciones, sean elevados y se deban marginar del sistema, por esta razón, un grupo importante de la población.

II ESTRATEGIAS DE SOLUCION

1.- PROGRAMA DE REFORMA LEGAL

Objetivos: Lograr que la cobertura de las ISAPRE sea integral:

- grantice niveles de cobertura mínimos aceptables
- existan mecanismos para que las ISAPRE cubran a las personas a lo largo de todo su ciclo vital
- grantiza la cobertura de siniestros catastróficos.

Lograr que la gestión de las ISAPRE se realice con una visión de largo plazo y que sean equitativas en la prestación de sus servicios.

ASPECTOS PRINCIPALES A REFORMAR

- De la Superintendencia
 - Ampliar y precisar sus atribuciones y funciones (EJ.: fiscalización Médica y Operativa y contractual)
 - Modificar su estructura, creando el Departamento de Auditoría Médica.
- Del sistema
 - Generar un mecanismo de financiamiento del costo de salud, de los afiliados de la tercera edad.
 - Regular la existencia de los conceptos: preexistencia, exclusiones y tiempos de espera.
 - Modificar el tiempo de duración del contrato de 1 año, por un sistema en que lo determine el mercado, salvaguardando que exista un mecanismo regulador.
 - Incorporar la recuperación de las Primas pagadas en exceso, respecto al valor pactado del plan.
 - Regular los beneficios mínimos.
 - Regular las licencias médicas y los subsidios.

- Eliminar subsidios estatales innecesarios (inmunización, atención de urgencia, PNAC, etc.)

PLAZOS ESTIMADOS

- Estudios Técnicos, Jurídico y Económicos de diciembre de 1990 a 30 de junio de 1991.
- Discusión y análisis en el Sector y organizaciones involucradas (Colegios Profesionales, ISAPRE, etc.) de enero al 30 de julio de 1991.
- Discusión y análisis a nivel de Gobierno de junio al 30 de agosto de 1991.
- Presentación en el Parlamento 30 de septiembre de 1991.

2.- PROGRAMA DE DESARROLLO DE LA TRANSFERENCIA DEL SISTEMA

Objetivo: Informar y educar a los Beneficiarios actuales y potenciales con el propósito que conozcan sus derechos y obligaciones y cambien sus conductas de compra y consumo que les permitan aprovechar de mejor forma el sistema.

Actividades:

- Realización en conjunto con las ISAPRE, de un programa de comunicación a los afiliados del sistema, que informe sobre las características de este y de las condiciones para operar en él.
- Realización de un Programa Educativo-Informativo, sobre las ISAPRE, sus características, planes y calidad de servicio, con el propósito de apoyar al consumidor para que haga un mejor uso de sus beneficios y tenga elementos de evaluación de las ISAPRE y sus planes.
- Ejecución de un programa de RRPP. que de a conocer las Superintendencia, sus roles y atribuciones.

3.- PROGRAMA DE FISCALIZACION Y REGULACION DEL SISTEMA

Objetivo: Controlar que las ISAPRE, cumplan con las obligaciones estipuladas en la Ley y con los compromisos contractuales.

Normar la gestión de las ISAPRE en los aspectos: financieros, médicos, jurídicos, operativos, y de información a sus afiliados.

Actividades:

- Fiscalizar en todas las ISAPRE del país, las actividades relacionadas con la explotación y controlar la suscripción de contratos, mantención de cartera de afiliados y gestión de la fuerza de ventas.
- Instruir y normar la gestión financiera-contable, jurídica, médica y operativa.
- Elaborar las estadísticas de resultado que reflejen el estado de situación general del sistema.

4.- PROGRAMA DE ESTUDIO DE LA EVOLUCION DEL SISTEMA

Objetivo: Evaluar en forma permanente la situación del sistema, a nivel de sus tres actores: demanda, oferta y prestadores médicos e institucionales; y realizar estudios específicos de proyectos a ser implementados por el sistema.

Actividades:

- Realizar estudio "ad hoc" sobre el Sistema, los Afiliados (Demanda) y las ISAPRE (Oferta), destinados a conocer la forma como evolucionan las percepciones de los afiliados, los estilos de gestión de los oferentes y las condiciones "macro" del sistema.
- Elaborar un proyecto para solucionar la actual marginación de los beneficiarios potenciales de la tercera edad.
- Elaborar un catálogo referencial único de prestaciones que sea utilizado por todas las ISAPRE del país.
- Elaborar un proyecto de Ley que modifique la actualmente vigente.