

001948

LAS REPERCUSIONES DE LA POLITICA ECONOMICA
EN LA POLITICA DE SALUD Y EN LA SALUD DE LA
POBLACION INFANTIL

LAS REPERCUSIONES DE LA POLITICA ECONOMICA
EN LA POLITICA DE SALUD Y EN LA SALUD DE LA
POBLACION INFANTIL

I.- INTRODUCCION

La actual política de Salud del Gobierno está en estrecha relación y es consecuencia directa de su política económica y del modelo económico aplicado para hacerla efectiva.

La política de salud debe ser conceptualmente equivalente a la concepción de la política económica.

Desde la creación del Servicio Nacional de Salud se estableció en Chile un Sistema de Salud que podríamos llamar semi-socializado por cuanto el Estado asumió la responsabilidad de la Salud de un 80% o más de la población en los aspectos preventivos y curativos y del 100% en los aspectos de prevención y fomento de la Salud.

El sistema de salud imperante desde 1952 con la creación del S.N.S. y luego más adelante del Sermena, se mantuvo con lagunas modificaciones, a través de todos los gobiernos; cada gobierno fue agregando algo o dando prioridad a algún aspecto en particular. Así en tiempos de Frei se le dio gran importancia a la salud rural y al programa de alimentación complementaria. Durante el Gobierno de la Unidad Popular se trató de crear el Servicio Unico de Salud, cuyos postulados fundamentales eran, medicina igualitaria para todos, de la misma calidad, humana y técnica. Ello implicaba la fusión del S.N.S. y del Sermena y la aplicación además de un programa socio-cultural que permitiera la participación de la comunidad en los Programas de Salud, a nivel local y nacional (Creación de los Consejos Locales y Paritarios de Salud).

Este modelo de medicina, totalmente socializada no pudo concretarse, debido a la oposición que recibió, especialmente del Colegio Médico.

En el momento actual, el Gobierno ha definido claramente su Política con respecto a Salud. Establece que sus bases políticas son :

- A) Declaración de Principios del Gobierno de Chile de III/74.
- B) Actas constitucionales (11/9/76)
- C) Directivas del Presidente de la República al Ministro de Salud (Nov./75)

D) Orientación presidencial al Ministerio de Salud (30/12/76 en respuesta a exposición del Ministro del 29/11/76).

El documento sostiene que el concepto de multicausalidad en el fenómeno Salud-Enfermedad es muy importante porque reconoce :

- a) Que el aspecto psicológico es importante en la salud.
- b) Obliga a pensar en dar igual salud a todos, en vez de curar la enfermedad de algunos.
- c) Reconoce la clara connotación social que tiene la enfermedad y la salud.
- d) Reconoce la relación entre salud-enfermedad y medio ambiente.
- e) Reconoce que se debe alcanzar a la totalidad de las personas que forman una sociedad.
- f) Reconoce la importancia de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud.
- g) Reconoce que la atención debe ser "oportuna", continua, suficiente, eficiente y humana para la totalidad de la población.
- h) Reconoce que para lograrlo es necesario tener una determinada organización que debe contemplar el aspecto de desarrollo científico, tecnológico que debe coordinar salud con educación, vivienda, nutrición, economía, legislación social y trabajo, y que debe haber un sistema financiero que resuelva el alto costo de la salud y que además establezca prioridades.

Plantea los defectos del SNS por las cuales éste habría perdido el valor que tenía en su comienzo.

- a) Su carácter mayoritario —————> Estructura monopólica
- b) Su tamaño —————> Dificultades administrativas
- c) Su centralismo —————> Desestimula iniciativas locales
- d) Su poder —————> Fuerza política (ajena a la salud).

Reconoce problemas tales como :

- Gran cantidad de funcionarios
- Indices de salud, indicativos de serios problemas
- Rechazos en los niveles primarios de atención
- Insatisfacción que llega a la agresividad de los usuarios y trabajadores; desocupación de niveles intermedios.
- Reconoce la adversa situación ecológica (del medio ambiente de la mayoría del país lo que se deriva en necesidades de salud de gran magnitud.)
- Reconoce el mayor beneficio que ha significado (dentro de sus limitaciones una medicina organizada, sobre la base de una fuerte responsabilidad estatal)
- Rechaza la idea del Servicio Unico de Salud y la de privatización total.

Define algunas características que debe tener la salud en nuestro país.

- 1.- Define Salud " es el estado de bienestar físico y psicológico de la persona y de la sociedad."
- 2.- La Salud es un fin (para que el individuo se realice), pero es importante para el desarrollo de la nación.
- 3.- La Salud es un patrimonio Nacional.
- 4.- La Salud es un derecho humano consagrado en la Constitución del país.
- 5.- Todos deben tener acceso libre e igualitario a las acciones que procuran la Salud.
- 6.- Estas acciones deben ser de fomento, protección y recuperación de la Salud y rehabilitación.
- 7.- Todos deben concurrir a financiar estas acciones en una medida proporcional a sus ingresos.
- 8.- A la entrega de las acciones deben concurrir sectores públicos privados y mixtos.
- 9.- Debe haber libertad de elegir un sistema de los que se ofrecen.
- 10.- El derecho a la salud se adquiere al nacer y se debe ejercer durante toda la vida, independientemente de la edad, sexo y condición social.

Pero lo fundamental es que plantea la importancia de entregar a instituciones privadas un rol importante en la entrega de la salud; postulando que la salud debe entrar también en la economía social de mercado es decir, la salud pasa a ser una mercancía que se vende, es decir, el que tiene ingresos puede tener acceso a ella, el que no, ve cada vez más limitado su acceso a recibir atención médica.

El Dr. E. Medina, Presidente del Colegio Médico dijo en 1977, " Las ventajas del sistema de mercado para la regulación global de la economía, han llevado a sostener que también un sistema económico-social de mercado, a través de la oferta y la demanda, regula los servicios de atención médica de los chilenos. Conceptualmente ello supone que la salud es una mercancía entregada al libre juego de los grupos y las empresas, más bien que una necesidad indispensable de controlar técnicamente para apoyar el proceso de desarrollo nacional. "

"Si como, loablemente lo estimaron algunos dirigentes del Colegio Médico, el incentivo de lucro no cabe en la profesión médica, se destruye por la base el mecanismo fundamental del sistema de mercado".

La resultante lógica de un proceso de libre oferta y demanda en Salud es el desplazamiento de los recursos humanos hacia los sectores nacionales de mayor ingreso, con abandono progresivo de aquellos sectores nacionales de bajo ingreso, que son justamente los que requieren más protección y asistencia médica.

Además, la enunciación de esta política privatista ha llevado a un número importante de médicos y otros profesionales a abandonar el SNS con las consecuencias propias de la reducción de personal.

II.- CONSECUENCIAS DE LA POLITICA ECONOMICA EN LA SALUD

- SUPRESION DE PERSONAL DEBIDO A UNA REDUCCION DEL GASTO FISCAL

- a) por razones políticas
- b) por reducción del gasto administrativo
- c) No incorporación de los médicos a la Escala Unica → frustración y exodo de médicos y otros profesionales.
- d) Desbalance entre el número de Médicos que egresan de la Universidad y la capacidad del país para emplearlos.

Según el Registro del Colegio Médico, continúa el éxodo de médicos a razón de 150 médico/mes, cada médico cuesta US\$ 30.000. Dentro de 2 años se recibirán 700 médicos y el sistema privado no estará lo suficientemente desarrollado como para incorporararlos.

- REDUCCION DEL GASTO FISCAL EN SALUD

Ha disminuido de 154 millones de dólares en 1970 a 133 millones de dólares en 1976 y un ligero aumento a 165 millones de dólares en 1977 y de 16,4/personas a 12,8/personas en 1976 y 13,7 en 1977.

- DISMINUCION DEL ACCESO DE LA POBLACION A LA ATENCION MEDICA

a) Disminución ^{de las} consultas en 1976 (1 millón más de habitantes) en relación a 1971. Las consultas del SNS han disminuido en un 24% en adultos y en un 11,2 % en los niños.

En 1971 6.657.611 consultas de adultos.

En 1976 5.067.663 consultas de adultos.

- b) Disminución de presupuesto lleva a disminución de recursos en salud.
- c) Medidas que dificultan el acceso a la atención : cobro, exigencias de documentación, mal trato, rechazo o dilación en la atención.
- d) Disminución de los recursos, humanos y materiales.
- e) Contrato de médicos jubilados que desplazan a médicos recién egresados.
- f) Medidas que hace que los médicos se vayan al sector privado (más remuneraciones).
- g) Entrega de locales al sector privado (Corporación Nacional de Desarrollo social)

- PRIORIZACION DE LOS PROGRAMAS

a) Madre y Niño

Prevencción-Fomento

Programa Nutricional

b) Adultos

c) Programa del medio ambiente

PREVENCIÓN Y FOMENTO

- Control Niño sano (inmunizaciones- Vitamina D)
- Educación
- Programa alimentación suplementaria

Concretamente el actual programa parece no excluir a ningún grupo de la atención. El problema reside en la capacidad de cumplir con ellos.

- PROGRAMA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

1970	17.111.365 kgs de leche	}	Leche con 12 % Materia Grasa
1971	21.151.219 " " "		
1972	20.486.156 " " "		
1973	21.520.000 " " "		
1974	25.561.037		
1975	29.737.266 Kgs de leche 26 % y Alimentos Proteicos		
1976	30.352.860		
1977	28.651.145		

En 1974 se saca al escolar del programa de alimentación complementaria.

- COBERTURA DEL SNS, EXCELENTE : 100% lactentes ,90 % Pre Escolares , Ello significa que un alto % de los beneficiarios están inscritos en el SNS.

- CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS

0-5 meses	6-23 meses	2-5 años	Escolares	Total
84,5 %	90,5 %	79 %	70,3	81,9%

Ello significa que las acciones programadas se han cumplido en esos porcentajes. Ello no implica calidad de la atención.

- PROGRAMA NUTRICIONAL ORIENTADO A NIÑOS DE ALTO RIESGO (CONIN)

Se consideran niños con alto riesgo de desnutrirse :

- a) Niño con bajo peso nacimiento
- b) Incremento ponderal deficiente
- c) Madre menor de 20 años
- d) Hijo vivo N° 5
- e) Problemas socio-económicos de la familia

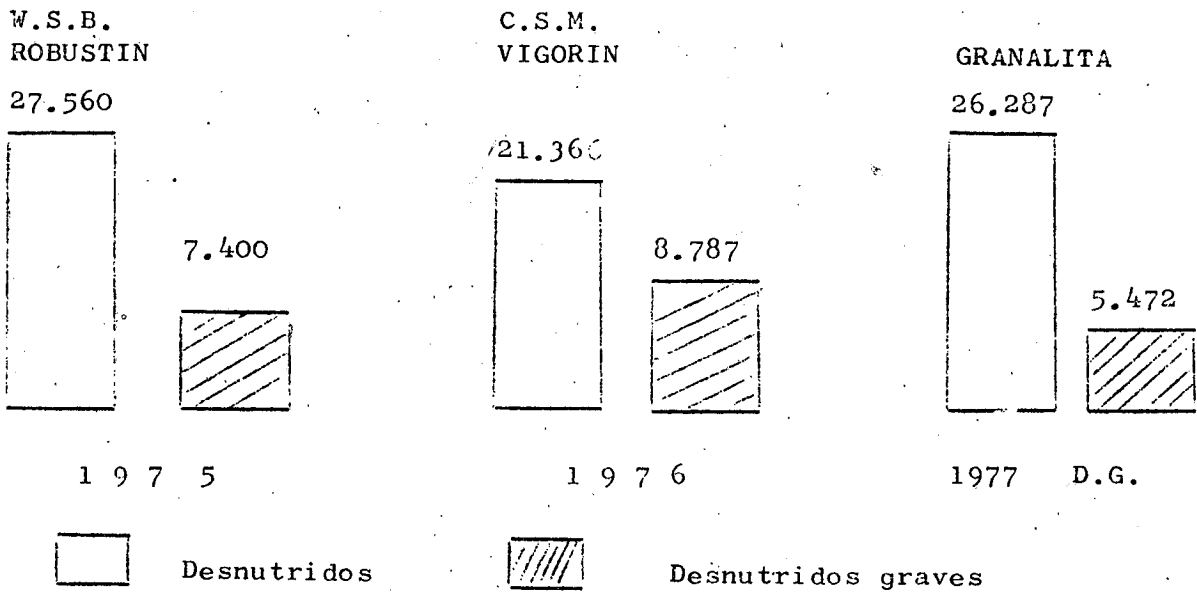
Según el programa OFASA orientado al niño desnutrido :

En 1976 se distribuyeron 1.800 toneladas de alimentos

1977 se amplia a desnutridos y sus familias (150.000 personas)

1978 se incluyó a niños con alto riesgo de desnutrición

(4 kilos de alimento por familia)



Estos alimentos se entregan al desnutrido, además de la leche, en los Policlínicos del SNSN.

IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

- Vehículo de educación
- Entrega de alimentos
- Acerca a la población a las características de la Atención primaria
- Aumento de la cobertura en sectores económicos más bajos
- Aumento del hábito de uso de leche en polvo en el país.
- Impacto en la industria lechera (50 plantas nuevas)
- Se reconoce el éxito relativo en relación a mezcla proteica (Fortesan) y la necesidad de hacerlo más eficiente.

El lactante desnutrido puede actualmente recibir a -
tención especial en los Centros de Recuperación de desnutridos del
CONIN. Actualmente hay :

- 26 Centros con un total de 1.300 camas (10 en Santiago).

Los objetivos de los Centros son : - Recuperar al desnutrido
- Incorporar a la familia

- Otras posibilidades de atención brindan al niño :

a) Los Jardines Infantiles : Hay 420, de los cuales 240 con aten -
ción diurna, con 17.000 niños de 2 -
6 años. (Hay 130.000 pre-escolares
de alto riesgo en el país por lo que
la cobertura del programa es baja).

b) Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas : Han disminuido las
raciones de la Junta de Auxilio Esco -
lar y Becas en forma importante entre
1976 y 1977.

CIFRAS DE DESNUTRICION

Muestra en Zona Norte de Stgo en	64,1 % Clase Baja	
	10,6 % Clase media alta	
	24 % Clase media	
Normales	29,1 %	
Desnutrición aguda	10,2 %	} 41,1 % Desnutridos
Desnutridos crónicos	28,3 %	
Talla baja	2,6 %	
Obesidad	5,8 %	

MORTALIDAD INFANTIL

<u>A Ñ O</u>	<u>O/OO NACIDOS VIVOS</u>
1960	120,3
1965	95,4
1970	79,3
1971	70,5
1972	71,1
1973	62,2
1974	63,3
1975	60,8
1976	54
1977	51 (47)

FUENTE : SNS

Datos 1977 Presidente Colegio Médico y Dr. Fernando Monckeberg

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

ALGUNAS CONCLUSIONES EN RELACION A LO EXPUESTO

- a) Se ha generado un modelo de Salud que transforma la "Salud" en mercadería que se vende.
- b) Se tiende a la privatización cada vez mayor de la medicina, dejando a los sectores más desvalidos de la población, marginados cada vez más de los servicios de atención médica.
- c) Aunque el documento Política de Salud reconoce el derecho a la salud de todos los chilenos, la práctica demuestra lo contrario.
- d) Se comprueba un permanente deterioro en la calidad de la atención médica que se ofrece sobre todo a la población beneficiaria del SNS.

- e) Aunque existen programas, tales como los de alimentación complementaria, los centros de recuperación de desnutridos del CONIN, el programa de almuerzos y desayunos de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas que apuntan a la prevención y tratamiento del niño desnutrido, que es el que tiene mayor riesgo de enfermar y morir, ellos son insuficientes si se considera la población que sufre el problema. Además, ellos están orientados a tratar el problema y no las causas de este (cesantía, educación insuficiente, problemas de vivienda, etc).
- f) Aunque las cifras ofrecidas de Desnutrición y Mortalidad Infantil señalan una mejoría, la verdad es que no han desaparecido las causas que las generan.

ALGUNOS PROBLEMAS EN RELACION A LA ATENCION MEDICA

1. El sistema actual dificulta o limita la accesibilidad de la población a la atención médica. Como ejemplo señalaremos que en 1976 había un millón de personas más que en 1971, sin embargo entre 1971 y 1976, las consultas pediátricas bajaron en un 11,2% y las de adultos en un 24%.
2. Limitación presupuestaria . El gasto fiscal destinado a salud (Ver cuadro) bajó de 1973 a 1976 en forma permanente; hay una ligera alza entre 76-77 que no lleva al gasto que había en 1972. Para 1978 se prometió un incremento de presupuesto del orden del 10% en relación a 1977.
3. Existen medidas que en forma evidente limitan el acceso a la salud : cobro por las atenciones, exigencia cada vez mayor de documentación que pruebe que se es beneficiario, tramitación burocrática para que se determine la calidad de indigente de la persona, trato inadecuado o mal trato, rechazo y/o atención diferida, etc.
4. Medidas que limiten o reducen la cantidad y calidad de los recursos destinados a salud. En el caso de los recursos humanos y especialmente de los médicos : capacidad limitada del S.N.S. para contratar las últimas promociones (150 médicos recién recibidos sin contrato; contratación de médicos jubilados, etc.)
5. Medidas que tienden a no incentivar el trabajo de los profesionales de la salud en las Instituciones estatales, promoviendo su migración, especialmente de los más calificados hacia el sector privado.
6. Medidas tendientes a lograr una mayor "eficiencia" en el trabajo (eficiencia económica cuando la salud no puede ser considerada como un bien rentable)
7. Entrega de locales, equipos y presupuesto del S.N.S. a manos de particulares/. Como ejemplo está la resolución del 31.X.75 que establece el Convenio entre el S.N.S. y la Corporación Nacional de Desarrollo Social en el que se entregan a esta última los consultorios de Maipú, San José de Chuchunco y Cerrillos y se le traspasa el 38,7% del presupuesto de salud del Area Central. Evaluada esta experiencia por un grupo de alumnos de post grado del Departamento de salud Pública se concluyó que :
 - El manejo administrativo era deficiente
 - No habían normas ni procedimientos de organización en relación al manejo de los insumos
 - La coordinación interna era deficiente

- Hubo dificultad para evaluar el manejo de los fondos
- La cobertura, el promedio de consultas y la prevalencia de enfermedades se mantenía, era peor que en otras áreas de salud y en la misma área en años anteriores.
- Se cubre la atención a veces a beneficiarios
- Se exige demasiada documentación probatoria de la calidad de beneficiario a los pacientes.
- horario de atención inadecuado.
- Un alto % de madres han tenido que pagar por acciones de fomento

Al respecto, el Dr. Eduardo Rojas, Vice-presidente del Colegio Médico dijo el 17.3.78, en la sesión inaugural de la Reunión Nacional de Mesas Directivas de los Consejos Regionales: "Uno de los puntos que ha motivado nuestra preocupación en el último tiempo está en el traspaso de los Consultorios Periféricos a la Corporación Nacional de Desarrollo Social; el Colegio Médico no se ha opuesto en ningún momento a este traslado, pero sí, reiteradamente, ha hecho presente que antes que esto se siga expandiendo, debería materializarse una evaluación de los logros que efectivamente se hayan obtenido con esto, y los eventuales problemas o deterioros que esto pudiera haber ocasionado, con conocimiento del Colegio Médico, para que realmente pudiéramos evaluar. A lo mejor este es un aspecto ampliamente positivo y que se ría posible seguirlo extrapolando, pero desgraciadamente, este traspaso se ha materializado sin que por lo menos nosotros hayamos realizado esta evaluación, porque aparentemente en algunos momentos aparece un grupo de colegas o personas que lo considera ampliamente positivo y otros plantean que habría sido negativo; entonces, desde el punto de vista del Colegio habríamos querido tener conocimiento de estos planteamientos previamente para ver si realmente es un camino que conviene seguir andando o si hay reformas que realizar, etc."

7. Pretender que los Hospitales sean administrados como empresas eficientes, pero, sometidos a costos irreales, con autoridades presionadas por trabas burocráticas y pidiendo al personal, dedicación, esfuerzo, buen trato, en circunstancias que está mal remunerado y carece de estímulos. En la actualidad, las rentas líquidas de una auxiliar de enfermería y de una enfermera alcanzan respectivamente entre dos y cuatro mil pesos.

8. Se está perdiendo la mística dicen los médicos. Si en años anteriores, los profesionales llegaban al hospital y policlínicos con entusiasmo y ánimo en su labor, en la actualidad están considerando su misión como una obligación. No hay interés en hacer turnos extraordinarios.

9. Se suspendió la carrera funcionaria y hay situaciones de prepotencia, abuso e intranquilidad laboral.

10. En relación a la V Región los médicos han señalado lo siguiente :

- Las prestaciones médicas en los establecimientos hospitalarios de la V Región se están efectuando en condiciones inaceptables de higiene, eficiencia, confort y seguridad para los pacientes que reciben.
- Los déficit presupuestarios han terminado por deteriorar las condiciones mínimas de hospedaje en los establecimientos hospitalarios
- La alimentación, el abrigo y las facilidades para el aseo y la eliminación de excretas y otros productos de desecho son francamente insuficientes.
- La dotación adecuada de instrumental y equipo mínimo de trabajo es esencial incluso para justificar la existencia del servicio.
- La dotación de personal paramédico calificado, en este momento reemplazado por personal del empleo mínimo, es insuficiente y su progresiva pérdida por jubilación, renuncia u otros motivos, ha llevado a otros establecimientos a situaciones críticas.
- No existe en los establecimientos hospitalarios una política coherente de mantención y reposición de equipos, lo que ha llevado al deterioro y desuso de equipos y máquinas esenciales para el funcionamiento de los hospitales. Todo esto repercute de manera negativa en la eficiencia, economía, rendimiento y racionalización de los recursos de los servicios hospitalarios.
- Las condiciones de trabajo resultantes de las condiciones más arriba señaladas configuran un panorama desalentador y frustrante para los miembros del equipo de salud : el tipo de atenciones, en estas condiciones se puede proporcionar sólo a un nivel técnico, porque proyecta lo que se ha tratado de definir de atención primaria como altura. (No podríamos decir que la situación de la V Región sea similar a otras; lo cierto es que los núcleos más afectados son esa región y la capital. En el resto del país por la menor población y menor demanda, el problema es menor, pero existe)
- Si los Inspectores sanitarios fiscalizaran los servicios higiénicos de los hospitales, los clausurarían.
- En cuanto a abastecimiento además de la falta de material, hay también una mala distribución de ellos.

- La decisión del Gobierno es en este momento satisfacer la demanda de atención elemental de salud, ello significa que los médicos tendrán que ver limitadas sus posibilidades de cumplir las operaciones en óptimas condiciones y de estar al día en las técnicas.
- En fuentes de salud se dice que un probable alivio ocurriría solamente entre los años 1980-81
- La atención elemental de que se hablaba antes es lo que se ha llamado nivel primario. Y aquí ocurre un fenómeno especial, cuando esas prestaciones se hacen en zonas de extrema ruralidad, donde no hay médicos, es posible que se realizan por personal no médico. Es mejor, antes que nada, pero el hecho es que se está haciendo en Santiago, en policlínicas donde no hay médicos en número y horas necesarias. Por ese camino, si faltaran enfermeras universitarias, podrían ser dadas por auxiliares de enfermería. Y estamos llegando al nivel que hay gente del empleo mínimo en establecimientos hospitalarios, felizmente la mayoría de ella en tareas de servicio, pero algunas en funciones de auxiliares. Como Colegio nos oponemos a ello.

Algunas situaciones que reflejan lo anterior :

- En el Instituto traumatológico se trabaja con un aparato de Rx de 1938, por ello hay que repetir las placas varias veces.
 - En el Hospital de Valdivia se redujo la capacidad de una sala de medicina de 24 a 14 camas : falta de fondos y personal.
 - El Decreto Ley sobre Laboratorios Clínicos sólo fue conocido por el Colegio Médico cuando fue publicado en el Diario Oficial (Autoridades de Salud afirman que "fue un error, debido a que se confundió el origen del representante de la Asociación de Médicos Laboratoris, quién se creyó que representaba al Colegio Médico).
11. Es indispensable una adecuada comunicación entre el Colegio Médico y las autoridades de Salud y superiores en materia de Salud. El Dr. Edgardo Cruz Mena, Sub-Secretario de Salud ha reconocido -- que hay incomunicación.
12. Las autoridades del Colegio Médico reconocen que se está en un momento crítico y que hay directa relación entre lo que está ocurriendo y el aumento de las enfermedades. Hasta 1973 los índices sanitarios venían declinando, ahora se ha producido un estancamiento y en algunos casos un repunte. Hay que decir que aquellas acciones que no se ejecutan o se ejecutan mal tienen un efecto multiplicador y en un plazo de cinco o diez años se reflejará en los niveles de salud del país.

13. Problemas señalados por el Colegio Médico en su última reunión de mesas directivas de marzo de 1979.

a) El Decreto Ley que beneficia a los médicos jubilados todavía no ha sido promulgado. A pesar de que en la entrevista con el presidente este expresó "que no insistieran en este tema porque poco menos le daba urticaria recordar la tramitación que había tenido", han pasado meses y el Decreto no ve la luz. Este proyecto lleva más de 3 años de tramitación.

Hay que recordar que las bajísimas pensiones de jubilación han llevado a la mayoría de los jubilados a reintegrarse, con lo cual le restan posibilidades de trabajo a los recién egresados.

b) El estudio comparativo de la ley 15076, con la "escala Unica de sueldos demoró largos meses y no ha llevado a soluciones concretas. Recién en enero de 1979 se reconoció que la ley 15076 había tenido en enero, en relación a los profesionales de la Escala un deterioro del orden del 2%.

A pesar de haberse ascendido del grado 17 al 15 a los profesionales de la Escala Unica, nada ha ocurrido con los de la ley 15076, con lo que el deterioro sube del 3 al 15 o 20%.

c) La recuperación de los aranceles de Medicina Curativa de I a IV de 1979 están ligados según disposición del Pdté. de la República a la racionalización del arancel que el Colegio dictó, pero que se encuentra aún en estudio y discusión. Esta posible reforma camina igualmente en forma muy lenta. Según el Colegio Médico, no existiría real y efectivamente, desde nuestro punto de vista, una razón 100% efectiva para que el reajuste no se haya materializado.

d) Se ha creado un serio desbalance entre el número de médicos que egresan de las Universidades y la capacidad del país para emplearlos. De acuerdo al Registro Nacional del Colegio Médico continúa el éxodo profesional al extranjero a razón de 150 médicos por mes. Como el costo de formación de cada uno es de US\$ 30.000, ello representa una sangría, que de continuar, en el curso de un decenio alcanzará una pérdida neta para el país de 50 millones de dólares. Se señala el hecho de los médicos recién egresados este año, lo que se agravará en dos años más en que la promoción será de 700 médicos, lo que imposibilita su contratación por las instituciones públicas dada la política existente al respecto. Además no se ha producido suficiente desarrollo del extra-sistema como para permitir su incorporación.

- e) En un país en que hasta el pan tiene precio libre, las remuneraciones y aranceles médicos están sometidos a una drástica fijación que es contraria a los principios generales de libertad económica del Gobierno.
- f) Se ha prometido una escala propia para el sector salud con algunos estímulos según tipo de actividad. Conclusión : desde la última convención no hemos obtenido nada efectivo.
- g) Hasta ahora ha existido una imposibilidad absoluta, total para lograr reconocimiento a que la jornada de 33 horas semanales sea la jornada habitual del médico funcionario ; a pesar de todos los argumentos que hemos planteado, que el Ministro de Salud comprende esta idea, a nivel del Ministerio de Hacienda y esfuerzos del Gobierno ha sido rechazada enfática y sistemáticamente.
- h) Igual negativa recibió el planteamiento de que la situación profesional debe ser proporcional a las horas contratadas y no exclusiva para la jornada de 8 horas. Tampoco se ha aceptado que sea imponible.
- i) Existió la promesa formal del sub secretario de Salud, de que en 1978 se reponen en plena vigencia los concursos para los cargos y que se debería llegar a enero de 1978 con no más de un 3% de profesionales contratados.
- j) Hemos escuchado hoy y se nos ha comunicado antes, que para el próximo año existe un alza importante del presupuesto de salud; creemos realmente que el presupuesto de salud hasta este año, ha bía sido inferior al tradicional y que aún cuando estuviera fijado en moneda constante, el hecho es que en estos momentos las instituciones de salud están pagando y en esto no entro a calificar si es bueno o es malo, cosas que antes no pagaban, v.gr. aranceles aduaneros, luz, etc.; ello hace que realmente para la acción misma de salud exista menos dinero.
- k) El hecho de que algunos mandos medios; secretarios regionales, ministeriales, directivos de área y establecimientos, sean nombrados directamente o aparezcan como Delegados de Gobierno hace que por desgracia muchos de estos profesionales, colegas nuestros, actúen con prepotencia y con una arbitrariedad que el premio no puede aceptar.
- l) Con respecto a los servicios de urgencia, hubo una reunión entre los Directores de esos servicios, el Colegio Médico y el Coronel Esquivel, entonces Director de la A. Central; esa Comisión hizo una serie de planteamientos que fueron aceptados por este último y aparentemente también por las autoridades superiores. Se dijo que el proyecto iba y aún no se sabe nada. Solo se sabe que llegó a Contraloría y que contó con su aprobación, pero se le e-

gregó un párrafo" esto se materialice a medida que los recursos lo permitan".

- m) El problema es muy grave en los Consultorios Periféricos y algunos Consejeros lo hicieron presente al Subsecretario que la atención allí de primaria se había transformado en "primitiva".
- n) Durante los últimos 4 años hemos visto que el llamado extra sistema no se ha desarrollado. Este extra-sistema es de resorte -- del área privada, pero para que este resorte tenga resultados, tenemos que darle a la población la posibilidad de pagar estas acciones de salud; mientras no se materialice la reforma de la previsión, el bono compensador, etc., es imposible lograr el desarrollo del extra-sistema y como el Gobierno ha reconocido un derecho a la salud de todos los chilenos, obligatoriamente, mientras no se desarrolle este extra-sistema y aún cuando no quisiera hacerlo, creemos que tiene la obligación de seguir manteniendo en forma importante este servicio.
- ñ) Cada vez el status del médico, su condición en la sociedad etc. está siendo rebajado y si permanecemos impasible frente a esto, el Colegio Médico no tendría nada que hacer, por eso debemos -- pensar muy tenazmente sobre cual será nuestra proyección futura.
- o) El personal administrativo y auxiliar de enfermería se ha reducido entre 1975 y 1977 de 50.000 a 54.000 y las horas médicas han aumentado de 27.000 a 36.000 en el mismo período (33%)
- p) Todo el resto de los funcionarios de la salud reciben también remuneraciones desmedradas en relación a sus funciones y que no guardan ninguna relación con la de otros funcionarios de la administración pública.

Fuente de estos comentarios : Política de salud, Vida Médica
Vol. XXVII - III-IV.79.

Departamento Zonas
(Circulación interna)

SANTIAGO, agosto de 1979.-

027

POLITICA DE SALUD DEL ACTUAL GOBIERNO

Marco doctrinario de Salud : Documento 2º Semestre 77.

- Relación entre Salud y Enfermedad varía en la historia y el concepto de Salud implica una forma cultural determinada para asumirla.
- SALUD no es la ausencia de enfermedad, sino el bienestar físico y mental de la persona y la sociedad. Las acciones en salud deben ser integradas, en los aspectos de :
 - fomento
 - protección
 - recuperación
 - rehabilitación
- La Salud es un patrimonio nacional y un fin en sí
- Es un derecho humano
- Todos deben tener acceso libre e igualitario a las acciones que procuren salud
- Todos deben financiarla en la medida de sus ingresos

Características de la Política de Salud :

- 1) Principio de subsidiariedad: El Estado toma sólo las acciones que no toman las particulares (se ve la importancia del sector privado)
- 2) El derecho a la Salud es igualitario. El Estado no puede dejar sin cubrir ningún área importante de la Salud.
- 3) Por el bajo nivel de vida (ingresos), el Estado debe tomar el papel predominante en las acciones de Salud
- 4) El SNS debe dejar de ser el organismo que realice funciones normativas por:
 - Ministerio de Salud - función normativa
 - Unidad Operativa Salud - función ejecutiva
 - Fondo Compensación - función financiera
- 5) Deben existir acciones coordinadas del sector público-mixto-privado, para lo cual, es importante.

- 6) Dividir según su objetivo a las instituciones en : - Intrasistema (SNS, SERMENA, Convenio) realizan acciones coordinadas entre sí y regidas por los programas del Ministerio.
- Estrasistema (Instituciones privadas, particulares, universidades, FF.AA.) con acciones no necesariamente coordinadas y que obedecen a normas técnicas generales.
- 7) La Política de Salud se divide en :
- a) Política de acción sobre las personas y el ambiente, cuyas características esenciales son :
- cobertura de un 100% de la población, para lo cual se diseña un sistema de atención con 3 niveles de cobertura-complejidad :
 - ° Nivel 1° año con máximo cobertura y mínima complejidad técnica
 - ° Nivel 2° año de cobertura y complejidad media
 - ° Nivel 3° año cobertura máxima y complejidad máxima - determinación de prioridades, en relación a grupos humanos (niño-madre-adulto), acciones (fomento-protección-irgencias-otras de recuperación) y ubicación geográfica (ruralidad-marginalidad urbana)
 - programas integrados que apuntan a grupos específicos de la población
 - diseño de programas que apuntan a situaciones específicas de salud (rural-mental-bucal-rehabilitación-alimentación complementaria)
 - coparticipación con otros sectores en programas multisectoriales con Educación, Justicia - Gobierno Interior, etc.
 - tomar áreas del ambiente como agua, excretas, accidentes, polución, etc.
- b) Política organizativa : que tiene relación con la redefinición de funciones del Ministerio, U.O.S. y Fondo de Compensación.
- Implica la organización, por lo tanto, del Sistema Nacional de Servicios de Salud (ver Unidad Operativa de Salud)

c) Política de Desarrollo de Recursos :

- 1) Recursos humanos : necesidades de personal en salud, coordinación a nivel de Consejo Docente asistencial para lograr una distribución racional de personal profesional

Debe estudiar la reasignación de funciones del personal actual, racionalizar la planta del SNS, para que sea manejada por los Sistemas Regionales, normar los rendimientos, desarrollar una carrera funcionaria adecuada, asimilación de algunos profesionales (Ley # 15.076) a la Escala Unica, asegurar el funcionamiento regular de los servicios los 365 días del año

- 2) Recursos físicos : realizar planes regionales que deberán ser priorizados para su ejecución a nivel de la Oficina de Planificación del Ministerio.

Se debe aprovechar al máximo las infraestructuras actuales.

d) Política de Investigación y Educación :

Debe investigar operacionalmente en :

- Sistema de atención médica
- Organización
- Recursos humanos
- Recursos físicos

Debe elaborar los contenidos en educación para la salud, que deben apoyar a los diversos planes de acción sobre las personas y el ambiente.